EJÉRCITO NACIONAL



INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN PROTOCOLO OBESIDAD

DISAN PRIVADO MARZO-2024

CÓDIGO DE HONOR
DEL SOLDADO COLOMBIANO

Manual Fundamental del Ejército
1.0 El Ejército (3-26)

EJÉRCITO NACIONAL

1. Soy un soldado del Ejército Nacional de Colombia.
2. Dios siempre guía mis actuaciones.
3. Sirvo con honor y disciplina al pueblo colombiano.
4. Defiendo la Constitución y la Ley.
5. Entreno y combato para vencer.
6. Cumplo rigurosamente mi deber.
7. Soy leal con mis superiores, compañeros y subalternos.
8. Muestro humanidad y compasión con el enemigo vencido.
9. Mi interés más grande es la gloria de mi patria.
10. Soy fiel a mi institución, a mi familia y a mis principios.
11. La ética es mi única regla para tomar decisiones.
12. Tengo la absoluta fe en Dios y fe en la causa.



PATRIA HONOR LEALTAD

EJÉRCITO NACIONAL

AGENDA

- 1. Generalidades obesidad
- 2. Población objeto
- 3. Rol profesionales
- 4. Algoritmo de la RIA
- 5. Historia clínica en el paciente con sobrepeso y/o obesidad
- 6. Clasificación Edmonton
- 7. criterios protocolo bariátrica
- 8. Plazos



EPIDEMIOLOGÍA

PROBLEMA

Prevalencia en Colombia

OBS de 18,7 %

SBP de 37,7 %

Prevalencia total en la población del 56.4%

ENSIN del 2015





PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA!!!

Quinto factor de riesgo que genera mayor mortalidad en el mundo, después de la hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, diabetes mellitus (DM) y sedentarismo.

“Trabajar con un equipo multidisciplinario le permite tratar al paciente en tu totalidad y brindar una atención integral”.

DIAGNÓSTICO SEGÚN IMC

CLASIFICACIÓN	IMC (KG/M²)
Bajo peso	< 18.5
Rango normal	≥ 18.5 y < 25
Sobrepeso	≥ 25 y < 30
Obesidad • **Grado I** • **Grado II** • **Grado III**	≥ 30 • ≥ 30 y < 35 • ≥ 35 y < 40 • ≥ 40

PORCENTAJE DE MASA GRASA

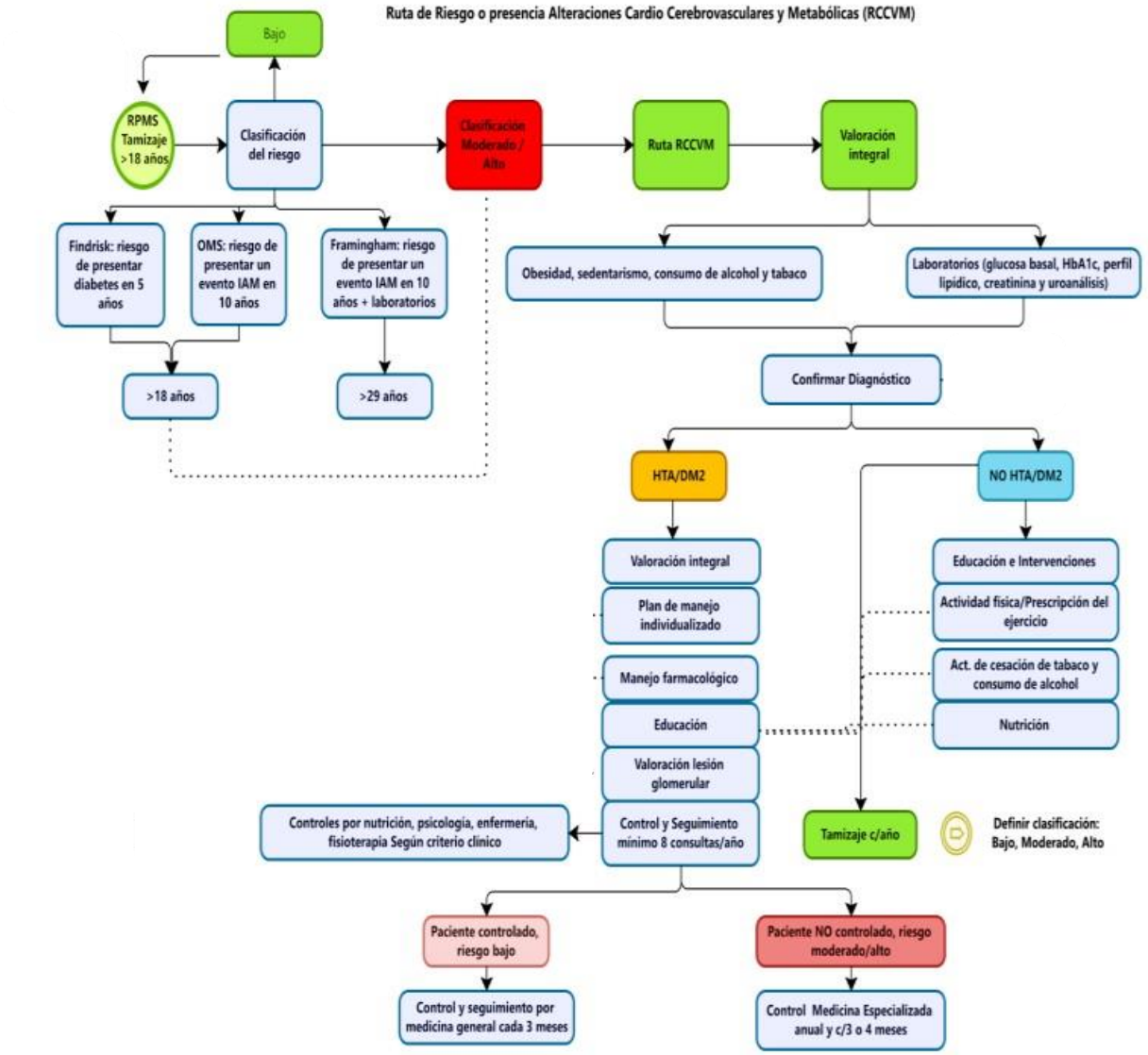
- MEDIANTE ECUACIONES

- Masa grasa relativa = 64 –(20 x altura/circunferencia abdominal) + (12 x sexo), sexo = Hombre 0 Mujer 1

Rangos de % de grasa	Hombres	Mujeres
Normopeso	hasta 20,0 %	hasta 30,0 %
Sobrepeso	20,1-25,0 %	30,1-35,0 %
Obesidad	>25,1 %	>35,1 %

Ecuación % grasa corporal según Ejército de EE.UU.	
Hombres	%grasa corporal = (86.010 * log10 (perímetro de cintura– perímetro de cuello)) – [70.041 * log10(talla)) + 36.76
Mujeres	%grasa corporal = (163.205 * log10(perímetro cintura+ perímetro cadera – perímetro cuello)) – (97.684 * log10(talla) – 78.387

POBLACIÓN OBJETO



POBLACIÓN OBJETO

Riesgo cardiovascular o metabólico clasificado como moderado o alto

Tabaquismo
Consumo nocivo de alcohol
Prehipertensión
Prediabetes
Sobrepeso
Obesidad
Dislipidemia
Inactividad física

Hipertensión arterial
Diabetes Mellitus



POBLACION MAYOR DE 18 AÑOS
FINALIDAD: 5 O 7
CAUSA EXTERNA: 15
CIE 10: DE ACUERDO A MORBILIDAD

CANALIZACION → DEMANDA INDUCIDA → DEMANDA ESPONTANEA

ROL PROFESIONALES QUE INTEGRAN RCCVM



Profesional de Medicina

Liderar el manejo clínico del usuario

Gestión del riesgo

Favorecer la articulación con otras intervenciones

Establecer prioridades en la atención integral primaria, de acuerdo a la confirmación diagnóstica

Definir un plan de manejo individualizado, determinar el tratamiento



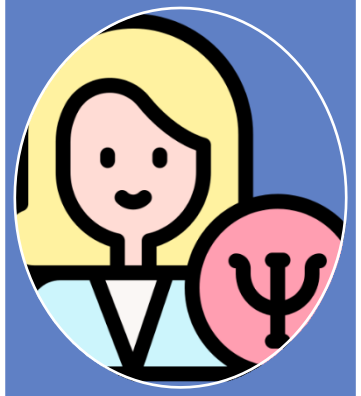
Profesional de Enfermería

Realizar seguimiento al riesgo y promover acciones de autocuidado

Soporte en las labores de administración y articulación de intervenciones

Búsqueda activa de usuarios

Punto de contacto permanente entre el usuario y la Ruta



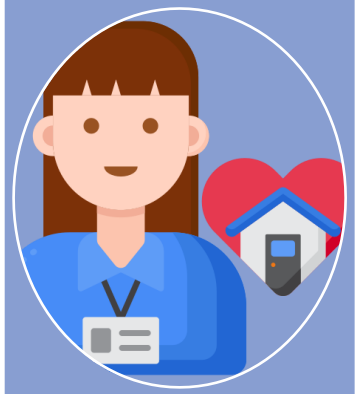
Profesional de Psicología

Brindar soporte a las intervenciones del equipo en la esfera emocional y psicosocial



Profesional en Nutrición

Su tarea es diagnosticar el estado nutricional del individuo con base en los indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos



Profesional de Trabajo Social

Abordaje de los problemas psicosociales individuales, familiares y a la intervención en la comunidad.



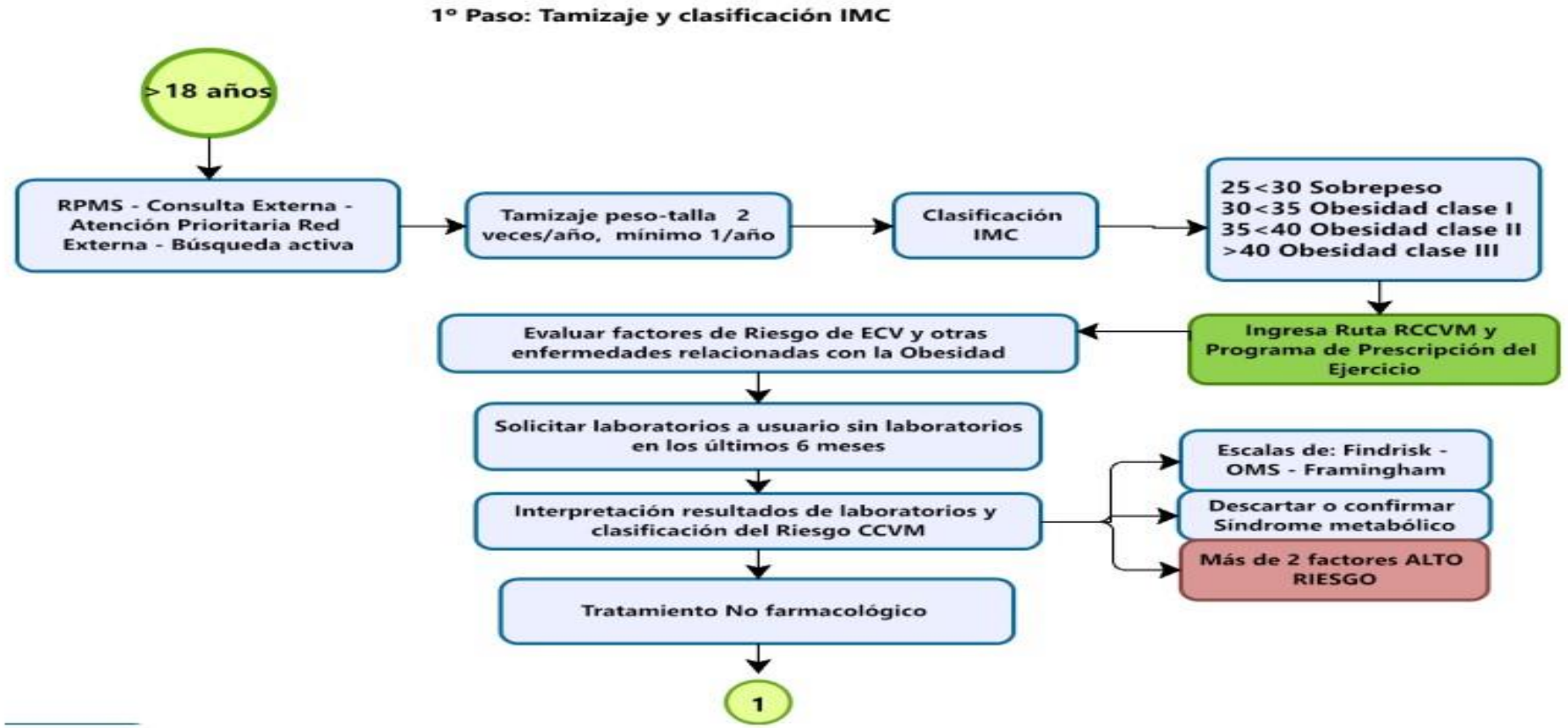
Profesional de Fisioterapeuta

Prescripción del ejercicio como modalidad de intervención

Búsqueda activa, seguimiento, educación

INTERVENCION SOBREPESO OBESIDAD

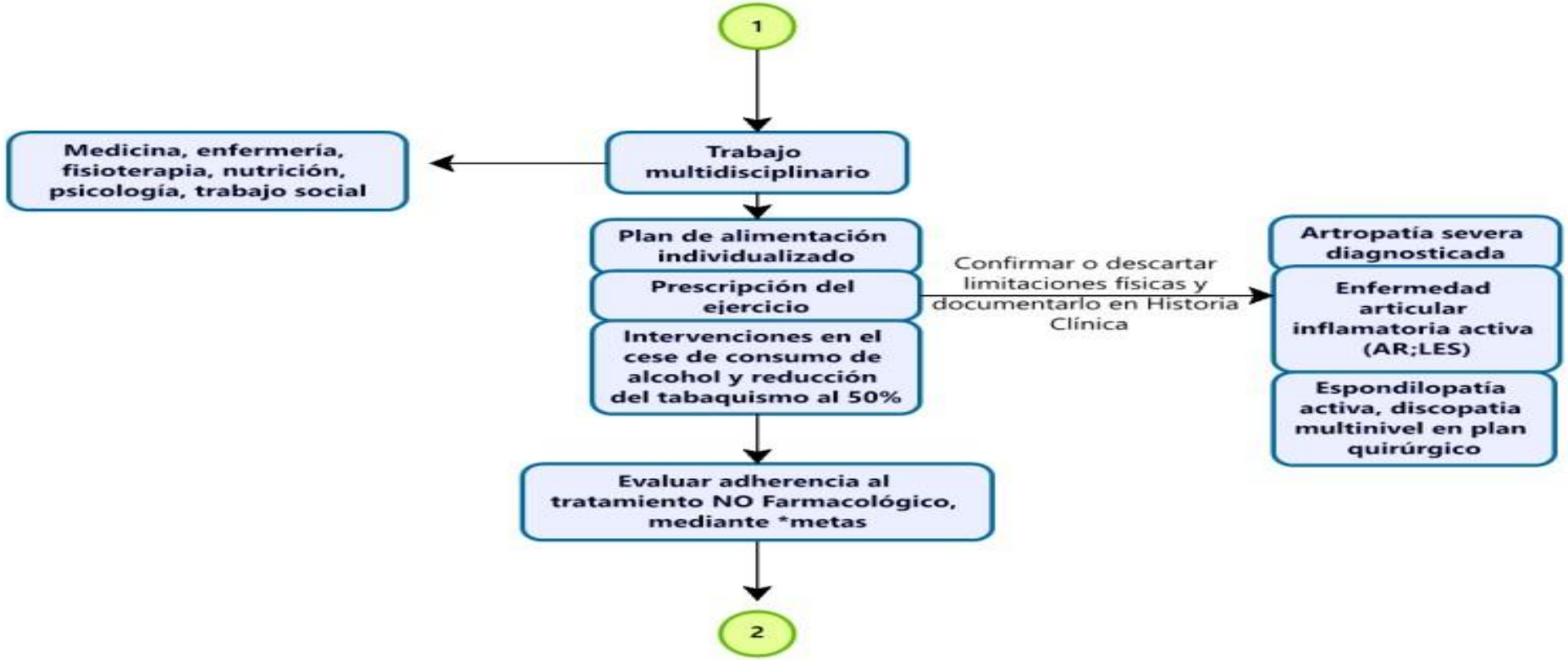
Flujograma 7. 1° Paso: Tamizaje y clasificación del IMC. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

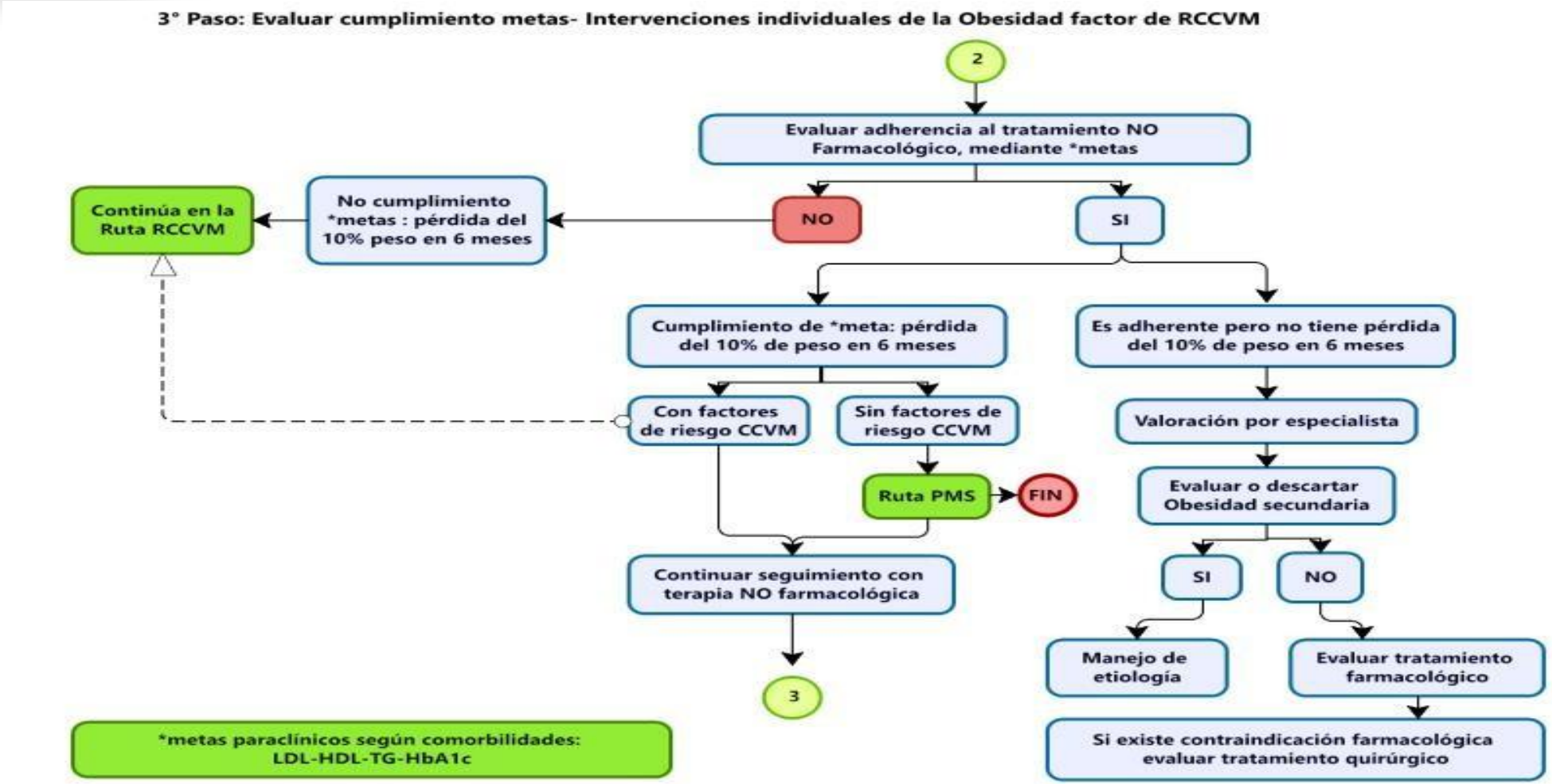
INTERVENCION SOBREPESO OBESIDAD

Flujograma 8. 2° Paso: Plan individualizado. Intervenciones individuales para el manejo de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

INTERVENCION SOBREPESO OBESIDAD



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

INTERVENCION SOBREPESO OBESIDAD

Flujograma 10. 4° Seguimiento. Intervenciones individuales de la Obesidad como factor de Riesgo de la Ruta CCVM



Fuente: Elaborado por Dirección General de Sanidad Militar. SUBSA. GREGI. 2022

HISTORIA CLÍNICA E INTERROGATORIO

Componente	Detalles	Significado / acciones
Antecedentes de peso	Inicio de obesidad, fluctuaciones peso, intentos previos de pérdida de peso, mayor y menor peso, eventos asociados a cambios de peso, actual estado de peso (aumento, pérdida, estable)	Comprensión del paciente de su enfermedad Definir expectativas y metas realistas
Historia nutricional	Asesoría sobre nutrición, consumo calórico Identificar restricciones nutricionales (alergias, etc.)	Hambre psicológica, apetito emocional, "comer sin sentido"
Actividad física	Actividad física actual, limitaciones y factores sociales restrictivos	Definición de actividades autodirigidas Manejo de limitaciones
Tamizaje depresión y ansiedad		Remisión a psicología o psiquiatría
Otros trastornos mentales	Tamizaje para trastornos de atención, desórdenes postraumáticos, duelo.	Remisión a psicología o psiquiatría
Adicciones / dependencias	Consumo cigarrillo, alcohol, sustancias psicoactivas, cafeína	Remisión a psicología o psiquiatría
Abuso	Abuso físico, psicológico y sexual	Manejo interdisciplinario
Sueño	Horas de sueño, medicamentos, apnea del sueño	Evaluación y manejo

HISTORIA CLÍNICA E INTERROGATORIO

Medicamentos	**Antihiperglicémicos, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivantes, corticosteroides, terapia hormonal antihistamínicos, antihipertensivos, betabloqueadores**	**Evaluación posible impacto en ganancia de peso**
Historia social	Edad, género, raza, estado civil, ocupación Redes de apoyo, plan de salud, acceso a gimnasios Nivel de independencia funcional	Decisión de opción terapéutica Valoración por trabajo social Involucrar cuidadores en manejo
Historia familiar	Antecedentes de obesidad o complicaciones en familiares primer grado Sobrepeso y obesidad en otros miembros del hogar	Determinar riesgo de obesidad y complicaciones Evaluar opción intervenciones grupo familiar
Relaciones interpersonales	Motivación Confianza Disposición al cambio Expectativas	Intervenciones psicológicas sobre comportamiento

EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON OBESIDAD

Evaluación método **4M: Mental, Mecánico, Metabólico y Monetario/ Medios (entorno):**

- **Mental**: Conocimiento, expectativas, autoimagen, prejuicios sobre peso interiorizados, ansiedad, adicciones, trastornos del sueño, trastornos de personalidad.
- **Mecánico**: osteoartritis, gota, apnea del sueño, fascitis plantar, reflujo gastroesofágico, incontinencia urinaria, intertrigo, hipertensión intracraneal idiopática, trombosis.
- **Metabólico**: diabetes tipo 2, hiperlipidemia, deficiencia nutricional, gota, hipertensión arterial, hipogonadismo, infertilidad, tromboflebitis, fibrilación atrial, ECV, hígado graso, cálculos vesiculares, cáncer (colorrectal, vesícula, páncreas, seno, riñón, útero, cérvix, próstata); acantosis, candidiasis, intertrigo, tiña, foliculitis.
- **Monetario (entorno)**: estrato socioeconómico, educación, acceso a alimentos, ocupación, discapacidad, vestuario, programas para manejo de obesidad, acceso a medicamentos, cirugía y vitaminas)

Vallis T, Macklin D, Russell-Mayhew S. Canadian Adult Obesity Clinical Practice Guidelines: Effective Psychological and Behavioural Interventions in Obesity Management; 2020. Disponible en: https://bit.ly/3c1cnKP

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO EDMONTON

Estadio	Descripción	Manejo
0	Sin riesgos aparentes de Obesidad (presión arterial, lípidos, glicemia en límites normales), sin síntomas físicos, sin psicopatología, limitaciones funcionales o deterioro del estado de salud	Identificación de factores que contribuyen al aumento de peso Consejería para prevenir futuros aumentos de peso (alimentación saludable y aumento de actividad física)
1	Presencia de factores subclínicos relacionados con Obesidad (hipertensión arterial leve, alteración glucosa, aumento enzimas hepáticas, etc.), síntomas físicos leves (disnea de medianos esfuerzos, dolores ocasionales, fatiga, etc.), psicopatologías leves, limitaciones funcionales leves o deterioro leve del estado de salud	Investigación de otros factores de riesgo (no relacionados con peso) Intervenciones más intensas sobre comportamiento (terapia nutricional, ejercicio y tratamientos psicológicos para prevenir futuros aumentos de peso
2	Presencia de enfermedades crónicas relacionadas con Obesidad (hipertensión arterial, diabetes tipo 2, apnea del sueño, osteoartritis, reflujo gastroesofágico, síndrome de ovario poliquístico, ansiedad, etc.), limitación moderada para actividades básicas cotidianas.	Iniciar tratamiento para Obesidad incluyendo opciones de tratamientos psicológicos, farmacológicos y cirugía, posterior a demostrarse adherencia a terapia no farmacológica. Manejo y seguimiento de comorbilidades
3	Daño establecido de órganos (infarto de miocardio, falla cardíaca, complicaciones de diabetes, osteoartritis incapacitante, psicopatologías graves, limitaciones funcionales graves o deterioro grave del estado de salud)	Tratamiento intensivo para Obesidad incluyendo opciones de tratamientos psicológicos, farmacológicos y cirugía Manejo “agresivo” de comorbilidades
4	Discapacidades severas por enfermedades crónicas relacionadas con Obesidad, psicopatologías graves incapacitantes, limitaciones funcionales severas o deterioro severo del estado de salud	Manejo “agresivo” de obesidad si es viable Medidas paliativas incluyendo manejo de dolor, terapia ocupacional y soporte psicológico

TERAPIA NO FARMACOLÓGICA

Determinar según aspectos psicológicos, hábitos nutricionales, actividad física y comorbilidades:

Plan nutricional con déficit calórico de 500 kcal/día, favoreciendo 3 a 4 comidas al día.

Incremento de la actividad física 150 a 300 min/sem. con ejercicio de fortalecimiento y aeróbico.

Cuidado de los aspectos culturales y psicológicos del paciente.

Optimización de los hábitos de sueño del paciente.

INTERVENCIÓN COMPORTAMENTAL

M	**Motivación: Buscar e incentivar motivos que lleven a cambios en la conducta y a superar barreras**
M	Meta: Establecer metas de tratamiento claras, realistas, exigentes pero alcanzables y progresivas.
M	Materializar: Pasar del compromiso a la acción con constancia.
M	Mediación: Control de la respiración para disminuir la ansiedad y el comportamiento impulsivo.
M	Mantener: Logros en reducción de precios y masa grasa y ganancias en hábitos y conductas saludables.

INTERVENCIONES NO FARMACOLÓGICAS

T	**Tiempo de sueño no menor de 7 horas cada noche (33, 34)**
I	Intervalo acorde con la cronobiología y el ciclo circadiano (sueño nocturno) (33, 35)
M	Movimientos por ronquidos (AOS) y piernas inquietas deben ser tratados (36).
E	Excelencia en la calidad del sueño, no interrumpido, sin disrupciones, sin disrupciones y ser reparador (33, 37).

NUTRICIÓN

ENCUESTA ALIMENTARIA DETALLADA

Distribución, frecuencia y cantidad de comidas
Registro de variedad y cálculo aporte calórico diario
Preferencias y frecuencia de consumo por grupos de alimentos
Hábitos impropios (masticación y deglución rápida, gran tamaño bocados, consumo alcohol, etc.)
Evaluación trastornos alimentación
Análisis riesgos y beneficios

Educación en tamaño porciones, lectura de etiquetado nutricional, priorización consumo ciertos alimentos

PLAN DE ALIMENTACIÓN

Individualizado según patología de base y comorbilidades, preferecias, posibilidades económicas, alergias
Coherente con actividad física, horarios laborales, actividad social, número de ingestas Asegurar adherencia al programa,determinar tiempos de ingesta y control del plan
RESTRICCIÓN INGESTA CALÓRICA
Déficit de 500 a 750 kcal/día

METAS PÉRDIDA DE PESO SEGÚN CONDICIÓN CLÍNICA

Intolerancia a glucosa 5 a 7%
DM7% a 15%
HTA 5 a 15% o más
Dislipidemia 5 a 15% o más
PreDM2 3% a 10% o más
NASH 5 a 10% o más
SOP 5 a 15% o masInfertilidad 10% o más
Hipogonadismo hombre 5 a 10% o más
Artrosis 10% o más
SAHOS 10% o más
ASMA 7% o más
ERGE 10% o más
Incontinencia Urinaria 5 a 10% o más
DM2 remisión o reducción mortalidad CV 15% o más

Enfatizar importancia de mejora del estado de salud como meta final (y no la pérdida de peso)
Concepto de MEJOR PESO

PSICOLOGÍA

ENTREVISTA MOTIVACIONAL
Establecimiento de metas
Automonitoreo de conductas y progreso
Movilización de redes de apoyo
Refuerzo de autoestima y autoeficacia (confianza para superar barreras)
Asesoría psicológica (Estrategias de control de estímulos y reducción de estrés)
Educación y monitoreo (individual, grupal, remoto)

MANEJO DE EXPECTATIVAS
Descubrimiento del mejor peso, (disfrute de una vida saludable con posibilidades realistas de mantener el peso)
Manejo de la enfermedad a largo plazo, conductas para mantener peso
Reforzar beneficios de pérdida de peso 5-10-15%

MODULADORES DEL APETITO
Rol de fatiga, estrés, sueño, ansiedad, sedentarismo y alcohol en el apetito

SEGUIMIENTO
Monitoreo estado de peso
Refuerzo automonitoreo actividad física y alimentación
Énfasis en beneficios de mantener peso
Reforzar expectativas a corto y largo plazo
Destacar importancia de adherencia a estilos de vida saludable
Prevención de recaídas
Estrategias para afrontar reganancia de peso

Resaltar los efectos de adherencia a estilos de vida saludable para mejorar resultados en salud y disminución de riesgos y complicaciones.

MÉDICO GENERAL- ESPECIALISTA- FISIOTERAPIA

EVALUAR CONTRAINDICACIONES O LIMITACIONES PARA EJERCICIO

Artropatía severa, enfermedad articular inflamatoria (AR; LES), espondilopatía activa, discopatía muiltinivel en plan quirúrgico

Planes de rehabilitación y acondicionamiento

OBJETIVOS

Pérdida de peso

Reducción adiposidad central

Reducción grasa ectópica

Mantenimiento de la pérdida de peso

Prevención recuperación de peso

PRESCRIPCIÓN INDIVIDUALIZADA EJERCICIO FÍSICO

Estructurada, escalonada y supervisada

Meta 300 minutos semanales ejercicio intensidad moderada en 3 a 5 sesiones y 3 sesiones semanales ejercicio de resistencia

Reducir conductas sedentarias

Programa individualizado y según limitaciones físicas

RECOMENDACIONES EJERCICIO

Frecuencia: 3 a 5 veces por semana ROM diario

Intensidad: 40% A 60% de la FCR

Tiempo: 150 minutos semanales

Tipo: aeróbico con bajo impacto articular y ejercicio de resistencia para grupos musculares mayores en miembros inferiores

Progresión según dolor

FARMACOLOGÍA

CRITERIO	ORLISTAT	LIRAGLUTIDE
Presentación	Oral	Inyectable
Necesidad de titulación	Sí	Sí
Dosis máxima	360 mg/día	3.0 mg/día
Promedio de disminución de peso frente a placebo	6,2 %	8,1 %
Disminución del riesgo de DM2	37,3 %	66 %
Eventos adversos más comunes	Urgencia fecal, heces aceitosas e incontinencia fecal	Náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, dispepsia y dolor abdominal
Contraindicaciones	Gestación o presencia de enfermedades crónicas, síndromes de malabsorción o colestasis	Gestación o antecedentes personales o familiares de carcinoma medular de tiroides o síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2
Advertencias	Puede disminuir la absorción de medicamentos, como la ciclosporina, levotiroxina, warfarina, amiodarona, antiepilépticos y agentes antirretrovirales	El uso concomitante de liraglutida 3,0 mg con insulina o secretagogos de insulina puede aumentar el riesgo de hipoglucemia
Indicaciones	Pacientes clasificados como Edmonton estadios 1-2-3-4	Pacientes clasificados como Edmonton estadios 2-3-4.

Criterios Inclusión protocolo Bariátrica

Nota: en la historia clínica de medicina interna o medicina familiar debe estar descrita la clasificación Framingham y Edmonton

9.3 Criterios de inclusión para Junta de Evaluación de Tecnologías en Procedimientos – Cirugía Bariátrica.

a) Paciente con obesidad que presente un IMC igual o mayor al 40 Kg/m2
b) Pacientes con IMC 35-39.9 kg/m2 que pertenezcan a la ruta RCCVM, asociado a comorbilidades importantes tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, apnea del sueño, artropatía severa, esteatohepatitis (modera- severa) y otras susceptibles de mejoría con la pérdida de peso, amputación de extremidades inferiores que limite la realización de actividad física certificado por ortopedia o fisiatría y enfermedad vascular periférica moderada a severa y que hayan recibido otro tratamiento no quirúrgico fallido para obesidad, que este documentado en la historia de salud.sis.
c) Paciente con IMC de 30-34.9 Kg/m2 que pertenezcan a la ruta RCCVM, asociado a diabetes mellitus que no mejore con terapia medica optima, apnea obstructiva del sueño moderado a severo, factores de riesgo cardiovascular de difícil manejo susceptibles de mejoría con cirugía bariátrica (esteatosis hepática severa, osteoartrosis severa que este en plan de reemplazo articular, hipertensión resistente), clasificación Edmonton igual o mayor a 2, que hayan recibido otro tratamiento no quirúrgico fallido para obesidad mínimo por 6 meses y que este documentado en la historia de salud.sis.
d) Paciente con concepto favorable de la RCCVM del SSFM.
e) Paciente con adherencia a la RCCVM del ESM.
f) Pacientes mayores de 75 años con Barthel mínimo 90/100, no criterios fragilidad, no alteraciones en la capacidad cognitiva, adecuada red de apoyo. Y que no tengan los criterios de exclusión del B al M.
g) Paciente con estabilidad emocional.

Criterios Exclusión protocolo Bariátrica

9.4 Criterios de exclusión para Junta de Evaluación de Tecnologías en Procedimientos – Cirugía Bariátrica.

a) Paciente menor de 18 años.
b) Paciente con enfermedad neoplásica y/o enfermedad crónica con expectativa de vida menor a 2 años, enfermedades catastróficas.
c) Enfermedad mental Mayor o las indicadas por Psiquiatría.
d) Paciente con trastorno psiquiátrico no adherente a tratamiento (terapia farmacológica, psicoterapia y controles).
e) Bulimia nerviosa no controlada
f) Alcoholismo activo, tabaquismo activo y adicción farmacológica no controlada.
g) consumidor activo SPA (sustancias psicoactivas).
h) Patología cardiopulmonar no compensada.
i) Pacientes con incapacidad de cuidarse a sí mismo, sin adecuada red de apoyo que garantice su cuidado.
j) No cumplir con la pérdida de peso 10% del peso inicial, descrita en ruta de riesgo cardiovascular para obesidad grado I – Edmonton 2.
k) No cumplir con la pérdida de peso 5 al 10% en obesidad grado II y III (Edmonton mayor o igual a 2) del peso inicial con el que ingreso a la ruta RCCVM, en caso de que no se logre la pérdida, demostrar en historia clínica el seguimiento y causas por las cuales no se perdieron el peso.
l) Trastornos endocrinos no controlados o sin aval de especialista.
m) Pacientes con inestabilidad emocional.

Plazos

- Enviar en excel al correo cxbxjuntasdisan@gmail.com ; actualización de los integrantes de los grupos de obesidad por regional, con el líder de cada grupo. Fecha entrega: 21/03/2024.
- Cumplir con la entrega de la matriz de pacientes con obesidad fecha de entrega: 22/03/2024. compartir al correo cxbxjuntasdisan@gmail.com
- Realizar Acta de inducción y reinducción cada ESM, fecha entrega: 26/03/2024.

CONCLUSIONES

- Se recomienda abordar a la obesidad como una enfermedad crónica compleja, en la que a menudo se pasan por alto los diagnósticos adecuados.
- Se aconseja realizar un enfoque integral de la obesidad, que incluya un diagnóstico adecuado antes del tratamiento (evaluación de los factores del estilo de vida, un historial médico detallado pasado y presente, el uso de medicamentos, un esquema global del entorno sociocultural y un examen físico completo).
- En caso de hallazgos que sugieran una enfermedad subyacente, se recomienda realizar pruebas específicas para estas causas.
- Se recomienda hacer programas nutricionales de larga duración, que logren la pérdida de peso en el mediano plazo y retrasen la reganancia en el largo plazo.
- Si la intención de la intervención es la pérdida de peso, la dieta debe ser hipocalórica. Estas dietas deben tener una restricción calórica entre 500 a 750 kcal/día del gasto energético diario.

EJÉRCITO NACIONAL

PATRIA HONOR LEALTAD

www.ejercito.mil.co Ejército Nacional de Colombia EjercitoNacionalColombia @COL_EJERCITO Ejército Nacional de Colombia