

HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
"DR. ANTONIO LUACES IRAOLA"  
CIEGO DE ÁVILA

**Caracterización de la obesidad.**  
**Characterization of obesity.**

Manuel Agustín Pérez de Corcho Rodríguez (1), Miguel Suárez Hernández (2), Serafín Silvio Noa Cordero (3).

**RESUMEN**

Es evidente que la obesidad tiene complicaciones muy relevantes que pudieran dar al traste con la vida de un paciente obeso por lo que se exponen en este estudio las más evidentes, teniendo en cuenta las características de la población estudiada, dando a conocer que al disminuir el sedentarismo, e incrementar la práctica sistemática de ejercicios físicos se disminuyen y se benefician los mismos. El genotipo de la persona es una determinante importante de cómo ocurre la ingestión de excesiva energía. El ambiente también es importante ya que claramente no existe obesidad sin aumento de la ingestión calórica, la polifagia, que se relaciona directamente con ella. Evitar las complicaciones de la obesidad, es tarea de primer orden, por lo que se considera la obesidad una enfermedad y un problema de salud mundial.

**Palabras clave:** OBESIDAD, COMPLICACIONES, INGESTIÓN CALÓRICA.

1. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor.
2. Máster en Epidemiología y en Medicina Preventiva.
3. Especialista de Primer Grado en Endocrinología. Profesor Instructor.

**INTRODUCCIÓN**

La obesidad es debida al almacenamiento de grasa que resulta de una alimentación excesiva (factor exógeno) para las necesidades de un metabolismo normal (factor endógeno). Se conoce también como adiposidad, pimeiosis y polisarcia adiposa. La obesidad es el aumento del tejido adiposo por hipertrofia o hiperplasia de las células grasas (1).

La obesidad es una enfermedad y un problema de salud pública mundial que afecta a un gran porcentaje de la población y condiciona un aumento de la morbilidad y la mortalidad en quienes la padecen (2) por sus asociaciones clínicas que son sus complicaciones: Enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, la insuficiencia cardiaca congestiva y la muerte súbita son mucho más frecuentes en el paciente obeso, aterosclerosis, diabetes mellitus, problemas respiratorios; la hipoventilación alveolar grave, asociada a hipoxia y largos períodos de somnolencia en un individuo con obesidad mórbida, hipertensión pulmonar, e insuficiencia cardiaca se ha denominado síndrome de Pickwick, el síndrome de apneas/hipopneas durante el sueño (SAHS) es una manifestación clínica frecuente en los grandes obesos, enfermedades circulatorias venosas que llevan a la enfermedad tromboembólica, el cáncer de endometrio es 3 veces más común en mujeres obesas, el de mama, vesícula y vías biliares también aumenta en las mujeres obesas, en el hombre la obesidad se asocia especialmente a cáncer de colon, recto y próstata, enfermedades gastrointestinales; colelitiasis y esteatosis hepática, artritis, piel; intertrigo, micosis, acantosis nigricans, problemas psicológicos por la mala autoimagen; el enojo, la autoduda, la depresión y la ansiedad se presentan con frecuencia en el paciente obeso, siendo estos trastornos secundarios a la enfermedad (2- 4). La obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexos (5). La obesidad exógena es causa secundaria de hiperlipoproteinemia (6). Los Lípidos son la principal fuente energética en el ayuno como en la agresión (7).

Alrededor de 20% de la población cubana es obesa; condición predisponente, pues se reconoce que la obesidad constituye un factor de riesgo independiente de la aterosclerosis y se asocia, en un número elevado de casos (8).

Los avances en medicina han sido numerosos, en especial en el pasado siglo, lo cual permite poseer en la actualidad un conjunto de conocimientos y prácticas que pueden hacer mucho por la salud de los seres humanos (9).

La atención primaria de salud consiste en una forma de atención especial que es accesible a todos los individuos y familias, está inserta dentro de la comunidad y es el nivel asistencial con el que contacta la población en primera instancia, por lo que tiene un vínculo muy directo con los problemas. (10).

Una dieta reducida en grasa protegería a las mujeres del cáncer de ovario, según estudios realizados (11).

No basta con modificar los hábitos. Hay que comenzar a estudiar el contexto social en que se produce la obesidad (12).

La aterosclerosis es la causa fundamental de las enfermedades cardio-cerebrovasculares (13-14), además es la responsable de la cuarta parte de todos los fallecimientos ocurridos en México (15). La aterosclerosis es la primera causa de muerte e incapacidad en los Estados Unidos (16). El riesgo que se tiene de padecer un episodio de enfermedad coronaria de origen ateromatoso puede valorarse atendiendo a los principales factores de riesgo cardiovascular (17).

La actividad física, tiene su contrapartida el sedentarismo (18). El estilo de vida físicamente activo tiene menores tasas de mortalidad y una mayor longevidad. El abandonar el sedentarismo y ser más activo físicamente, reducen sus tasas de mortalidad (19-20).

Se ha demostrado efectos protectores de la actividad física y el riesgo de padecer enfermedades crónicas (21).

La evidencia epidemiológica indica que treinta minutos al día de actividad física moderada reporta sustancial beneficio a la salud (22).

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Divulgar mediante programas de educación para la salud el riesgo que representa la obesidad en la población, y como ésta disminuye la capacidad de enfrentarse a distintos problemas cotidianos como es el desempeño obrero.
- 2.- Lograr que un 100% de nuestros pacientes obesos consuman una dieta adecuada.
- 3.- Modificación del estilo de vida para aumentar la calidad de vida y longevidad satisfactoria de los pacientes obesos en coordinación con el área de atención primaria.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

La presente investigación es un estudio descriptivo de corte transversal.

Se analizó el comportamiento de la enfermedad, en un estudio de 98 obesos en el municipio Ciego de Ávila, durante el periodo comprendido desde enero del 2006 a enero del 2007, se organizó un formulario para la recogida de datos individuales que incluyó las diferentes variables constitucionales así como sus complicaciones, considerándose obeso al que tenía 120% de peso ideal, las cuales fueron pesquizados de las historias clínicas por el autor de la investigación.

El aspecto del paciente puede dar una estimación subjetiva pero bastante exacta del grado de obesidad (2), cuyos índices de uso más común y el más útil es el de la masa corporal según la evaluación nutricional por el % del peso ideal que se calcula según la fórmula siguiente:

$\% \text{ del Peso Ideal} = \frac{\text{Peso Actual en kg} \times 100}{\text{Peso Ideal en kg}}$

Peso Ideal en kg

Todo el que esté por encima del 120% del peso ideal es obeso. Para calcular el peso ideal nos basamos en las siguientes medidas.

Peso ideal:

Hombres  $50 + 2,3 \times \text{pulgadas} > \text{de } 5 \text{ pies.}$

Mujeres 45,5 + 2,3 x pulgadas > de 5 pies.

1 pie = 12 pulgadas = 30 cms.

1 pulgada = 2,5 cms.

5 pies = 150 cms.

Clasificación:

> 120 % del peso ideal es obeso.

110 a 120 = exceso de peso.

90 a 110 = normo peso.

80 a 90 = bajo peso ligero.

70 a 80 = bajo peso moderado.

< 70 = bajo peso severo.

Se revisó cuidadosamente el concepto para precisar con efectividad la constitución física y posibles complicaciones.

Se consideró que la obesidad es una enfermedad y un problema de salud mundial (4).

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

1.- En nuestra experiencia como se refleja en la Tabla I, observamos que de 98 obesos estudiados se comportaron de la siguiente forma: 19 casos estuvieron comprendidos entre las edades de 20 a 30 años para un 19,4%, 25 casos entre 31 a 40 años para un 25,5%, 37 casos entre 41 a 50 años para un 37,8%, 17 casos más de 51 años para un 17,3%, predominó el sexo femenino, con 52 casos para el 53,1%, sobre el masculino con 46 casos para el 46,9%, el morfotipo racial blanco tuvo su máximo exponente con 45 casos para un 45,9%, sobre el negro con 27 casos para un 27,6% y el mestizo con 26 casos para un 26,5%. En cuanto al peso 14 casos fueron de 60 a 80 kg para un 14,3%, 35 de 81 a 100 kg para un 35,7%, 49 casos más de 101 kg para un 50%. En relación a la talla 41 casos fueron de 150 a 160 cm para un 41,8%, 45 casos de 161 a 180 cm para un 45,9% y 12 casos más de 181 cm para un 12,3%.

2.- En el estudio realizado expresado en la Tabla II, en igual número de pacientes sus complicaciones se comportaron de la siguiente manera: 14 pacientes resultaron hipertensos para un 14,3%, 7 pacientes tuvieron insuficiencia cardiaca congestiva para un 7,1%, 2 pacientes sufrieron muerte súbita para un 2%, 8 pacientes con aterosclerosis para un 8,2%, 7 pacientes con diabetes mellitus para un 7,1%, 1 paciente con el síndrome de Pickwick, otro con el síndrome de apneas/hipopneas durante el sueño (SAHS) ambos para el 1%, 7 pacientes con enfermedades circulatorias venosas que llevan a la enfermedad tromboembólica también para un 7,1%, la enfermedad neoplásica tuvo como máximo exponente al cáncer de mama con 5 paciente para un 5,1%, siguiendo en orden de frecuencia el de vesícula y vías biliares con 3 pacientes para un 3,1%, los de colon y próstata con 2 pacientes cada uno para un 2% respectivamente y en último lugar el de recto con 1 paciente para un 1%, la coleditiasis estuvo representada con 3 pacientes para un 3,1%, se evidenció la existencia de 5 pacientes con esteatosis hepática para un 5,1%, 4 pacientes con artritis representó el 4,1%, también las afecciones cutáneas estuvieron su exponente en 8 pacientes con intertrigo inguinal para un 8,2% y las micosis cutánea con 4 pacientes para un 4,1%, 3 pacientes con acantosis nigricans representaron para el 3,1%, los problemas psicológicos estuvieron representadas en su máxima expresión por 4 pacientes con depresión para un 4,1%, seguidos de 3 con autoduda para un 3,1% en último lugar el enojo y la ansiedad con 2 pacientes para un 2% respectivamente.

## **CONCLUSIONES**

Las características clínicas de los 98 pacientes obesos estudiados, tuvieron un predominio de las edades entre 41 y 50 años, del sexo femenino, el morfotipo racial blanco, del peso en más de 101 kg, de la talla entre 161 cms y 180 cms, además la complicación más relevante de nuestro estudio fue la hipertensión arterial, y las menos frecuentes los síndromes de Pickwick, de apneas/hipopneas durante el sueño (SAHS), y el cáncer de recto.

## RECOMENDACIONES

- 1.- Realizar un estudio de casos y controles con vista a analizar los factores de riesgo de la obesidad.
- 2.- Incrementar el pensamiento Médico de la obesidad tanto en la Atención Primaria como en la Secundaria y Terciaria.
- 3.- Lograr que un 100% de los obesos vayan a consultas en la Atención Primaria.
- 4.- Continuar monitoreando la presentación de la obesidad en nuestra sociedad con vistas a confeccionar una serie cronológica que permita conocer las características que permitan reducir la obesidad.
- 5.- Realizar un Taller con los Médicos Generales Integrales, Clínicos y Endocrinólogos para discutir protocolos y estrategias que permitan reducir la obesidad.
- 6.- Continuar la vigilancia de los enfermos obesos en coordinación con el área de Atención Primaria.

## ABSTRACT

It is evident that obesity has relevant complications that could affect the life of an obese patient, then, we expose the most evident complications in this study, taking into consideration the characteristics of the studied population. We let people know that once they decrease sedentarism and increase the systematic practice of physical exercises, obesity is reduced and people are benefitted. The prototype of the person is an important determinant of how excessive energy consumption occurs. The environment is also important because there is no obesity without an increase of calory consumption-polyphagia- which is directly related to it. Obesity can be defined as an excessive accumulation of fat that is associated with markedly increased health risks. Taking into account that obesity is a disease and a world health problem, to avoid its complications, is a first order task.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E R, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas J A, Matarama Peñate M, et al. Propedéutica Clínica y Semiología. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
2. Xavier F, Pi-Sunyer. Obesidad. En: Wyngaarden JB, Smith LH Bennett JC, editoers. Cecil. Tratado de Medicina Interna. 19 ed. México: Editorial Interamericana; 1994. p. 1352-1361.
3. Farreras Rozman. Tratado de Medicina Interna. 14 ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
4. Padrón Durán R, Salas Mainegra I. Afecciones endocrinometabólicas más frecuentes. En: Álvarez Sintés R, Díaz Alonso G, Salas Mainegra I, Lemus Lago ER, Batista Moliner R, Álvarez Villanueva R, et al. Temas de Medicina General Integral. 1 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 841-882.
5. Roca Goderich R, Smith Smith V, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez B, Llamos Sierra N, et al. Temas de Medicina Interna. 4 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
6. Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E, et al. Medicina interna. Diagnóstico y tratamiento. 3 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
7. García de Lorenzo y Mateos A. Gasto energético y rendimientos calóricos. En: Ginestal Gómez RJ, Blanco Coronado JL, Borasteros Martínez C, Fernández de Aguilar Caparrós C, Catarla Duch J, García pardo J, et al. Libro de texto de cuidados intensivos. 1 ed. Madrid: Editorial Libro del Año; 1991. p. 783-793.
8. Escobar Yénder NV. Lípidos y aterosclerosis. 1 ed. Santiago de Cuba: Editorial Oriente; 2004.
9. Ávila Guethón J. Salud Ecológica. 1 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
10. Gutiérrez Baró E, Bandera Rosell A, Gómez García AM, Galiano Ramírez MC, Aquino Cías JR, Aneiros Riba R, et al. Toxicomanías y adolescencia. Realidades y consecuencias. 1 ed. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2006.
11. Dieta baja en grasa reduce riesgo de cáncer de ovario. [página en Internet] 2007 [citado 20 Nov 2007] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en:

<http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=20070>

12. Niños obesos tienden a recuperar peso perdido. [página en Internet] 2007 [citado 20 Nov 2007] [aprox. 1 pantalla]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/aldia/view.php?idn=20073>
13. Trejo Gutiérrez JF. Estrategia en la prevención primaria de la enfermedad aterosclerosa coronaria. Arch Inst Cardiol Mex. 71(1):168-170; 2001.
14. Editorial. Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH). Rev Cubana Invest Biomed. 17(2):101-11; 1998.
15. Chávez DR, Ramírez HJA, Casanova GJM. La cardiopatía coronaria en México y su importancia clínica, epidemiológica y preventiva. Arch Cardiol Mex. 73(2):105-114; 2003.
16. Ziegler Ekhard E, Filer LJ. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7 ed. Washington: ILSI; 1997.
17. Meco JF, Pintó X. Cálculo del riesgo cardiovascular. Clín Investig Arteriosclerosis. 14:198-208; 2002.
18. Enrique J, Fiona B, Andrea N. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las Américas. Rev Panam Salud Públ. 2003;14(4).
19. McGinnis JM, Foege WH. Actual causes of death in the United States. JAMA. 1993; 270:2207-2212.
20. Sallis J, Calfas K, Nichols J, Sarkin J, Johnson M, Caparosa S, et al. Evaluation of a university course to promote physical activity: Proyect GRAD.1999;70(1):1-10.
21. Partt M. Benefits of lifestyle activity vs structured exercise. JAMA. 1999; 281(4): 78-84.
22. Guzmán L, Cúneo C. Fundamentos de las recomendaciones FAC '99 en prevención cardiovascular. En: I Congreso Virtual de Cardiología, Argentina. Buenos Aires: Interamericana: 1999.

#### ANEXOS

TABLA I. Características clínicas de la población estudiada

VARIABLE	VALOR	%
NÚMERO	98	100
EDAD (AÑOS CUMPLIDOS)		
20 a 30	19	19,4
31 a 40	25	25,5
41 a 50	37	37,8
Más de 51	17	17,3
TOTAL	98	100
SEXO		
Femenino	52	53,1
Masculino	46	46,9
TOTAL	98	100
MORFOTIPO RACIAL		
Blanco	45	45,9
Negro	27	27,6
Mestizo	26	26,5
TOTAL	98	100
PESO (KG)		
60 a 80	14	14,3
81 a 100	35	35,7
Más de 101	49	50
TOTAL	98	100
TALLA (CM)		
150 a 160	41	41,8

161 a 180	45	45,9
Más de 181	12	12,3
TOTAL	98	100

Fuentes: Datos pesquisados de las historias clínicas.

TABLA II. Complicaciones de la población estudiada

VARIABLE	VALOR	%
Número	98	100
Hipertensión arterial	14	14,3
Insuficiencia cardiaca congestiva	7	7,1
Muerte súbita cardiaca	2	2
Aterosclerosis	8	8,2
Diabetes mellitus	7	7,1
Síndrome de Pickwick	1	1
Síndrome de apneas/hipopneas durante el sueño (SAHS)	1	1
Enfermedades circulatorias venosas que llevan a la enfermedad tromboembólica	7	7,1
Cáncer de mama	5	5,1
Cáncer de vesícula y vías biliares	3	3,1
Cáncer de colon	2	2
Cáncer de recto	1	1
Cáncer de próstata	2	2
Colelitiasis	3	3,1
Esteatosis hepática	5	5,1
Artritis	4	4,1
Intertrigo	8	8,2
Micosis	4	4,1
Acantosis nigricans	3	3,1
Enojo	2	2
Autoduda	3	3,1
Depresión	4	4,1
Ansiedad	2	2
TOTAL	98	100

Fuentes: Datos pesquisados de las historias clínicas.