

# TRAPS

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

# 7

Fascículo

## FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Obesidad

Medicamentos  
Esenciales



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación



**7**

Fascículo

**FACTORES  
DE RIESGO  
CARDIOVASCULA**  
Obesidad

# INDICE

---

07

## **Obesidad**

Introducción

Definición y clasificación: Métodos

Etiología

Evaluación del paciente

Tratamiento

    Propuestas terapéuticas

Casos clínicos

---

28

## **Bibliografía de referencia**

---

### ► **AUTORIDADES**

#### **PRESIDENTE DE LA NACIÓN**

Ing. Mauricio Macri

#### **MINISTRO DE SALUD DE LA NACIÓN**

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

#### **SECRETARIO DE COBERTURAS Y RECURSOS DE SALUD**

Dr. Luis Alberto Giménez

El presente fascículo es el séptimo de la serie Riesgo Cardiovascular Global correspondiente al programa de capacitación “Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud” (TRAPS) implementado por el Ministerio de Salud de la Nación, actualmente, a través de la Coordinación de Medicamentos Esenciales.

TRAPS se desarrolla a través de cursos y actividades de capacitación semipresenciales y virtuales, destinadas a los profesionales de salud, médicos, que se desempeñan en centros de atención primaria de todo el país. Aborda los problemas de salud más frecuentes en el primer nivel de atención, promoviendo el uso racional de los medicamentos. Los materiales pedagógicos de TRAPS se organizan en fascículos que tratan de manera práctica y accesible toda la información necesaria sobre estos temas. Se incluyen también actividades y casos clínicos que permiten profundizar los contenidos trabajados.

Todas las series comprenden un primer fascículo general el cual desarrolla temas que son transversales a todas las series. Los temas que se incluyen en el fascículo general son:

- ▶ Terapéutica Racional en el primer nivel de atención (TRAPS).
- ▶ Programa de capacitación en TRAPS.
- ▶ Medicamentos esenciales.
- ▶ Historia Clínica Orientada al Problema.
- ▶ Codificación de los problemas de salud (CEPS-AP y CIE-10).
- ▶ Farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos.
- ▶ Adherencia terapéutica.

“Riesgo Cardiovascular Global” tiene como objetivo brindar información práctica, actualizada y basada en la evidencia, sobre medidas farmacológicas y no farmacológicas para la prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares prevalentes en el primer nivel de atención. Esta serie se encuentra conformada por siete fascículos. A continuación se detalla el temario.

**Serie: Riesgo Cardiovascular Global**

Fascículo 1) Enfermedades crónicas no transmisibles

Fascículo 2) Recomendaciones para la prevención de Enfermedad Cardiovascular

Fascículo 3) Hipertensión arterial

Fascículo 4) Dislipemia

Fascículo 5) Electrocardiograma

Fascículo 6) Diabetes Mellitus tipo 2: Insulinización

Fascículo 7) Obesidad



# Obesidad

## ► Introducción

Es una enfermedad endocrino-metabólica crónica y multifactorial, con tendencia epidémica y creciente, que predispone a otras enfermedades como: diabetes mellitus, la hipertensión arterial o la hipercolesterolemia. La obesidad reduce la calidad de vida, incrementa el riesgo vascular y disminuye la esperanza de vida y cuyo marcador biológico es el aumento del compartimento graso.

Puede asociarse a complicaciones graves y es necesario un enfoque multidisciplinar por su gran repercusión clínica, impacto sobre la salud pública y elevado costo sanitario.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que<sup>1</sup>:

- Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo.
- En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.
- En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.
- La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.
- En 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.
- En 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.

Otros datos de la OMS estiman que cada año fallecen alrededor de 3,4 millones de personas adultas en el mundo como consecuencia del exceso de peso y la obesidad; y, asimismo, pueden atribuirse al exceso de peso gran parte de la carga de enfermedad como el caso de la diabetes (44%) y las cardiopatías isquémicas (23%), y entre el 7% y el 41% de la carga de ciertos tipos de cánceres.

La 3ª ENFR de 2013 mostró en adultos de 18 años y más que la prevalencia de exceso de peso fue de 57,9%, mientras que en 2009 el valor había sido de 53,5% y de 49,1% en 2005, lo cual muestra una tendencia creciente sostenida. Este indicador de sobrepeso y obesidad del 2013 se compone de un 37,1% de personas con sobrepeso y un 20,8% de personas con obesidad. La prevalencia de obesidad en 2013 fue del 20,8%, esto implicó un aumento del 15,6% con respecto a la edición 2009 (prevalencia de 18,0%) y del 42,5% con relación a la edición 2005 (prevalencia de 14,6%). El indicador de obesidad fue mayor entre varones (22,9%) que entre mujeres (18,8%) y entre las personas con mayor edad (con un máximo de 29,6% en el grupo de 50 a 64 años) con respecto a los más jóvenes (7,7%).

**Figura 1: Sobrepeso y obesidad en Argentina**



**Fuente:** Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina. [www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09\\_cuadernillo-obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf). Acceso 29/12/2017

► Si la prevalencia de sobrepeso y obesidad se hubiera mantenido en valores como los observados en el 2005, en el año 2013 se hubieran evitado el 5,5% de las muertes ocurridas en adultos en Argentina, implicando cerca de 18.000 fallecimientos.<sup>2</sup>

## ► Definición y clasificación: Métodos

El método más utilizado en el adulto para definir y clasificar la obesidad es el Índice Masa Corporal (IMC): peso (kg)/talla (metros<sup>2</sup>). Aunque es un pobre predictor de salud, es más grave cuanto mayor es su valor y más comorbilidades haya. Este parámetro, aunque no es una medida directa de la adiposidad, mantiene una buena correlación con la cantidad de grasa total del organismo en adultos, sin embargo, esta relación no es tan buena en niños, adolescentes o ancianos, ni en poblaciones de razas no blancas; por otra parte, lo sobreestima en individuos musculosos y lo infravalora en personas con baja masa magra.<sup>3</sup>

Además del exceso de grasa corporal, su distribución constituye un predictor independiente de riesgo y morbilidad. La localización central o abdominal se relaciona con más riesgo

y su medida más práctica y fiable es perímetro abdominal (PA), que está validado en la actualidad. Los límites superiores que se aceptan como normales son: 102 cm para el varón y 88 cm para la mujer.<sup>4</sup>

**Tabla Nº 1 Clasificación de la obesidad según el IMC**

	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Riesgo de comorbilidad	
		Circunferencia cintura <102/88	>102/88
<b>Normopeso</b>	18,5-24,9		Aumentado
<b>Sobrepeso (obesidad</b>	25-29,9	Aumentado	Alto
<b>Obesidad Clase I</b>	30-34,9	Alto	Muy alto
<b>Obesidad Clase II</b>	35-39,9	Muy alto	Muy alto
<b>Obesidad Clase III</b>	≥40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

**Fuente:** Obesidad. Fisterra. Com. Atención Primaria en la red. [www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp). Adaptado de la guía NICE, 2014 ([www.nice.org.uk/guidance/cg189](http://www.nice.org.uk/guidance/cg189)). Acceso 29/12/2017.

El acúmulo de grasa central se relaciona fisiopatológicamente con el incremento en la incidencia y/o desarrollo de, entre otras, complicaciones crónicas cardiovasculares, metabólicas, respiratorias y hormonales de la obesidad. Esta última es un estado proinflamatorio y protrombótico por las alteraciones que induce en la producción de citocinas, la coagulación y la fibrinólisis.

Seguindo las directrices del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014), en función del IMC y el perímetro abdominal, se puede evaluar el riesgo para la salud de los adultos con el fin de determinar la intensidad del tratamiento.

**Tabla Nº 2 Evaluación del riesgo para la salud de los adultos con el fin de determinar la intensidad del tratamiento.**

Clasificación del IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	PA (cm)					
	Bajo		Alto		Muy Alto	
	Hombres (<94 cm)	Mujeres (<80 cm)	Hombres (94 a 102 cm)	Mujeres (80 a 88 cm)	Hombres (>102 cm)	Mujeres (>88 cm)
<b>Sobrepeso: 25-29,9 grado I)</b>	No hay aumento del riesgo		Mayor riesgo		Riesgo elevado	
<b>Obesidad Clase I: 30-34,9</b>	Mayor riesgo		Riesgo elevado		Riesgo muy elevado	
<b>Obesidad Clase II: 35-39,9</b>	Riesgo elevado o muy elevado					
<b>Obesidad Clase III: ≥40</b>	Riesgo muy elevado					

IMC: índice de masa corporal; PA: perímetro abdominal.

**Fuente:** Obesidad. Fisterra. Com. Atención Primaria en la red. [www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp). Adaptado de la guía NICE, 2014 ([www.nice.org.uk/guidance/cg189](http://www.nice.org.uk/guidance/cg189)). Acceso 29/12/2017.

## ► Etiología

Incluye factores genéticos y medioambientales. Desde el punto de vista fisiopatológico, su base es la adiposidad. La causa más común es la presencia de un desequilibrio entre el aporte (lo que se ingiere, los alimentos) y el gasto calórico, donde el excedente de calorías se almacena en el peso corporal. Dentro de los factores ambientales encontramos que en las últimas décadas existe un mayor consumo de alimentos y bebidas hipercalóricos (con alto contenido de grasas y/o azúcares) y una menor actividad física, tanto laboral como social.

Respecto a la obesidad secundaria a otros procesos (síndromes genéticos, alteraciones endocrinas o inducidos por tratamientos farmacológicos) es rara y no es preciso incluir pruebas rutinarias en el estudio básico para descartarla, excepto que durante el interrogatorio, examen físico se sospeche.

### **Causas de obesidad secundaria:** <sup>5</sup>

#### • **Obesidad neuroendocrinológica:**

- Obesidad hipotalámica.
- Alteraciones del comportamiento alimentario y psicosis.
- Obesidad ovárica (síndrome de Stein Leventhal, poliquistosis ovárica).
- Obesidad con hiperinsulinismo.
- Síndrome de Cushing.
- Hipotiroidismo.

#### • **Síndromes genéticos malformativos:**

- Síndrome de Prader Willi.
- Síndrome de Laurence-Moon-Bieldt.
- Síndrome de Alstrom.
- Síndrome de Albright.
- Síndrome de Cohen.
- Síndrome de Carpenter.

#### • **Discapacidad física o intelectual.**

#### • **Lipomatosis o lipodistrofias.**

#### • **Obesidad inducida por fármacos:**

- Hormonas: glucocorticoides, contraceptivos orales, insulina.
- Antidiabéticos orales: sulfonilureas, tiazolidindionas, metiglinidas.
- Antipsicóticos tipo fenotiacina, olanzapina, risperidona o quetiapina.
- Anticomociales: valproato.
- Antidepresivos tricíclicos, mirtazapina, litio, ciproheptadina.
- Isoniacida.
- Suspensión del uso de nicotina (cesación del hábito tabáquico).

## ► Evaluación del paciente

La historia clínica se recomienda que sea estructurada y recogerá la siguiente información (NICE, 2014 y Guía de Práctica Clínica (GPC) Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos):

- Cronología del exceso de peso corporal: edad de inicio, evolución (peso máximo y mínimo), desencadenantes (cambios de trabajo, domicilio o estado civil, embarazo y lactancia, cuadros ansioso-depresivos, fármacos), antecedentes familiares e intentos de pérdida de peso, respuesta a tratamientos previos.
  - Patrón de comportamiento alimentario: registro alimentario de 24 horas con el número de comidas que realiza, dónde y con quién, las formas de preparación, el tiempo que se les dedica, sus preferencias o los hábitos compulsivos y la costumbre de picar.
  - Estilo de vida: actividad física diaria (caminar, subir o bajar escaleras) y programada (gimnasia, correr, natación.).
  - Estratificación del RCVG
  - Aspectos psicológicos: estado emocional, percepción, expectativas (¿por qué quiere perder peso?), conocimientos y motivaciones acerca de la obesidad y su relación con el riesgo vascular.
  - Presencia de comorbilidades (incluidos los antecedentes psiquiátricos).
  - Hábitos tóxicos (alcohol, tabaco).
  - Factores socioeconómicos y situación laboral.
  - Peso (sin zapatos y de ser posible en ropa interior), talla y cálculo del IMC.
  - Medición del perímetro abdominal: con el paciente en espiración y de pie se rodea su abdomen en el punto medio entre la espina ilíaca anterosuperior y el margen costal inferior; si el IMC es  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup> su medición no aporta mayor poder predictivo.
  - Presión arterial con manguito adaptado al grosor del brazo.
  - Signos de complicaciones asociadas a la obesidad
- Las pruebas complementarias y de laboratorio que de forma rutinaria pueden ser útiles:

- Hemograma
- Glucemia basal.
- Perfil lipídico,
- Hepatograma
- Función renal
- Ácido úrico.

Otras pruebas estarían indicadas en casos específicos -ante la sospecha de causas secundarias de obesidad- y dependerán de la situación clínica del paciente.

## Técnicas y elementos requeridos <sup>6</sup>

**Peso:** tener presente que idealmente la balanza debería tener una base de sustentación amplia y pesar más de 150 kg. La persona debe pesarse descalza y sin ropa o con ropa liviana y brazos colgando a los lados del cuerpo.

**Talla:** debe realizarse con tallímetro de pie inextensible, idealmente contra una pared de piso a techo. La persona debe estar sin calzado con la espalda erguida apoyada, al igual que los talones contra la superficie sobre la cual se medirá. Colocar regla paralela a la parte más saliente y superior del cráneo y ubicar sobre la pared la medida.

**IMC:** debe ser calculado con la fórmula:  $\text{Peso (kg)} / \text{Talla}^2$  (talla\*talla, mt<sup>2</sup>).

- 
- ▶ El IMC es el método diagnóstico recomendado y utilizado mundialmente para clasificar el sobrepeso y la obesidad. La evidencia que lo sustenta es de calidad moderada pero su utilidad a nivel epidemiológico, su bajo costo, fácil reproductibilidad y especificidad hacen de éste un elemento primordial en la valoración inicial de una persona con obesidad. Por lo tanto, el peso, la talla y el IMC siempre deberían registrarse en la HC.
- 

**Circunferencia de cintura:** será medida con cinta métrica inextensible colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta ilíaca luego de una espiración normal. Tener presente que se necesitara contar con cintas que midan más de 150 cm.

**Índice cintura/cadera:** se calcula midiendo el perímetro de la cintura (según técnica explicada anteriormente) dividido el resultado de la medición del perímetro de la cadera a nivel de la zona más prominente de los glúteos (que coincide con la región trocánteres). Los valores no deben superar 0,80 en la mujer y 0,95 en el varón.

- 
- ▶ Se sugiere utilizar la medición de la Circunferencia de Cintura (CC) en todos los adultos, en vez del índice Cintura Cadera, ya que éste aumenta la complejidad y no mejora significativamente la estimación de adiposidad.
- 

**Tensión arterial:** será necesaria la utilización de manguitos especiales con un diámetro mayor al habitual.

- 
- ▶ El aumento del IMC y de la CC por sí solos no son suficientes para identificar personas adultas con alto riesgo cardiovascular. Se sugiere estimar el riesgo asociado con estudios complementarios y toma de presión arterial.
- 

## ▶ Tratamiento

Es importante, más allá de recomendar el descenso de peso a todo paciente que lo necesite, reconocer las etapas de cambio para implementar las estrategias de tratamiento y seguimiento individual.



Para ampliar información acerca de las etapas consultar el siguiente link: [www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06\\_guia-practica-clinica\\_obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf) (Acceso 30/12/2017)

La GPC Nacional para el abordaje de la Obesidad brinda como consejos de buena práctica que:

- 
- El trabajo en equipo es fundamental para el abordaje de las personas con obesidad y enriquece también el trabajo de las personas que participan en él.
- 

La pérdida de peso intencional en las personas con obesidad debe ser alentada ya que ha reportado beneficios importantes para la salud y la mejoría de enfermedades asociadas a la misma.

Al fijar los objetivos para la pérdida de peso es importante tener en cuenta:

- Establecer metas pequeñas, reales e individualizadas, que puedan ser llevadas a cabo por la persona, - a través de la adquisición de hábitos más saludables como principal objetivo. Proponer en 6-12 meses:

IMC entre 25-35 kg/m<sup>2</sup> una pérdida, al menos inicial, del 5-10%.

IMC > 35 kg/m<sup>2</sup> una pérdida de peso del 15-20 %.

## Propuestas terapéuticas

El abordaje integral se hará con perspectiva multidisciplinaria, pactando individualmente las estrategias de tratamiento más adecuadas para el paciente<sup>7</sup> teniendo en cuenta sus preferencias personales, la edad, las comorbilidades, el contexto social y el beneficio potencial de reducir el peso<sup>8</sup>. El tratamiento se basa en las modificaciones dietéticas, la práctica de ejercicio físico y el apoyo psicológico con terapia conductual (imprescindible para el mantenimiento de los cambios a largo plazo, por el carácter crónico y multifactorial de la enfermedad<sup>9</sup>). Cuando se combina la dieta con el ejercicio aeróbico se consiguen mayores pérdidas de peso a largo plazo<sup>10</sup>. En algunos casos puede utilizarse tratamiento farmacológico.<sup>11,12</sup>

- 1) Intervención dietoterápica: educación nutricional y prescripción de un plan alimentario.
- 2) Práctica regular de actividad física.
- 3) Intervenciones psicológicas.
- 4) Tratamiento farmacológico.
- 5) Tratamiento quirúrgico: Cirugía bariátrica.

## Intervenciones dietoterápicas: educación nutricional y prescripción de un plan alimentario

Las estrategias utilizadas habitualmente en relación a la alimentación son dos: por un lado, la disminución del aporte calórico y, por el otro, la manipulación de la proporción de macronutrientes en la fórmula calórica. No se debe descuidar la educación alimentaria para facilitar el empoderamiento por parte de la persona con el problema de salud.<sup>13</sup>

Deben ser graduales y orientarse a conseguir cambios en los hábitos alimentarios. Es recomendable, si es posible, llevar adelante dichos cambios contando con un diario nutricional

elaborado previamente por el paciente; de esta manera hay alimentos y preparaciones que se mantendrán y otros se limitarán o se cambiará la forma de preparación. En lo posible, según el aporte calórico que brinden, favorece la adherencia evaluar gustos y preferencias del paciente.

En la alimentación hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

### **Lograr reducir el aporte calórico**

Para llevar adelante esta estrategia es importante conocer el requerimiento calórico aproximado de la persona, acordar con el paciente reducir 600 calorías.



Si usted no es licenciado en nutrición o médico nutricionista, de manera práctica, brindamos las siguientes recomendaciones para su actividad asistencial:

- ▶ Recordar que, las grasas contienen el doble de calorías que los hidratos o las proteínas, por lo tanto, limitar el consumo de aceites evitando las preparaciones fritas, el exceso en las ensaladas o en otros alimentos. De la misma manera evitar las cremas, mantecas, margarinas, dulce de leche, golosinas, alimentos procesados como fiambres, snack, quesos duros, mayonesas. Es de suma importancia que el paciente comprenda que limitar no significa que nunca más va a comer una porción de torta con crema o queso o un sándwich, sino que en la cotidianeidad es recomendable que no los elija.
- ▶ Indicar reducir el tamaño de las porciones, evitar comer en platos grandes.
- ▶ Aumentar el consumo de frutas y verduras. Estos alimentos aportan fibras y baja densidad calórica. Se recomienda de preferencia los de hojas verdes por su volumen. Los vegetales cocidos brindan menor saciedad; al menos una vez al día debe incluirse una porción de vegetales crudos. La papa, batata, mandioca, tienen la ventaja de brindar mayor saciedad, pero aportan más calorías por porción. Muchos nutricionista al momento de indicar un plan recomendamos suprimirlas para aprovechar el entusiasmo del paciente, facilitar el descenso de peso favoreciendo a la educación alimentaria, para luego incorporarlas en porciones pequeñas 2-3 veces por semana (los pacientes en tratamiento con sulfonilureas y/o insulina quedan exceptuados de estas restricciones). Respecto a las frutas, recordar que no deben comerse sin límites dado que el contenido en hidratos de carbono simples puede aumentar el valor calórico del plan de alimentación. Preferiblemente frutas pequeñas, de consistencia firme, crudas. Si se comen como colación no incluir en el postre. Dos a tres por día.
- ▶ Aumentar el consumo de agua: recomendar llevar botellas pequeñas de agua, colocar vasos en diferentes lugares con agua para recordar que debe ingerirlos.
- ▶ Evitar las bebidas azucaradas como gaseosas, jugos naturales o jugos artificiales. Para almorzar aconsejar, en caso de no gustarle el agua, gaseosas light, zero o jugos sin azúcar.
- ▶ Infusiones: sin azúcar o con edulcorantes. Son útiles en cualquier momento del día para disminuir el apetito.
- ▶ Desaconsejar el azúcar y recomendar endulzantes como los edulcorantes o las infusiones

amargas. Si el paciente presenta intolerancia a los edulcorantes o infusiones amargas se recomendará una o dos cucharitas dos veces por día (esta medida no es recomendable para pacientes con diabetes).

- ▶ Aconsejar realizar las cuatro comidas, no saltar el desayuno.
- ▶ Recomendar lácteos descremados. Este grupo aporta proteínas de calidad y calcio.
- ▶ Aconsejar comer carnes, de vaca, pollo, cerdo, pescado. Las carnes deben cocinarse sin piel y evitar las frituras. Dentro de las carnes la de vaca produce más saciedad. Si es posible indicar una porción pequeña magra (paleta, nalga, peceto) en cada comida principal.
- ▶ Desaconsejar los ayunos prolongados.
- ▶ Pan, galletitas, tostadas: muchas veces los pacientes no saben que las galletitas, tostadas o pan negro son como el pan en aporte calórico, y comen de manera ilimitada. Como parte del plan de alimentación y de la educación alimentaria, es importante que el paciente conozca que los panes negros, pueden contener mayor cantidad de grasas y azúcares y en general tienen más peso por rebanada. Muchos son rotulados dietéticos por contener fibra. Las tostadas mantienen la misma composición química que el pan, solo que han perdido agua. Este punto es importante en pacientes con diabetes, dado que las tostadas presentan mayor índice glucémico (más impacto en la glucemia) y debería recomendarse el pan apenas tostado. No comer pan, galletitas o grisines en las comidas principales, si deben formar parte de los desayunos y meriendas. Recordar que las galletitas no son sustitutos del pan, dado que en general tienen mayor cantidad de grasas. Otro punto importante son los panes con semillas de girasol, lino, chia, estas aportan valor calórico a la unidad o rebanada de pan.
- ▶ Legumbres: aportan fibras, proteínas (de otra calidad respecto a las carnes y lácteos). Son alimentos que aportan un valor calórico importante, por lo cual su prescripción es en cantidades pequeñas (3 cucharadas soperas) y evitar su incorporación diaria (los pacientes en tratamiento con sulfonilureas y/o insulina quedan exceptuados de estas restricciones, como los pacientes vegetarianos).
- ▶ Cereales: en este grupo se encuentran los cereales que conocemos como también el arroz. Como parte de la educación alimentaria, el paciente debe aprender que el arroz no es libre en un plan para descenso de peso y que el arroz integral aporta fibras, pero en aporte calórico es similar al blanco. Prescribirlo como las legumbres. Para acompañar el yogur o la leche indicar cereales sin azúcar, preferentemente cereales enteros no copos.
- ▶ Condimentos: salsas y aderezos bajos en calorías, como mayonesa light, queso untado descremado con cebollita de verdeo o limón, vinagre, aceto, mostaza, salsa de soja (no en pacientes con HTA).

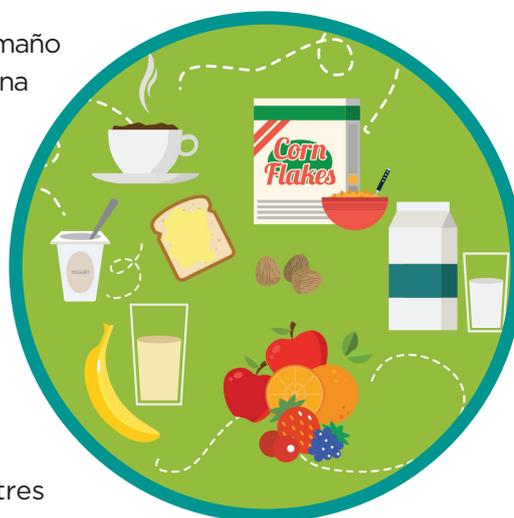
Explicar al paciente sobre la calidad de los alimentos, la elección de las formas de preparación, seleccionar que alimentos incorporar, cuales no consumir y cuales consumir en cantidades moderadas, forma parte de una tarea difícil, continua; es un proceso que requiere, en lo posible, de un trabajo en equipo.

Recomendar al paciente que:

- ▶ Planifique las comidas (tanto las comidas en sí, como las compras) y dentro de lo posible respetar los horarios.
- ▶ Evite postergar las comidas.
- ▶ Lleve a la mesa la comida servida en el plato y no las fuentes.
- ▶ Utilice platos chicos.
- ▶ No vaya al mercado con apetito para evitar comprar alimentos innecesarios.
- ▶ Mastique despacio.
- ▶ Se siente para comer.
- ▶ Aprenda a cocinar sino sabe.
- ▶ Presente el plato de manera creativa. Es muy útil tener en el consultorio imágenes de platos con comidas.
- ▶ Lleve a su trabajo la comida preparada en su casa.

### **Opciones de desayuno y merienda**

- ▶ Una taza de leche descremada + una rodaja tipo molde (tamaño lactal) de pan integral o blanco (según preferencias) + una feta de queso de máquina o queso untable descremado
- ▶ Infusión (té, mate, café) + media taza de leche descremada + una taza tipo té de ensalada de frutas + un pote o vaso de yogurt descremado
- ▶ Infusión + media taza de leche descremada + un yogurt descremado + 1 barra de cereal light
- ▶ Licuado de banana (1 taza de leche descremada + una banana chica)
- ▶ Infusión + un yogurt con copos sin azúcar + una fruta chica
- ▶ Infusión + un yogurt descremado + 6 almendras o tres nueces + media fruta
- ▶ Licuado con 1 taza de leche descremada + 1 cucharadita de café instantáneo + edulcorante + 1 cucharadita de cacao amargo.



### **Opciones de almuerzo y cena**

- ▶ Una porción mediana de carne de vaca sin grasa visible o pollo sin piel o pescado o 1 huevo más 2 claras o queso descremado (tamaño caja chica de fósforo) más dos claras de huevo. Ejemplos: milanesa al horno con tomate y albahaca, hamburguesa casera, pescado a la plancha con limón o al horno envuelto en papel de aluminio con hierbas, porción de carne de vaca sin grasa a la parrilla, horno o a la plancha o pollo sin piel + medio plato de ensalada o preparaciones con verduras.



### **Ejemplos de ensaladas:**

- ▶ Un tomate, una zanahoria chica y una remolacha rallada
- ▶ Un zapallito zuchini rallado crudo + un tomate + verdura de hojas verdes (lechuga, espinaca cruda, radicheta, rúcula)
- ▶ Espinaca cruda cortada como la lechuga + una zanahoria chica + repollo
- ▶ Palmitos + verduras de hojas verdes + una remolacha rallada, cruda o cocida
- ▶ Repollo colorado o blanco + un tomate + verduras de hojas de verdes.

### **Ejemplos de preparaciones con verduras:**

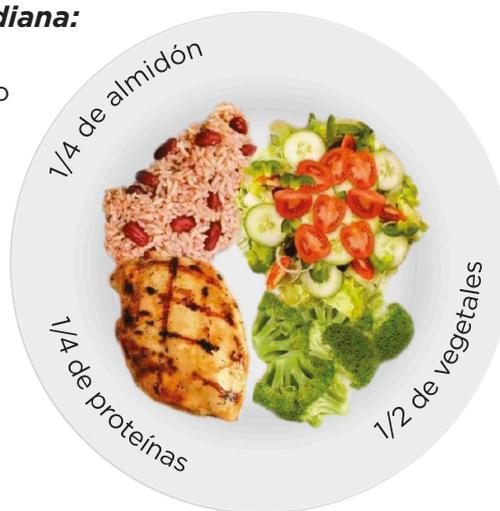
- ▶ Medio plato de vegetales salteados como berenjenas, zapallitos, repollo y ají.
- ▶ Tres rodajas de calabaza preparadas como puré con queso untable descremado
- ▶ Medio plato de tortilla de acelga o espinaca, no frita.

### **Ejemplos de cereales/legumbres/pastas (siempre acompañado de vegetales):**

- ▶ Una porción de tarta de espinaca, acelga, brocolí, zapallitos, berenjena (cocinar con cebolla y ají para dar sabor) utilizando una tapa sola, la de abajo
- ▶ Dos empanadas de verduras
- ▶ Fideos tirabuzón o mostacholes al dente con salsa de tomate
- ▶ Lentejas con choclo o arroz, tres cucharadas.

### **Otras opciones para brindar no de manera cotidiana:**

- ▶ Porción chica de pastel de papa. El puré con queso untable descremado + medio plato de verduras
- ▶ Dos porciones de pizza con salsa de tomate o rodajas de tomate con queso descremado y albahaca u otro condimento
- ▶ Dos canelones de verdura con salsa de tomate + medio plato de ensalada
- ▶ Un plato chico de fideos con salsa de tomate + 1 cucharada de queso rallado + medio plato de ensalada.



### **Ejemplos de preparaciones:**

- ▶ Tomate relleno: atún al natural o pollo son piel, utilizar la pulpa del tomate, mayonesa light o queso untable descremado, dos cucharadas de arroz o choclo o arvejas
- ▶ Zapallito o berenjena rellena con carne picada magra o ricota magra con la pulpa de estas verduras, cebollita y ají, cocinar al horno
- ▶ Milanesas de berenjenas con empanado fino, al horno con queso, tomate en rodajas y albahaca
- ▶ Omelet con dos claras y 1 huevo entero relleno de espinaca o acelga o brócoli o tomate con albahaca.

Utilizar especias, cebollita de verdeo, ají de colores para realzar el sabor.



## Practica regular de actividad física <sup>14</sup>

La GPC Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos recomienda:

- ▶ La asociación de estrategias que incluyan plan alimentario más ejercicio físico para el tratamiento de personas adultas con obesidad.
- ▶ Prescribir ejercicio aeróbico moderado ya que disminuye la mortalidad global en personas con obesidad
- ▶ Prescribir ejercicio aeróbico a toda persona con obesidad y que bajó de peso. Esta estrategia ayuda a evitar recuperación del peso perdido.
- ▶ Proponer una vida activa a toda persona adulta con obesidad para lograr beneficios en la salud global más allá de su impacto en el descenso de peso.

Muchos trabajos de alta calidad de evidencia, demuestran los beneficios de incluir ejercicio físico regular a la modificación de hábitos alimentarios. Estas estrategias presentan mejores resultados a la hora de evaluar el descenso de peso y la modificación de factores de riesgo. La evidencia de alta calidad demuestra que la actividad física reduce los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares, reduce la incidencia de enfermedad cardiovascular y la mortalidad global. Existe considerable evidencia de que la inactividad física es un factor de riesgo independiente de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. Además, mientras más actividad física realice un individuo, menor es su riesgo.

Es necesario trabajar sobre la incorporación paulatina de más movimiento en la vida cotidiana (vida más activa), pero a su vez es necesario sistematizar un plan de ejercicios físicos programados.

Sumar al menos 30 minutos por día de actividad física moderada (en la vida diaria o con ejercicio) + dos dosis semanales de fortalecimiento muscular.

La frecuencia recomendable es un mínimo 3 a 4 veces por semana y progresivamente la mayor parte de los días.

Toda prescripción de actividad física requiere siempre evaluación médica.

Para ampliar información puede consultar el siguiente link:

[www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06\\_guia-practica-clinica\\_obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf). Acceso 30/12/2017

### ***Intervenciones psicológicas***

Se recomienda el abordaje conductual asociado a un plan alimentario y a ejercicio físico sostenido en el tiempo para lograr una mayor pérdida de peso como parte del tratamiento a las personas con obesidad. La realización de estas estrategias de manera conjunta demuestra que la persona logra una mayor pérdida de peso.<sup>15</sup>

### ***Tratamiento farmacológico***

La GPC Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos sugiere:

- En personas con obesidad y que adhieren al tratamiento convencional, considerar -en particular en hipertensos o diabéticos- la adición de **Orlistat** a 120 mg tres veces al día durante 12 meses, para contribuir levemente al descenso de peso.

Los estudios de efectividad del Orlistat, demostraron reducción de peso con una dosis de 120 mg de Orlistat administrados 3 veces por día (evidencia moderada). En la práctica, los especialistas utilizan Orlistat en una dosis de 120 mg con una frecuencia de 2 veces al día dada las características de la dieta argentina.

- En personas con obesidad e intolerancia a la glucosa que ya están realizando plan alimentario y otros cambios del estilo de vida con buena adherencia, considerar la adición de Orlistat a 120 mg tres veces al día durante 12 meses para disminuir el riesgo de progresión a diabetes.

- Advertir a la persona con obesidad que inicia tratamiento con Orlistat acerca de los posibles efectos adversos que pueden comprometer la adherencia al tratamiento. Los efectos gastrointestinales son frecuentes (heces oleosas, incontinencia fecal).

- Al indicar Orlistat 120 mg 3 veces por día por más de un año en el tratamiento de la persona con obesidad se considere suplementar con vitaminas liposolubles (A-D-E-K) con el fin de prevenir o tratar las hipovitaminosis relacionadas al Orlistat.

**Liraglutide** es una versión químicamente modificada del GLP-1 humano, es una opción para pacientes con sobrepeso u obesidad. Está disponible en los Estados Unidos y Europa en una dosis más alta (3 mg diarios) que la utilizada en la diabetes para el tratamiento de la obesidad en adultos con índice de masa corporal (IMC)  $\geq 30$  kg / m<sup>2</sup> o  $\geq 27$  kg / m<sup>2</sup> con al

menos una morbilidad relacionada con el peso (por ejemplo, hipertensión, diabetes tipo 2, dislipidemia).<sup>16</sup>

En nuestro país se encuentra disponible en una dosis menor, 1.8. Se prescribe en pacientes con DMT2. No se encuentra, al momento en que se edita e imprime este fascículo, indicada solo para el tratamiento del sobrepeso u obesidad. Es una opción alternativa para el tratamiento inicial, especialmente en pacientes con diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular, debido a sus beneficios demostrados con respecto a los factores de riesgo cardiometabólico, la glucemia y la calidad de vida. Sin embargo, los efectos secundarios desagradables gastrointestinales (náuseas, vómitos), la necesidad de una inyección diaria y el costo pueden limitar el uso de este medicamento.<sup>17</sup>

Según la información brindada hasta la edición e impresión de la GPC Nacional, no se recomiendan los siguientes tratamientos para el descenso de peso<sup>18</sup>:

- **Topiramato:** por el perfil de efectos adversos. Este medicamento se encuentra disponible y avalados para el tratamiento de la obesidad, solo o combinado con otros, en países como Estados Unidos
- **Metformina:** los estudios muestran mayores beneficios en pacientes con obesidad e intolerancia a la glucosa con ejercicio y alimentación.
- **Fluoxetina:** por insuficiente evidencia de eficacia a 12 meses.
- **Suplementos dietarios:** estos productos son para suplir carencias nutricionales y no para reemplazar comidas como estrategia para el descenso de peso. No se encontró evidencia de eficacia<sup>19</sup> y no es la propuesta de una alimentación saludable.
- **Hormona tiroidea y hormona de crecimiento:** por falta de evidencia de eficacia y por no ser de indicación específica en esta patología.
- **Suplementos homeopáticos, herbales:** por falta de evidencia de eficacia.
- **Acupuntura/Airiculoterapia:** por falta de evidencia de eficacia.
- **Ácido linoleico conjugado (CLA):** por falta de evidencia de eficacia.
- **Fenfluramina:** por el alto perfil de efectos adversos.
- **Anfetaminas:** por el alto perfil de efectos adversos
- **Dietilpropión:** por insuficiente evidencia de eficacia.
- **Fentermina:** por insuficiente evidencia de eficacia
- **Mazindol:** por insuficiente evidencia de eficacia a 12 meses en personas adultas con obesidad. Si bien el marco regulatorio del ANMAT permite su uso como adyuvante en el corto plazo.

Para ampliar información puede consultar el siguiente link:

[www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06\\_guia-practica-clinica\\_obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf). Acceso 30/12/2017

## Tratamiento quirúrgico: Cirugía bariátrica

En la GPC Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos:

► Se recomienda a personas con IMC  $\geq$  a 40 kg/m<sup>2</sup> que no han obtenido respuesta esperada al tratamiento convencional la cirugía bariátrica como opción terapéutica. Ésta demostró efectividad para sostener el descenso del exceso de peso a corto y largo plazo, mejoría de la HTA, mejoría o remisión de la DMT2 y reducción de la mortalidad global y cardiovascular.

Bajo el término cirugía bariátrica, haremos referencia a las siguientes técnicas: banda gástrica ajustable, manga gástrica o gastroplastia vertical, by pass gástrico en Y de Roux por ser las más utilizadas mundialmente y en nuestro medio. No se incluye la derivación biliopancreática por su potencial asociación a riesgo nutricional.

La elección de la técnica quirúrgica dependerá de las características evaluadas en el paciente y su riesgo quirúrgico, de la experiencia quirúrgica del equipo interviniente y de las preferencias del paciente. Las técnicas quirúrgicas por vía laparoscópica son preferidas por sobre las abiertas.

► En personas con IMC entre 35 y 39.9 kg/m<sup>2</sup> y con alguna de las siguiente comorbilidades: DMT2, HTA, apnea del sueño o artrosis con gran limitación funcional, se sugiere considerar tratamiento quirúrgico (cirugía bariátrica) por sus beneficios tanto en la pérdida de peso como en la mejoría o resolución de estas comorbilidades.

► Se sugiere incorporar a las personas con indicación de cirugía bariátrica a un programa a cargo de un equipo interdisciplinario para evaluación pre quirúrgica, realización de la cirugía y seguimiento post operatorio con el fin de facilitar la comprensión de los alcances de la cirugía, generar herramientas para incorporar, sostener y alcanzar los beneficios que pueda aportarle en el corto y largo plazo.

Dicho programa debería incluir propuestas en relación a controles de salud periódicos y cuidados desde el área clínica, nutricional y de salud mental, entre otros y según las características de la persona, incorporación de hábitos alimentarios más saludables; un plan de actividad física regular y ser físicamente activo; y la identificación de trastornos alimentarios, abuso de sustancias tóxicas, y otras comorbilidades psiquiátricas.

---

► La cirugía de la obesidad es segura, presentando una baja morbimortalidad, y efectiva para la pérdida de peso y mejoría de comorbilidades. Sin embargo, altera la fisiología y necesariamente implica un cambio en los hábitos alimentarios de las personas, no es curativa, no es “la solución”, ni es para todos. La cirugía bariátrica es la herramienta terapéutica que ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento convencional en personas con obesidad mórbida que puedan apropiarse de los cambios necesarios a sostener a largo plazo, toda la vida.

---

Para ampliar información puede consultar el siguiente link:

[www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06\\_guia-practica-clinica\\_obesidad.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000971cnt-2017-06_guia-practica-clinica_obesidad.pdf). Acceso 30/12/2017

## ► **Riesgos del descenso rápido de peso** <sup>20</sup>

En las personas con obesidad que realizan tratamientos para bajar de peso, se sugiere desalentar el descenso rápido porque se observa asociación con potenciales riesgos para la salud.

Se entiende por descenso rápido de peso a una pérdida mayor a 1.5 % por semana por más de 4 semanas. Algunos riesgos descriptos incluyen el aumento de la incidencia de litiasis biliar y pérdida de masa ósea a predominio de hueso femoral cortical en mujeres.

## ► Variación cíclica de peso y re ganancia de peso <sup>21</sup>

Se sugiere desalentar estrategias, planes y tratamientos facilitadores de variaciones cíclica de peso. Esto promueve mayor posibilidad de re ganancia asociada y potencial riesgo para la salud.

De las personas que pierden peso intencionalmente, sólo entre un 10 a 20% pueden mantenerla 4 años después.

El 40 al 70% tienen en ese momento pesos mayores al que tenían al iniciode la pérdida.

## ► Derivación a un servicio especializado

- Respuesta no esperada a la propuesta terapéutica: cuando la persona con obesidad, luego de 6 meses de tratamiento indicado no logra cumplir las metas propuestas por el equipo interviniente.
- Causas de obesidad secundaria
- Enfermedades complejas y/o necesidades que no pueden ser manejados en el primer nivel de atención.
- Necesidad de tratamiento quirúrgico.
- Trastornos de la conducta alimentaria.

## ► Comentario final

Asistir, atender, escuchar, acompañar, comprender a los pacientes con sobrepeso y obesidad no es una tarea fácil. Muchas veces la frustración y decepción es de ambos lados. La mayoría son pacientes que se encuentran hace años intentando bajar de peso, buscando tratamientos mágicos, buscando la dieta de moda y cambiando de profesional. No existe la magia, ni la dieta del sol, de la luna, del pomelo.

Siempre es bueno preguntarnos, ¿por qué se vincula de manera patológica con el plato? Esta pregunta nos permite ver más allá de la balanza y ampliar nuestra mirada.

Los cambios sostenidos en el tiempo, incorporándolos como parte de la vida diaria, recordando que la meta es la salud es parte del camino.

La comida es parte de los momentos de la vida, del compartir o festejar un aniversario, cumpleaños, reunión. Esos momentos hay que disfrutarlos, enseñándole al paciente que no los viva con culpa; pero que en su cotidianidad elija ponerle vida a su salud.

- 
- La obesidad es un problema crónico de salud complejo, por lo tanto, ningún tratamiento es curativo. Toda propuesta terapéutica debería entenderse como una herramienta para transitar mejor el proceso de cambio.<sup>22</sup>
-

# 1 | Casos clínicos

1) Eleonora de 28 años, concurre para bajar de peso. Comenta que desde la infancia presenta sobrepeso. Refiere que come bastante, que sus porciones son muy grandes o repite la comida. Estudia economía y trabaja. Vive con sus padres. No realiza actividad física, no fuma. Trae un laboratorio que presenta una glucemia de 114 mg/dl, colesterol total 210 mg/dl. Peso 118 kg, Talla 1.58 metros, CC 121 cm, TA 110/70 mm Hg.

Calcular el IMC

.....

.....

Utilizando la CEPS-AP codifique el problema de salud/motivo de consulta de Eleonora.

Diagnóstico	CEPS-AP		

Recuerde definir si el paciente se encuentra en prevención primaria o secundaria y su riesgo global de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años. Para estimar el riesgo global, utilice la “Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular”. (OMS. Ginebra 2007). Adaptación realizada para la República Argentina por la Dirección de Promoción y Control de Enfermedades no Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, que utilizamos en la Fascículo Uno.

Estratifique el riesgo cardiovascular

.....

.....

**1er paso:** Defina el/los problemas de salud que presenta en esta consulta.

.....

.....

**2do. Paso:** ¿Cuáles serían sus objetivos terapéuticos con esta paciente?

.....

.....

**3er. Paso:** ¿Qué conducta terapéutica adoptaría para conseguir los mismos?

.....  
.....

**4to. Paso:** Realice la prescripción. Brinde recomendaciones, ordene un día en su alimentación con ejemplos de comidas.

.....  
.....

**5to. Paso:** Dé indicaciones al paciente

.....  
.....

**6to. Paso:** ¿Cómo va a realizar el seguimiento del tratamiento?

.....  
.....

Eleonora concurre a los 20 días, refiere que cumplió las indicaciones, comió verduras, se llevó al trabajo las comidas, empezó a tomar yogur, comer menos pan o galletitas.

Peso: 113 kg.

Calcule nuevamente su IMC

.....  
.....

Le comenta que aún no empezó a caminar y no pudo realizar el laboratorio. Eleonora le pregunta si puede tomar café verde en cápsulas o un acelerador del metabolismo.

¿Qué le responde?

.....  
.....

En la tercera visita, luego de un mes, trae el laboratorio:

Glucemia en ayunas: 110

Glucemia luego de 2 horas: 127 mg/dl

Peso: 110 kg. Calcule su nuevo IMC

.....  
.....

Le cuenta que empezó a caminar dos veces por semana cuando no va a la facultad. Le pide que le brinde otras opciones de comidas. ¿Qué opciones le brinda?

.....

.....

Usted en esta consulta decide indicarle Orlistat 120 mg con el almuerzo y cena. ¿Qué le explica a Eleonora al momento de indicar Orlistat?

.....

.....

En la siguiente visita pesa 105 kg.

Durante un año y medio Eleonora continuó concurriendo a los controles y llegó a bajar hasta 96 kg. Al año usted decide no prescribir más Orlistat y continuar con el plan y la actividad física. Hace seis meses va al gimnasio y realiza cinta y bicicleta.

Calcule el IMC

.....

.....

Luego 6 meses desde la última visita, concurre y le comenta que dejó por falta de tiempo de hacer actividad física y empezó a comer más. Está ansiosa por la facultad.

Peso: 110 Kg.

¿Qué IMC presenta?

.....

.....

Está cansada de tener problemas con su peso, no se lleva más la vianda y quiere volver a ordenarse con las comidas. Dejó la facultad y está por cambiar de trabajo.

¿Cómo plantea esta consulta?

.....

.....

Al mes vuelve y pesa 110 kg. Charlan en la consulta y ella afirma que respeta las porciones, se lleva la vianda y está caminando. Así pasan tres meses más.

Usted realiza una interconsulta con un médico especialista en nutrición y Eleonora recibe un plan de 1000 calorías por día. Comienza tratamiento con psicología. Ella sigue yendo a controlarse el peso con usted y continúa en 110 kilos. El laboratorio de control no presenta alteraciones y la glucemia actual es de 110 mg/dl. En otra consulta con el especialista le

indica mazindol 2 mg/día, aun así, no baja de peso.

¿Qué se plantea usted? ¿Qué estrategia terapéutica le propone a Eleonora?

.....

.....

2) Marcela de 35 años, concurre porque quiere bajar de peso después del embarazo. Tuvo su primer hijo hace tres meses, aumentó 25 kilos en el embarazo, partiendo de 58-59 kilos. Su embarazo cursó sin complicaciones, parto normal y lactancia actualmente. Ella trae anotada algunas comidas para que usted le brinde recomendaciones y la ayude a ordenarse con las comidas, no sabe que comer. Toma poca agua. Peso 81 kg, Talla 1.62 mts. No puede por el momento realizar ejercicio programado, porque no tiene quien cuide a su bebé. Continúa de licencia en el trabajo.

Desayuno	Media palta con dos rodajas gruesas de pan con semillas y un café con leche con edulcorante	Panqueque con cuatro cucharadas de avena con café con leche	4 tostadas de pan lactal con mate con azúcar. Jugo de pomelo exprimido	Tres tostadas con miel y nueces con 1 jugo de naranjas ( dos naranjas) exprimidas	4 galletas de arroz con mate con azúcar
Merienda	Panqueque con avena y miel. 1 banana. Jugo de tres naranjas exprimidas	4 rodajas de budín dietético (algarroba y dulce de batata)	Dos chocoarroz con mate. 1 banana	3 galletas de arroz con dulce de leche light	Mate con 4 galletitas de avena, nuez y canela
Cena	Dos milanesas de soja con arroz integral medio plato. Postre light	Un plato de puré (dos cucharadas soperas de aceite de oliva) de zapallo y zanahoria con 1 milanesa de soja. Chocolate dietético	Ensalada de arroz integral, trigo, quinoa con hamburguesa de lentejas. Un cuarto de melón	Pastel de papa	Pizza de masa integral 3 porciones

Mirando las comidas de Marcela, ¿qué modificaciones haría?

.....

.....

Realice las modificaciones escritas siguiendo el siguiente esquema:

Desayuno					
Almuerzo					
Merienda					
Cena					

¿Qué estrategias puede recomendarle para que camine?

.....

.....

Durante la charla, Marcela se sorprende de los cambios que usted le propone y le pregunta:

- ¿El aceite de oliva y la palta engordan?
- ¿La avena, el arroz y la harina integral no son dietéticos?
- ¿La milanesa de soja engorda más que la de carne?
- ¿El budín no es light?

Brinde respuestas a estos interrogantes:

.....

.....



***iiiUsted ha finalizado todos los fascículos!!!!***

## ► Bibliografía

---

- 1** Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva. Octubre de 2017 [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/). Acceso 29/12/2017
- 2** Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina. [www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09\\_cuadernillo-obesidad.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001137cnt-2017-09_cuadernillo-obesidad.pdf). Acceso 29/12/2017
- 3** Obesidad. Fisterra. Com. Atención Primaria en la red. [www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp). Acceso 20/12/2017
- 4** Obesidad. Fisterra. Com. Atención Primaria en la red. [www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/index.asp). Acceso 20/12/2017
- 5** Obesidad. Fisterra.com. Atención primaria en la red. [www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/?avisologin=Se%20ha%20producido%20un%20error.%3Cbr%3EDescripci%EF%BF%BDn%20del%20error:%20The%20server%20returned%20an%20invalid%20or%20unrecognized%20response%0D%0A](http://www.fisterra.com/guias-clinicas/obesidad/?avisologin=Se%20ha%20producido%20un%20error.%3Cbr%3EDescripci%EF%BF%BDn%20del%20error:%20The%20server%20returned%20an%20invalid%20or%20unrecognized%20response%0D%0A). Acceso 30/12/2017
- 6** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014.
- 7** National Institute for Health and Care Excellence. Obesity: identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults. NICE clinical guideline 189. NICE; 2014. [www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-35109821097925](http://www.nice.org.uk/guidance/cg189/resources/obesity-identification-assessment-and-management-35109821097925). Acceso 30/12/2017
- 8** Kushner RF. Clinical assessment and management of adult obesity. *Circulation*. 2012;126(24):2870-7. PubMed. [circ.ahajournals.org/content/126/24/2870.long](http://circ.ahajournals.org/content/126/24/2870.long). Acceso 30/12/2017
- 9** Córdoba R, Camaralles F, Muñoz E, Gómez J, Díaz D, Ramírez JI, et al; Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS
- 10** Washburn RA, Szabo AN, Lambourne K, Willis EA, Ptomey LT, Honas JJ, et al. Does the method of weight loss effect long-term changes in weight, body composition or chronic disease risk factors in overweight or obese adults? A systematic review. *PLoS One*. 2014;9(10):e109849. PubMed. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198137/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4198137/). Acceso 30/12/2017
- 11** Weintraub W, Daniels S, Burke L, Franklin BA, Goff DC Jr, Hayman LL, et al; American Heart Association Advocacy Coordinating Committee; Council on Cardiovascular Disease in the Young; Council on the Kidney in Cardiovascular Disease; Council on Epidemiology and Prevention; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Arteriosclerosis; Thrombosis and Vascular Biology; Council on Clinical Cardiology, and Stroke Council. Value of Primordial and Primary Prevention for Cardiovascular Disease: A Policy Statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;124(8):967-90. PubMed
- 12** Laddu D, Dow C, Hingle M, Thomson C, Going S. A Review of Evidence-Based Strategies to Treat Obesity in Adults.? *Nutr Clin Pract*. 2011;26(5):512-25. PubMed
- 13** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014
- 14** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014
- 15** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014
- 16** George A Bray. Obesity in adults: Drug therapy. [www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1). Acceso 02/01/2018
- 17** George A Bray. Obesity in adults: Drug therapy. [www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1). Acceso 02/01/2018
- 18** George A Bray. Obesity in adults: Drug therapy. [www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1). Acceso 02/01/2018

**19** George A Bray. Obesity in adults: Drug therapy. [www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search\\_result&selectedTitle=1-150&usage\\_type=default&display\\_rank=1](http://www.uptodate.com/contents/obesity-in-adults-drug-therapy?search=obesity%20and%20tratamiento%20farmacologico&source=search_result&selectedTitle=1-150&usage_type=default&display_rank=1). Acceso 02/01/2018

**20** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014

**21** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014

**22** Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2014

## ► Tema: Obesidad

### **Autor y Actualización 2017**

Analía Gil. Médica. Especialista en Medicina Familiar y General. Médica Especialista en Nutrición. Cus-Medicamentos. Ministerio de Salud de la Nación

### **Revisión 2017**

Jesus Fumagalli. Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Cosme Argerich y Cus-Medicamentos. Ministerio de Salud de la Nación.

Noemí Ledesma. Especialista en Medicina Familiar y General. Hospital Cosme Argerich.

---

### ► Coordinación Editorial 2018

Cristina Ratto y Analía Gil.

### ► Responsable Editorial 2018

Lic. Gisela Bardi

Coordinación Medicamentos Esenciales

Lic. Cristina Ratto

Licenciada en Educación. Coordinación Medicamentos Esenciales

### ► Diseño

Alsina María Teresa / COUVIC

---



República Argentina   
**salud.gob.ar**

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud  
Presidencia de la Nación