



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

TÍTULO:

**ENCUENTRO CLÍNICO DE LOS MÉDICOS CON PACIENTES
CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN CONSULTA EXTERNA DE
UN HOSPITAL PÚBLICO DE LIMA**

*Clinical encounter of physicians with patients with overweight and
obesity in consultations in a public hospital of Lima*

ALUMNA:

MARÍA FELIX TORRES NOLASCO

ASESOR:

GERMÁN JAVIER MÁLAGA RODRÍGUEZ

LIMA-PERÚ

2019

JURADOS

Dr. Sergio Octavio Vásquez Kunze (Coordinador)

Dr. Carlos Antonio Vicente Salazar Ordoñez

Dra. Larissa Otero Vegas

ASESOR

Dr. Germán Javier Málaga Rodríguez

DEDICATORIA

A mis padres y hermana, por el infinito apoyo, antes y durante toda la carrera.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi asesor, el Dr. Germán Málaga por el gran interés en apoyar esta idea de investigación desde el inicio.

A Jelly Guzmán Quispe, con quien iniciamos esta idea de investigación y contribuyó en su desarrollo, pese a ya no continuar estudiando en nuestra universidad.

Al Dr. Eloy Ruiz, por aportar ideas y sugerencias durante la ejecución y redacción de este proyecto.

Gracias a los médicos y pacientes de HCH, razón de ser de esta investigación, por acceder a participar en el presente estudio.

Finalmente, debo agradecer a todos los docentes, amigos y personal del HCH que contribuyeron de alguna manera en la ejecución del trabajo de investigación.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los gastos originados durante la ejecución y presentación de este trabajo fueron asumidos en su totalidad por la autora.

DECLARACIÓN DEL AUTOR

La autora declara no tener conflictos de interés.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
Introducción	1
Material y Métodos	3
Resultados	7
Discusión	10
Conclusiones	16
Referencias Bibliográficas	17
Tablas, gráficos y figuras	23

RESUMEN

Antecedentes: Obesidad y sobrepeso, con prevalencia en Perú de 21% y 36.9%, respectivamente, constituyen factores de riesgo para enfermedades crónicas. La consejería en obesidad es importante al mejorar la salud mediante modificaciones en dieta y actividad física; sin embargo, se desconoce la frecuencia, calidad y contenido en nuestro entorno. **Objetivo:** Describir el contenido de la consejería en sobrepeso y obesidad que realizan los médicos de un hospital general. **Material y métodos:** Se registró en audio 40 atenciones de consulta a pacientes con sobrepeso y obesidad de Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Medicina Familiar del HCH. Se transcribieron los fragmentos donde se realizaba consejería. Se utilizó una lista de chequeo para establecer puntaje por cada consulta y determinar frecuencias. **Resultados:** Se hizo consejería completa (peso, nutrición y actividad física) en 13 consultas (32.5%). La mediana de tiempo de consejería fue 1'43" (promedio 3'09", rango 10"-19'39"). El 65%(n=26/40) aconsejó en peso, 65%(n=26/40) en nutrición, 35%(n=14/40) en actividad física. Según la lista de chequeo, en promedio se encontró 8/26 ítems por consulta, siendo Medicina familiar la especialidad con mayor puntaje (100/260). En 15%(n=6/40) se estableció una meta de peso ideal. El 32.5%(n=13/40) recomendó aumentar frutas y verduras, 30%(n=12/40) reducir carbohidratos, 17.5%(n=7/40) indicó evaluación por nutricionista. El 10%(n=4/40) aconsejó caminar, 7.5%(n=3/40) correr, 7.5%(n=3/40) practicar deporte. **Conclusiones:** La consejería de sobrepeso y obesidad, que comprende peso, alimentación y actividad física, fue

abordada en un tercio de las consultas y en la mayoría de manera superficial e incompleta, sin tener en cuenta metas terapéuticas.

Palabras clave: Obesidad, sobrepeso, manejo de la obesidad, consejería

ABSTRACT

Background: Obesity and overweight with prevalence in Peru of 21% and 36.9%, respectively, are risk factors for chronic diseases. Obesity counseling is important because it improves health through changes on diet and physical activity; however, its frequency, quality and content in our environment is unknown. **Objective:** To describe the content of overweight and obesity counseling performed by doctors in a general hospital. **Methods:** We audio recorded 40 consultations to overweight and obese patients from Internal Medicine, Cardiology, Endocrinology and Family Medicine at HCH. Fragments in which counseling was performed were transcribed. We used a checklist to establish a score for each consultation and frequencies were determined. **Results:** Complete counseling (weight, nutrition and physical activity) was done in 13 consultations (32.5%). Median of time spent in counseling was 1'43" (average 3'09", range 10"-19'39"). Weight counseling was performed in 65%(n=26/40), nutrition in 65%(n=26/40), and physical activity in 35%(n=14/40). According to the checklist, an average of 8/26 items were fulfilled per consultation, with Family Medicine being the specialty that obtained the highest score (100/260). Ideal weight-loss goal was established in 15%(n=6/40). Eating more fruits and vegetables was recommended in 32.5%(n=13/40), eating less carbohydrates was advised in 30%(n=12/40), 17.5%(n=7/40) indicated an evaluation by a nutritionist. Walking was advised in 10%(n=4/40) of the consults, 7.5%(n=3/40) suggested to run, 7.5%(n=3/40) recommended to practice any sport. **Conclusions:** Overweight and obesity counseling, which includes weight, diet and physical activity, was addressed in a third of the

consultations and it was mostly superficial, incomplete, without considering therapeutic goals.

Keywords: Obesity, overweight, obesity management, counseling

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, el 39% (1 900 millones) de las personas mayores de 18 años tienen sobrepeso y el 13% (650 millones) presenta obesidad (1). Las proyecciones indican que para el 2030 más de 2 mil millones de adultos tendrán sobrepeso y más de mil millones serán obesos (2). Esto representa un importante problema de salud pública debido a que el sobrepeso y la obesidad constituyen factores de riesgo para el desarrollo de diabetes mellitus (DM), enfermedades cardiovasculares (3), cáncer (4) y el aumento de la mortalidad en enfermedades cardiometabólicas (5,6). En el Perú, se estima que el 36.9% y el 21% de las personas a partir de los 15 años presenta sobrepeso y obesidad, respectivamente, siendo más frecuente en mujeres (7), en Lima Metropolitana y el resto de la costa (8).

La aplicación de una adecuada consejería en obesidad, que incluya modificaciones en la dieta y actividad física, puede lograr la reducción de peso (9). Esta consejería en salud consiste en la intervención y comunicación efectiva que permite que el paciente adquiera conductas saludables y de autocuidado. En dicho proceso, se reconoce al personal de salud como facilitador y al paciente como protagonista, quien toma conciencia, decide y actúa (10). En el caso de la consejería en obesidad, se establece recomendaciones para la reducción de peso mediante cambios en dieta y actividad física, teniendo en cuenta la particularidad de cada paciente y su contexto, y siendo coherente con las guías vigentes (10,11). La aplicación de este tipo de consejería se ha relacionado a la reducción del peso/índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal y de la grasa corporal (12), mejora de valores de perfil hepático (13), perfil

lipídico, glicemia y presión arterial (14), además de disminución de condiciones como esteatosis hepática (13).

La frecuencia con que se realiza consejería en obesidad es variable y oscila entre 11-69% en estudios realizados en atención primaria en Estados Unidos (15–17). Se ha reportado que existe poco conocimiento del manejo de sobrepeso y obesidad (18). Las recomendaciones suelen ser dadas de forma general, poco concretas, sin considerar la individualidad del paciente, ni establecer objetivos realistas (19). Además, existe poca concordancia entre las sugerencias brindadas en nutrición y de actividad física con relación a recomendaciones de guías de práctica clínica (20). En el Perú, el sistema de salud afronta desafíos como la gran demanda de pacientes y el escaso tiempo de atención en consulta. Entonces, el rol del personal de salud es fundamental en la prevención, diagnóstico y manejo del paciente con sobrepeso y obesidad, y la consulta médica representa una oportunidad para lograrlo. Dentro de este contexto, resulta importante conocer cómo se realiza la consejería a pacientes con sobrepeso y obesidad. Desafortunadamente, no se cuenta con publicaciones que reporten esta información. Ante esta situación, el presente estudio buscó describir el contenido de la consejería en sobrepeso y obesidad en aspectos nutricionales, actividad física y metas de peso que brindan los médicos en las especialidades de Medicina Interna, Cardiología, Endocrinología y Medicina Familiar del Hospital Cayetano Heredia (HCH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Estudio descriptivo con metodología cuantitativa, realizado a través de grabaciones de audio en los consultorios de Medicina interna, Medicina familiar, Cardiología y Endocrinología del HCH.

Población de estudio

Este estudio se realizó mediante el registro de audio de encuentros clínicos entre médicos y pacientes del HCH entre Diciembre 2018 a Enero 2019. Se incluyeron médicos asistentes y residentes de las especialidades de Medicina interna, Medicina familiar, Cardiología y Endocrinología que estuvieron dispuestos a participar y autorizar la grabación de la consulta. De la misma manera, se incluyó a pacientes entre 18 y 65 años con IMC mayor o igual a 25 (sobrepeso y obesidad). Se excluyó a aquellos con algún grado de dependencia funcional o barreras de lenguaje y comunicación; gestantes, deportistas calificados o fisicoculturistas. El muestreo fue por conveniencia, hasta completar 10 atenciones en cada especialidad.

Procedimiento

Previo al inicio de la consulta, se contactó personalmente a los médicos de consultorio de las especialidades mencionadas. Se explicó que la investigación valoraría el encuentro clínico a través de la grabación del audio de la consulta. Aquellos que deseaban participar firmaron el consentimiento informado. Para procurar que la atención fuese como la que se realizaría de forma habitual, no se especificó que se evaluaría la consejería en peso, nutrición y actividad física.

Se revisó la lista de los pacientes citados por turno de cada médico que aceptó participar en el estudio. Se obtuvo la edad y medidas antropométricas (peso y talla) de cada paciente del registro del personal técnico de cada consultorio. En caso no se haya consignado peso y/o talla, se utilizaron los datos de la última atención en la historia clínica. A aquellos que cumplían con los criterios de selección se les preguntó si deseaban participar en un estudio que evaluaría el encuentro médico-paciente a través de la grabación del audio de la consulta, enfatizando que era anónimo y que no interferiría en la atención médica. Se entregó e hizo firmar el consentimiento informado y se reclutó a los pacientes que accedieron. También se les entregó una ficha de datos sociodemográficos y aspectos generales de su salud para que la llenaran previa a la consulta.

Previo al inicio de cada atención, se dejó la grabadora lista y en curso, en una ubicación adecuada para registrar las voces con claridad. El investigador no estuvo presente durante la consulta. Se verificó el ingreso de los pacientes del estudio al consultorio, en el orden establecido según el horario de su cita. Se consideró como inicio de la consulta desde el saludo entre médico y paciente y como fin de esta a la despedida de ambos participantes. Terminada cada consulta, se detuvo y guardó la grabación con un código único de identificación. Por último, se entregó un folleto informativo sobre estilos de vida para manejo de sobrepeso y obesidad a los pacientes participantes.

Variables

La variable principal del estudio es el puntaje obtenido de una lista de chequeo de

recomendaciones o temas más importantes a tratar durante una consejería de peso, nutrición y actividad física. Para elaborar la lista de chequeo se realizó previamente un estudio piloto con 5 pacientes. Adicionalmente, se tomó como referencia una lista de chequeo previamente publicada (19) de la cual se obtuvieron otras variables a considerar. Finalmente, 3 médicos (Medicina interna, Endocrinología y Medicina general) realizaron la revisión de la lista de chequeo definitiva. Como se mencionó, la lista de chequeo consta de 3 partes: consejería en peso, consejería en nutrición y consejería en actividad física. El máximo de puntos por consulta es 26 puesto que la lista de chequeo consta de 26 recomendaciones. Para poder comparar entre consejerías, se calculó el puntaje global por especialidad, siendo 260 el máximo posible (al ser 10 consultas). La lista de chequeo se detalla en el anexo 1.

Adicionalmente, se registraron características generales de los participantes y las consultas. Para cada médico se registró si era asistente o residente y a qué especialidad pertenecía. Para caracterizar a los pacientes, se registró sexo, edad, nivel de educación, ocupación, IMC y comorbilidades. Para cada consulta, se registró el tipo de consulta (paciente nuevo o continuador), el tiempo de duración total de la consulta y el tiempo dedicado a la consejería.

Análisis

Los datos de los médicos, pacientes y consulta fueron vaciados en una hoja de cálculo. Se escucharon todas las grabaciones y se identificó los momentos donde se realizaba consejería en obesidad (peso, nutrición y actividad física), los cuales fueron transcritos

verbatim. El análisis descriptivo se realizó mediante tablas de distribución de frecuencias, se determinaron promedios y medianas en las variables de tiempo.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (código 100918), así como por el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Cayetano Heredia (código 101-018). Los datos obtenidos fueron confidenciales y sólo revisados por los investigadores.

RESULTADOS

Se registró 40 consultas durante Diciembre 2018 y Enero 2019, en las que participaron 15 médicos y 40 pacientes.

Características generales de los participantes

Las características generales de médicos y pacientes se encuentran resumidas en la Tabla 1. El 60% (n=9/15) de los médicos fueron mujeres y 40% (n=6/15) fueron médicos residentes. La mayoría de los médicos pertenecieron a Medicina Interna (33.3%, n=5) y Endocrinología (26.7%, n=4). En el caso de los pacientes, 70% (n=28) eran mujeres, la edad promedio fue 50.2 ± 10.3 años y 62.5% (n=25) eran pacientes continuadores. La mayoría fueron pacientes con obesidad (67.5%, n=27), con hipertensión arterial (40%, n=16) y diabetes mellitus (32.5%, n=13). El motivo de consulta más frecuente fue por alguna enfermedad metabólica o cardiovascular, con 32.5% (n=13) y 27.5% (n=11), respectivamente.

Características generales de la consulta

La mediana de la duración de la consulta fue 17'16" (rango: 4' - 86'15"). La mediana de tiempo empleado para la consejería fue 1'43" (rango de 10" - 19'39"). El porcentaje del tiempo de consulta empleado en consejería fue de 10%. Se realizó consejería de todos los aspectos (peso, nutrición o actividad física) en 13 consultas (32.5%) y de por lo menos uno en el 70% (n=28/40) de las consultas. En el 65% (n=26/40) de las atenciones se aconsejó en nutrición; en el 65% (n=26/40) se aconsejó en peso; y en el 35%

(n=14/40) en actividad física. La Tabla 2 muestra otras características generales de la consulta médica.

Lista de chequeo

En promedio, se cumplió con 8/26 ítems por cada consulta, siendo el mínimo puntaje 1/26 y el máximo 19/26. En ninguna de las consultas se cumplió con todos los 26 ítems. De igual forma, se obtuvo el puntaje total por especialidad. Medicina interna sumó 43/260 puntos; Medicina familiar, 100/260 puntos; Endocrinología, 69/260 puntos; y Cardiología, 16/260 puntos.

Consejería en peso

En el 63% (n=25/40) de las consultas se reconoció el estado nutricional (sobrepeso u obesidad) del paciente; y en el 55% (n=22/40) se mencionó el tema de bajar de peso. En ninguna de las consultas se midió o mencionó la circunferencia abdominal, mientras que el IMC fue mencionado en 4 consultas (10%) (Tabla 3). El 15% (n=6/40) estableció una meta de peso ideal. Por otro lado, los beneficios de bajar de peso se señalaron en el 25% (n=10/40) de las consultas, mientras que las consecuencias de no lograrlo se mencionaron en el 30% (n=12/40).

Consejería Nutricional

Del total de consultas, en el 57.5% (n=23/40) se preguntó por los hábitos nutricionales de los pacientes, 37.5% (n=15/40) indagó por las dificultades del paciente para no seguir una dieta balanceada. El 5% (n=2/40) de las consultas sugirieron consumir

alimentos saludables en general; mientras que en el 32.5% (n=13/40) se recomendó aumentar el consumo de frutas y verduras, y en 3 consultas se recomendó beber suficiente cantidad de agua (Tabla 4). La disminución del consumo de grasas, de carbohidratos y de azúcares se sugirió en el 7.5% (n=3/40), 30% (n=12/40) y 20% (n=8/40), respectivamente. Por último, en el 17.5% (n=7/40) se indicó evaluación por nutricionista

Consejería en Actividad Física

En el 25% (n=10/40) de las consultas se preguntó por la actividad física habitual del paciente, 22.5% (n=9/40) indagó por las dificultades por las cuales el paciente no realizaba actividad física. Por otro lado, se aconsejó aumentar la actividad física en el 15% (n=6/40) de las consultas. Las caminatas fueron sugeridas en el 10% (n=4/40), mientras que 7.5% (n=3/40) aconsejó correr y 7.5% (n=3/40) recomendó practicar algún deporte y/o bailar. La duración de la actividad física se especificó en el 20% (n=8/40), mientras que la frecuencia de esta se detalló en el 17.5% (n=7/40) (Tabla 5). Finalmente, 17.5% (n=7/40) aconsejó que los ejercicios recomendados deben ser adicionales a las actividades habituales y que impliquen mayor esfuerzo físico.

DISCUSIÓN

La evaluación de la consejería en obesidad ha sido motivo de investigación mediante encuestas, y/o entrevistas a médicos y pacientes, observación directa, grabación de audio o de video, registro de historia clínica, entre otros. Por ello, los resultados son variables según sea la metodología de cada estudio. En este estudio se encontró que el 70% de las consultas abordó por lo menos un tema de consejería (peso, nutrición o actividad física), siendo mayor a lo encontrado en el estudio realizado por Flocke *et al* (54%), quien evaluó la consejería en obesidad en 300 consultas de atención primaria (16). Además, nuestros resultados muestran que la consejería en peso, nutrición o actividad física en la consulta general son por lo general poco específicas al no detallar cómo realizarlas ni seguir un orden o modelo de intervención. Estos hallazgos resultan similares a lo reportado por Jay *et al*, donde el 85% de los pacientes obesos refirieron haber recibido consejería, la cual utilizó muy pocas de las pautas del modelo de las 5As, una de las herramientas para abordar la obesidad en la consulta (21).

El promedio de duración de la atención en consulta, 22'43" (mediana 17'16"), resulta ser mayor al reportado por la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016 (12 minutos) (22) y al establecido por el HCH (15 minutos) (23). Es importante aclarar que se encontró gran variabilidad en la duración de las consultas (4' - 86'15"), probablemente por la diferencia de carga de pacientes y la complejidad de los casos que tienen entre sí los servicios evaluados. La mediana de duración de la consejería fue 1'43" fue inferior a la encontrada en otros estudios: 3.3' (24), y al tiempo recomendado de consejería que se debe realizar en una consulta (3 a 5 minutos) (10).

En 65% de las consultas se abordó el peso como problema, resultado similar al encontrado por Pollak *et al* (64%) (24) y mayor al hallazgo de Flocke *et al* (33%) (16). De acuerdo a lo descrito por Dutton *et al*, los factores relacionados para brindar consejería en peso en la consulta fueron IMC más alto, mayor número de comorbilidades y médico de sexo femenino (25). En el presente estudio, la consejería en peso se centró principalmente en reconocer la condición del paciente (sobrepeso u obesidad) y en mencionar que debía bajar de peso. A diferencia de los hallazgos reportados por Van Dillen *et al* (19), en las consejerías de nuestro estudio no se utilizó ni mencionó la medida de la circunferencia abdominal pese a estar considerado dentro de la valoración antropométrica en los adultos (26) y ser un indicador importante para riesgo de otras enfermedades crónicas (27). Solamente 2 de las 6 consultas en las que se establecieron metas, incluyeron la cantidad de peso a bajar y tiempo para lograrlo. De ellas, ninguna coincidía con lo recomendado por el Ministerio de salud, de disminuir 0.5-1 kg por semana (26).

En el caso de la consejería nutricional, se encontró que se realizó en 65% de las consultas, similar a lo reportado por Ko *et al* (28) (64.2%) y mayor a lo obtenido en la publicación de Antognoli *et al* (27%) (20). Esto puede deberse a que en este último sólo se consideraron recomendaciones establecidas en las guías de práctica clínica, a diferencia de nuestro estudio, donde se tomó en cuenta cualquier tipo de recomendación en nutrición. La mayoría de consultas que realizaron consejería preguntaron por los hábitos nutricionales y las dificultades para no seguir una dieta balanceada, siendo este hallazgo similar al reportado por Flocke *et al* (16). La

recomendación más frecuente encontrada fue consumir mayor cantidad de frutas y verduras, a diferencia de lo encontrado en otros estudios, donde fue más común disminuir ingesta de grasas (19).

La actividad física recomendada es aquella de intensidad moderada, 30 minutos al día por 5 días (150 minutos) a la semana como mínimo (29). En el presente estudio, la consejería en actividad física se brindó en 35% de las consultas. Este hallazgo fue similar a reportado por Carrol *et al* (37%) (30) e inferior al encontrado por Flocke *et al* (45%) (16) y Pollak *et al* (82%) (31). Sin embargo, pese a ser la consejería realizada con menos frecuencia, se encontró que las recomendaciones fueron más específicas, con ejemplos concretos y que en su mayoría consideraron el tiempo y frecuencia con que se debe realizar. En esas consultas también se enfatizó que debe implicar mayor esfuerzo físico al habitual para que sea efectivo, lo que coincide con las recomendaciones de la American Heart Association (29). Esto es diferente a lo encontrado por Heintze *et al*, donde la mayoría de recomendaciones fueron dadas de forma general, sin detallar la forma de realizarlas (32).

Medicina Familiar fue la especialidad que realizó mayor consejería en peso, nutrición y actividad física, en comparación a las otras. Esto puede deberse a que dicha especialidad enfatiza la prevención, educación para la salud y promoción de estilos de vida saludable (33). Por ello, cabe mencionar que gran parte de los resultados “positivos” del presente estudio se deben a lo encontrado en esta especialidad. Por ejemplo, en el caso de duración de la consulta (17'16"), las atenciones en medicina familiar tomaron mayor tiempo (mediana: 35'58", valor máximo: 86'15"); si estas no

fuesen incluidas, el promedio disminuiría a 15'32". En cuanto a la duración promedio de la consejería (1'43"), si no se considerara a medicina familiar, este valor llegaría a 50". Sobre los temas de consejería (peso, nutrición y actividad física), se encontró que el 70% abordó por lo menos uno de estos y 32.5% trató los tres temas durante la consulta; sin embargo, si no se incluyera a Medicina familiar, estos porcentajes disminuirían a 63.3% y 23.3%, respectivamente.

Por el contrario, Cardiología fue la especialidad con menor frecuencia en realizar consejería, menor puntaje en cada tema (peso, talla y actividad física), así como menor cantidad de recomendaciones realizadas. Estos hallazgos podrían ser explicados debido a que Cardiología no sólo atiende a pacientes con enfermedades cardiovasculares, sino también a aquellos para evaluación de riesgo quirúrgico. Además, carece de balanza y tallímetro en sus instalaciones. La distinta carga de pacientes puede haber influido en las diferencias entre especialidades. Por ejemplo, se reportó que durante todo el año 2017, Medicina Interna registró 9 941 atenciones; Medicina Familiar, 7 562; Endocrinología, 28 250; y Cardiología, 18,079 (34).

En el Perú, existen recomendaciones nutricionales y de actividad física establecidas en las guías para el manejo de DM (35), dislipidemia y complicaciones de DM (36) e HTA (37), así como en el documento técnico "Consulta nutricional para la prevención y control de la diabetes mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor" (38). Recientemente, se ha publicado las "Guías alimentarias para la población peruana" (39), con lo que se busca promover la adquisición de estilos de vida saludables y elaborar una dieta con alimentos naturales, en lugar de procesados. Sin embargo, no se

cuenta con una guía específica para la prevención, diagnóstico y manejo de sobrepeso y obesidad. De tenerla, permitiría la estandarización en el diagnóstico, manejo y recomendaciones que se brindan a los pacientes. Igualmente, no se cuenta con estudios similares que evalúen cómo se realiza la consejería en obesidad en nuestro país con los que se pueda comparar el presente estudio.

Dentro de las limitaciones de este estudio, no se calculó el tamaño de muestra, debido a que resultaba complejo reclutar mayor número de participantes, al disponer de poco personal e instrumentos como grabadoras de voz. En cambio, se estableció arbitrariamente una muestra de 40 pacientes recolectadas por conveniencia. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio son exploratorios y no se pueden extrapolar al total de consultas de este hospital, por ejemplo al realizar la comparación entre especialidades. Por otro lado, se trata de encuentros clínicos en un hospital público de tercer nivel, donde no suele realizarse actividades preventivo-promocionales, sino más bien recuperativas; por lo que sería importante conocer los resultados en el primer nivel de atención. Sin embargo, es importante resaltar que se trata del primer estudio que evalúa la consejería en pacientes con sobrepeso y obesidad en nuestro país y da pie a continuar investigando en el tema, por ejemplo explorar los posibles factores relacionados o conocer los resultados en otros escenarios. Otra limitación a considerar es que se incluyeron tanto a pacientes nuevos como continuadores, siendo distintas las intervenciones y recomendaciones que se brindan a cada uno de estos grupos, lo que pudo influir en los puntajes de la lista de chequeo. Asimismo, si bien los participantes no sabían que se evaluaría específicamente la consejería en obesidad, el hecho de saber

que eran grabados pudo influir en su performance habitual. En tal sentido, para disminuir la influencia del efecto Hawthorne, se prefirió el uso de grabadoras de audio en lugar de observadores directos y se respetó en todo momento la privacidad del encuentro clínico. Con respecto al puntaje obtenido de acuerdo a los ítems de la lista de chequeo, es necesario recalcar que no podemos asumir que cada recomendación tiene el mismo valor de importancia e impacto en el paciente (no es lo mismo, por ejemplo, recomendar bajar de peso en general que establecer una meta de cuánto peso se debe disminuir), por lo que la asignación de un puntaje equitativo a cada recomendación podría ser considerada arbitraria. Sin embargo, se decidió utilizar ese método para facilitar la comparación entre las especialidades.

CONCLUSIONES

Si bien la mayoría de las consultas realizó algún tipo de consejería en obesidad, utilizando para ello el 10% del tiempo de la consulta, sólo en un tercio de las mismas, se abordaron todos los aspectos relacionados (peso, alimentación y actividad física). Medicina familiar fue la especialidad que tuvo mejor performance brindando consejería más completa y prolongada. Por lo general se recomendó bajar de peso, sin establecer metas ni mencionar la circunferencia abdominal. En nutrición, se indagó por la alimentación habitual y las dificultades para no seguir una dieta balanceada. Las recomendaciones más frecuentes fueron aumentar el consumo de vegetales y disminuir los carbohidratos. En actividad física, las recomendaciones incluyeron duración y frecuencia para ejercitarse y enfatizaron que debe implicar mayor esfuerzo al habitual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. WHO. Obesity and overweight [Internet]. [Citado 10 de febrero de 2019].
Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. Kelly T, Yang W, Chen CS, Reynolds K, He J. Global burden of obesity in 2005 and projections to 2030. *Int J Obes.* 2008; 32(9):1431-7.
3. Cohen JB. Hypertension in Obesity and the Impact of Weight Loss. *Curr Cardiol Rep.* 2017;19(10):98-114
4. Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K. Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med* 2016; 375:794-798
5. Adams KF, Schatzkin A, Harris TB, Kipnis V, Mouw T, Ballard-Barbash R. Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Prospective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old. *N Engl J Med.* 2006; 355(8): 763-78.
6. Chau JY, Grunseit A, Midthjell K, Holmen J, Holmen TL, Bauman AE, et al. Sedentary behaviour and risk of mortality from all-causes and cardiometabolic diseases in adults: evidence from the HUNT3 population cohort. *Br J Sports Med.* 2015; 49(11): 737-42.
7. Pajuelo-Ramírez J. La obesidad en el Perú. *An Fac Med.* 2017; 78(2): 179-85.

8. INEI. Perú: Enfermedades No transmisibles y Transmisibles 2017 [Internet]; 2018. [Citado 19 de febrero de 2019]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html
9. Hernández CC, Canales JL, Cabrera C, Grey C. Efectos de la consejería nutricional en la reducción de obesidad en personal de salud. *Rev Med IMSS* 2003; 41 (5): 429-435 429.
10. Salinas J, Bello S, Chamorro H, Gonzalez CG. Consejería en alimentación, actividad física y tabaco: Instrumento fundamental en la práctica profesional. *Rev Chil Nutr.* 2016; 43(4): 434-42.
11. Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med.* 2002; 22(4): 267-84.
12. Puhkala J, Kukkonen-Harjula K, Mansikkamäki K, Aittasalo M, Hublin C, Kärmeniemi P et al. Lifestyle counseling to reduce body weight and cardiometabolic risk factors among truck and bus drivers – a randomized controlled trial. *Scand J Work Environ Health* 2015;41(1):54-64.
13. Gelli C, Tarocchi M, Abenavoli L, Di Renzo L, Galli A, De Lorenzo A. Effect of a counseling-supported treatment with the Mediterranean diet and physical

- activity on the severity of the non-alcoholic fatty liver disease. *World J Gastroenterol.* 2017; 23(17): 3150-62.
- . 14. Rocha D, Martín-Matillas M, Carbonell-Baeza A, Aparicio VA, Delgado-Fernández M. Efectos de los programas de intervención enfocados al tratamiento del sobrepeso/obesidad infantil y adolescente. *Rev Andal Med Deporte.* 2014;7(1):33-43.
15. Scott JG, Cohen D, DiCicco-Bloom B, Orzano AJ, Gregory P, Flocke SA, et al. Speaking of weight: how patients and primary care clinicians initiate weight loss counseling. *Prev Med.* 2004; 38(6): 819-27.
16. Flocke SA, Clark A, Schlessman K, Pomiecko G. Exercise, diet, and weight loss advice in the family medicine outpatient setting. *Fam Med.* 2005; 37(6): 415-21.
17. Pollak KI, Alexander SC, Coffman CJ, Tulsy JA, Lyna P, Dolor RJ, et al. Physician Communication Techniques and Weight Loss in Adults. *Am J Prev Med.* 2010; 39(4): 321-8.
18. Glauser TA, Roepke N, Stevenin B, Dubois AM, Ahn SM. Physician knowledge about and perceptions of obesity management. *Obes Res Clin Pract.* 2015; 9(6): 573-83.
19. van Dillen SM, Noordman J, van Dulmen S, Hiddink GJ. Examining the content of weight, nutrition and physical activity advices provided by Dutch practice

- nurses in primary care: analysis of videotaped consultations. *Eur J Clin Nutr.* 2014; 68(1): 50-6.
20. Antognoli EL, Smith KJ, Mason MJ, Milliner BR, Davis EM, Harris-Haywood S, et al. Direct observation of weight counselling in primary care: alignment with clinical guidelines. *Clin Obes.* 2014; 4(2): 69-76.
21. Jay M, Gillespie C, Schlair S, Sherman S, Kalet A. Physicians' use of the 5As in counseling obese patients: is the quality of counseling associated with patients' motivation and intention to lose weight? *BMC Health Serv Res.* 2010; 10(1): 159.
22. INEI. Encuesta nacional de satisfacción de usuarios en salud (ENSUSALUD 2016) [Internet]; 2016. Disponible en:
<http://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>
23. HCH. Disposiciones para mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención de los usuarios externos en el proceso de consulta externa del Hospital Cayetano Heredia. 2016.
24. Pollak KI, Coffman CJ, Alexander SC, Tulsy JA, Lyna P, Dolor RJ, et al. Can physicians accurately predict which patients will lose weight, improve nutrition and increase physical activity? *Fam Pract.* 2012; 29(5): 553-60.

25. Dutton GR, Herman KG, Tan F, Goble M, Dancer-Brown M, Van Vesseem N, et al. Patient and physician characteristics associated with the provision of weight loss counseling in primary care. *Obes Res Clin Pract.* 2014; 8(2): e123-130.
26. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. 2012.
27. Huxley R, Mendis S, Zheleznyakov E, Reddy S, Chan J. Body mass index, waist circumference and waist:hip ratio as predictors of cardiovascular risk--a review of the literature. *Eur J Clin Nutr.* 2010; 64(1): 16-22.
28. Ko JY, Brown DR, Galuska DA, Zhang J, Blanck HM, Ainsworth BE. Weight Loss Advice U.S. Obese Adults Receive from Health Care Professionals. *Prev Med.* 2008; 47(6): 587-92.
29. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, Comuzzie AG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. *Circulation.* 2014;129(25_suppl_2):S102-38
30. Carroll JK, Antognoli E, Flocke SA. Evaluation of Physical Activity Counseling in Primary Care Using Direct Observation of the 5As. *Ann Fam Med.* 2011; 9(5): 416-22.
31. Pollak KI, Coffman CJ, Alexander SC, Manusov JRE, Østbye T, Tulsy JA, et al. Predictors of weight loss communication in primary care encounters. *Patient Educ Couns.* 2011; 85(3): e175-82.

32. Heintze C, Metz U, Hahn D, Niewöhner J, Schwantes U, Wiesner J, et al. Counseling overweight in primary care: an analysis of patient-physician encounters. *Patient Educ Couns.* 2010; 80(1): 71-5.
33. Abril-Collado RO, Cuba-Fuentes MS. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta Médica Perú.* 2013; 30(1): 31-6.
34. HCH. Consulta externa 2017. Oficina de estadística e Informática. Informe anual 2017.
35. Ministerio de Salud Perú. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 2016.
36. Ministerio de Salud Perú. Guía de práctica clínica para diagnóstico, manejo y control de dislipidemia, complicaciones renales y oculares en personas con diabetes mellitus tipo 2. 2017.
37. Ministerio de Salud Perú. Guía de práctica clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer nivel de atención. 2011.
38. Trujillo, H. Consulta nutricional para la prevención y control de la Diabetes mellitus tipo 2 de la persona joven, adulta y adulta mayor. 2015.
39. Ministerio de Salud Perú. Guías alimentarias para la población peruana. 2018.

TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

TABLA 1. Características de los participantes

	M. Interna	M. Familiar	Endocri nología	Cardio logía	Total
Médicos					
Asistente	1	1	4	2	8
Residente	3	2	0	1	6
Sexo					
Masculino	2	1	2	1	6
Femenino	3	2	2	2	9
Pacientes					
Sexo					
Masculino	2	1	5	4	12
Femenino	8	9	5	6	28
Edad (DS)	42.5 (13)	48 (6.7)	52 (8.5)	58 (6)	50.2(10.3)
Nivel de educación					
Analfabeto	0	1	0	0	1
Primaria	2	1	1	2	6
Secundaria	6	4	6	5	21
Superior	2	4	3	3	12
Ocupación					
Ama de casa	6	8	4	5	23
Otras	4	2	6	5	17
Tipo de consulta					
Nuevo	9	3	1	2	15
Continuador	1	7	9	8	25
Motivo de consulta					
Enf. Cardiovasculares	0	1	0	10	11
Enf. Metabólicas	0	3	10	0	13
Otros	10	6	0	0	12
IMC					
Sobrepeso	4	3	1	5	13
Obesidad	6	7	9	5	27
Comorbilidades					
HTA	2	4	1	9	16
DM	0	6	5	2	13
Dislipidemia	2	2	1	1	6
Otras	4	0	6	7	17
Ninguna	6	2	0	0	8

TABLA 2. Características generales de la consulta

	M. Interna	M. Familiar	Endocrinología	Cardiología	Total
Duración					
Consulta (rango)	21'35" (6'25"- 53'04")	35'58" (13'17"- 86'15")	9'11" (4'- 25'30")	14'42" (6'45"- 21'28")	17'16" (4'- 86'15")
Consejería (rango)	37" (10"-4'25")	5'42" (10"- 19'39")	2'14" (30"- 25'30")	44" (42"-45")	1'43" (10"- 19'39")
Consejería (%)	6	15	21	7	10
Temas tratados					
Se aconsejó en Peso	9/10 (90%)	8/10 (80%)	7/10 (70%)	2/10 (20%)	26/40 (65%)
Se aconsejó en Nutrición	8/10 (80%)	9/10 (90%)	7/10 (70%)	2/10 (20%)	26/40 (65%)
Se aconsejó en Actividad Física	1/10 (10%)	6/10 (60%)	6/10 (60%)	1/10 (10%)	14/40 (35%)
Se aconsejó en al menos una	9/10 (90%)	9/10 (90%)	8/10 (80%)	2/10 (20%)	28/40 (70%)
Se aconsejó en Peso, Nutrición y Actividad Física	0/10 (0%)	6/10 (60%)	6/10 (60%)	1/10 (10%)	13/40 (32.5%)

TABLA 3. Temas tratados en la consejería en peso

	M. Interna	M. Familiar	Endocri nología	Cardiolo gía	Total
- Reconocimiento del estado de sobrepeso/obesidad del paciente	9	8	6	2	25
- Se dialogó sobre bajar de peso	6	8	6	2	22
- Se dialogó sobre disminuir la circunferencia abdominal	0	0	0	0	0
- Se estableció una meta de peso ideal	1	3	2	0	6
- Se dialogó sobre los beneficios de bajar de peso	1	5	2	2	10
- Se dialogó sobre las consecuencias de no bajar de peso	3	6	3	0	12
- Se dialogó sobre IMC	2	2	0	0	4

TABLA 4. Temas tratados en la consejería nutricional

	M. Interna	M. Familiar	Endocri nología	Cardio logía	Total
- Se preguntó por los hábitos nutricionales	6	8	7	2	23
- Se preguntó por las dificultades para no seguir una dieta balanceada	1	7	6	1	15
- Se sugirió consumir menos grasas	0	2	1	0	3
- Se sugirió consumir más frutas y vegetales	3	6	4	0	13
- Se sugirió reducir el consumo de harinas (carbohidratos)	3	5	3	1	12
- Se sugirió reducir el consumo de azúcar	0	6	2	0	8
- Se sugirió consumir comida saludable en general	1	1	0	0	2
- Se sugirió tomar suficiente agua	0	3	0	0	3
- Se sugirió mantener una dieta balanceada	2	1	2	1	6
- Se sugirió ir al nutricionista	3	1	2	1	7

TABLA 5. Temas tratados en la consejería en actividad física

	M. Interna	M. Familiar	Endocri nología	Cardio logía	Total
- Se preguntó por la actividad física que realizaba	1	4	4	1	10
- Se preguntó por las dificultades para realizar actividad física	1	4	4	0	9
- Se aconsejó ser más físicamente activo	0	3	2	1	6
- Se aconsejó caminar	0	3	1	0	4
- Se aconsejó correr	0	1	2	0	3
- Se aconsejó practicar algún deporte o bailar	0	2	1	0	3
- Se aconsejó que la actividad física debe estar fuera de la rutina normal	0	3	4	0	7
- Se aconsejó sobre el tiempo de duración de la actividad física	0	4	3	1	8
- Se aconsejó sobre la frecuencia de la actividad física	0	4	2	1	7

ANEXOS

ANEXO 1. Lista de chequeo

	Puntaje
CONSEJERÍA EN PESO	
Reconocimiento del estado de sobrepeso/obesidad del paciente (1 pto)	
Se dialogó sobre bajar de peso (1 pto)	
Se dialogó sobre disminuir la circunferencia abdominal (1 pto)	
Se estableció una meta de peso ideal (1 pto)	
Se dialogó sobre los beneficios de bajar de peso (1 pto)	
Se dialogó sobre las consecuencias de no bajar de peso (1 pto)	
Se dialogó sobre IMC (1 pto)	
TOTAL (puntaje máximo: 7 ptos)	
CONSEJERÍA EN NUTRICIÓN	
Se preguntó por los hábitos nutricionales (1 pto)	
Se preguntó por las dificultades para no seguir una dieta balanceada (1 pto)	
Se sugirió consumir menos grasas (1 pto)	
Se sugirió consumir más frutas y vegetales (1 pto)	
Se sugirió reducir el consumo de harinas (carbohidratos) (1 pto)	
Se sugirió reducir el consumo de azúcar (1 pto)	
Se sugirió consumir comida saludable en general (1 pto)	
Se sugirió tomar suficiente agua (1 pto)	
Se sugirió mantener una dieta balanceada (1 pto)	
Se sugirió ir al nutricionista (1 pto)	
TOTAL (puntaje máximo: 10 ptos)	
CONSEJERÍA EN ACTIVIDAD FÍSICA	
Se preguntó por la actividad física que realizaba (1 pto)	
Se preguntó por las dificultades para realizar actividad física (1 pto)	
Se aconsejó ser más físicamente activo (1 pto)	
Se aconsejó caminar (1 pto)	
Se aconsejó correr (1 pto)	
Se aconsejó practicar algún deporte o bailar (1 pto)	
Se aconsejó que la actividad física debe estar fuera de la rutina normal (1 pto)	
Se aconsejó sobre el tiempo de duración de la actividad física (1 pto)	
Se aconsejó sobre la frecuencia de la actividad física (1 pto)	
TOTAL (puntaje máximo: 9 ptos)	
PUNTAJE TOTAL CONSEJERÍA (puntaje máximo: 26 ptos)	

ANEXO 2. Ficha de datos participantes

FICHA DE DATOS (PACIENTE)

§ Datos demográficos:

1. Sexo: M___ F___
2. Edad: _____ años
3. Ocupación: _____
4. Nivel educativo
Ninguno _____
Primaria _____
Secundaria _____
Superior _____
5. Peso: _____ kg 6. Talla: _____ m² 7. IMC: _____ kg/m²
8. Valoración nutricional:
___ Sobrepeso
___ Obesidad
9. Consultorio al que acude:
___ Medicina Interna
___ Cardiología
___ Endocrinología
___ Medicina Familiar
10. Enfermedades que padece:
___ Hipertensión Arterial
___ Diabetes mellitus
___ Dislipidemia
___ Enfermedad coronaria
___ Cáncer actual o previo
___ Otros _____

FICHA DE DATOS (MÉDICO)

§ Datos demográficos:

1. Sexo: M___ F___
2. Usted es ___ Médico asistente ___ Médico residente
3. Especialidad:
___ Medicina Interna
___ Cardiología
___ Endocrinología
___ Medicina Familiar

ANEXO 3. Folleto informativo para pacientes

ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Incluye en tu plato alimentos de los diferentes grupos según las proporciones del gráfico.

Utiliza alguna de estas formas de cocción, bajas en grasa: al horno, asado, microondas, salteado, a la parrilla.

Acompaña las ensaladas con limón, en lugar de vinagreta alta en grasas.

Evita el consumo de alimentos procesados.

¡Y recuerda tomar agua!

¿QUÉ SON LA OBESIDAD Y EL SOBREPESO?

• La obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo que perjudica nuestra salud

¿CÓMO SÉ SI TENGO SOBREPESO U OBESIDAD?

El índice de masa corporal (IMC) es una relación entre el peso y la talla y sirve para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Si el IMC es mayor de 25 indica sobrepeso y si es mayor de 30, obesidad.

$$IMC = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{estatura (m}^2\text{)}}$$

ACTIVIDAD FÍSICA

Se recomienda realizar 30 minutos de actividad física diaria, de preferencia ejercicios aeróbicos: Correr, trotar, caminata rápida, bicicleta, baile, etc.

Si recién comienzas a hacer ejercicio, empieza por poco y luego aumenta la intensidad, para evitar lesiones. Por ejemplo, empieza caminando 30 min la primera semana y luego realiza caminatas rápidas de 45 min las siguientes semanas.

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO: Se recomienda bajar entre el 5-10% del peso inicial en los siguientes 6 meses

RECUERDA ACUDIR A TU CONSULTA MÉDICA SEGÚN TU MÉDICO LO INDIQUE PARA UN BUEN SEGUIMIENTO

LAS PERSONAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD TIENEN MAYOR RIESGO DE:

Apnea del sueño

Asma

Hígado graso

Cirrosis

Cálculos en la vesícula

CÁNCER

Mama

Útero

Colon

Esófago

Páncreas

Riñón

Próstata

ACV

Colesterol elevado

Triglicéridos elevados

Hipertensión arterial

Diabetes

Pancreatitis

Período menstrual irregular

Infertilidad

Artritis

Várices

Trombosis venosa

Gota

Adaptado de: CDC
Adult obesity
<https://www.cdc.gov/vitalsigns/pdf/2010-08-vitalsigns.pdf>

JUNTOS CONTRA LA OBESIDAD

Fuente: OMS

¿CÓMO SE ORIGINA?

• El sobrepeso y la obesidad se originan principalmente a dos mecanismos:

- Aumento de alimentos ricos en grasas y harinas
- Disminución de actividad física y mayor vida sedentaria

Entonces, para bajar de peso se debe trabajar en estos dos aspectos: alimentación y actividad física.