

11226
20.66



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

FRECUENCIA DE OBESIDAD Y SU ASOCIACION
CON OTRAS ENFERMEDADES EN PACIENTES
ESTUDIADOS EN LA U. M. F. No. 1 DEL I.M.S.S.
PUEBLA, PUE.

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. José Angel Hernández Vázquez

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



Puebla, Pue.

1984-1986

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

CONTENIDO

	Página
PROLOGO	
INTRODUCCION	I
MATERIAL Y METODO	4
RESULTADOS	5
DISCUSION	12
CONCLUSIONES	14
RESUMEN	15
BIBLIOGRAFIA	16

PROLOGO

El presente estudio tiene como finalidad conocer el fenómeno de la obesidad y las diversas enfermedades que se asocian repercutiendo en la morbi-mortalidad de la población.

La obesidad se define como el exceso de tejido adiposo con relación a los demás tejidos de la economía. Por lo tanto, será obeso aquél individuo cuyo exceso de peso se deba a un aumento de tejido adiposo, el exceso de peso corporal no constituye solamente un problema de estética. Como se sabe, contribuye importantemente a elevar las tasas de morbilidad y mortalidad.

La obesidad es una enfermedad peligrosa así, por ejemplo, si una persona presenta un 10% de aumento de peso, sus probabilidades de morir en comparación con las de una persona normal, aumentan en un 33%, si el exceso de peso alcanza el 20% la posibilidad de fallecer sube al 50%. Por este motivo, en sus actividades profesionales, el médico familiar frecuentemente se ve obligado a adoptar alguna medida para reducir ese exceso de peso en sus pacientes obesos. El problema es realmente, de difícil manejo clínico, en virtud de la multiplicidad de factores que interbienen en cada caso particular. Sin embargo la prevención de niños y adolescentes es otro punto crucial del problema, ya que, aplicando esta medida sirve para abatir las complicaciones y por lo tanto, la morbi-mortalidad de la población, esto a la vez puede lograrse con una buena orientación nutricional, con ayuda integral de todo un equipo formado por: Psicólogo, nutriólogo, endocrinólogo y médico familiar.

INTRODUCCION

La obesidad es uno de los trastornos metabólicos - que se conocen desde tiempos antiguos. Una estatuilla de piedra caliza que data de la edad de piedra, (la venus de Willendorf) parece ser el ejemplo más antiguo de la obesidad y antecede al desarrollo de la agricultura en más de 10,000 años aunque se considere casi prehistórica esta misma venus presenta la misma corpulencia de las mujeres obesas de mediana edad de nuestros días. De los históricos similares sobre obesidad se encuentra en las momias egipcias y las esculturas griegas, a pesar - del predominio de esta anomalía a través de los siglos, caracterizada por diferentes tipos de estrés ambiental y hábitos dietéticos, la obesidad persiste y todavía no hemos avanzado mucho en la elucidación de su patogénesis (II). Esta se define como el aumento de peso del cuerpo, debido a excesivo depósito de grasa, tanto en el tejido subcutáneo como en los espacios periviscerales, - masas perirrenales y mesenterio. La obesidad se clasifica en grados:

- Grado I, un exceso de peso del 10 al 20%
- Grado II, un exceso de peso del 20 al 30%
- Grado III, un exceso de peso del 30 al 40%
- Grado IV, un exceso de peso del 40% o más

Un exceso de peso del 10 al 20% con relación al - peso teórico y real constituye una obesidad de comienzo un exceso de 30 al 40% es una obesidad de tipo medio y un exceso de 50% o más, en relación al peso real constituye una obesidad importante y grave (7). La obesidad es un fenómeno que se observa con mayor frecuencia en la clase media alta y predomina en la mujer (10). Se ha encontrado de acuerdo a un estudio de que aproximadamente 4,000 jóvenes mexicanos, que la obesidad es mucho mayor en el sexo femenino 2 a 1 por lo que se corrobora lo anterior (4). La obesidad no es resultado de un único factor si no de la confluencia de varios y solo se puede hablar de obesidad metabólica, endocrina, genética etc. Según la causa predominante que la produce. Todas las formas son causadas por una ingestión calórica que es excesiva en relación a las Kcal. que gastan.

Los factores que contribuyen a que persista el estado de obesidad en un paciente determinado son los malos hábitos alimenticios y la escasa actividad física.

En raras ocasiones, el aumento de la ingestión de alimentos puede ser la consecuencia de alguna lesión orgánica, es decir, la lesión hipotalámica o enfermedad endocrina, tales como la hipoglucemia y el síndrome de Cushing.

La mayoría de los obesos no tienen anomalías endocrinas o metabólicas, simplemente comen en exceso, desarrollando obesidad exógena simple (1,2,3,8,10).

Para sistematizar se menciona las asociaciones de obesidad con otra patología según los diferentes aparatos y sistemas del organismo afectados. Sobre el aparato cardiovascular, el trastorno más trascendental es definitivamente la arterioesclerosis, que desencadena hipertensión arterial e insuficiencia coronaria. Estos dos eventualidades determinan la cardiopatía arterioesclerosa y muy frecuentemente el infarto del miocardio. Por otra parte, el obeso es víctima fácil de procesos tromboembólicos. A nivel del aparato respiratorio, las complicaciones interfieren con el correcto intercambio gaseoso, resultando en etapas finales, el conocido síndrome de Picwick condicionando a largo plazo el cor pulmonale crónico. En el sistema osteoarticular, el obeso desarrolla artritis deformante o proliferativa, en ocasiones cuadros gotosos severos. En la piel se aprecia hirsutismo así como gran labilidad para las infecciones. Existe un definido aumento del grosor de la piel, que en ocasiones llega a ser muy extensible. Por su parte el aparato digestivo es asiento de entidades nosológicas como la diabetes mellitus, cirrosis por adiposis hepática etc. Por otra parte, la gran diversidad de factores individuales cooperan en la genesis de la obesidad, van en contra de la existencia de un perfil de la personalidad, determinados rasgos de carácter o un conflicto psicodinámico específico que pudieran explicar todos los casos de obesidad. La disminución observada frecuentemente de hipercolesterolemia y de hipertrigliceridemia al disminuir el peso confirma la idea de que la obesidad puede contribuir a las enfermedades vasculares y además que la corrección de la obesidad puede mejorar las posibilidades de una vida más prolongada (4,5,6). De acuerdo a los tipos de obesidad los casos que se inician en la infancia o en la adolescencia son más difíciles de resolver que aquellos que empiezan en la edad adulta (9,10).

Por este motivo, las consecuencias de la obesidad en la vida social adquieren importancia cuando su prevalencia e intensidad alcanzan altos niveles y llegan a producir aumento en la morbilidad y en la mortalidad general. La morbilidad se eleva porque la obesidad facilita la aparición de complicaciones, el obeso es un paciente de alto riesgo obstétrico, quirúrgico y médico. Además, al ingerir grandes cantidades de alimentos, no -

sólo prolonga y en ocasiones intensifica su problema, - si no que casi siempre toma comestibles que en dosis moderadas podrían ser bien tolerados, pero en la cantidad en que se consumen convierten la alimentación en una dieta lesiva a mediano y largo plazo (8). Cabe recordar en este sentido que el riesgo de obesidad no constituye la única razón que justifica los esfuerzos que deben desplegarse para corregir los errores cuantitativos y cualitativos de nuestros hábitos alimenticios. Estos esfuerzos deben sin duda alguna ser mantenidos con constancia y más allá del período de crecimiento. Esta vigilancia debe extremarse en los individuos de elevado riesgo reconocibles por sus antecedentes familiares, o en el caso de errores alimenticios familiares evidentes o de un contexto psicoafectivo alterado, es de sentido común, - pues, intentar corregir primero los errores alimenticios cuantitativos y cualitativos evidentes con la adopción de medidas dietéticas relativamente poco severas.

Nunca deberán aplicarse restricciones calóricas - más estrictas sin una previa valoración de su aceptabilidad en el plano psicológico., en cualquier caso, esta restricción debe ser siempre moderada, con objeto de no comprometer ni el crecimiento ni la maduración ya que, aplicando esta medida sirve para abatir las complicaciones y por lo tanto la morbi-mortalidad de la población (1).

M A T E R I A L Y M E T O D O

Con el propósito de conocer otras patologías que se asocian con mucha frecuencia en el paciente obeso, se diseñó un cuestionario con preguntas dirigidas al paciente, con el objeto de corroborar lo antes mencionado.

El cuestionario consta de una serie de preguntas conteniendo; Título del proyecto, edad, sexo, peso, - tensión arterial, tipo de alimentación, cantidad, apertivos, en que trabaja, acostumbra la siesta, realiza ejercicio, padece de hipertensión arterial, insuficiencia coronaria, cor pulmonale, artritis deformante hirsutismo, diabetes mellitus, infecciones de la piel o bien si padece de conflictos psicológicos.

El estudio se realizó en pacientes adscritos a la unidad, aplicando el cuestionario en mayores de 20 años y de ambos sexos con obesidad ponderal mayor del 10% de acuerdo a su peso ideal.

Se estudiaron 50 pacientes obesos, el cuestionario se aplicó en la sala de espera comun a los consultorios de medicina familiar No. I de Puebla, durante el período comprendido del mes de Febrero a Noviembre de 1985, cubriendo el turno matutino de la atención médica en consulta externa.

El tipo de estudio, de acuerdo a que los datos fueron captados en el futuro y en una sola ocasión se trato de un estudio prospectivo, transversal y descriptivo.

Por el tipo de investigación realizada, el método estadístico utilizado fue X² cruzada con nivel de significancia de 0.05.

RESULTADOS

Se estudiaron 50 pacientes de los cuales, 18 correspondientes al 36%, fueron del sexo masculino y los 32 restantes, equivalentes al 64%, fueron del sexo femenino.

Las edades extremas fueron de 20 y 80 años respectivamente, con una edad promedio de 49.84.

En el siguiente cuadro (No. I) se expresan los porcentajes obtenidos para cada grupo de edad y sexo.

Cuadro No. I

RELACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO

GRUPO DE EDAD	PACIENTES		SEXO			
			MASCULINO		FEMENINO	
	No.	%	No.	%	No.	%
20-29	3	6	2	4	1	2
30-39	14	28	5	10	9	18
40-49	8	16	1	2	7	14
50-59	10	20	4	8	6	12
60-69	11	22	3	6	8	16
70-79	3	6	2	4	1	2
80 Y MAS	1	2	1	2	0	0
TOTAL	50	100	18	36	32	64

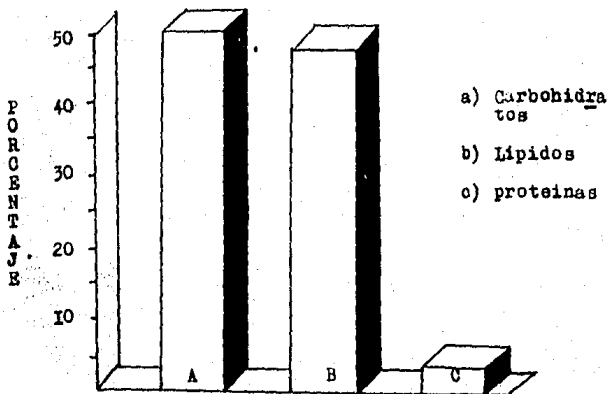
FUENTE: Encuesta realizada en el presente estudio.

En los siguientes cuadros y gráficas, se ilustran los resultados obtenidos del cuestionario aplicado en los pacientes obesos de ambos sexos.

En la siguiente gráfica (No. I), nos muestra el tipo de alimentación de los 50 pacientes obesos, en orden de frecuencia, carbohidratos en un 50%, lípidos en un 47% y por último proteínas en un 3%.

Gráfica No. I

TIPO DE ALIMENTACION



Fuente: Encuesta realizada

El cuadro (No. 2) muestra la clasificación de obesidad por grados, tomando en cuenta el sexo, número de pacientes y tanto por ciento.

Encontrándose 26 pacientes de 4º grado, 10 de 3er. grado, 9 de 1er. grado y 5 pacientes de 2do. grado.

Cuadro No. 2

CLASIFICACION DE OBESIDAD

OBESIDAD	PACIENTES		SEXO			
	No.	%	MASCULINO		FEMENINO	
			No.	%	No.	%
1º GRADO	9	18	5	10	4	8
2º GRADO	5	10	3	6	2	4
3º GRADO	10	20	4	8	6	12
4º GRADO	26	52	5	10	21	42
TOTAL	50	100	17	34	33	66

FUENTE : Encuesta realizada y expedientes clínicos.

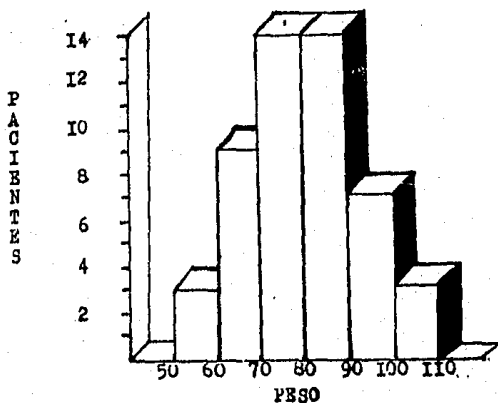
La siguiente gráfica (No.2) muestra la relación en tre peso y número de pacientes, los cuales se agruparón de diez en diez, encontrandose, 14 de 80-90 kgs., 14 de 70-80 kgs., 9 de 60-70 kgs., 7 de 90-100 kgs., 3 de 50-60 kgs. y 3 pacientes de 100-110 kgs.

Gráfica No. 2

RELACION ENTRE PESO

Y

No. DE PACIENTES



FUENTE; Encuesta realizada.

El cuadro (No.3) representa el tipo de trabajo realizado por cada uno de los pacientes, evaluado - en tanto por ciento de mayor a menor, labores del - hogar, jubilados, obreros, profesionistas, meseros y choferes.

Cuadro No. 3

TIPO DE TRABAJO

T R A B A J O	No.	%
LABORES DEL HOGAR	30	60
JUBILADOS	10	20
OBBEROS	4	8
PROFESIONISTAS	4	8
MESEROS	1	2
CHOPERES	1	2
T O T A L	50	100

FUENTE, encuesta realizada.

El cuadro (No.4) representa los factores que contribuyen a la obesidad, siendo en primer lugar la alimentación excesiva, en segundo lugar falta de ejercicio, en tercer lugar la practica de la siesta y por último la toma de aperitivos.

Cuadro No. 4

FACTORES QUE CONTRIBUYEN
A LA
OBESIDAD

FACTOR	PACIENTES	
	No.	%
ALIMENTACION EXCESIVA	50	100
FALTA DE EJERCICIO	45	90
SIESTA	16	32
APERITIVOS	13	26

FUENTE: Obtenida de la encuesta realizada.

El cuadro (No.5) representa el grado de obesidad y la y la patología agregada, en cada uno de los pacientes obesos, en orden de frecuencia, 26 pacientes de hipertensión arterial, 24 de artritis deformante, 15 con problemas psicológicos, 14 con diabetes mellitus y por último 8 con infecciones de la piel.

Cuadro No. 5

OBESIDAD Y PAT. AGREGADA

OBESIDAD	PATOLOGIA AGREGADA										SIN PAT.	
	HTA.		ARTRITIS		DM.		INF. PIEL		PROB. PSIC.			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1º GRADO	3	11.54	3	12.60	3	21.45	1	12.5	3	20	2	33.30
2º GRADO	3	11.54	1	4.30	0	0	1	12.5	1	6.70	1	16.70
3º GRADO	7	26.92	4	16.30	0	0	1	12.5	3	20	1	16.70
4º GRADO	13	50.00	16	66.80	11	78.57	5	62.5	6	53.30	1	33.30
T O T A L	26	100	24	100	14	100	8	100	15	100	6	100

Fuente: obtenida de la encuesta realizada.

DISCUSION

Habiendo analizado los resultados del presente trabajo, sintetizando la información obtenida podemos afirmar que:

En la relación por grupo de edad y sexo, del total de 50 pacientes obesos, 32 fueron del sexo femenino (64%) y 18 del sexo masculino (36%). Las edades extremas fueron de 20 y 80 años respectivamente, con una edad promedio de 49.84.

Su tipo de alimentación, predominó de mayor a menor frecuencia, carbohidratos 50%, lípidos 47% y por último proteínas 3%.

Se clasificó la obesidad en cuatro grupos por grados, predominando el sexo femenino, siendo de I grado 4, de 2º 2, 3º 5 y de 4º grado 21 pacientes - (66%), del sexo masculino fueron de I grado 5, de 2º 3, de 3º 8, y de 4º grado 5 siendo un total de 17 pacientes (34%).

Se relacionó el peso y número de pacientes, se agruparon de diez en diez para mejor control, encontrándose, 14 de 80-90 kgs., 14 de 70-80 kgs., 9 de 60-70 kgs., 7 de 90-100 kgs., 3 de 50-60 kgs. y 3 pacientes de 100-110 kgs.

Según el tipo de trabajo realizado por cada uno de los pacientes, 30 se dedicaron a labores del hogar (60%), 10 jubilados (20%), 4 obreros (8%), 4 profesionistas (8%), 1 mesero (2%) y un chofer que equivale al (2%).

Dentro de los factores que contribuyeron a la obesidad en orden de frecuencia, 50 pacientes con alimentación excesiva equivalentes al (100%), 45 por falta de ejercicio (90%), 16 por realización de la siesta (32%) y por último 13 pacientes que acostaban tomar aperitivos equivalentes al (26%).

Por su grado de obesidad y su asociación con otra patología agregada en los pacientes obesos, se encontró en orden de frecuencia, 26 pacientes de hipertensión arterial, 24 de artritis deformante, 15 con problemas psicológicos, 14 con diabetes mellitus y 8 con infecciones de la piel.

Por todo lo mencionado, el tipo de estudio y de acuerdo a los resultados obtenidos se aplicó el método estadístico de X² cuadrada cruzada, en las siguientes variantes, hipertensión arterial, que es la que se presentó con mayor frecuencia y diabetes

mellitus que se presentó en penúltimo lugar, habiendo se obtenido diferencias estadísticamente significativas para la primera fue de $P < 0.001$ y para la segunda fue de $P < 0.01$, por lo que se confirma la hipótesis alterna, lo que da confiabilidad al estudio realizado, por lo que es posible afirmar que los resultados obtenidos son representativos de la población de-rechobiente de la Unidad de Medicina Familiar. Por lo que se deduce que la obesidad se asocia con otro tipo de patologías repercutiendo directamente con el incremento de la morbi-mortalidad de la población.

CONCLUSIONES

En base a la información recopilada sobre el tema en la bibliografía recopilada y los datos obtenidos en la presente investigación se concluye lo siguiente:

Los resultados obtenidos son semejantes a los obtenidos por otros autores en trabajos realizados anteriormente en otras instituciones.

Que la obesidad es una enfermedad muy antigua - como el nombre mismo, de etiología multifactorial que se presenta con mucha frecuencia.

Definiéndose como el exceso de tejido adiposo - con relación a los demás tejidos de la economía.

Tendiendo a aumentar debido a la inactividad física y la ingesta exagerada de grandes cantidades de alimentos.

Es un fenómeno que se observa con mayor frecuencia en la clase media alta y predomina en la mujer.

La mayoría de los obesos no tienen anomalías en docirinas o metabólicas, simplemente comen en exceso desarrollando obesidad exógena simple.

Sistematizando se comprueba la asociación de la obesidad con otro tipo de patología como es; hipertensión arterial, artritis degenerante, problemas psicológicos, diabetes mellitus e infecciones de la piel.

El problema es de difícil manejo clínico en virtud de la multiplicidad de factores que interbienen en cada caso particular.

En general, el médico familiar debe estar preparado en lo que cabe dentro de sus posibilidades en cada caso de corregir los errores cuantitativos y cualitativos de los hábitos alimenticios.

La vigilancia debe extremarse en los individuos niños, adolescentes y adultos de elevado riesgo reconocibles por sus antecedentes familiares, esto se debe llevar a cabo con la ayuda integral del psicólogo, nutriólogo, endocrinólogo y médico familiar.

Aplicando esta medida servirá para abatir las complicaciones y por lo tanto la morbi-mortalidad de la población.

RESUMEN

En la Unidad de Medicina Familiar No. I del Instituto Mexicano del Seguro Social en Puebla, se estudiaron 50 pacientes obesos, con el propósito de conocer otras patologías que se asocian con mucha frecuencia en el paciente obeso, por tal motivo se diseñó un cuestionario con preguntas dirigidas al paciente con el objeto de corroborar lo antes mencionado, el estudio se realizó en pacientes adscritos a la Unidad, aplicando el cuestionario a mayores de 20 años de ambos sexos con obesidad ponderal mayor del 10% de acuerdo a su peso ideal.

Siendo 32 pacientes del sexo femenino que corresponden al 64% y 18 del sexo masculino que corresponden al 36%, con un rango de edad de 20 a 80 años, siendo multifactorial las causas de la obesidad entre las más importantes se encontraron la alimentación excesiva en un 100%, la falta de ejercicio 90%, práctica de la siesta 32% y la toma de aperitivos en un 26%, también se tomó en cuenta el tipo de trabajo encontrándose las labores del hogar en un 60%, jubilados 20%, obreros 8%, profesionistas 8%, meseros 2% y choferes 2%. Hay que hacer notar que en un mismo paciente se presentó más de un factor causal.

Por último se investigó la patología asociada en la obesidad, habiéndose encontrado en orden de frecuencia, hipertensión arterial 26 pacientes, artritis deformante 24, problemas psicológicos 15, diabetes mellitus 14, y con infecciones de la piel 8.

Se concluye que la obesidad se asocia frecuentemente con otra patología y que los factores más importantes que contribuyen a esta, son la ingestión exagerada de alimentos y la falta de ejercicio.

Se propone posibles alternativas de solución del problema.

BIBLIOGRAFIA

- I.- Bonnet, F.P. El niño y el adolescente frente a la Obesidad. Rev. Triunfa Medica. 47 (7); 9-20, 1984.
- 2.- Bray y Cols. Valoración del paciente obeso. Jama. en México I (4); 2-8-68, 1976.
- 3.- Dillon, R.S. Obesidad. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades Endocrinológicas y Metabólicas. I.M.S.S. 100 (2); 1-9, 1976.
- 4.- Gastineau, G.F. Obesidad. Peligros, Causas y Tratamientos. Clínicas Médicas de Norteamérica. 1021-28, 1972.
- 5.- Gutiérrez y Gutiérrez, R. Obesidad. Actualidades - Médicas. 25-41, 1974.
- 6.- Gonzalez Médina J.A. Obesidad Facultad de Medicina U.N.A.M. (8) ; 7-31, 1982.
- 7.- Mendoza Manriquez, D.A. y Cols. Obesidad y Cirugía. Rev. Med. Hosp. Gral. de México. 6 (41); 308-09, 1978.
- 8.- Martinez, F.D. Nutrición. 8 (4); 28-29, 1985.
- 9.- Piñero Lamas, R. y Cols. Obesidad Exógena Primaria. Bol. Medico Hosp. Infantil Méx. 4 (37); 657 - 65, 1980.
- X.- Rull, J. Enfoque Clínico de la Obesidad. Mundo Médico 7 (73); 7-12, 1982.
- II.- Williams, R.H. Obesidad. Tratado de Endocrinología (4); 1155-70, 1981.