



MANTENIMIENTO DEL PESO A CORTO PLAZO EN PACIENTES DE TRATAMIENTO INTEGRAL DE SOBREPESO Y OBESIDAD DE UNA INSTITUCIÓN DE MEDICINA ESTÉTICA DE LA CIUDAD DE CÚCUTA

ZAIDA ROCIO CONTRERAS VELASQUEZ¹

¹ Bacteriólogo, Especialista en Epidemiología Clínica, Especialista en Prácticas Pedagógicas Universitarias. Docente. Departamento de Ciencias del Medio Ambiente - Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta. E-mail: zaidarocio78@yahoo.com

RESUMEN

Objetivo: Determinar el mantenimiento del peso e índice de masa corporal (IMC) en el corto plazo, (comprendido entre un último control en el mes de diciembre del 2012 y un primer control al iniciar el año 2013) teniendo en cuenta que el mes de diciembre tiene características de riesgo por presentar un factor de riesgo asociado a el consumo de alimentos de alto contenido calórico

Metodología: El diseño del estudio es de tipo descriptivo observacional. La muestra corresponde a 53 pacientes que habían asistido a terapia durante el año 2012 asistiendo a última consulta en diciembre del año 2012 y reiniciando el tratamiento en enero del 2013.

Resultados: La media de cambio en el peso fue de $0,075 \pm 1,57DS$ ($p=0,729$). El % de variación de peso obtenido fue de 0,12% con $DS \pm 2,23$ y la media de la variación del IMC fue de $0,0245 \pm 0,62DS$ ($p=0,776$).

Conclusión: los pacientes logran mantener peso e índice de masa corporal alcanzado en el tratamiento, y mantienen éstos valores durante cortos periodos como lo es la época de navidad y fin de año; esto debido a que el paciente aprende a llevar los nuevos hábitos inclusive en ésta corta temporada en la que la dieta, a nivel cultural, tiende a ser de alto contenido calórico.

Palabras claves: mantenimiento del peso a corto plazo, peso, porcentaje de variación del peso, variación del índice de masa corporal.

1. INTRODUCCIÓN

Según Lastra, “la obesidad es una de las enfermedades metabólicas más antiguas de la humanidad, sin embargo hasta hace relativamente poco se ha reconocido como tal” [1]. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe como “desde 1980, las cifras de obesidad se han doblado en todo el

mundo. En 2008, 1500 millones de adultos (de 20 años o más) tenían sobrepeso. Dentro de éste grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesas”. [2]; aspecto de la cual no está exento la mayoría de los países de América en los cuales se está produciendo un cambio en los hábitos alimentarios, con un



vertiginoso aumento del consumo de alimentos con un denso contenido energético, ricos en grasas saturadas, azúcares y sal; lo cual, como lo dice el Dr. Alberto Barceló, Asesor Regional de Enfermedades No Transmisibles de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), unido a una creciente cultura de sedentarismo y falta de actividad física [3], y el fenómeno de la comida industrializada (junk food) [9]; está contribuyendo gravemente al incremento que estamos observando en las altas tasas de sobrepeso y obesidad en la región[3], ; ocasionando un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables como hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedad coronaria, accidentes cerebrovasculares y la presencia de algunos tipos de cáncer, entre otros son las principales causas de muerte, discapacidad y deterioro de la calidad de vida. [10]

Debido a su alta prevalencia, se ha convertido en la epidemia de este milenio; en un problema de salud pública que en algunos países representa un alto porcentaje del gasto social[1]; ante ello, según Amzallag, “los objetivos del tratamiento de la obesidad se han trasladado de la sencilla pérdida de peso aislada como meta estética, hacia una gestión global de una mejor u optima salud. Este nuevo concepto incluye la pérdida de peso pero no se limita a esto. Se considera, un programa de gestión para la pérdida de peso, eficaz si el paciente responde de manera favorable a prevenir la gordura, mejorar las complicaciones, mejorar las reglas generales de salud e higiene y adelgazamiento estable a largo plazo”. [5]; es por ello que alcanzar los objetivos es responsabilidad conjunta del paciente y del profesional de la salud al saber que

cualquier sea el valor del programa, sólo el paciente puede ponerlo en práctica. [5]

El sistema de salud en Colombia y muchos países de la región, no tiene políticas de salud claras en cuanto al control y mantenimiento del peso del paciente, no existe una intervención significativa en los hábitos de las personas que empiezan a presentar síntomas de la enfermedad y por lo tanto, la mayoría de las veces las consecuencias de la enfermedad no se previenen a tiempo.

Con el presente estudio, se pretende demostrar que para lograr una disminución significativa del peso, del Índice de Masa Corporal y del riesgo cardiovascular (variable dependiente del perímetro abdominal), es necesario una intervención de los hábitos alimenticios y actividad física por parte de un profesional médico especializado, en este caso el médico Especialista en Medicina Estética del Instituto Medico Científico de Estética Avanzada – IMCEA, de la ciudad de Cúcuta, donde se llevó a cabo el estudio.

Y de manera principal, se intenta demostrar que después de un periodo de intervención a largo plazo, por parte del especialista, el paciente puede manejar sus hábitos durante un periodo corto de tiempo, en el que el paciente se encuentra expuesto a alimentos con alto contenido calórico sin el acompañamiento clínico, como ocurre en la época de navidad y vacaciones de mitad de año.

2. METODO

2.1 Diseño del estudio: es de tipo descriptivo observacional de corte retrospectiva.



2.2 Población: la población, está conformada por 67 pacientes entre hombres y mujeres que recibieron tratamiento integral de sobrepeso y obesidad durante el año 2012 en la Institución Médico Científica de Estética Avanzada.

2.3 Muestra: La muestra se tomó por conveniencia del investigador y corresponde a 53 pacientes que además de haber asistido al tratamiento de control de sobrepeso u obesidad durante el año 2012, asistieron como último control en diciembre del 2012 y reiniciaron actividades en el 2013. Anexo a ello, debe ser paciente no menor de 18 años y que en el registro de historias clínicas tenga los datos completos.

2.4 Protocolo de tratamiento: Al inicio y durante el tratamiento se hace una búsqueda de enfermedades endocrinas relacionadas con el exceso de peso. El paciente debe consignar su estilo de alimentación y ejercicios habituales por medio del cual se inicia un manejo integral individual con terapia médica nutricional, diversos procedimientos médicos estéticos de acuerdo con los antecedentes patológicos del paciente y control semanal. Es así como se consignan los datos correspondientes a las medidas antropométricas (peso, IMC y perímetro abdominal), variables importantes en el estudio.

Lo anterior, con el fin de hacer un control progresivo, continuo y constante del paciente que permite detectar posibles errores en el cumplimiento de la dieta por parte del paciente así como una mejor adaptación a los diferentes procedimientos.

Con el fin de realizar una selección adecuada de la muestra, los datos

obtenidos de las historias clínicas fueron consignados en su totalidad en un formato elaborado para el estudio.

2.5 Variables del estudio: el peso (kg) al iniciar el tratamiento en el 2012, peso en el último control del 2012 y peso en el primer control del 2013, variación de peso (kg), % de variación de peso, índice de masa corporal (IMC), variación del índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal.

Igualmente, se analizó las variables de edad, género, antecedentes clínicos entre otras.

2.6 Análisis estadístico, la base de datos se elaboró en Excel y posteriormente se analizó en SPSS versión 21.

El control de sesgos a las variables peso e IMC se lleva a cabo por medio de pruebas paramétricas (Shapiro Wilk). Con valor $p > 0,05$ se considera que tiene comportamiento de una curva de distribución normal.

Se determinó por prueba de hipótesis, la comparación de medias para variables continuas por medio de la t de student y prueba de Wilcoxon para muestras pareadas. Se tomó el intervalo de confianza del 95% en cada uno de los análisis. Igualmente se hará la correlación con el valor de significancia (valor p) considerando que las diferencias eran estadísticamente significativas para una $p < 0,05$.

Igualmente, se comparó la media obtenida en la variación del peso, variación del índice de masa corporal y el % de variación de peso entre la primera consulta del 2012 a la consulta obtenida en diciembre del 2012 con los resultados del estudio de Xiao [6], esto, teniendo en cuenta que la muestra utilizada por Xiao



en su estudio estuvo monitoreada por entrenadores especializados (coach), tratamiento terapéutico similar al realizado en IMCEA, en la cual se realiza un control periódico de medidas a los pacientes durante todo el tratamiento.

3. RESULTADOS

Entre las características demográficas de la muestra estudiada presentadas en la **Tabla 1**, se evidenció mayor la asistencia del género femenino a la consulta del especialista en medicina estética en un 90,6% (n=48), entre las cuales predomina el estado civil casado en un 52,8% (n=28). Un 26,4% (n=14) de las pacientes del estudio manifestó haberse realizado algún tipo de cirugía relacionada con moldeamiento y el no tener hábito de ejercicio en el momento de la primera consulta predominaba entre las pacientes del estudio en un 58,5% (n=31). Así mismo predominó enfermedades como la dislipidemia en un 16,7% (n=11) y la hipertensión arterial en 13,6% (n=9) como antecedentes clínicos.

Del total de la muestra (N=53), el paciente de menor edad tenía 18 años, y el de mayor edad tenía 83 años.

En los datos condensados en la **Tabla 2**, se encuentran la media del peso (Kg) y el perímetro abdominal. De estas dos variables, al presentar una curva de distribución normal corroborado por la prueba de Shapiro Wilks, se consignó la desviación estándar (DS) y el Intervalo de Confianza del 95% (IC 95%) en los tres momentos del estudio, con el fin de hacer una comparación de las mismas. A diferencia de las dos variables antes enunciadas, los datos del Índice de Masa Corporal (IMC) no se comportó como una curva de distribución normal, corroborado con la prueba de Shapiro

Wilks, por lo que se obtuvo la mediana, del IMC, P25 y P75, y se hizo una comparación de estas tres variables en los tres momentos del estudio

Tabla 1. Características de la muestra.

VARIABLE	RESULTADO
Edad (años)	43,45 ±12,13 IC 95%(40,12-46,7
Genero	%
Masculino	9,4
Femenino	90,6
Estado Civil	%
Casado	52,8
Soltero	26,4
Unión libre	9,4
Viudo	5,7
Separado	5,7
Antecedentes clínicos de cirugías (%)	
Liposucción	13,2
Liposucción mas dermolipsectomía	9,4
Ortopédicas	1,9
Otro tipo o ninguna	73,6
Antecedentes de enfermedades (%)	
Dislipidemia	16,7
HTA	13,6
Artritis	6,1
Hipotiroidismo	6,1
Sind. metabólico	4,5
Diabetes	3,0
Resistencia a la insulina	3,0
Intolerancia a los carbohidratos	3,0
Hernia diatal	1,5
Osteosporitis	1,5
Sin antecedentes	33,3
Antecedentes de Habito de Ejercicio	%
Si	41,5
No	58,5



En cuanto a la variación del peso, IMC y perímetro abdominal entre la primera consulta del 2012 y la consulta de diciembre del 2012 ($p=0,000$); a diferencia de la variación del peso ($p=0,729$) e IMC ($p=0,774$) entre la consulta de diciembre 2012 a la primera consulta del 2013.

La media de variación del peso obtenido entre la primera consulta del 2012 y la consulta de diciembre fue de $-5,85 \pm 5,0$ kg IC 95% 4,47 – 7,23 % se comparó con un estudio previo realizado por Xiao [6] cuya media se encontraba en $-5,4$ ($p=0,947$).

Así mismo se comparó el % de variación de peso obtenido entre la primera

consulta del 2012 y la última consulta de diciembre del 2012 cuyo resultado tiene una media de $-7,5 \pm 5,5\%$ con los resultados obtenidos en el estudio de Xiao[6] cuya media se encontraba en $-7,0\%$ ($p=0,947$).

En cuanto a la variación del IMC se obtuvo la mediana de la variación entre la primera consulta del 2012 y la consulta de diciembre del 2012 la cual se encuentra en $-1,7\text{kg}/\text{m}^2$; y la media de los valores de la variación de los valores del IMC obtenidos por Xiao [6] la cual se encuentra en $-1,9\text{kg}/\text{m}^2$. No se realizó comparación de medias debido a que el comportamiento de los datos es diferente en los dos estudios.

Tabla 2. Valores obtenidos de las variables peso, índice de masa corporal (IMC) y perímetro abdominal en los tres momentos del estudio.

Variable	Primer Control 2012	Último control diciembre 2012	Primer Control 2013
Peso (kg)	$76,35 \pm 14,4$ IC 95% (72,48 – 80,20)	$70,49 \pm 11,1$ IC 95% (67,51 – 73,48)	$70,57 \pm 11,2$ IC 95% (67,55 - 73,58).
Índice de masa corporal (IMC) (kg/m^2)	28,5 en P25-50	27,0 en P25-50	26,7 en P25-50
IMC P25 (kg/m^2)	25,8	23,9	24,12
IMC P75 (kg/m^2)	31,85	29,45	29,62
Perímetro abdominal (cm)	$95,2 \pm 14,5$ IC 95% (91,42 – 99,28)	$89,8 \pm 12,2$ IC 95% (86,61 – 93,19)	$90,3 \pm 12,0$ IC 95% (87,18 – 93,53).

4. DISCUSIÓN

Con el estudio se permite evidenciar que los pacientes logran disminuir significativamente el peso, IMC y perímetro

abdominal, si éstos se encuentran sometidos a un periodo de entrenamiento que a su vez esté supervisado de manera permanente y constante por una persona especializada en manejo de hábitos, en



éste caso por un médico especialista en Medicina Estética (también llamado *coach*).

Igualmente se permite establecer que es posible el mantenimiento del peso e IMC durante cortos periodos de tiempo, inclusive si éstos son considerados por los pacientes cómo difícil, dada la alta frecuencia en el consumo de alimentos ricos en calorías como ocurre en las épocas de navidad y de fin de año.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante recalcar que los pacientes (en su mayoría mujeres) asisten no sólo por la necesidad de mejorar su apariencia física, sino porque ya vienen con antecedentes clínicos entre los que se encuentran dislipidemia, HTA y trastornos del metabolismo, entre otros y que a su vez les impide alcanzar el peso ideal y mantenerlo durante largos periodos de tiempo.

Uno de los aspectos que más preocupa a los especialistas en Medicina Estética es el riesgo cardiovascular[7] el cual puede ser medido de acuerdo a la circunferencia abdominal que presenta el paciente en ese momento, por lo cual uno de los objetivos de éste tipo de tratamientos es disminuir el riesgo, disminuyendo la circunferencia abdominal. En la muestra analizada, fue significativo la disminución de la frecuencia pacientes que presentaban un riesgo muy elevado a riesgo elevado.

Así mismo, es significativa la presencia de pacientes que previamente se han sometido a cirugías relacionadas con moldeamiento (p.e. liposucción y/o dermolipectomia), ya que estas pacientes no desean realizarse más cirugías y en algunos casos se encuentran autoestima baja debido a que han recuperado el peso que habían perdido al realizarse el procedimiento quirúrgico.

5. CONCLUSIONES

Se determinó con la investigación, la importancia de la intervención en los hábitos y estilo de vida de los pacientes que asisten a consulta para tratamiento integral de sobrepeso y obesidad, lo cual permite evidenciar avances significativos en la disminución del porcentaje de variación de peso y la variación del Índice de Masa Corporal. Anexo a lo anterior, los pacientes por sí mismos, logran mantenimiento de peso en periodos cortos de tiempo inclusive si se exponen a épocas del año en la cual la tendencia a nivel cultural es a consumir dietas con alto contenido calórico.

REFERENCIAS

- [1] LASTRA L. Guido, Lastra. Obesidad: epidemia del nuevo milenio. Rev.Fac.Med. [revista en la Internet]. 2005 Jul [citado 2015 Mayo 18]; 53(3): 186-195.
- [2] OMS. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Obesidad y sobrepeso.
- [3] Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Diabetes: OPS urge luchar contra la diabetes y la malnutrición en las Américas.
- [4] Secretaría de Salud de Santander. [Internet] Factores de riesgo para enfermedades crónicas en Santander, método STEPwise
- [5] AMZALLAG, William. De perder peso, al control del peso. En: Revista Cubana de Invest. Bioméd. 2000 Ago[citado 2015 Feb 15]; 19 (2): 98-115.
- [6] Xiao, L., Yank, V., Wilson, S., Lavori, P. y Ma, J. Two- year weight-loss maintenance in primary care based diabetes prevention program lifestyle interventions. Nutr Diabetes. 2013; Vol. 3. 2013.
- [7] MARTINEZ HERVAZ, S. (2008). Perímetro de cintura y factores de riesgo



- cardiovascular. Revista Española de Obesidad, 6 (2), 97-104.
- [8] YANK, X. W. (2013). Short Term weight loss patterns, baseline predictors, and longer- term follow- up within a randomized controlled trial. Obesity , 21 (1), 45-51.
- [9] GOMEZ D. Héctor. Sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento. Salud pública Méx. 2006 June 48(3): 286-28
- 10] PEÑA y BACALLAO, Manuel y Jorge. La obesidad y sus tendencias en la Región. Rev Panam Salud Publica . 2001; 10(2):45.