



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTA DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

TEMA

**FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD
MORBIDA EN EL ADULTO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 2012-2014**

TRABAJO DE TITULACIÓN PRESENTADO COMO REQUISITO PARA

OPTAR EL TÍTULO

DE MEDICO

Autor (es): Andrés Prieto López

Tutor: DR. Silvio Mosquera Peña

Guayaquil

—

Ecuador

Año

2015



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE MEDICINA

Este Trabajo de Graduación cuya autoría corresponde al.....ha sido aprobada Luego de su defensa publica, en la forma presente por el Tribunal Examinador de Grado Nominado por la Escuela de MEDICINA como requisito parcial para optar

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MIEMBRO DEL TRIBUNAL

MEDICINA

SECRETARIA ESCUELA DE



CERTIFICADO DEL TUTOR

EN MI CALIDAD DE TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS.

CERTIFICO QUE: HE DIRIGIDO Y REVISADO EL TRABAJO DE TITULACIÓN DE GRADO PRESENTADA POR EL SR: Andrés Prieto López CON C.I.# 0922651658

CUYO TEMA DE TRABAJO DE TITULACIÓN ES:

FACTORES DE RIESGO Y CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD MORBIDA EN EL ADULTO. HOSPITAL UNIVERSITARIO 2012-2014

REVISADA Y CORREGIDA QUE FUE EL TRABAJO DE TITULACIÓN, SE APROBÓ EN SU TOTALIDAD, LO CERTIFICO:

TUTOR

(firma)



DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento. A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mi madre por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar.

“La dicha de la vida consiste en tener siempre algo que hacer, alguien a quien amar y alguna cosa que esperar”.

Thomas

Chalmers



AGRADECIMIENTO

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la UNIVERSIDAD ESTATAL DE GUAYAQUIL por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi directo de tesis, Dr. SILVIO MOSQUERA PEÑA por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mi tesis con éxito. También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, y en especial a mis profesores por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga

INDICE

Contenido

INTRODUCCION	Error! Bookmark not defined.
CAPITULO I.....	3
1. EL PROBLEMA	3
1.2. JUSTIFICACION	4
1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA	6
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACION.....	6
1.5 OBJETIVOS	6
1.5.1 OBJETIVO GENERAL	6
1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	7
1.7 HIPOTESIS	7
1.8 VARIABLES	7
2. MARCO TEORICO.....	8
2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS:	8
2.2 SOBREPESO	9
2.3 OBESIDAD:	10
2.4 EPIDEMIOLOGIA:	10
2.5 INDICE DE MASA CORPORAL:	12
2.6 TIPOS DE OBESIDAD:	13
2.6.1 OBESIDAD ANDROIDE.....	13
2.6.2 OBESIDAD GINECOIDE:.....	Error! Bookmark not defined.
2.6,3 OBESIDAD MIXTA :	13
2.7 ANTROPOMETRIA :	14

CAPITULO III.....	15
3. MATERIALES Y METODOS	15
3.1 MATERIALES	15
3.1.1 Lugar de investigación:	15
3.1.2 Caracterización de la zona de trabajo:	15
3.1.3 Periodo de investigación	15
3.1.4 Recursos a emplear:	15
3.1.4.1 Recursos Humanos:.....	15
3.1.4.2 Recursos Físicos:.....	15
3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA	16
3.2 METODOS	16
VIABILIDAD	17
3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	18
3.3 ANALISIS DE LA INFORMACION.....	18
3.4 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES	18
CAPITULO IV.....	19
4. RESULTADO Y DISCUSION.....	19
4.1 RESULTADO	19
1.-SEGÚN GRUPO ETARIO: ANALISIS E INTERPRETACIÒN.....	19
2.-SEGÚN EL AÑO ELECTIVO	20
3. POR GENERO DE SEXO	21
4. SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL	22
5. PERIODO 2012	22
6. PERIODO 2013:	23
7.- PERIODO 2014:.....	24
8.- SOBREPESO Y OBESIDAD ASOCIADO A HA Y DMII	25

CAPITULO V	26
CONCLUSIONES	26
CAPITULO VI.....	27
6. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS	27
6.1 PROPUESTA:.....	28
BIBLIOGRAFÍA	29

INTRODUCCION:

El propósito u objetivos en general del presente trabajo es identificar los problemas más comunes asociado al estilo de vida actual relacionado con el exceso de peso.

La naturaleza de la obesidad y el sobrepeso, establecer si son graves problemas que suponen una creciente carga económica sobre los recursos nacionales. Afortunadamente, este mal se puede prevenir en gran medida si se introducen los cambios adecuados en el estilo de vida.

La obesidad, es definida por la OMS como una situación en la que un exceso de tejido graso perjudica la salud y aumenta la mortalidad. La magnitud de su prevalencia e incremento en todo el mundo, justifican la calificación de auténtica epidemia y obliga a implementar con urgencia tratamientos preventivos y estrategias terapéuticas correctas. Pero tan importante como los datos epidemiológicos es la necesidad de ir produciendo en la sociedad y entre los profesionales una revolución conceptual, un cambio profundo de mentalidad que lleve a considerar la obesidad como una enfermedad crónica, y a plantear estrategias coherentes médicas para su tratamiento multidisciplinar. La obesidad precisa de un cambio de paradigma y una estrategia sostenible, requiere “ser rescatada” como un auténtico problema de salud y llevar su manejo al único terreno responsable: el de la medicina basada en pruebas alejada de la “para-medicina” y el negocio científico. Moverse en el terreno responsable en el tratamiento de la obesidad significa diagnosticar correctamente a todo paciente obeso y plantear estrategias adecuadas de tratamiento, como ante cualquier otra enfermedad crónica: tratamientos mantenibles a medio y largo plazo, que no causen efectos secundarios perjudiciales y que tengan en cuenta la compleja realidad del comer y la homeostasis energética. Implica un cambio sostenible en las condiciones ambientales que permiten la expresión fenotípica de la obesidad, es decir un cambio en el estilo de vida en los tres ejes fundamentales de actuación: la alimentación, el ejercicio físico y las actitudes hacia la comida, a los que se añaden los fármacos y la cirugía en los pacientes y/o momentos en los que esté indicado. Durante las dos últimas décadas se han ido produciendo espectaculares avances en el conocimiento de los complejos factores genéticos, de la fisiopatología de la regulación energética, del apetito/saciedad, y del metabolismo del

propio tejido adiposo, auténtico órgano endocrino regulador , lo que ha despejado algunas incógnitas del complicado rompecabezas de la homeostasis energética del organismo humano. Aunque la expresión completa de sus intrincados y complejos mecanismos permanece insuficientemente conocida, sí parece evidente que las diferentes vías etiopatogénicas afectadas condicionarían las distintas expresiones clínicas de la enfermedad y factores de riesgo asociados. Todos estos avances y cambios conceptuales precisan de un impulso sistematizado del conocimiento de la enfermedad y sus diferentes expresiones fenotípicas y de un esfuerzo en la caracterización clínica completa de la obesidad y sus comorbilidades. De tal forma que los profesionales estemos en condiciones de realizar una selección, diversificación y priorización de abordajes terapéuticos, cirugía incluida, y un mejor estudio de los posibles agentes farmacológicos potencialmente útiles, tareas en las que la investigación multidisciplinar y traslacional es crucial y en cuya enseñanza sistemática e integral este Master pretende contribuir.

CAPITULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO EL PROBLEMA

Pensé en tomar el tema de obesidad, porque entre nosotros mismos comenzamos a cuestionar nuestros propios hábitos alimenticios, además de no contar con un horario específico y también pude observar que lo mismo ocurría en la mayoría de las personas de mi entorno, así mismo pude observar que algunos cuentan con bajo peso y peso normal, pero la mayoría tenemos sobrepeso y 3 casos de obesidad.

Posteriormente me pregunte cuales podrían ser las principales causas y posibles consecuencias de la obesidad. Dándome a la tarea de buscar información que me explicara la gravedad del problema, si es que lo había. Y lo que encontré fue que la obesidad es un trastorno cada vez más frecuentes en nuestro país, principalmente por la industrialización debido a que somos invadidos por una infinidad de alimentos chatarra y por la vida acelerada como modificando nuestra alimentación.

Además encontré información reciente, que me mostró que la obesidad ya no se considera más un problema estético, si no que ya es catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad crónica, progresiva, severa de gran impacto en la salud pública y como una verdadera epidemia del siglo XXI, siendo un problema que genera enormes costos de atención médica, quirúrgica y hospitalaria en cualquier país, donde la incidencia está en aumento.

Estadísticas de la OMS estipulan que aproximadamente (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>) 200 mil personas mueren solo en Sudamérica por la obesidad y como en 7 años ha aumentado en un 3% los casos de sobrepeso, y además de que el 95% de quien lo padece no cree tener ese problema.

En base a todo esto surgió el planteamiento del problema que a continuación se describe.

¿Cuáles son las causas y consecuencias por las cuales se presenta la obesidad en nuestro país?

1.2. JUSTIFICACION

La obesidad, es definida por la OMS como una situación en la que un exceso de tejido graso perjudica la salud y aumenta la mortalidad. La magnitud de su prevalencia e incremento en todo el mundo, justifican la calificación de auténtica epidemia y obliga a implementar con urgencia tratamientos preventivos y estrategias terapéuticas correctas. Pero tan importante como los datos epidemiológicos es la necesidad de ir produciendo en la sociedad y entre los profesionales una revolución conceptual, un cambio profundo de mentalidad que lleve a considerar la obesidad como una enfermedad crónica, y a plantear estrategias coherentes médicas para su tratamiento multidisciplinar. La obesidad precisa de un cambio de paradigma y una estrategia sostenible, requiere “ser rescatada” como un auténtico problema de salud y llevar su manejo al único terreno responsable: el de la medicina basada en pruebas alejada de la “para-medicina” y el negocio a científico.

Moverse en el terreno responsable en el tratamiento de la obesidad significa diagnosticar correctamente a todo paciente obeso y plantear estrategias adecuadas de tratamiento, como ante cualquier otra enfermedad crónica: tratamientos mantenibles a medio y largo plazo, que no causen efectos secundarios perjudiciales y que tengan en cuenta la compleja realidad del comer y la homeostasis energética. Implica un cambio sostenible en las condiciones ambientales que permiten la expresión fenotípica de la obesidad, es decir un cambio en el estilo de vida en los tres ejes fundamentales de actuación: la alimentación, el ejercicio físico y las actitudes hacia la comida, a los que se añaden los fármacos y la cirugía en los pacientes y/o momentos en los que esté indicado.

Durante las dos últimas décadas se han ido produciendo espectaculares avances en el conocimiento de los complejos factores genéticos, de la fisiopatología de la regulación energética, del apetito/saciedad, y del metabolismo del propio tejido adiposo, auténtico órgano endocrino regulador, lo que ha despejado algunas incógnitas del complicado rompecabezas de la homeostasis energética del organismo humano. Aunque la

expresión completa de sus intrincados y complejos mecanismos permanece insuficientemente conocida, sí parece evidente que las diferentes vías etiopatogénicas afectadas condicionarían las distintas expresiones clínicas de la enfermedad y factores de riesgo asociados. Todos estos avances y cambios conceptuales precisan de un impulso sistematizado del conocimiento de la enfermedad y sus diferentes expresiones fenotípicas y de un esfuerzo en la caracterización clínica completa de la obesidad y sus comorbilidades.

De tal forma que los profesionales estemos en condiciones de realizar una selección, diversificación y priorización de abordajes terapéuticos, cirugía incluida, y un mejor estudio de los posibles agentes farmacológicos potencialmente útiles, tareas en las que la investigación multidisciplinar y trasnacional es crucial y en cuya enseñanza sistemática e integral este Master pretende contribuir.

OBJETIVOS:

- 1) Proporcionar los conocimientos y la actualización permanente sobre la regulación del metabolismo intermediario, la homeostasis energética y la fisiopatología de la obesidad, así como la prevención de la misma.
- 2) La adquisición de forma sistematizada de las habilidades, competencias y conocimientos teóricos que capaciten al profesional para realizar con solvencia una prevención, diagnóstico y tratamiento integral de la obesidad y sus enfermedades asociadas: cambio de estilo de vida, y tratamiento quirúrgico, farmacológico y psicopatológico, con una visión estratégica y científica rigurosa.
- 3) Proporcionar criterios objetivos de buena práctica y aspectos éticos relacionados con los tratamientos actuales de la obesidad.

Se pretende que el estudiante finalice con un conocimiento teórico y suficientes habilidades prácticas para el abordaje correcto de la obesidad en cualquiera de los ámbitos de la educación, y la salud.

DIRIGIDO a:

Profesionales sanitarios que se interesen por ejercer un papel en la prevención, diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico de la obesidad:

Médicos especialistas en Endocrinología y Nutrición, Medicina Familiar y comunitaria, Medicina Interna, Medicina Estética, Medicina del Deporte, Cirugía.

Licenciados en Farmacia. Otras Licenciaturas o Grados: Nutrición y Dietética, Enfermería, Fisioterapia, etc.

1.3 DETERMINACION DEL PROBLEMA

En el hospital de docencia Universitario de Guayaquil se observa un incremento significativo del número de pacientes con sobrepeso y obesidad sin que exista información estadística precisa de su prevalencia y sean además identificados los factores que motivan este incremento, en tal virtud es necesario plantear una propuesta de investigación que nos permita de forma adecuada establecer su prevalencia.

El objetivo de este trabajo es establecer la prevalencia en pacientes que cursan con factores relacionados con el sobrepeso, atendidas en el área de consulta externa del Hospital Universitario

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACION

- 1) ¿Cuál es la edad más frecuente asociada a mujeres y hombres con sobrepeso y tipo de obesidad?
- 2) ¿Cuáles son los factores prevalentes en el incremento del IMC?
- 3) ¿Cuáles son los factores intervinientes en este estudio?
- 4) ¿Cuáles son los síntomas más característicos en las pacientes sobrepeso y obesidad?

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del sobrepeso por observación indirecta para contribuir si existe paciente que tengan sobrepeso.

Intervenir a través de dieta hipocalórica y actividad física en el tratamiento del sobrepeso y obesidad de mujeres adultas que padecen este problema.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las características generales de la población investigada y los factores
- Determinar la magnitud del sobrepeso y obesidad mediante el uso del Índice de Masa corporal y medidas antropométricas.
- Establecer el IMC, altura y peso en los casos o adultos del estudio
- Identificar mediante la circunferencia de la cintura la presencia de síndrome metabólico.
- Aplicar una dieta hipocalórica en función de necesidades nutricionales,
- presentar un plan de actividad física diaria como propuesta de la institución
- obtener el estilo de vida rutinario de los adultos

1.7 HIPOTESIS

- 1) el sobrepeso o la obesidad es uno de los factor principales de enfermedades coronarias.

1.8 VARIABLES

La investigación se realizara de acuerdo con las variables aplicadas:

A. Variable independiente:

- ✓ Prevalencia del sobrepeso en personas adultas
- ✓ Historias clínicas
- ✓ IMC

B. Variable dependiente:

- ✓ Enfermedades relacionadas con el sobrepeso
- ✓ Amenaza de IAM

C. Variable interviniente :

- ✓ Grupo Etario, tipo de instrucción, ocupación, estado civil, estilo de vida alimentación diaria.

CAPITULO II

2. MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Para comprender una ciencia es preciso conocer su historia.

Augusto Comte

(1798-1857)

La historia de la obesidad es antigua y se remonta por lo menos a la edad de piedra, sin embargo el significado de esta condición ha variado en cada época debido a la influencia de muchos factores, como pueden ser científicos, alimentarios, culturales, políticos, psicológicos, económicos y religiosos.

La comida y la alimentación están asociadas con simbolismos que penetran en todos los aspectos de nuestra cultura. Se ha dicho que la historia del hombre sólo es entendible en el contexto de la historia de la comida.

Los primeros cambios en los hábitos alimentarios ocurrieron en tiempos prehistóricos, cuando el hombre empezó a producir su comida en lugar de recolectarla.

En Grecia antigua, Galeno fue una de las figuras más dominantes en la historia de la medicina. Identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera se clasificaba como natural y la segunda como mórbida.

En la Edad Media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes hacia la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad era un regalo de Dios (poco frecuente, ya que la comida era escasa y había gran cantidad de plagas), por otro, la gula se consideraba un pecado capital.

Los documentos de la palabra gordo, en castellano, datan del primer tercio del siglo XII, inicialmente se utilizaba como apodo, en el sentido de “torpe”, “tonto”, más tarde *gordus*, en latín, daba la idea de “obtusos”, “insensatos”, “necios”, “bobos”, entre otros. Hasta el siglo XIV se documentaron las nuevas acepciones de “gordo”, “el que tiene mucha carne” y “el muy abultado y corpulento”.

En el México prehispánico, el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. Se consideraba que toda pérdida de peso corporal, resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. A medida que los conquistadores españoles se

adentraron en territorio mexicano, se fue generando una serie de cambios en la alimentación.

En la época del Renacimiento, el comer en exceso era considerado peligroso. Sin embargo los artistas de esta época pintaron a mujeres obesas como prototipo de la belleza; ejemplos: Rubens (1577- 1640), con el cuadro “Las tres gracias”; Leonardo da Vinci (1452-1519), con “La Gioconda” y muchos otros.

En el siglo XVIII, Fleming pensaba que la corpulencia se trataba de una enfermedad debida a varias causas: un exceso en la cantidad de comida, especialmente la rica en aceites, alteraciones sanguíneas y trastornos en la evacuación.

El primer caso de obesidad hipofisaria, se descubrió en el siglo XIX. Hassal sugirió que ciertos tipos de obesidad podían resultar debido al aumento en el número de células. Quetelet en 1836, publicó el índice peso/talla, el cual se usa hoy día.

El siglo XX continuó con el desarrollo de conocimientos acerca de la obesidad. Los estereotipos de belleza cambiaron en los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. A finales de los 60's, la modelo estadounidense apodada “Twiggy”, caracterizada por su delgadez cambió los patrones de la moda.

En los países orientales, la obesidad es símbolo de estética, sobre todo en el varón, ya que es prueba de estar bien alimentado y esto a su vez reflejo de que se tienen recursos. Hay que recordar que Buda entre los Hindús es delgado, mientras que entre los japoneses es rechoncho.

Hoy día la delgadez es mal vista únicamente en algunos lugares como en ciertas regiones de África, donde se asocia con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

2.2 A. SOBREPESO.-

Se define como sobrepeso a la existencia de un Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 27 y menor de 30, en población general. Otra definición de sobrepeso es cuando significa demasiado peso, sin que el término indique relación directa con la gordura; también puede significar cualquier exceso de peso del recomendado como el peso deseable para una persona dada.

Otra definición nos indica que el sobrepeso es cuando una persona tiene un máximo al 10% de sobrepeso de su peso ideal. Por ejemplo: Si el peso ideal es de 60 kilos, significa que para que se considere que tiene sobrepeso, debe de pesar máximo 6 kilos

más, es decir 66 kilos. Cuando la persona pasa de estos 66 kilos, ya hablaríamos de obesidad.

2.3 B. OBESIDAD.

La obesidad se define como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo, situación que puede asociarse con ciertas condiciones metabólicas o patologías (diabetes, hiperuricemia, dislipidemias) Existen varios métodos para medir la cantidad de masa grasa corporal como son: mediciones antropométricas basadas en el peso y estatura, determinación de pliegues cutáneos, pesaje hidrostático, técnicas de impedancia bioeléctrica y radioisotópicas. Cada uno de estos métodos se caracteriza por tener un costo determinado, complejidad y exactitud. Los métodos clínicos, con la realización de medidas antropométricas y utilización de diferentes índices como el de la masa corporal o BMI se hallan entre los más asequibles, menos costosos y que tienen una exactitud relativa bastante aceptable comparada con los otros métodos

2.4 C. EPIDEMIOLOGIA

1. Prevalencia global de la obesidad Mientras la obesidad está en aumento en todo el mundo, la dinámica de la epidemia varía de acuerdo a las regiones. En los países pobres, las personas tienden a engordar a medida que aumentan sus ingresos, mientras que en las economías desarrolladas o en transición, mayor ingreso se relaciona con formas delgadas.

Los estudios sobre la relación entre pobreza y sobrepeso han identificado un número de factores socioeconómicos en juego. Algunos han relacionado la baja estatura y el retraso en el crecimiento debido a la malnutrición fetal y temprana con la obesidad en etapas posteriores de la vida. Los factores culturales también son importantes: muchas minorías y grupos de bajos ingresos asocian gordura con prosperidad, una percepción no compartida por los sectores de la sociedad que están en mejor posición o tienen más educación.

Las diferencias de género complican aún más el cuadro. En general, las mujeres tienden a tener mayores tasas de obesidad que los hombres.

Pero las tasas de sobrepeso son mayores en hombres en países desarrollados, pero mayores para las mujeres en los países en desarrollo. Además, en muchos países en

desarrollo, la relación entre estatus económico y obesidad es positiva para los hombres pero negativa para las mujeres.

Los últimos cálculos de la OMS indicaron que en el 2010 había en todo el mundo: aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos.

Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En 2010 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso.

Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

2. Prevalencia de obesidad en Latinoamérica La situación nutricional ha evolucionado en forma diferente en los países del continente. Los países han evolucionado hacia diferentes estadios de transición, observándose un incremento de exceso de peso, particularmente en mujeres adultas, en que se supera el 30% y en algunos países llega al 70%. Igualmente preocupante es la situación infantil, donde cinco países superan el 6% de obesidad. Hay una tendencia a disminuir el déficit de peso, siete de nueve países presentaron una reducción de mujeres con bajo peso y el déficit de crecimiento disminuyó generalizadamente.

La evolución del estado nutricional refleja una acción multifactorial donde destacan: aumento de la ingesta calórica, incremento de actividades sedentarias en un entorno más urbanizado promotor de tecnologías que limitan la actividad física y disminución de la inseguridad alimentaria producto del descenso de la pobreza aunque desigualdades sociales persisten.

En las mujeres mayores de 15 años se observaron altas prevalencias de sobrepeso y obesidad. Las informaciones analizadas de 8 países

2.5 INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Ó INDICE DE QUETELET.

El IMC es un sistema de medición para saber cuál es el peso adecuado, midiendo la relación entre peso y altura. Esta herramienta determina la prevalencia de peso por debajo de lo normal, exceso de peso y obesidad en adultos. Se obtiene dividiendo el peso en kilogramos de una persona entre el cuadrado de su altura en metros (kg/m^2).

$$\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m}^2\text{)}$$

Valores límites del IMC (kg/m^2)	
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso grado I	25 - 26,9
Sobrepeso grado II	27 - 29,9
Obesidad de tipo I	30 - 34,9
Obesidad de tipo II	35 - 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 - 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

2.6 TIPOS DE OBESIDAD.

2.6.1 Androide u obesidad del segmento superior (esta también es llamada apariencia de manzana).

La obesidad androide se presenta cuando el RCC es igual ó mayor de 1.0 en el hombre y mayor de 0.8 en la mujer, predominando en el hombre, pero también existe en las mujeres, la adiposidad se encuentra en el abdomen, tronco, cintura escapular, cuello, nuca y cara, las caderas y los miembros inferiores son respetadas.

2.6.2 La obesidad ginecoide (es también llamada tipo pera).

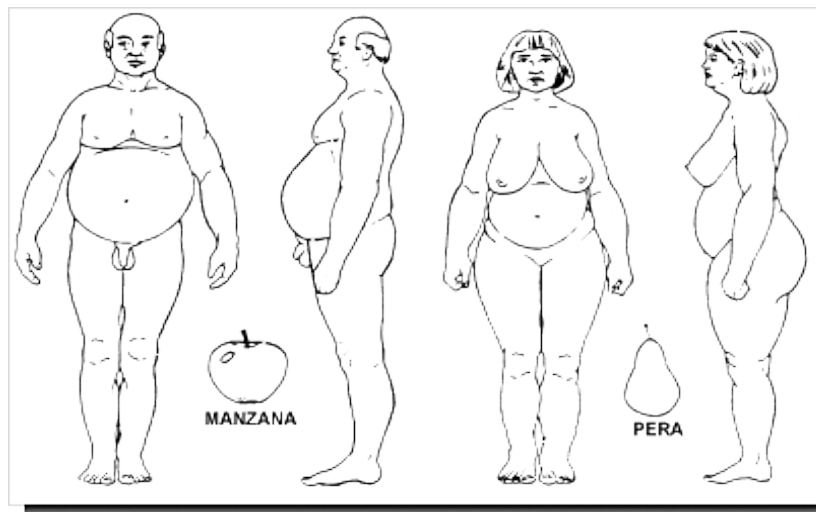
La obesidad ginecoide se presenta cuando el RCC es menor de 1.0 en el hombre y de 0.8 en la mujer; presentándose especialmente en la mujer en edad productiva ó en los hombres con hipogonadismo.

Los patrones genéticos u hormonales determinan su localización de la grasa en la mitad inferior del cuerpo.

La masa total adiposa es considerablemente mayor que en la obesidad androide y la musculatura esta poco desarrollada.

El fenotipo ginecoide no se asocia con complicaciones metabólicas, las que ocurren son del tipo mecánico como insuficiencia venosa y alteraciones ortopédicas. Esta forma contrasta con la obesidad androide por su resistencia al tratamiento dietético.

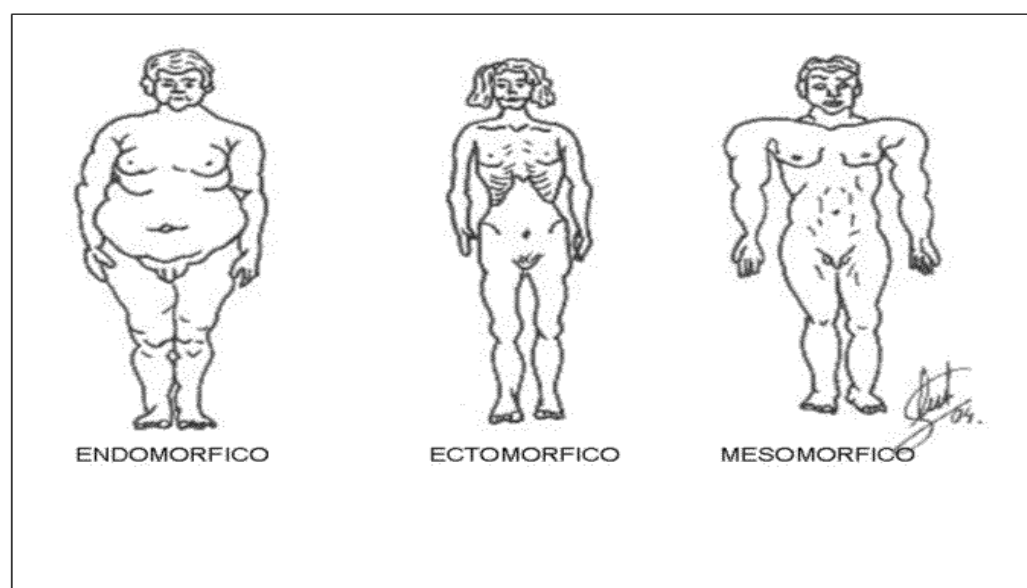
2.6.3 La obesidad mixta existe y se observa en los pacientes con un IMC mayor de 35 kg/m² en los que la diferenciación sexual de la grasa subcutánea se borra y desaparece.



2.7 ANTROPOMETRÍA.

Al no existir un valor que defina la obesidad, se deben utilizar otros métodos de manera complementaria para tener un enfoque clínico más completo y confiable.

El estudio de las medidas y proporciones del cuerpo humano es fundamental y la inspección visual no deja de ser útil en la evaluación del paciente obeso, clasifico los somatipos en ectomorfo, mesomorfo y endomorfo.



CAPITULO III

3. MATERIALES Y METODOS

3.1 MATERIALES

3.1.1 Lugar de investigación:

El presente estudio se realizó en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil ubicado en la Vía Perimetral Km 23.5

3.1.2 Caracterización de la zona de trabajo:

- El cantón de Guayaquil pertenece a la provincia del Guayas, geográficamente ubicado en el centro del golfo de Guayaquil por su ubicación en plena zona Ecuatorial.
- La ciudad tiene una temperatura cálida durante casi todo el año, se marquen dos períodos climáticos bien diferenciados.

La población actual es de 2,684.016 de habitantes.

3.1.3 Periodo de investigación

La presente investigación se realizara en el periodo 2012-2014

3.1.4 Recursos a emplear:

3.1.4.1 Recursos Humanos:

- Investigador
- Tutor
- Pacientes

3.1.4.2 Recursos Físicos:

- Computadora
- Impresora
- Papeles
- Esferográfico
- Datos estadísticos

3.1.5 UNIVERSO Y MUESTRA

3.1.5.1 Universo:

Los pacientes con algún grado de sobrepeso u obesidad que asistieron a consultas en el Hospital Universitario de la ciudad de Guayaquil en el periodo 2012 - 2014, fueron aproximadamente 1172 según el registro de las historias clínicas, distribuidos en :

2012: 393

2013: 307

2014: 472

3.1.5.2 Muestra:

La cifra se basa en pacientes que fueron por consulta externa por las diferentes especialidades que ofrece la institución, la selección se realizó en base a edad, altura y peso.

3.2 METODOS

3.2.1 Tipo de investigación

El presente es un estudio descriptivo correlacional.

3.2.2 Diseño de investigación

De diseño observacional retrospectivo transversal.

3.2.3 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADOR
GRUPO ETARIO	Edad Expresada en años de vida en los pacientes atendidos (20-59)	Numérica	Rango de edades (20-27, 28-35, 36-43, 44-51, 52-59)
EMFERMEDADES ASOCIADAS	Número de pacientes que presentaron signos o síntomas asociados con el problema	Numérica	Hipertensión Diabetes M II

CLASES SOCIALES	Nivel de economía relacionado a su entorno social como individuo.	clasificatoria	Clase alta Clase media Clase baja
CONTROLES DE PROBLEMA	Conjunto de acciones y procedimientos: Sistémicos periodo destinado a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad.	Numérico	Condición adulto con sobrepeso u obesidad
IMC	Examen físico que consta de 2 variables (altura – peso) para establecer la magnitud del problema	Clasificatoria	Índice de QUELET

3.2.4 Viabilidad

El estudio ha despertado el interés de las personas que acudieron a consulta externa en el 2015, así como de autoridades y jefes de las distintas áreas de prestigiosa institución comprometiendo su ayuda y apoyo, haciendo posible el acceso a los reportes y registro del servicio.

3.2.5 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

3.2.5.1 Criterios de Inclusión:

- Pacientes atendidos dentro de la institución por presentar algún tipo de malestar.
- Pacientes con un rango de edad de 20 a 59 años.
- Pacientes atendidas en el periodo de estudio 2012-2014

3.2.5 .2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no tengan la información completa.
- Pacientes que no fueron atendidos por consulta externa.
- Pacientes que no presentaron un IMC mayor a 25.

3.3 ANALISIS DE LA INFORMACION

El estudio se realizó utilizando la información contenida en las fichas de ingreso de los pacientes datos proporcionados por el departamento de investigación y estadísticas de la universidad estatal en conjunto con hospital Universitario, atendidas durante el periodo de estudio, la misma que será tabulada en cuadro grafico para cada una de las variables para su posterior análisis e interpretación.

3.4 ASPECTOS ETICOS Y LEGALES

En nuestro país son muchos los artículos nombrados en la constitución y nos basaremos en el artículo 32 que menciona lo siguiente:

“La salud es un derecho que garantiza el estado cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos entre ellos derecho a la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”.

Debemos considerar el principio de justicia “todas las personas merecen la misma consideración y respeto, nadie debe ser discrimina por sus razas, edad, sexo, ideas, creencias y posición social”

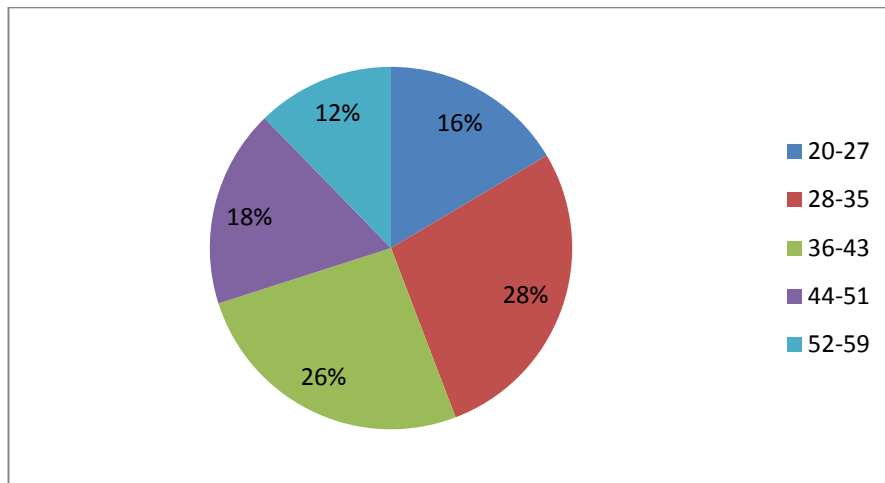
CAPITULO IV

4. RESULTADO Y DISCUSION

4.1 RESULTADO

1.-SEGÚN GRUPO ETARIO: ANALISIS E INTERPRETACIÓN 2012-2014

GRUPO ETARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
20-27	193	16%
28-35	325	28%
36-43	303	26%
44-51	207	18%
52-59	144	12%
total	1172	100%



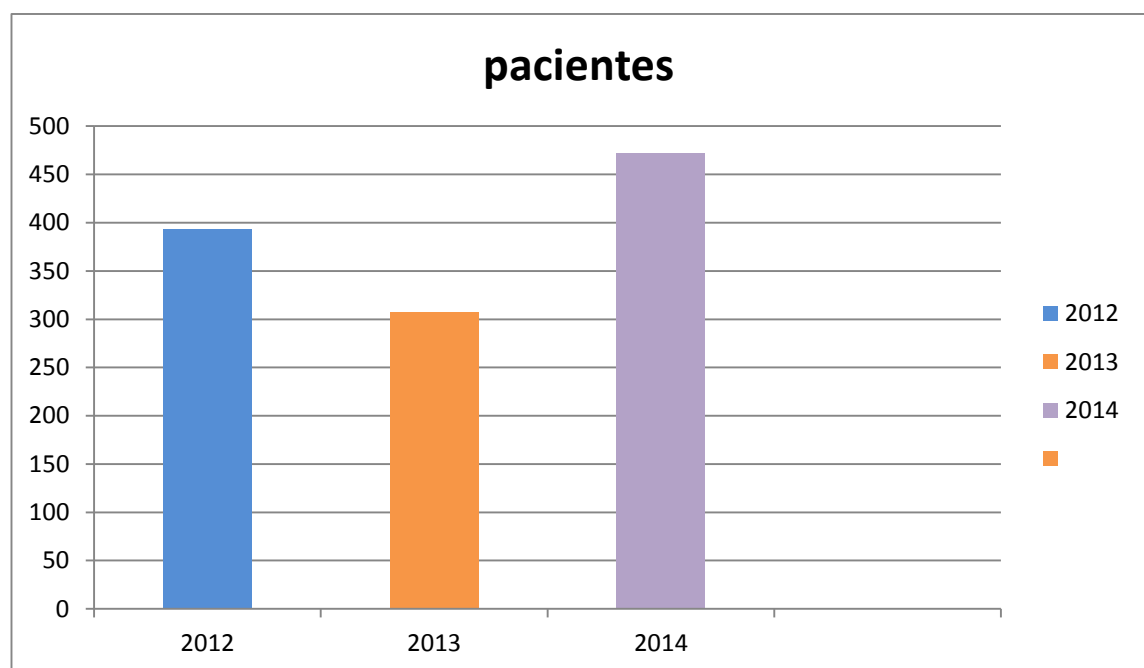
FUENTE: HISTORIAS CLINICAS, DATOS ESTADISTICOS H. UNIVERSITARIO

AUTOR: ANDRÉS PRIETO

Los resultados de este estudio revelaron que los pacientes con más riesgo de sobrepeso y obesidad con una morbilidad alta se encuentran en el grupo etario comprendido entre los 28 – 35 años

2.-SEGÚN EL AÑO ELECTIVO: ANALISIS E INTERPRETACION

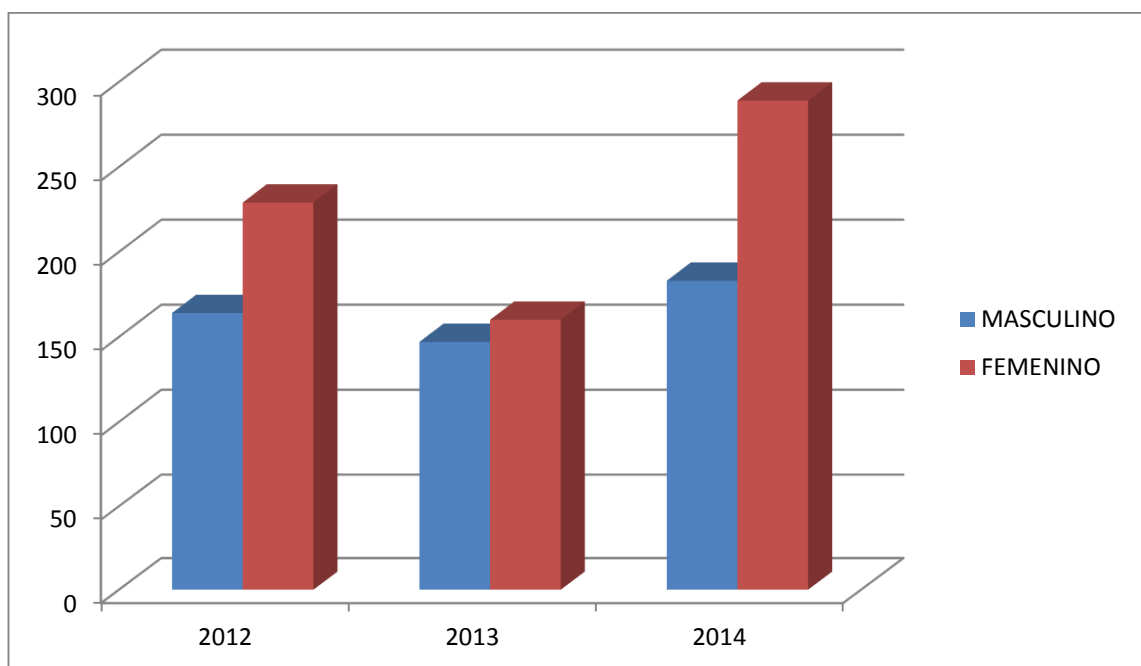
Año	Pacientes
2012	393
2013	307
2014	472



En este estudio la gráfica revela que en referencia al 2012 en el 2013 hubo una disminución de personas con sobrepeso en comparación al 2014 que el incremento fue de 79 pacientes, probablemente la cifra del 2013 se deba a una disminución de consultas o pacientes que se omitieron por no tener los datos requeridos.

3.- POR GENERO DE SEXO: MASCULINO Y FEMENINO

AÑO	MASCULINO	FEMENINO
2012	164	229
2013	147	160
2014	183	289



En este estudio claramente se puede apreciar la prevalencia del sexo femenino en los 3 diferentes años que se tomó como referencia para plantear el problema, diversos factores que influyen especialmente sobre el sexo femenino, tales como amas de casa, embarazos, métodos de anticoncepción etc, hacen que este incremento de sobrepeso u obesidad sobre este género influya.

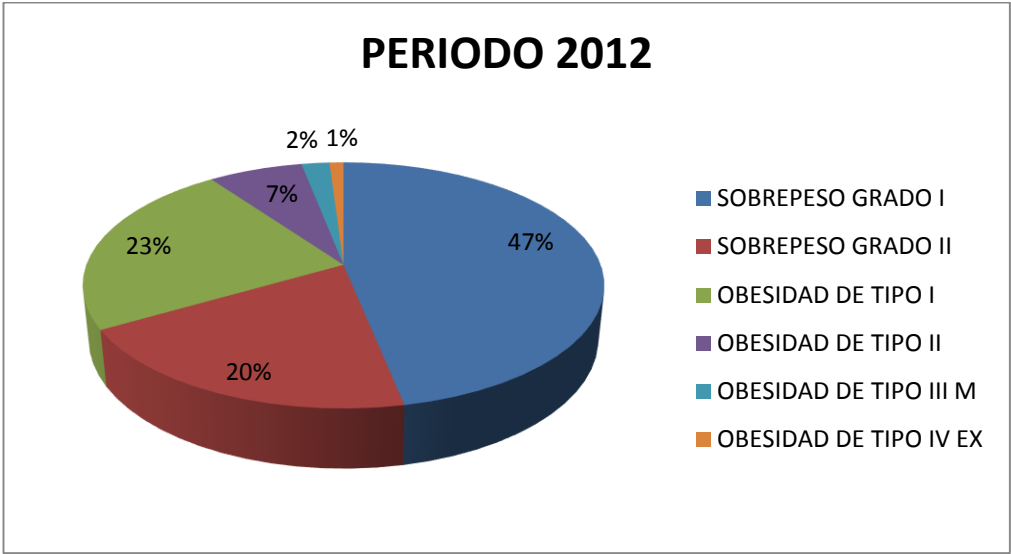
4.- SEGÚN EL INDICE DE MASA CORPORAL: TABLE DE QUETELET

IMC= peso (kg)/ talla (m²)

Valores límites del IMC (kg/m ²)	
Peso insuficiente	<18,5
Normopeso	18,5 - 24,9
Sobrepeso grado I	25 - 26,9
Sobrepeso grado II	27 - 29,9
Obesidad de tipo I	30 - 34,9
Obesidad de tipo II	35 - 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 - 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

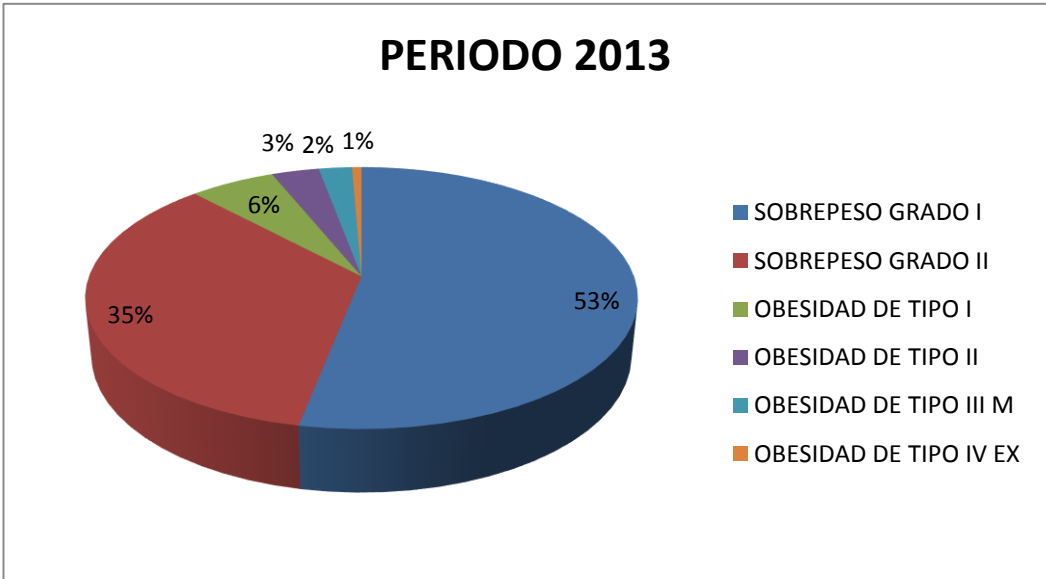
PERIODO 2012

VARIABLE	# DE PACIENTES
SOBREPESO GRADO I	184
SOBREPESO GRADO II	78
OBESIDAD DE TIPO I	92
OBESIDAD DE TIPO II	27
OBESIDAD DE TIPO III M	8
OBESIDAD DE TIPO IV EX	4



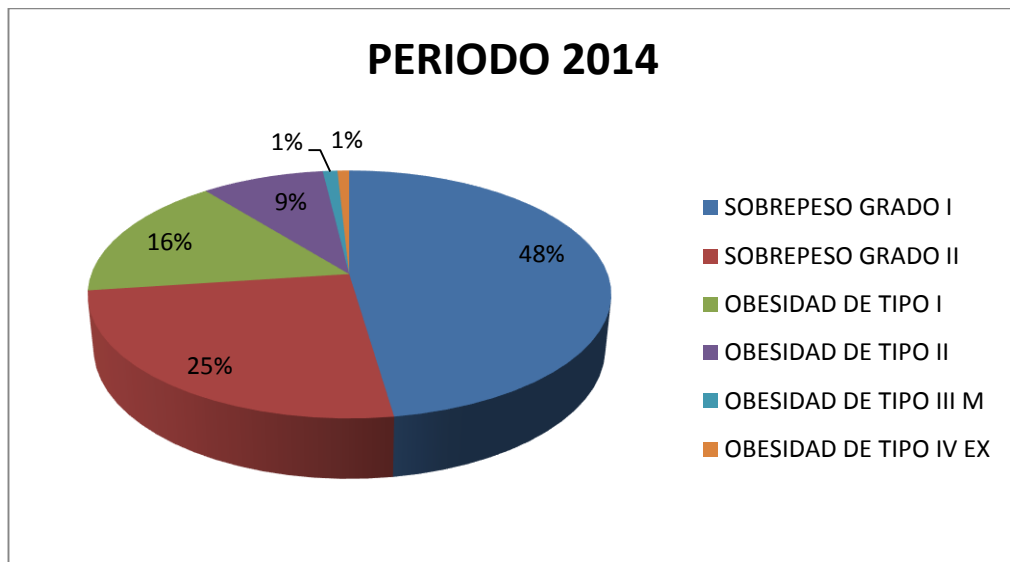
PERIODO 2013

VARIABLE	# DE PACIENTES
SOBREPESO GRADO I	163
SOBREPESO GRADO II	107
OBESIDAD DE TIPO I	18
OBESIDAD DE TIPO II	10
OBESIDAD DE TIPO III M	7
OBESIDAD DE TIPO IV EX	2



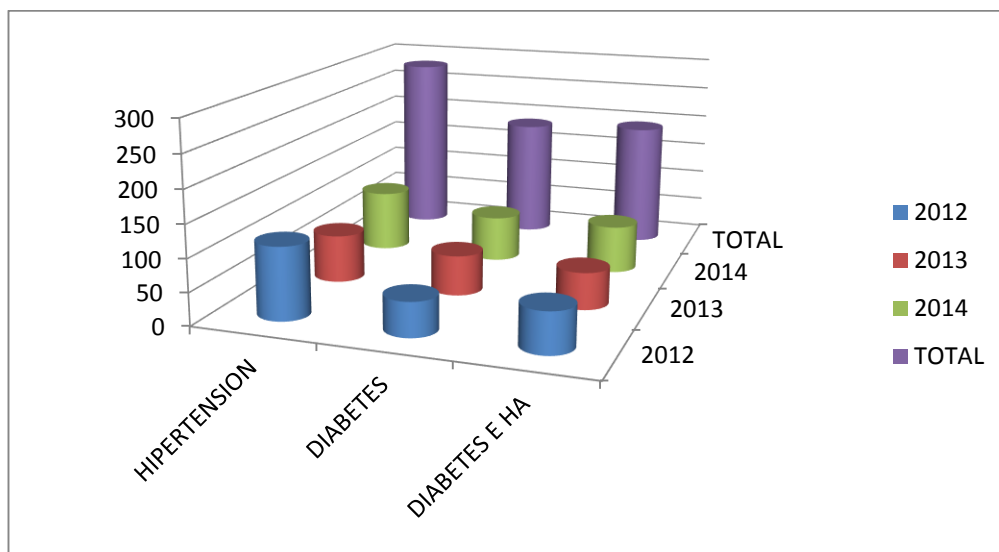
PERIODO 2014

VARIABLE	PERIODO 2014
SOBREPESO GRADO I	225
SOBREPESO GRADO II	119
OBESIDAD DE TIPO I	77
OBESIDAD DE TIPO II	42
OBESIDAD DE TIPO III M	5
OBESIDAD DE TIPO IV EX	4



5.- SOBREPESO U OBESIDAD ASOCIADO A HIPERTENSION O DIABETES M II

VARIABLE	2012	2013	2014	TOTAL
HIPERTENSION	112	74	95	281
DIABETES	53	62	71	186
DIABETES E HA	63	57	74	194



CAPITULO V

CONCLUSIONES

El número de personas que sufren de obesidad es el doble entre las edades de 20 y 50 años y drásticamente se disminuye después de esta edad, la razón... complicaciones mortales, muy frecuentemente combinadas, que terminaran con la vida de la persona, comúnmente entre las edades de 50 y 60.

La gente que sufre de sobrepeso y obesidad ha sido objeto de bromas y ocasionalmente discriminación, se les ha considerado culpables de sufrir su condición, mientras que la verdad es que han sido víctimas de una enfermedad que afecta no solo el aspecto físico de la vida, sino también el emocional y el conductual, una enfermedad que ahora es considerada y tratada como "una enfermedad mortal, crónica y progresiva de proporciones epidémicas"

Las causas son variadas, pero lo que probablemente más ha influido es la adquisición de nuevos hábitos de alimentación, con la llamada comida chatarra, el efecto pernicioso de la televisión y actualmente el computador, que han reducido mucho la actividad física.

La obesidad es considerada como una verdadera epidemia del siglo XXI, viéndose incrementada a nivel mundial.

Después de revisar los expedientes clínicos de pacientes con obesidad severa y mortal se concluye que las modificaciones en la dieta no son efectivas a mediano y largo plazo, sin modificar la capacidad gástrica.

Al estudiar el seguimiento de los pacientes que optaron por el sistema de banda gástrica ajustable para manejo de la obesidad severa y mortal, se observó un patrón progresivo de pérdida de peso.

El tratamiento quirúrgico de la obesidad, es la mejor opción para que el paciente que sufre de obesidad logre sus expectativas.

CAPITULO VI

6. RECOMENDACIONES Y PROPUESTAS

Se deben elaborar esquemas de evaluación de los factores epidemiológicos y clínicos para el sobrepeso y obesidad basados en las características de la población que acude al Hospital Universitario de Guayaquil

Tratamiento preventivo por personal capacitado.

Diseñar un programa de charlas en cada consulta externa

Protocolizar el cribado universal en las pacientes a partir de los 20 años y con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes mellitus II, de esta manera conseguir un diagnóstico precoz de posibles complicaciones que se puedan manifestar, tratarlo adecuadamente y así evitar futuras recomendaciones.

Programas preventivos básicos, como son estimular la educación general, avanzar en la orientación alimenticia y responsabilidad propia de cada individuo, y aumentar la cobertura y calidad de un control precoz.

6.1 PROPUESTA

Mi propuesta se basa en el desarrollo de programas de cirugías bariátricas y metabólicas de costos reducidos para brindar motivación a la población en general, promocionando una calidad de vida mejor, disminuir la mortalidad en pacientes de más de 50 años, aumentando así el promedio de vida de los Ecuatorianos.

BIBLIOGRAFIA

1.- FACTORES ASOCIADOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD

Guillermo Menendez

2.- LA OBESIDAD EN EL TERCER MILENIO

Basilio Moreno Esteba

Susana Moreneo Megías

Julia Alvares Hernández

3- SOCIEDAD ESPAÑOLA PARA EL ESTUDIO DE LA OBESIDAD (SEEDO):

Consenso SEEDO' 2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Med. Clin. 2000; 115: 587-597.

4- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Protocolo de atención a pacientes con trastorno del comportamiento alimentario (TCA) dirigido a médicos de atención primaria. Madrid. 2000. pp.5-17.

5-AGUIRRE, Patricia. Aspectos socioantropológicos de la obesidad en la pobreza. Citado por: PEÑA, Manuel y BACALLAO, Jorge. La obesidad en la pobreza. Washington, D.C.: OPS. Publicación científica. 2000, no. 576, p. 13-25.

6- ALBALÁ, Cecilia et al. Obesidad un desafío pendiente. Chile: Editorial Universitaria S.A. Primera edición. 2000. 308 p.

7- AMERICAN OBESITY ASSOCIATION, Childhood Obesity, Prevalence and Identification [online]. May 2, 2005. Available from Internet: <http://www.obesity.org/subs/childhood/prevalence.shtml>

8- MATAMOROS, P.: Prevalencia de la obesidad en la población del área metropolitana de Madrid. Relación con factores de riesgo cardiovascular. Tesis Doctoral. Madrid. 1997.

- 9- GUYTON, A. C.; MAY, J. E.: Tratado de Fisiología Médica. Edit. Interamericana. 9ª ed. Madrid. 1996. pp.859-869 y 969-975
- 10- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA DE LA OBESIDAD: Guías de actuaciones en Cirugía Bariátrica avaladas por la S. E. C. O. III Reunión Nacional. Santander 2000.
- 11- SOBREPESO Y OBESIDAD ENFERMEDAD CRONICA AUTOR
 Dra. Florángel Urrusuno Carvajal
 Especialista en MGI / MsC. APS
<http://www.ilustrados.com/tema/9302/Revision-bibliografica-sobre-obesidad.html>
- 12- Sitios web FACMED REVISTA MEDICA
<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>
- 13- OMS <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- 14- MSP <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/obesidad>
- 15- SECRETARIA DE SALUD DEL ECUADOR
http://www.noalaobesidad.df.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=59
- 16- ARANCETA, Javier. Epidemiología de la obesidad en los países desarrollados. En: Nutrición y obesidad. Enero- febrero 1998, vol. 1 no. 1, p. 12-22.
- 17- BADRAN, Nora et al. El tejido adiposo como órgano endocrino [en línea]. En: Bioquímica, Universidad Nacional del Nordeste. 2008. Argentina. Disponible en Internet: <http://www.med.unne.edu.ar/catedras/bioquimica/>

- 18- BRAGUINSKY J. Prevalencia de obesidad en América Latina. Anales Sis San Navarra 2002; 25(Supl.1):109-115.
- 19- DUPERLY, J. et al. Obesidad: Enfoque integral. 1a. ed. Bogotá: Centro editorial Universidad del Rosario. Diciembre, 2000. 200 p.
- 20- GUERRA CABRERA, Carmen et al. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes [en línea]. En: MediSur. 2009, vol. 7 no. 2, p. 25-34. [consultado mayo 30, 2011] Disponible en Internet:
- 21- LAQUATRA, Ida. Nutrición para el control del peso. Cap 23. En: MAHAN, et al. Nutricion y dietoterapia de Krausse 10a. ed. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana. 2001, p. 227-261.