

# C ONFERENCIA NACIONAL DE NUTRICIÓN

*Avances y Perspectivas*



*Resumen*

Resumen de la  
**Primera Conferencia Nacional de Nutrición:  
Avances y Perspectivas**

15 a 17 de agosto de 1996  
Panamá, República de Panamá

**Dr. Hernán Delgado**

Cualquier análisis del tema “sobrepeso y obesidad” debe tomar en consideración información relacionada a la composición corporal y su asociación con morbilidad y mortalidad a mediano y largo plazo. Igualmente, deben analizarse los aspectos relacionados al balance de ingesta y gasto energético. Cuando la ingesta de energía excede el gasto energético, el exceso es depositado como triglicéridos, en el tejido adiposo. Aunque el tejido adiposo es fundamental para la sobrevivencia, cuando el alimento escasea, el exceso de grasa corporal se asocia con un incremento de la morbilidad y mortalidad.

Obesidad se define como el depósito de grasa directamente asociado a riesgos aumentados a la salud. Las medidas e índice más frecuentemente son el peso, la relación de peso para la talla y el índice de masa corporal. El peso corporal muchas veces es interpretado como sinónimo de peso graso o porcentaje de grasa corporal, por constituir el tejido adiposo el de mayor variabilidad, en relación a los otros tejidos y sistemas del organismo humano. Por otra parte, el índice de masa corporal, resultante de dividir el peso (en kilogramos) por talla elevado al cuadrado (en metros cuadrados) ha sido redescubierto como una medida válida de la grasa corporal. La ganancia cardiovascular, la hipertensión, la diabetes, el cáncer del colon, la mama y endometrio, la osteoartritis y la osteoporosis.

En lo que respecta al perfil de riesgo cardiovascular, es conocido que empeora todos los elementos, incluyendo dislipidemia, hipertensión, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, hipertrofia del ventrículo izquierdo, hiperurcemia y elevación del fibronógeno. Por medio de esos mecanismos, la obesidad, en especial la abdominal, acelera el proceso de aterogenesis. La información más actual acerca de la relación de obesidad y la enfermedad cardiovascular indica que la mortalidad atribuible a enfermedades cardiovasculares es más baja que en aquellas personas que mantienen bajo peso, siendo óptimo para reducir los riesgos cardiovasculares un Índice de Masa Corporal de 22.6 kg/m<sup>2</sup> en hombres y de 21.1 kg/m<sup>2</sup> en mujeres. En el estudio longitudinal de Framingham, en Estados Unidos de América, se ha encontrado, luego de 20 años de seguimiento de la población, que el incremento de una desviación estándar de peso se asocia a un 15% de aumento en la ocurrencia de eventos cardiovasculares en hombres y del 2 por ciento en mujeres.

En relación a la hipertensión arterial, se ha estimado que en los Estados Unidos de América entre 40 y 50 por ciento de los casos de hipertensión arterial son atribuibles a peso corporal elevado, siendo relativo de hipertensión arterial entre cinco y seis veces mayor en adultos obesos de 20 a 45 años de edad, que en individuos de peso normal. Se ha demostrado que una reducción moderada de peso en individuos hipertensos puede eliminar hasta en 50% la necesidad de agentes farmacológicos.

Por otra parte, en lo que se refiere a diabetes, se ha demostrado que la incidencia de diabetes aumenta con un incremento de peso, siendo más alta en hombres y mujeres con Índice de Masa Corporal mayor de 26.8 kg/m<sup>2</sup>.

Lo anterior ha sido utilizado como argumento para definir como peso saludable en las Guías Alimentarias para la población de Estados Unidos de 1989 como el Índice de Masa Corporal comprendido entre 19 y 25 kg/m<sup>2</sup> en menores de 35 años y entre 21 y 27 kg/m<sup>2</sup> en mayores de 35 años de edad. La información preliminar disponible indica que en la revisión de las Guías Alimentarias para EEUU de 1996 estaría recomendándose el límite máximo de 25 kg/m<sup>2</sup> para todos los grupos de edad.

La información presentada, principalmente derivada de estudios de países desarrollados, es también válida para países en vías de desarrollo en general, y para la región centroamericana, en particular. La información disponible en la región muestra el aumento sostenido de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como una disminución del bajo peso. Los reportes de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación - FAO - muestran que en varios países de la región de las Américas la magnitud del sobrepeso y la obesidad es superior al bajo peso y deficiencias nutricionales. La obesidad se encuentra más frecuentemente en adultos, en especial del sexo femenino. La relación de la obesidad con el estado socioeconómico varía entre países desarrollados y en desarrollo, siendo inversa en los países desarrollados y directa en las sociedades en desarrollo. En el caso de la región de las Américas, en Uruguay la prevalencia de obesidad es mayor en el nivel socioeconómico bajo; en Brasil es 20% más rico de la población es el más afectado. Lo anterior sugiere que en la región de las Américas el comportamiento de la obesidad varía en diferentes grupos de población, aún en un mismo país.

Por último, la información derivada de estudios realizados en Inglaterra, agregada a estudios en desarrollo en el INCAP, sugieren que los problemas de enfermedades crónicas no transmisibles asociados a la obesidad podrían estar asociados a eventos, causados por injurias nutricionales, que

ocurren durante el período prenatal y la infancia temprana, y que se manifiestan en el adulto. Al respecto, se están realizando importantes estudios a nivel mundial tendientes a clarificar la relación entre desnutrición fetal e infantil con la hipertensión arterial del adulto, cardiopatías, diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles.

# Taller Obesidad en Pobreza

## Promoción y Prevención

### Análisis del Problema

La población panameña tiende a ser sedentaria y tiene hábitos alimentarios inadecuados apoyados a factores culturales y a disponibilidad de alimentos. Ejemplo: Las frituras son mucho más accesibles y baratas que los vegetales y frutas.

Otros factores que afectan son el estrés, el consumo de alcohol y la publicidad que promueve el consumo de alimentos no adecuados desde el punto de vista nutricional. Además, se considera que la población no cuenta con información suficiente.

### Priorización del Problema

- Sedentarismo
- Falta de información sobre los efectos de la obesidad y el valor nutritivo de los alimentos

### Estrategias

- Educación formal e informal para el personal de salud y la comunidad que incluye información y concientización sobre la obesidad y cómo evitarla
- Aumentar la disponibilidad de alimentos como vegetales, frutas y leguminosas
- Fomentar actividades físicas y deportivas desde el nivel escolar
- Ley para la creación de comedores institucionales que provean alimentación sana.

## Area de Detección

### I. Análisis del Problema

- a. No se reconoce la obesidad como una enfermedad; tanto por el equipo de salud, como por parte de la Comunidad
- b. No hay una detección por parte del equipo de salud. Esto se explica por lo mencionado en el punto (a)

- c. Los registros en los Centros y Policlínicas se hacen por morbilidad; es decir la mayoría de los obesos que se han detectado han sido por morbilidad y la que se registra es la morbilidad, no la obesidad
- d. No existe una evaluación a nivel nacional que permita conocer la situación nacional en relación a la obesidad
- e. Existen estudios de grupos de población que han sido evaluados para determinar la obesidad, pero estos no han sido divulgados
- f. No existe un sistema de registro y vigilancia de la situación en el país

## II. Priorización del Problema

- a. No se reconoce la obesidad como un problema o enfermedad, ni por parte de la comunidad, ni por parte del equipo de salud
- b. No hay detección del problema, a causa de la falta de conocimiento por parte del equipo en lo referente a evaluación

## III. Estrategias para su solución

- a. Capacitación del equipo de salud para la unificación de criterios y el registro adecuado
- b. Sistematización de la información para mantener un sistema de vigilancia
- c. Establecer indicadores de evaluación aplicados a población panameña
- d. Ofrecer orientación a la comunidad para que reconozca la obesidad como una enfermedad que puede ser tratada y prevenida

## IV. Nivel de Responsabilidad

Se considera que se debe actuar a todo nivel desde el nacional hasta el local.

Además dentro de esta estrategia establecida se debe involucrar a las organizaciones no gubernamentales y la empresa privada.

Se debe también capacitar e involucrar a los establecimientos de aeróbicos, spa, etc.

## **Tratamiento y Recuperación**

### **Análisis del Problema**

- 1) La obesidad no se considera como una enfermedad desde el punto de vista clínico y poblacional
- 2) La obesidad generalmente se trata como factor asociado con otras patologías y en la edad adulta
- 3) Poca accesibilidad para el tratamiento y falta de seguimiento

### **Priorización del Problema**

- 1) Falta de sensibilización de la obesidad como problema de salud pública

### **Estrategias para su solución**

- 1) Educación masiva a la población y al personal de salud
- 2) Divulgación de las normas de atención
- 3) Crear grupos multidisciplinarios de tratamientos y fomentar la creación de grupos de apoyo.

### **Nivel de responsabilidad**

- Personal técnico
- Paciente y familiares
- Sector privado, ONG's y comunidad en general