

	BIENESTAR UNIVERSITARIO ÁREA DE SALUD Y DESARROLLO HUMANO	Página 1 de 8
	GUÍA MANEJO CLÍNICO DE LA OBESIDAD	Código: BU-G20
		Versión:01

1. OBJETIVO

Brindar una guía metodológica para la intervención de medicina general, enfermería y nutrición a los pacientes con obesidad, teniendo en cuenta la evidencia científica existente sobre el manejo de la enfermedad, para garantizar la recuperación de la salud y prevención de complicaciones.

2. ALCANCE

Esta guía se aplica y orienta a los profesionales de la salud de Medicina General, Enfermería y Nutrición sobre el cuidado de los pacientes que presentan obesidad y que utilizan los servicios de salud en los consultorios de Bienestar Universitario.

3. RESPONSABLE

Los responsables de la adecuada ejecución de esta guía son los profesionales en Medicina General, Nutrición y Enfermería que prestan sus servicios en el Área de Salud y Desarrollo Humano de Bienestar Universitario.

4. GENERALIDADES

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En su etiología involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas por causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas.

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: 90 cm para el varón y 80 cm para la mujer.

El acúmulo de grasa central se relaciona fisiopatológicamente con el incremento en la incidencia de complicaciones cardiovasculares. Estas complicaciones se derivan de un estado pro inflamatorio y protrombótico debido a las alteraciones que se inducen en la producción de citocinas, la coagulación y la fibrinólisis.

5. CLASIFICACIÓN

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	25.0 - 29.9
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	30.0 - 34.9
Obesidad de clase II	35.0 - 39.9
Obesidad de clase III	≥ 40.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud OMS.

El sobrepeso y la obesidad: Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

El índice de masa corporal (IMC) peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²) es un índice utilizado frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. La OMS define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30.

5.1. ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La obesidad es un síndrome multifactorial, entre los múltiples factores que contribuyen a la etiología de la obesidad están los genéticos, metabólicos, ambientales, nutricionales, sedentarismo, entre otros, Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación (con alto contenido de grasas y azúcares) constituye la principal causa.

5.2. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES DE RIESGO

a. Genéticos:

- Factores hormonales y neuronales relacionados con el control normal del peso. Incluyen las señales a corto y largo plazo que determinan la saciedad y la actividad de alimentación.
- El número y tamaño de las células adiposas, la distribución regional de la grasa corporal y el índice metabólico en reposo.
- Los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de tener problemas de peso.

b. Sistema nervioso central

- Alteración en los mecanismos básicos que regulan el ingreso de energía o el acto de comer (de manera específica en el encéfalo) causando hiperfagia.

c. Endocrino

- El desequilibrio hormonal primario que, al afectar el comportamiento alimentario, el gasto de energía, o ambos, da por resultado un balance energético positivo, con el consiguiente almacenamiento en el tejido adiposo.

d. Metabólicos

- La anormalidad metabólica básica puede incrementar el almacenamiento energético en el tejido adiposo causando obesidad.
- Desviación preferente de los sustratos energéticos hacia la síntesis y el almacenamiento de los triglicéridos.
- Mayor eficiencia para efectuar trabajo fisiológico, dando como resultado una síntesis en la que se requiere menos energía y el exceso se convierte en triglicérido que se almacenan en el tejido graso.
- Inhibición de la movilización de la energía almacenada en forma de triglicérido en el tejido adiposo.

e. Nutricionales

- La sobrealimentación puede ocurrir en cualquier etapa de la vida, pero el inicio de la obesidad presenta particular importancia en los primeros meses de edad.
- La lactancia se ha señalado como causa de sobrealimentación, el aporte temprano de alimentos hipercalóricos, la introducción temprana de alimentos sólidos y la fórmula láctea hiperconcentrada.
- La sobrealimentación en la etapa preescolar cuando se violenta la anorexia fisiológica de estas edades a base de estimulantes de apetito, polivitaminas y medidas coercitivas.
- La malnutrición materna antes y durante la gestación puede ser un factor esencial del peso corporal del niño al nacer y durante su vida adulta.
- Malos hábitos alimenticios, el consumo elevado de alimentos de alta densidad energética favorecen su depósito en forma de grasa corporal.

f. Actividad física

- Una actividad física escasa puede convertirse en factor predisponente de obesidad.
- Las personas obesas debido a que su menor movilidad promueve más sedentarismo y da origen al círculo vicioso obesidad-sedentarismo-obesidad.

g. Psicológicos

- Las perturbaciones psicológicas como causa de obesidad son frecuentes, influyen sobre el apetito, pueden provocar una tensión nerviosa que se intenta compensar en la alimentación.

h. Fisiológicos

- Pubertad, gestación, menopausia, y mayor edad.

6. MANEJO DEL PACIENTE CON OBESIDAD

6.1. Información básica de la historia clínica

La Historia Clínica debe incluir:

- a. Peso: Pesarse sin zapatos y preferiblemente en ropa interior.
- b. Talla: Debe realizarse en las mismas condiciones de la última toma.
- c. La historia clínica: Se debe realizar el cálculo del Índice de Masa Corporal IMC del paciente.
- d. La medición de la circunferencia de cintura es el método de elección para la estimación de la grasa abdominal.
- e. Presión arterial. Contar con manguito del tensiómetro adaptado especialmente a los pacientes obesos.

6.2. Exámenes para evaluación inicial del paciente obeso

Los estudios bioquímicos y complementarios que se deben solicitar en la evaluación del paciente con sobrepeso / obesidad se deben individualizar considerando factores de riesgo y comorbilidades asociadas. Entre ellos se pueden prescribir:

- Perfil Lipídico: Colesterol total, Colesterol HDL, triglicéridos.
- Glicemia Basal y post carga de 75 grs (dependiendo del valor de la glicemia basal).
- Creatinina sérica.
- Aspartato aminotransferasa AST y Alanina aminotransferasa ALT
- Hemoglobina glicosilada (solo si el paciente es diabético y con vigencia de 3 meses si está controlado).
- Hormona estimulante de la tiroides T3 y T4 TSH: Realizar en presencia de síntomas o antecedentes familiares de hipotiroidismo.

Si los laboratorios iniciales son normales y no hay otros factores de riesgo asociados se pueden repetir en un año, pero si existe anormalidad se manejarán de acuerdo con las guías para cada patología que se encuentre.

6.3. Manejo no farmacológico del paciente con obesidad

El objetivo del equipo es apoyar al paciente en la necesidad de la pérdida de peso como parte integral del manejo. El principal componente de una intervención eficaz de estilo de vida en forma integral debe incluir:

1. La prescripción de una dieta de calorías reducida.
2. Un programa de aumento de la actividad física.
3. El uso de estrategias de comportamiento para facilitar el cumplimiento de las recomendaciones de la dieta y de la actividad.

La intervención integral del estilo de vida que consiste en dieta, actividad física, y terapia de comportamiento produce en promedio pérdidas de peso de aproximadamente 8 kg en un período de 6 meses de tratamiento. Esto se aproxima a las pérdidas de 5% a 10 % del peso inicial.

6.4. Educación Psicosocial

La transmisión de conceptos específicos sobre la enfermedad a través de la educación del paciente y su familia debe ser considerada como un pilar del tratamiento. Específicamente en el manejo de las enfermedades crónicas, pues se ha entendido el rol del profesional de la salud como sujeto “activo” frente a un paciente como sujeto “pasivo”. Esta conceptualización genera mayor integralidad de la atención al paciente, la familia y entorno, dicha transmisión permite entender que el aumento del conocimiento de un paciente sobre una enfermedad lleva a un cambio de comportamiento que mejora los resultados clínicos, y es por ello que se fortalece la teoría de la educación en autocuidado que nos habla sobre auto-eficacia, además de la importancia de tener en cuenta la creencia del paciente en su propia capacidad para llevar a cabo una determinada conducta.

Este autocuidado NO debemos entenderlo como la educación en salud tradicional, donde se le brinda información sobre la enfermedad al paciente. Más bien, como la capacidad del paciente para hacer frente a todo lo que significa una enfermedad crónica, incluyendo la identificación de los síntomas, entender los tratamientos, las consecuencias físicas y sociales y los cambios de estilo de vida necesarios, pero estableciendo acuerdos desde su propia realidad (desde su propio estilo de vida). Lo anterior permite lograr un autocontrol eficaz, donde el paciente pueda controlar su enfermedad y hacer los cambios

de comportamiento, cognitivos y emocionales que sean necesarios para mantener una calidad de vida satisfactoria.

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en responsables de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma, implica una responsabilidad individual al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos.

Además, el modelo establece que se deben evitar las intervenciones amenazantes o coercitivas. Por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es básicamente un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas consideradas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.

Los pacientes con enfermedades crónicas pueden presentar algún episodio depresivo, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad.

Por ello, es necesario generar un modelo de intervención hacia el logro de la adherencia terapéutica basado en la dinámica del AUTOCUIDADO y así formar al PACIENTE MAESTRO, el cual debe conocer su patología para así poder cuidarse él mismo. Las competencias que adquiera le permitirán responder con efectividad ante los síntomas de su enfermedad, participar en la toma de decisiones compartidas con el profesional de la salud y transmitir adecuadamente la información que él ha adquirido con otros pacientes en la misma condición.

Esta última cuestión facilitará que la dimensión del rol del paciente maestro sea exponencial, puesto que los beneficios invertidos en su educación y en el autoconocimiento de su patología tendrán una incidencia beneficiosa en muchos otros pacientes y en su entorno social. A su vez, estos pacientes pueden llegar a convertirse también en pacientes maestros y prolongar / multiplicar el esfuerzo del sistema para mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos.

6.5. Nutrición

Los pacientes deben tener una dieta individualizada de acuerdo con sus costumbres y creencias, los recursos económicos y los alimentos disponibles en la región.

Aunque la pérdida de peso inicial es de tan sólo 3% al 5 % del peso corporal, puede llevar a reducciones clínicamente significativas en algunos factores de riesgo de Enfermedades Cardiovasculares ECV; las pérdidas de peso en mayor porcentaje producen mayores beneficios. Por tanto, se recomienda como objetivo inicial la pérdida de 5 % a 10 % del peso base dentro de los primeros 6 meses.

La pérdida de peso requiere la creación de un déficit de energía a través de dietas con restricción de calorías, la actividad física o ambos.

Un déficit de energía de 500 kcal/día normalmente se puede lograr con una dieta de 1200 a 1500 kcal/día para las mujeres y 1.500 a 1.800 kcal/día para los hombres. La elección de la dieta restringida en calorías puede ser un proceso individualizado basado en las preferencias del paciente y el estado de salud.

La formulación de las diferentes dietas y su intensidad deben ser resultado de un trabajo clínico por un profesional especializado en nutrición, se hacen recomendaciones dietéticas para el manejo de otras enfermedades durante la aplicación de la dieta de restricción calórica, como en la hipertensión, la dislipidemia y otras condiciones relacionadas con la obesidad.

6.6. Actividad física

La actividad física (AF) y el ejercicio son componentes en el manejo de la pérdida de peso junto a un plan de alimentación estructurado, ya que la práctica de ejercicio físico como forma aislada de tratamiento en la obesidad no parece tener un papel destacado en la pérdida de peso, aunque resulten incuestionables sus efectos beneficiosos sobre el riesgo cardiovascular y la salud en general.

Muchas de las personas con obesidad que tienen una vida sedentaria, manifiestan escaso interés o habilidad para iniciarse en una actividad física. Por esta razón se debe plantear comenzar con un régimen de actividad física lento pero progresivo durante varias semanas, hasta alcanzar los objetivos planteados. Como primera medida conviene reducir el sedentarismo fomentando el incremento de las actividades cotidianas que generen un gasto calórico (utilizar transporte público, subir tramos de escaleras, caminatas). A medida que el sujeto va perdiendo peso y aumentando su capacidad funcional se puede incrementar tanto la intensidad como el tiempo de dedicación a estas actividades, hasta alcanzar un mínimo de 45-60 min diarios.

Los ejercicios de actividad moderada son los que permiten contribuir a un balance energético negativo, como caminar rápidamente, nadar, montar bicicleta, gimnasia aeróbica, practicar deportes (tenis, baloncesto, fútbol), etc. Son recomendables ejercicios de resistencia 2 o 3 días a la semana, que impliquen a los principales grupos musculares, utilizando 8-10 ejercicios diferentes, con un conjunto de 10 a 15 repeticiones para cada tipo de ejercicio programado.

7. BIBLIOGRAFÍA

Coomeva, Salud EPS. (Sep- 2014). Guía de práctica clínica para el manejo integral de la obesidad. Coomeva, 1, 8-16.

Organización Mundial de la Salud OMS
<https://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/#:~:text=El%20%C3%ADndice%20de%20masa%20corporal,igual%20o%20superior%20a%2030.>

8. REGISTRO

Identificación		Almacenamiento (Archivo de gestión)		Protección	Recuperación (clasificación para consulta)	Disposición (Acción cumplido el tiempo de retención)
Código Formato	Nombre	Lugar y Medio	Tiempo de Retención	Responsable de Archivarlo		
BU-F04	Formato para el Registro Diario de Consultas de Salud y Desarrollo Humano	Archivo área de Salud/ Sistema de información/ magnético	2 años	Funcionario	Cronológico	Digitalización
No aplica	Historia clínica	Archivo área de Salud/ Sistema de información/ magnético	10 años	Funcionario	Cronológico	Backup

9. REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción

No aplica para este documento por ser la primera versión

<p>Elaboró</p> <p><i>Equipo de Trabajo Dirección de Bienestar Universitario-Área de Salud y Desarrollo Humano</i> 24/07/2020</p>	<p>Revisó</p> <p><i>Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad</i> 27/07/2020</p>	<p>Aprobó</p> <p><i>Jesús Suescun Arregocés Director Bienestar Universitario Responsable de Bienestar Universitario</i> 27/07/2020</p>
---	--	---