

**ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN
CLÍNICA PARA PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN UNA IPS EN
BOGOTÁ**

**NUBIA PATRICIA SANCHEZ QUINTERO
SANDRA MARCELA CORTÉS GÓMEZ**

TESIS DE GRADO

**FACULTAD DE ADMINISTRACION
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTA D.C, ENERO DE 2011**

**ESTRATEGIA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA UNIDAD DE GESTIÓN
CLÍNICA PARA PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA EN UNA IPS EN
BOGOTÁ**

**NUBIA PATRICIA SANCHEZ QUINTERO
SANDRA MARACELA CORTÉS GÓMEZ**

TESIS DE GRADO

TUTOR: Dr. JOSE HUMBERTO DUQUE

**FACULTAD DE ADMINISTRACION
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
BOGOTA D.C, ENERO DE 2011**

Dedicatoria: Este trabajo está dedicado a nuestras familias porque han sido un apoyo permanente en el camino que decidimos recorrer y que con su paciencia y compañía han permitido la culminación de nuestros estudios.

Agradecimientos:

A la Universidad del Rosario por otorgarnos la oportunidad de participar en un programa de formación avanzada que proporciona las herramientas necesarias para comprender e intervenir los problemas que sufre el sistema de salud colombiano.

Al grupo de estudiantes de la cohorte I quienes con su experiencia en el campo han permitido profundizar nuestros conocimientos y aplicarlos en diferentes escenarios del sistema de salud colombiano.

Tabla de Contenido

1. INTRODUCCION.....	11
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
3. JUSTIFICACION.....	12
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivos Específicos.....	16
5. METODOLOGIA	17
5.1. Enfoque metodológico	17
5.2. Recolección de la información.....	17
5.3. Técnicas de recolección de información	17
5.4. Instrumentos de recolección de información	18
6. MARCO TEORICO.....	19
6.1 Estrategia.....	19
6.2 Obesidad.....	21
6.3 Cirugía bariátrica	29
6.4 Unidad de gestión clínica	32
6.5 El Ciclo PHVA	42
7. MODELO PROPUESTO.....	44
7.1. Descripción de la IPS.....	44
7.2. Desarrollo de la metodología.....	49
7.2.1. Caracterización socio demográfica	50
7.2.2. Aplicación de Encuestas	58
7.3. Propuesta	66
7.3.1. Movilización poblacional.....	67
7.3.2. Historia clínica.....	67
7.3.3. Captación y demanda inducida	69
7.3.4. Consolidación de la información	71
7.3.5. Verificación de la población incluida en el programa	71
7.4. Aplicación de actividades en el marco del ciclo PHVA.....	73

7.4.1.	Planear	73
7.4.2.	Hacer	74
7.4.3.	Verificar	74
7.4.4.	Actuar	75
7.5.	Conformación de la unidad de gestión clínica	75
7.5.1.	Funciones del Director	77
7.5.2.	Comité de la unidad de gestión clínica.....	79
7.5.3.	Objetivos de la unidad de gestión clínica.....	81
7.5.4.	Metas.....	81
7.5.5.	Incentivos.....	82
8-	CONCLUSIONES	84
9-	RECOMENDACIONES.....	87
10.	ANEXOS	91
11.	BIBLIOGRAFIA	101

Tabla de Contenido de Ilustraciones

Tabla 1. Clasificación de la obesidad según la OMS	21
Tabla 2. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en el mundo. Fuente OMS.....	26
Tabla 3. Fortalezas y debilidades de la UGC de Andalucía.....	36
Dibujo 1. Comparativo de modelos de gestión clínica.	42
Dibujo 2. Circuito de selección de pacientes.....	46
Grafico 1. Porcentaje de pacientes atendidos por género.....	50
Grafico 2. Porcentaje de pacientes atendidos por rango de edad.....	51
Grafico 3. Distribución de pacientes por estrato socioeconómico.....	52
Grafico 4. Porcentaje de nivel educativo en la población encuestada.....	54
Grafico 5. Distribución de la población por tipo de afiliación.....	55
Grafico 6. porcentaje de comorbilidades asociadas a la obesidad.....	56
Grafico 7. Distribución de pacientes atendidos por índice de masa corporal.....	57
Grafico 8. Porcentaje de pacientes intervenidos quirúrgicamente en relación con el índice de masa corporal.....	57
Grafico 9. Porcentaje de aplicación de encuesta a pacientes seleccionados.....	59
Grafico 10. Calificación de la atención recibida en la clínica de obesidad.....	60
Grafico 11. Expectativas satisfechas en la clínica de obesidad.....	61
Grafico 12. Expectativas no satisfechas en la clínica de obesidad.....	64
Grafico 13. Porcentaje y tipo de aspectos a mejorar.....	66

GLOSARIO

Cirugía Bariátrica: Es una subespecialidad de la cirugía destinada a realizar modificaciones en el aparato digestivo a fin de reducir la capacidad gástrica, asociada o no a la disminución de la absorción de los nutrientes ingeridos.¹

Estrategia: La estrategia es un modelo coherente, unificador e integrador de decisiones que determina y revela el propósito de la organización en términos de objetivos a largo plazo, programas de acción, y prioridades en la asignación de recursos, con el objetivo de lograr una ventaja sostenible a largo plazo y responder adecuadamente a las oportunidades y amenazas surgidas en el medio externo de una empresa, teniendo en cuenta las fortalezas y debilidades de la organización.²

Gestión Clínica: Fórmula para incorporar a los profesionales en las decisiones estratégicas y operativas, descentralizando la toma de decisiones e incorporando criterios de calidad.³

Guías de práctica clínica: Se define como el conjunto de afirmaciones, desarrolladas de manera sistemática, para asistir a médicos y pacientes en la toma de decisiones sobre atención en salud apropiada para circunstancias específicas. En ese sentido, la calidad de una GPC se habrá de juzgar en función de la claridad de sus recomendaciones, de su factibilidad, de su validez científica.

1ARGENTINA. Centro de Cirugía Rosario Argentina. Información sobre cirugía bariátrica [datos en línea]. [Consultado el 10 de Agosto de 2010]. Disponible en <<http://www.centrodecirugia.com/program.php?name=Secciones&sop=viewarticle&artid=13&secid=3>>.

2COLOMBIA. Universidad Nacional de Colombia. [Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales]. [Consultado el 10 de Agosto de 2010]. Disponible en: <www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2008551/lecciones/cap1-4-2.htm>

3 Asenjo. Gestión diaria del hospital, 373p.

La evaluación de una GPC depende de la medida en que efectivamente logre su objetivo primordial: influenciar las decisiones clínicas en contextos específicos.⁴

Índice de Masa Corporal (IMC): Medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo, el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (kg/m²). El IMC constituye la medida poblacional más útil del sobrepeso y la obesidad, pues la forma de calcularlo no varía en función del sexo ni de la edad en la población. ⁵

Obesidad: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. IMC igual o superior a 30.6

PHVA: Es un modelo de mejora continua de procesos que traduce: Planear – Hacer – Verificar y Actuar.

Protocolos: Son documentos más específicos que las guías de práctica clínica, no consisten en recomendaciones sino en conductas detalladas que deben seguir los profesionales de la salud para la intervención de determinada patología.

Sobrepeso: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. IMC igual o superior a 25.7

4 COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010.36p.

5 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Obesidad y sobrepeso. [Centro de Prensa] [Nota descriptiva N° 311]. Disponible en: < <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>>.

6 Ibid.

7 Ibid.

RESUMEN

La falta de gestión clínica y de la creación de unidades encargadas de la dirección y seguimiento de pacientes con condiciones especiales y/o enfermedades de alto costo como la obesidad mórbida son factores que afectan los resultados de las intervenciones en salud debido a que permiten el incremento de la prevalencia asociada a dificultades en el manejo de las enfermedades crónicas, favoreciendo las complicaciones, los reingresos y las reintervenciones.

Mediante la creación de unidades de gestión clínica encargadas del direccionamiento y seguimiento de los programas basados en las recomendaciones de la mejor y más reciente evidencia científica disponible se contribuirá con la estandarización clínica de procesos con el fin de organizar programas estructurados de atención para los pacientes obesos mórbidos de tal manera que el impacto de dichas intervenciones se traduzca en optimización de la calidad de la prestación de los servicios de salud y en la calidad de vida de los usuarios.

PALABRAS CLAVE

Unidad de gestión clínica, obesidad, cirugía bariátrica, ciclo PHVA, estrategia.

1. INTRODUCCION

La obesidad es un problema de salud que va en aumento no solo en prevalencia, sino en morbilidad esto potenciado por el efecto que además genera como factor de riesgo cardiovascular. Por esto, la implementación de nuevas tecnologías como la cirugía bariátrica han surgido como herramienta para el manejo de pacientes obesos que en primera instancia podrían beneficiarse de estrategias como el control dietario, el apoyo conductual y el soporte farmacológico como ante sala de una intervención quirúrgica. La falta de adherencia a los programas por parte de los pacientes debido a fallos en el proceso de atención y la ausencia de seguimiento a los efectos de las estrategias de intervención no quirúrgicas limitan la satisfactoria evolución del paciente, lo que se manifiesta en inasistencia y deserción de los pacientes a este tipo de programas con consecuencias como poca o nula respuesta a intervenciones no quirúrgicas y/o inconformidad del paciente por los resultados induciendo la demanda de otro tipo de servicios por medio de tutelas con el fin de recibir el tratamiento deseado.

La falta de gestión y estandarización de procesos refleja un desordenado panorama del funcionamiento de los programas de atención, ya que no se cuenta con responsables de actividades específicas en momentos determinados y como consecuencia se obtiene el no cumplimiento de metas, desorden en los procesos, deficientes resultados de las acciones realizadas y por lo tanto programas sin efectividad ya que se trata de procesos que carecen de retroalimentación pues no cuentan con un ciclo ordenado de funcionamiento al interior del programa por lo que no se generan planes de mejora, que contribuyan con el desarrollo el crecimiento y la competitividad de dichos programas.

La implementación de un modelo de gestión clínica que permita generar beneficios para el personal de salud y para los pacientes resultará en el óptimo

funcionamiento de los programas específicos de atención gracias a la interrelación activa de los procesos y al compromiso ineludible de cada una de las personas que allí intervienen

El modelo de unidad de gestión clínica propuesto requiere de la descentralización del mando y del involucramiento y dedicación incondicional de los profesionales de la salud en beneficio de los pacientes y en donde la toma de decisiones deberá estar debidamente estandarizada. Así mismo las responsabilidades y actividades se asignaran acorde con los objetivos grupales de manera que mediante la articulación, seguimiento y análisis de los procesos se establezcan planes de mejora basados en la retroalimentación y replanteamiento de metas que permitan garantizar la permanencia y viabilidad de la unidad de gestión dentro del sector salud.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo estructurar un modelo de unidad de gestión clínica como estrategia gerencial para el programa de atención de pacientes con obesidad mórbida en una I.P.S en Bogotá?

3. JUSTIFICACION

El incremento de pacientes con enfermedades de alto costo como la obesidad mórbida ha puesto en evidencia las falencias en el control y seguimiento por parte de los programas de atención de dichas enfermedades ya que debido a la falta de planeación y seguimiento se han convertido en una serie actividades ejecutadas sin aparentes objetivos definidos y por tanto sin un fin claro en común En relación a fallos específicos identificados en el funcionamiento de los programas de atención de pacientes con obesidad mórbida es posible mencionar:

- La mayoría de los pacientes obesos mórbidos no pertenecen a un programa ordenado de atención que les permita además de acceder a los servicios de atención médica básica ser valorados por especialistas encargados de intervenir todos los aspectos físicos, psicológicos y emocionales que tienen gran influencia en el manejo de esta patología favoreciendo la no adherencia y deserción a los programas. Por tanto se requiere estructurar procesos de atención que aseguren el acceso de los pacientes a valoraciones completas secuenciales que contemplen la oferta de actividad física dirigida, atención especializada por nutricionistas, psicólogos y psiquiatras que contribuyan y permitan evaluar los procesos de rehabilitación de los pacientes previo a la toma de decisiones de intervención farmacológica o invasiva.
- Los medios de comunicación ofrecen información masiva que en ocasiones resulta inadecuada o insuficiente en relación a los tratamientos disponibles y/o de las condiciones e indicaciones para acceder a los mismos lo que induce demandas de servicios no siempre acordes con las condiciones clínicas sino que obedecen al deseo mismo de someterse a tratamientos farmacológicos o quirúrgicos que ofrezcan en un momento dado alcanzar el peso deseado sin tener conocimiento de las consecuencias o posibles complicaciones que pueden generarse.
- Algunos pacientes con obesidad mórbida (IMC > 40) que son candidatos para intervención quirúrgica no han sido parte de programas de atención de pacientes con la misma condición que permitan llevar a cabo procesos de seguimiento de los efectos y resultados de las intervenciones educativas conductuales realizadas por parte del personal requerido para el manejo de la enfermedad.
- A pesar del cumplimiento de criterios clínicos por parte de los pacientes para recibir intervención quirúrgica en muchos casos desconocen o no han recibido otro tipo de tratamientos no invasivos que dependiendo de la

condición resultan igual de efectivos y permiten la reducción del peso corporal requerido.

- Las limitaciones propias de los planes de beneficios en relación a la prestación de servicios de salud y las demandas de servicios inducidas han generado como resultado la imposición de numerosas acciones de tutela por parte de los pacientes contribuyendo con el incremento de procedimientos e intervenciones probablemente innecesarias impactando esto en aspectos éticos y en el criterio del ejercicio médico
- La falta de adherencia a las indicaciones y recomendaciones post quirúrgicas por parte de los pacientes constituyen gran parte de las causas de reingresos y complicaciones en el proceso de atención

Con lo anterior, es posible mencionar que algunas de las causas relacionadas con el inadecuado funcionamiento de programas de atención de pacientes con obesidad mórbida son:

- Los programas no siempre cuentan con el personal debidamente entrenado.
- El índice de rotación de personal requiere de procesos de re entrenamiento que generalmente no son contemplados por las personas dentro del plan de funcionamiento de este tipo de programas afectando directamente la continuidad del proceso de atención permitiendo la aparición de brechas en la comunicación, pérdida de información o deteriorando la calidad del desarrollo del proceso mismo.
- Comunicación inefectiva: generada esta, por la falta de entrenamiento por parte de los profesionales para transmitir a los pacientes de manera clara y precisa toda la información relacionada con la enfermedad y las opciones de tratamiento interfiriendo con la adherencia y permanencia de los pacientes en los programas
- La creación de programas con pobre información basada en evidencia da como resultado retrasos en el crecimiento y fortalecimiento de los mismos,

afectando los resultados esperados en los pacientes y por ende conlleva a la no continuidad de los pacientes dentro del proceso de atención.

- La modificación, incumplimiento o no implementación de las actividades recomendadas por las guías y/o protocolos elaborados para el manejo de la enfermedad atribuible en muchos casos a la falta de entrenamiento y personal especializado impiden lograr los resultados esperados.

Ante la evidente problemática las instituciones de salud han desarrollado guías y/o protocolos de manejo con el fin de estandarizar los procesos asistenciales, influyendo directamente en el funcionamiento e impacto de los programas de atención. Sin embargo la falta de procesos estructurados y planes de seguimiento han ocasionado que las instituciones no cierren los ciclos de gestión planteados y por tanto las acciones realizadas en torno a los pacientes ya que no se cuenta con lineamientos estrictos que permitan al paciente pertenecer a un programa sistemático de atención del que pueda gozar en salud a pesar de la enfermedad, mediante programas preventivos, consultas de asesoría, concepto de expertos, seguimiento continuo, etc.

De acuerdo a la situación planteada se puede afirmar que la necesidad y pertinencia de realizar este proyecto y proponer una estrategia para la implementación de una unidad de gestión clínica se fundamenta en:

- En Colombia no se cuenta con estrategias de gestión como las unidades de gestión clínica.
- El modelo de atención de las instituciones de salud no es claramente definido.
- Las instituciones de salud no cuentan con mecanismos definidos para realizar seguimiento clínico ni administrativo de los pacientes que permitan establecer ajustes o planes de mejora requeridos oportunamente.
- Los tratamientos implementados no siempre son soportados por la mejor evidencia científica.

Como aspecto innovador para la realización del proyecto se propone la combinación de dos estrategias ya creadas y utilizadas por separado. así: por un lado se encuentra la estandarización de procesos como principio fundamental para diseñar e implementar estrategias de atención bajo iguales lineamientos para una condición determinada, y por otra parte el modelo de gestión de unidad de gestión clínica, o centro de excelencia que pretende generar favorables resultados en salud mediante la participación y articulación permanente de los profesionales de salud con acciones y metas dirigidas hacia una población y un fin específicos.

4. OBJETIVOS

Evaluar y proponer un modelo de unidad de gestión clínica enfocado en la atención del paciente obeso encargado de actividades específicas y basadas en el estricto cumplimiento de procesos así como en la asignación de responsabilidades y manejo autónomo de recursos científicos en la clínica de obesidad de una IPS en Bogotá.

4.1 Objetivos Específicos

- Evaluar el modelo de gestión actual y de funcionamiento del programa de atención de pacientes con Obesidad Mórbida en una I.P.S en Bogotá.
- Identificar y establecer las necesidades específicas de atención a través de la revisión del perfil socio demográfico de la población obesa atendida por el programa.
- Elaborar y proponer un modelo de unidad de gestión clínica complementado con ciclo PHVA para el programa de atención de pacientes con obesidad mórbida con la mejor evidencia científica disponible.

- Establecer el proceso de implementación del modelo de unidad de gestión clínica al programa de atención de pacientes con obesidad mórbida atendidos por una I.P.S en Bogotá.

5. METODOLOGIA

5.1. Enfoque metodológico

Estudio descriptivo, retrospectivo, exploratorio, y observacional, ya que se realiza análisis de hechos y datos, mediante la descripción de un fenómeno evidenciado que busca elaborar y proponer un modelo de gestión clínica para la atención de pacientes obesos mórbidos en una IPS en Bogotá.

5.2. Recolección de la información

Se realizó revisión detallada de la información existente acerca del estado del arte del problema planteado a nivel nacional e internacional con el fin de establecer aspectos generales y construir análisis en relación al contexto específico, actual y local de la situación planteada. Para el análisis del contexto situacional se realizó revisión de la situación de salud del país relacionado con la prevalencia, la incidencia, los factores predisponentes, el estado del arte y avances relacionados con la obesidad y la cirugía bariátrica.

Por otro lado, con el fin de caracterizar puntualmente el modelo de atención vigente en la clínica de obesidad se realizó revisión retrospectiva de la información proporcionada en relación al funcionamiento del programa

5.3. Técnicas de recolección de información

- Para la contextualización del problema se realizó consulta bibliográfica relacionada con el tema y toda aquella identificada como útil para comprender la situación planteada.

- En relación a la recogida de datos se realizó revisión de la base de datos y documentos oficiales provenientes de la clínica de obesidad.
- Se efectuó revisión de fuentes secundarias de información que reflejaran experiencias en la implementación de modelos de gestión con el fin de conocer resultados y estrategias para el funcionamiento de las unidades de gestión clínica.

5.4. Instrumentos de recolección de información

Con el fin de facilitar y estructurar ordenadamente la recopilación de los datos y que dicho proceso se diera de manera metodológica, y sistemática se construyó la matriz de las variables identificadas para el desarrollo del estudio, así como el modelo de los instrumentos de recolección de información.

6. MARCO TEORICO

6.1 Estrategia

La palabra estrategia viene del griego *strategos que* significa “general”. De acuerdo a la definición del diccionario de la real academia española ⁸“la palabra estrategia significa arte de dirigir las operaciones militares o arte traza para dirigir un asunto o conjunto de las reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento.”

Las diferentes definiciones de estrategia hacen referencia a la forma o modelo de consolidar la misión de una empresa a manera de objetivos y en términos de recursos, metas y prioridades con el fin de convertirse en una empresa sostenible teniendo en cuenta fortalezas y debilidades al interior de la empresa y amenazas y oportunidades del medio donde se destaca.

Diferentes autores a lo largo de la historia basados en este mismo significado han aportado diversas definiciones de este concepto como por ejemplo:

Luis Pimentel Villalaz⁹ realiza un recuento histórico donde menciona otros autores con el fin de contextualizar el concepto:

⁸ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. Estrategia. Disponible en <<http://www.rae.es/rae.html>>

⁹ PIMENTEL VILLALAZ, Luis. Introducción al concepto de la planificación estratégica. Planificación Estratégica. 1999. 1-2p.

- Von Neumann y Morgenstern en su obra la teoría del juego definieron la estrategia como la serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo con una situación concreta.
- Peter Drucker afirmó que la estrategia requiere que los gerentes analicen su situación presente y que la cambien si es necesario.
- Alfred Chandler definió estrategia empresarial como el elemento que determinaba las metas básicas de una empresa, a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y la asignación de los recursos necesarios para alcanzar estas metas.
- Kenneth Andrews, definió que la estrategia representa un patrón de objetivos, propósitos o metas, así como las políticas y los planes principales para alcanzar dichas metas, presentándolos de tal manera que permiten definir la actividad a la que se dedica la empresa, o la cual se dedicará, así como el tipo de empresa que es ó será”.
- Igor Ansoff, consideró que la estrategia era un “hilo conductor” que corría entre las actividades de la empresa y los productos/mercados.

En Colombia, específicamente para el sector salud, se han creado o adoptado diferentes estrategias de intervención para grupos de riesgo determinados. Por ejemplo, la estrategia AIEPI para menores de 5 años de edad se creó con el fin de disminuir o erradicar la muerte infantil por causas completamente prevenibles; la estrategia IAMI se creó para promover el buen trato y protección de las mujeres y la infancia, y el Plan Nacional de Salud Pública contempla diferentes estrategias con el fin de erradicar las enfermedades crónicas, y las transmitidas por vectores entre otras.

El común denominador de todas estas estrategias es el logro de un objetivo a través de la estandarización de actividades y la construcción de procesos que permitan a la unidad funcional actuar en función de un mismo objetivo, de acuerdo con actividades estandarizadas, en el marco de un ciclo que además de actuar

permita retroalimentar buscando siempre la mejora continua del proceso fortaleciendo los aspectos identificados como debilidades o aprovechando las oportunidades que derivados de las herramientas de evaluación van detectándose.

6.2 Obesidad

La obesidad y el sobrepeso se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se mide mediante el IMC (índice de masa corporal) y se clasifica como se observa en la tabla 1

Tabla 1. Clasificación de la obesidad		
	IMC	IMC (puntos de corte adicionales)
SOBREPESO	≥ 25	≥ 25
PREOBESIDAD	25 – 29.99	25 – 27.49
		27.5 – 29.99
OBESIDAD	≥30	≥30
OBESIDAD TIPO I	30 – 34.99	30.00 – 32.49
		32.50 – 34.99
OBESIDAD TIPO II	35 -39.99	35.00 – 37.49
		37.50 – 39.99
OBESIDAD TIPO III	≥ 40	≥ 40

Fuente: Organización Mundial de la Salud. BMI clasificación 2010

Se define obesidad mórbida a partir de un índice de masa corporal, (IMC) > 40 kg/m². La obesidad mórbida es una enfermedad crónica, controlable y de tendencia epidémica en los países industrializados y tiende a duplicarse cada 5-10 años. El riesgo de mortalidad aumenta en un 50% con un IMC de 30 respecto al peso normopeso, y se duplica a partir de 35, siguiendo desde entonces una relación lineal.¹⁰

¹⁰DIEZ DEL VAL, Ismael. Cirugía de la obesidad mórbida: medicina basada en la evidencia. Cirugía Española. 2003; 74(4):185-92.

De acuerdo a lo narrado por Hever Falcon Tomayconza¹¹ en su monografía “Historia de la obesidad en el mundo” la obesidad se remonta a la prehistoria (2.5 millones A.C) donde el hombre se dedicaba exclusivamente a la cacería de animales y a la recolección de plantas y tubérculos para su alimentación. Ante esta situación las mujeres se dedicaban al hogar, eran menos activas pero por su sobrepeso eran respetadas y se les rendía culto ya que la obesidad era símbolo de salud y longevidad, por tal razón lo único que se conoce de esta época son estatuas en forma de mujer con sobrepeso, entre las más conocidas se encuentran la Venus de Willendorf, Lespugue y la Laussel.

Posteriormente en la edad Antigua fue Hipócrates el primero en relacionar la obesidad con mayor riesgo de morir tempranamente. Galeno en uno de sus libros escribió que el “arte higiénico” refiriéndose a un estilo de vida saludable, mantiene en salud a aquellos que la practican y además incluye dentro de los cuidados de la obesidad la práctica de el ejercicio físico.

En la edad media la obesidad hacía parte de la práctica de los Nobles ya que representaba bienestar, por el contrario la Iglesia católica consideraba a los obesos pecadores por gula ya que iba en contra de la “glotonería” término usado para referirse a la obesidad en aquella época.

Avicenna (siglos X-XI), médico prestigioso de la época manifestó en un capítulo de uno de sus libros: *“la obesidad severa restringe los movimientos y maniobras del cuerpo... los conductos de la respiración se obstruyen y no pasa bien el aire... estos pacientes tienen un riesgo de muerte súbita... son vulnerables a sufrir un accidente cerebral, hemiplejía, palpitaciones, diarreas, mareos... los hombres son*

¹¹ FALCON TOMAYCONZA. Helver. Historia de la obesidad en el mundo. [Monografías virtuales]. [Consultado el 15 de Septiembre de 2011]. Disponible en: <<http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad.shtml>>

infértiles y producen poco semen... y las mujeres no quedan embarazadas, y si lo hacen abortan, y su libido es pobre”

En la edad moderna San Agustín y Gregorio I incorporaron la gula entre los siete pecados capitales a pesar de esto el sobrepeso y la obesidad eran símbolos atractivos de salud y fecundidad. Se escribieron para la época bastantes monografías influenciadas por el pensamiento de Hipócrates y Galeno pero fue en esta época donde se inició con la introducción de nuevos términos al tema de la obesidad como los aspectos fisicoquímicos relacionados con el funcionamiento del organismo.

Para la edad contemporánea queda plasmado en el *Textbook of Medicine* de Hufteland, conceptos de la obesidad relacionados con el diagnóstico, la patogenia y la terapéutica de la enfermedad.

Luego en el siglo XX la obesidad se clasifica en endógena o exógena, y se conocen las características de algunos tipos especiales de obesidad por ejemplo se describe por primera vez la obesidad debido a trastornos hormonales como el síndrome de Cushing y el hipotiroidismo.

Estados Unidos como pionero en investigación médica se dedicó al estudio de factores predisponentes y al manejo adecuado de la obesidad con modestos resultados a pesar de los grandes esfuerzos por tratar la enfermedad de manera más eficiente.

Posterior a la primera guerra mundial Estados Unidos impone la tendencia de la delgadez la cual permanece en la actualidad, por lo que la obesidad se ha convertido en un estigma para la sociedad en la actualidad

Para el siglo XXI los países de la unión europea promulgaron la obesidad como un problema de salud, como comorbilidad y factor de riesgo para otras enfermedades. Posterior a esto la organización mundial de la salud acoge y apoya dicha caracterización y a partir de ese momento se difunde el concepto de obesidad como un componente patológico asociado a factores de riesgo y comorbilidades que ponen en peligro la vida.

Hasta la actualidad éste concepto de obesidad continua vigente. Para el manejo y control se han creado múltiples estrategias educativas y preventivas con el fin de disminuir la carga de enfermedad que conlleva la obesidad. En algunos países existen experiencias exitosas con la implementación de diferentes estrategias, sin embargo en la mayor parte del mundo aun no se identifica esta enfermedad como una epidemia o no se interviene desde el contexto de la salud pública de manera que se intervenga tempranamente

En Colombia el alto costo de las enfermedades catastróficas supera las cifras presupuestadas para el control y manejo de estos pacientes.¹² Se estima que aproximadamente 300 millones de personas en el mundo son obesas, constituyéndose la obesidad en un problema de salud pública. En países en desarrollo se estima que 115 millones de personas sufren problemas relacionados con la obesidad; así mismo la prevalencia de sobrepeso en Colombia puede ser mayor del 40 % para hombres y mujeres.¹³

En Estados Unidos la obesidad es la segunda causa de muerte prevenible, después del tabaquismo y Colombia entre los países de América Latina es uno

12 NIETO-ENCISO, Luis Hernando. Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia. Rev. salud pública. 7 (3):293-304, 2005

13 LEZAMA, Josefina Medina *; Dr. Oscar L. Morey Vargas*; et al. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana: Resultados del Estudio Prevención. Revista Peruana de Cardiología Vol. XXXII N° 3

de los países con mayores índices de obesidad y de muertes como consecuencia de afecciones cardíacas.

En la actualidad Colombia cuenta con información parcial acerca de esta enfermedad. Profamilia realizó un importante estudio en la población femenina en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud la cual mostró que en el año 2005 el 40.4% de las mujeres en edad fértil estaban afectadas por sobrepeso y obesidad

Posteriormente los resultados de la ENSIN (Encuesta Nacional de Salud Nutricional) realizada en el 2005 mostraron que la incidencia del problema es mayor ya que el porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad entre 19 y 64 años de edad es de 49,6% y el porcentaje de hombres es de 39,9%.¹⁴

El sobrepeso y la obesidad en Colombia no son exclusivos de personas con mayor poder adquisitivo, afecta casi por igual a todos los estratos socioeconómicos. Adicionalmente el sedentarismo es un factor de riesgo directo ya que en el país solo el 46,4% de los adultos entre 18 y 64 años realiza algún tipo de actividad física mínima recomendada por los especialistas y en los adolescentes la actividad física apenas es practicada por el 24,2%.¹⁵

La elevada prevalencia de obesidad en Colombia (13,8%) es comparable en la región, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la de Brasil (10-14%) y Bolivia (10-14%), y superada por Canadá y Perú (15-19%) y por México y Estados Unidos (más de 24%).¹⁶

En la tabla 2 se muestran datos extraídos de la página oficial de la organización mundial de la salud con el fin de comparar la prevalencia de obesidad en

¹⁴ REVISTA DINERO. Obesidad. 4 Diciembre 2006. [Consultado 18 de Octubre de 2010]. Disponible en <http://www.dinero.com/edicion-impresa/caratula/obesidad_25052.aspx>

¹⁵ Ibíd.

¹⁶ Ibíd.

Colombia frente a países desarrollados y en vía de desarrollo. El sobrepeso en América tiene una prevalencia más alta que en los países orientales, a pesar de esto Colombia se encuentra entre las prevalencias más bajas de América latina junto a Brasil. Por otra parte la prevalencia de obesidad en Colombia según la OMS es menor que en otros países de América latina y es significativamente mayor en los hombres que en las mujeres a diferencia de países como china donde la obesidad oscila entre el 4 y 5 % de la población.

Tabla 2. Porcentaje de sobrepeso y obesidad en el mundo.										
	COLOMBIA	CUBA	CHILE	BRASIL	URUGUAY	SUD AFRICA	USA	CANADA	CHINA	JAPON
SOBREPESO	46	42.5	59.7	40	52.4	45.1	66.9	59.1	18.9	23.2
OBESIDAD	13.7	11.8	21.9	11.1	17	21.6	33.9	23.1	2.9	3.1

Fuente OMS ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BMI Adults % obese. [Global Database on Body Mass Index .2010 17.

La prevalencia creciente de la obesidad mórbida y factores como la presión por parte de los pacientes que consideran y exigen la cirugía como el único tratamiento para la solución a sus problemas físicos y sociales, el incremento de la demanda de servicios por parte de estos pacientes, las complicaciones físicas y psicológicas, entre otros factores, justifican la necesidad de construir las estrategias de atención que propendan por el beneficio del paciente afectado por la obesidad mórbida.

Las principales causas de la obesidad son el sedentarismo y la alimentación rica en grasas y carbohidratos pero se han encontrado causas secundarias como lo son las enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hipogonadismo, ovario poliquístico), lesiones hipotalámicas y/o de su tratamiento, cirugías o radioterapias, también el uso de algunos fármacos se asocia con la

17 ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BMI Adults % obese. [Global Database on Body Mass Index] [Consultado el 15 de Agosto de 2010] Disponible en: <<http://apps.who.int/bmi/index.jsp>>

ganancia de peso como glucocorticoides, esteroides progestágenos, antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos, Inhibidores de MAO entre otros.¹⁸

Otro factor asociado a la obesidad es la presencia de antecedentes o factores de riesgo como: enfermedad coronaria o infarto agudo de miocardio, historia familiar de enfermedad cardíaca prematura, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes tipo II y tabaquismo.¹⁹

El manejo de la obesidad debe realizarse de forma integral (físico y conductual) sin importar el IMC del paciente ya que la actividad física, el apoyo psicológico y la educación nutricional son la base fundamental para obtener resultados en salud y manejar las comorbilidades de estos pacientes. Adicionalmente para los pacientes con obesidad mórbida se han desarrollado otras opciones de tratamiento las cuales son de tipo farmacológico y quirúrgico.

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general no son siempre abordados. Estos factores psicológicos, permiten la continuidad del consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable.

El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. ²⁰

¹⁸ DELBONO, Mercedes et Al. Manual práctico de obesidad en el adulto atención primaria. Uruguay -2009. 12p.
¹⁹ Ibid. 14 -15p.

²⁰ SILVESTRI Eliana et Al. Aspectos psicológicos de la obesidad. Córdoba. 2005 .2p. [Consultado el 25 de Agosto de 2010]. Disponible en <<http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>>

El manejo farmacológico se basa prácticamente en la disminución de la ansiedad y de la absorción de grasas de los alimentos ingeridos, estos medicamentos permiten ver resultados en la medida de un adecuado acompañamiento del grupo de apoyo para el manejo integral de la enfermedad. Ejemplos de estos medicamentos es el *Orlistat* el cual actúa en el tracto digestivo impidiendo en parte la absorción de las grasas de la dieta y la *Sibutramina* que actúa a nivel central inhibiendo la recaptación de serotonina y noradrenalina, quitando la sensación de hambre y generando una pronta sensación de saciedad al comer, aunque ésta última hace pocos meses en Colombia fue restringida por alerta INVIMA debido a sus efectos nocivos en el sistema cardiovascular.²¹

La obesidad en los grados II y III se asocia en gran parte con la disminución en expectativa de los pacientes de vida, desarrollo de diabetes tipo II, de enfermedad cardiovascular, HTA, dislipidemia entre otros. De igual forma, algunos tipos de Cáncer son más comunes en personas obesas, por ejemplo el cáncer colorrectal, y el cáncer de próstata en hombres; cáncer de mama, endometrio y vesícula biliar en mujeres. Estos pacientes además presentan un gran número de condiciones asociadas como la osteoartritis, dificultad para respirar, cálculos biliares, alteraciones en sistema reproductor incluyendo infertilidad y complicaciones del embarazo, síndrome de apnea obstructiva del sueño.

En Colombia se declaró la *Ley 1355 de 2009*²² “*Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención*”.

21 GOMIS, Barbará. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev. Medicina universal de Navarra/vol. 48, n°2,2004. 63 – 65. [Consultado el 25 de Agosto de 2010]. Disponible en: < www.unav.es/revistamedicina/48_2/gomis.pdf>

22 CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 de 2009. Diario Oficial No. 47.502 de 14 de octubre de 2009. [Consultada el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en <http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1355_2009.html>

Declara la obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos estos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos.

Exige cumplimiento de acciones de promoción y prevención, mediante la creación de estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable, regulación del consumo de alimentos y bebidas en centros educativos, publicidad y mercadeo de alimentos y bebidas en medios de comunicación, estrategias de información, educación y comunicación, comercialización de productos para la reducción de peso corporal y programas de responsabilidad social empresarial.

6.3 Cirugía bariátrica

El término “bariátrica” deriva de la palabra griega “barys” o “baros”, que significa “pesado” o “pesadez”; y “peso que abrumba”, y la palabra latina “iatria”, de “iatrikos”, que significa “relativo al tratamiento médico”.²³ . La cirugía bariátrica hace referencia a la intervención quirúrgica destinada a la corrección del sobrepeso excesivo con el fin de disminuir las comorbilidades que conlleva el paciente secundario a la obesidad y no como procedimiento estético, no consiste en retirar grasa del cuerpo sino en modificar de manera restrictiva o malabsortiva los hábitos de alimentación en el paciente.

Para llevar a cabo esta cirugía es importante tener en cuenta la asociación con factores de riesgo determinantes en la expectativa de vida de este grupo de

23 GÜNTHER S, Bruno. Etimología y Fonética Neohelénica del vocabulario médico: Autoaprendizaje mediante la práctica Diccionario Griego-Español según la ortografía monotónica de 1982. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Dic. [Consultado el 25 de >Septiembre de 2010]; 131(12): 1475-1514. Disponible en: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003001200019&lng=es. >

pacientes pero además el componente psicosocial y conductual, elementos indispensables en el éxito de la cirugía.

Este procedimiento creado para reducción de las comorbilidades de la obesidad de acuerdo al recuento histórico realizado por Lilian Torregrosa y Mauricio Tawil²⁴ en su artículo "*Cirugía Bariátrica una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida*", fue realizado por primera vez por Henrikson en el año 1952 mediante la refección intestinal. Posteriormente Pyne introdujo el Bypass yeyunocolónico, que por altas y graves complicaciones fue abolido. Más tarde Varco, Kremen, Linner y Nelson en el año 1953 implementaron el modelo mal absorbivo con el bypass yeyuno-ileal el cual permaneció por 20 años pero al igual que el modelo anterior por sus graves complicaciones tuvo que ser abandonado. Posteriormente Scopinaro implementó una nueva modalidad llamada derivación bilio-pancreática, y años después Marceau propuso el switch duodenal.

En 1967 Mason e Iyo impusieron el uso del bypass gástrico en forma de gastroyeyunostomía en Y de Roux la cual se mantiene en la actualidad. Simultáneamente, Mason introdujo la Gastroplastia de banda vertical. Luego Wilkinson y Pelosos en 1978, Kolle en 1982 y Molina y Oria en 1983, iniciaron el uso de la banda gástrica como procedimiento menos lesivo. Kuzmak en 1986 introdujo la banda gástrica ajustable. En la actualidad este procedimiento no se usa por la no perdurabilidad de los resultados.

La manga gástrica o sleeve gástrico fue descrito por primera vez en 1988, luego en 1995 Magenstrasse y Mill propusieron una manga gástrica estrecha y en el año 1999 Michel Gagner realizó por primera vez en Nueva York la primera manga gástrica o sleeve por vía laparoscópica. Este procedimiento actualmente es el de

²⁴ TORREGOSA ALMONACID, Lilian. Cirugía Bariátrica una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida. [Consultado el 27 de Agosto de 2010]. Disponible en <<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v44n3/0026%20cirugia.pdf>>

mayor uso y elección debido a la adecuada respuesta de los pacientes, al mínimo riesgo de complicaciones atribuibles a la vía laparoscópica como menor riesgo de infección, menor número de lesiones, disminución de la estancia hospitalaria, mejor manejo de dolor etc.

Se han descrito tres tipos de cirugía según el grado de reducción del volumen gástrico y el grado de malabsorción intestinal que producen:

- a) Restrictivas: Reducen el volumen del estómago y la pérdida de peso tiene que ver con una menor ingesta de alimentos.
 - Gastroplastia
 - Balón Gástrico o Banda gástrica ajustable
- b) Malabsortivas: Mantienen la ingesta de alimentos pero produce una malabsorción de los mismos con lo que se eliminan la mayor parte de nutrientes con la deposición.
 - Bypass gástrico
 - Derivación bilio-pancreática
- c) Mixtas: Una combinación de las dos anteriores.²⁵

Actualmente la cirugía bariátrica no se realiza con fines estéticos. La medicina basada en la evidencia soporta criterios clínicos muy específicos para la ejecución de este tipo de cirugías, por se ejecuta sólo con la finalidad de reducir el riesgo que conlleva el paciente por las comorbilidades que acompañan la enfermedad como lo son la artrosis, el síndrome de apnea obstructiva del sueño, hipertensión arterial, diabetes mellitus, y la depresión, entre otras consecuencias , para las cuales se ha comprobado su reducción, mejora y hasta desaparición posterior a la realización del procedimiento.

25 CMA FOUNDATION & CAHP. Pre/Post-Bariatric Surgery Provider Toolkit, 2008. [Consultado el 17 de Agosto de 2010]. Disponible en < www.thecmafoundation.org/.../Bariatric%20Toolkit_Revised%20April%202008.pdf>

En la mayoría de los casos los tratamientos no invasivos no resultan muy efectivos, especialmente en pacientes con obesidad grado II y III en quienes resulta más difícil obtener resultados de tratamientos dietarios y farmacológicos y en contraste obtienen muy buenos resultados con el manejo quirúrgico ya que además de la reducción de su peso corporal evidencian la modificación de las comorbilidades asociadas. Se ha confirmado que hasta el 85% de los pacientes con diabetes no insulino-dependientes mejoran luego de la cirugía bariátrica.²⁶

6.4 Unidad de gestión clínica

Las unidades de Gestión Clínica hacen referencia a una forma de estructuración organizativa cuya principal meta es incluir a los profesionales de la salud en la gestión de los recursos utilizados en la práctica clínica lo cual requiere de la descentralización del área administrativa en cuanto a la toma de decisiones sobre la gestión de los recursos utilizados y la inclusión de los profesionales de la salud como participantes en el área asistencial con el fin de planificar y gestionar sus actividades; por lo tanto promocionar su autonomía y la responsabilidad que se tiene frente a los pacientes. En pocas palabras la gestión clínica es entendida como la fórmula para incorporar a los profesionales en las decisiones estratégicas y operativas, descentralizando la toma de decisiones e incorporando criterios de calidad.

Estas unidades tienen como pilares:

- Gestión por procesos.

²⁶ PATIÑO, José Félix. Fundación Santa Fe de Bogotá. Cirugía Bariátrica. Revista de Cirugía Asociación Colombiana de Cirugía. cir;18(1):28-50. 2003.[Base de datos en línea]. [Consultado el 27 de Octubre de 2010]. Disponible en: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=334978&indexSearch=ID>>

- Atención centrada en el paciente.
- Autonomía de gestión (contratos e incentivos, curvas de aprendizaje).
- Autoevaluación y enfoque al mejoramiento continuo de la calidad.

La gestión clínica es una herramienta epidemiológica, organizativa, tecnológica, económica y de calidad enfocada a lograr la optimización en todos los aspectos de los servicios asistenciales.

El término gestión clínica incorpora además, la calidad del servicio la responsabilidad, la eficacia de la práctica clínica, la información extraída de medicina basada en la evidencia, el conocimiento, el aprendizaje, la cultura y los estándares tanto de competencia como de comportamiento clínico.

Las unidades de gestión clínica parten del principio de autonomía profesional para abordar los cambios que se generan en las instituciones de salud, para ello intentan mejorar no solo la calidad del servicio sino también el punto de vista de los pacientes en cuanto a los servicios de salud.

Los elementos imprescindibles para asegurar la necesaria corresponsabilidad de los profesionales de salud son el liderazgo y el reconocimiento, la asignación de recursos presupuestados y la evaluación efectiva de los resultados. La finalidad en sí de la gestión clínica es la de incluir dentro del modelo de gestión a los profesionales asistenciales otorgándoles responsabilidad social y en salud acorde con su experticia y la racionalidad en la toma de decisiones.

Puede decirse que la gestión clínica contempla dos aspectos importantes: el clínico y el no clínico. El aspecto clínico entendido como el conjunto de acciones encaminadas a la mejora específica de las actividades asistenciales donde se encuentra todo lo relacionado con medicina basada en la evidencia, inclusión de las revisiones sistemáticas para la toma de decisiones, la evaluación de medidas

de calidad, la elaboración de guías de práctica clínica. Por otro lado el aspecto no clínico hace referencia a la parte administrativa y su encajamiento dentro del escenario asistencial. Este, presenta mayores dificultades en el momento de estructurarse en relación al diseño de la gestión, la implementación y la sensibilización de los profesionales así como la inclusión de los mismos en las responsabilidades que engloban los dos escenarios: administrativo y asistencial.

Campillo Soto A.²⁷ en su artículo *“Proceso obesidad mórbida: elaboración, implantación, resultados a medio plazo y autoevaluación de la gestión integral de un programa de cirugía bariátrica en un distrito de la Región de Murcia mediante el modelo EFQM”* estudia los resultados a mediano plazo tras la implementación de un plan de acción en la atención primaria la cual arrojó consecuencias como: a) reducción del 50% en los tiempos de demora desde atención primaria lo que mejora la adherencia por parte de los pacientes gracias a la accesibilidad oportuna y sin barreras, b) mayor incidencia de diagnóstico y tratamiento de la obesidad mórbida debido al ejercicio juicioso de demanda inducida de esta población como resultado de la captación completa de la población en riesgo, c) reducción significativa de la estancia media postoperatoria gracias a la estandarización de procesos que como consecuencia trae menos eventos adversos y recuperaciones prontas y satisfactorias, d) reducción significativa del coste por proceso debido igualmente a la estandarización de los procesos a través de guías y vías clínicas e) satisfacción por parte de los usuarios por la atención recibida gracias a la conformación de un grupo de gestión clínica dedicado exclusivamente a la atención de estos pacientes, f) cumplimiento de todos los estándares de eficacia del tratamiento, g) mejora en el sistema de información al paciente y al médico de Atención Primaria, h) buenos resultados en cuanto a pérdida de peso ponderal de los pacientes, con un 60% de porcentaje de sobrepeso perdido, i) 87% de los pacientes operados se sienten mejor y

27 Campillo Soto A. “Proceso obesidad mórbida: elaboración, implantación, resultados a medio plazo y autoevaluación de la gestión integral de un programa de cirugía bariátrica en un distrito de la Región de Murcia mediante el modelo EFQM”. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios* .Vol. 10 - Número 2. 49 p. Junio 2009

desarrollan más actividades sociales, sexuales y laborales.

El modelo de unidad de gestión clínica ha sido usado por algunos países del mundo, por ejemplo en España, se han implementado unidades de gestión clínica en las cuales los resultados muestran importantes mejorías en la prestación de la atención respecto al modelo de gestión que antiguamente tenían.

Es el caso de la comunidad autónoma de Andalucía (España) donde se han obtenido resultados favorables en salud ya que el sistema público ha desarrollado un modelo innovador que en la actualidad está a la vanguardia dentro otros modelos del sistema de salud de España. Para este sistema las unidades de gestión clínica conforman el modelo más adecuado por la intervención de todos los profesionales de la salud con el fin de atender las necesidades de los ciudadanos con una atención centrada en el paciente. Promueve la participación de los profesionales de manera multidisciplinaria, corresponsable y autónoma lo que les permite desarrollar habilidades y actuar de manera, eficiente, eficaz y efectiva.

El modelo de gestión de Andalucía tiene además identificado que los principales instrumentos de la Gestión Clínica son el conocimiento estructurado de las necesidades en salud de la población atendida, la utilización del mejor conocimiento científico disponible, lo que se resume en un modelo de práctica integrado y participativo y el uso de herramientas de evaluación.²⁸ El principal objetivo de la implementación de este modelo en el sistema público de Andalucía fue desde un inicio transformar dicho sistema de un modelo piramidal “centralizado” a un modelo de redes “descentralizado”.

A continuación (Ver tabla 3) se relacionan las fortalezas y debilidades del modelo.

28 COMUNIDAD DE ANDALUCIA. Acuerdo de Gestión Clínica 2005 – 2008. Pag.4. [Consultado el 16 de Septiembre de 2010]. Disponible en < <https://www.carloshaya.net/portal/files/acuerdogc2006.pdf>>

Tabla 3. Fortalezas y debilidades de la UGC de Andalucía.²⁹	
MODELO DE UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA DE ANDALUCIA	
FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Profesionales de la salud como partícipes de la gestión • Promoción integral de la salud • Consejería en salud • Optimización de recursos • Resultados eficientes efectivos y eficaces • Compromiso con el paciente • “Liderazgo” diferente a “Director”(además de dirigir, dialoga, motiva, genera empatía, delega y crea equipos eficientes) 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta descripción de interacción de procesos • Falta descripción de canales de comunicación • Falta asignación de actividades dentro de un marco PHVA u otro modelo de soporte de gestión.

En el Acuerdo de Gestión Clínica de Andalucía 2005-2008 se describe el modelo de gestión de manera integral, completa y clara lo que permite ver a nivel “macro” la conformación de la unidad junto con la necesidad de la participación de cada uno de los integrantes y sus roles a cumplir, además de las condiciones para la funcionalidad de las unidades. Sin embargo carece de asignación de actividades a cada uno de los participantes de manera ordenada; lo que sustenta que en la estrategia planteada para el desarrollo del presente proyecto se sugiera aplicar además del modelo de unidad de gestión clínica un mecanismo de asignación de actividades basado en un ciclo PHVA.

Por otro lado no es posible establecer como se asegura la interacción entre los diferentes procesos ni del establecimiento de canales de comunicación entre los mismos, es decir; el modelo de Andalucía propone el funcionamiento de la unidad como una red pero no está definida la interacción al interior de la misma por lo tanto no es posible identificar el flujo de información necesaria para la articulación de los procesos ni de la forma en que este debe darse.

²⁹ *Ibíd.*

Ante esto, se propone dentro de la estrategia a implementar un modelo que además de asignar funciones dentro de un ciclo PHVA identifique interacciones de procesos y establezca canales de comunicación entre los mismos.

Otro modelo de unidad de gestión clínica exitoso en España es el creado en el Hospital Universitario de Getafe en Madrid³⁰. En el año 2009 se dio apertura a la unidad de gestión clínica para obesidad mórbida la cual tiene como objetivo el tratamiento integral del paciente obeso, con el fin de que reduzca su peso y mejore su estado de salud. Esta unidad de gestión clínica comprende el tratamiento integral del paciente obeso, desde actividades que encaminan la adecuada alimentación del paciente, el soporte psicológico, acompañamiento y consejería pre quirúrgica, incluye la intervención quirúrgica y posterior acompañamiento al paciente hasta la adaptación del mismo a su nuevo estilo de vida luego de la pérdida masiva de peso.

La unidad está compuesta por endocrinólogos, nutricionistas, cirujanos generales y del aparato digestivo expertos en cirugía bariátrica, cirujanos plásticos, anestesiólogos y psiquiatras, y enfermeras. El objetivo es la evaluación y el tratamiento integral de este grupo de pacientes. Además de estar dotado con todo el personal necesario para el correcto funcionamiento, cuenta con espacios específicos adaptados para la atención de los pacientes y con infraestructura adaptada para la comodidad durante la estancia.

La unidad está fundamentada en un modelo de mejora continua y esta certificado por el sistema de Gestión de la Calidad según la Norma ISO 9001:2008, es

³⁰ HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. Unidad de Obesidad Mórbida. [Información en línea]. [Consultado el 22 de noviembre de 2010]. Disponible en:
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142559320584&language=es&pagename=HospitalGetafe%2FPage%2FHGET_cotenidoFinal>

además la primera unidad para atención de este tipo de pacientes que posee esta acreditación en España.

Durante el primer año de funcionamiento alcanzó a operar 762 pacientes por cirujano de laparoscopia (cirugía mínimamente invasiva) con excelentes resultados. Además, llegó a atender 3.000 consultas anuales de las cuales gran cantidad de pacientes fueron intervenidos de forma no invasiva y con excelentes resultados. Esta experiencia exitosa de unidad de gestión clínica permite poner en contexto la viabilidad de estandarizar este modelo de funcionamiento para diferentes especialidades y en diferentes partes del mundo lo que podría contribuir con el funcionamiento y consolidación de pequeñas empresas dentro de un mismo sector.

En Estados Unidos se creó un programa o centro de excelencia por parte de la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS)³¹ para acreditar a los mejores cirujanos bariátricos y las instituciones especializadas en este campo. Este programa es llamado Centro de Excelencia de Cirugía Bariátrica o en sus siglas traducidas a inglés BSCOE (Bariatric Surgery Center of Excellence). Actualmente es el mayor centro mundial de excelencia para la especialidad de cirugía bariátrica, con más de 700 cirujanos y 400 instalaciones, adicionalmente un equipo de 300 cirujanos y 150 instituciones de funcionamiento provisional.

La certificación BSCOE³² sólo se entrega a aquellas instituciones que realizan cirugía bariátrica bajo la supervisión y dirección de un médico experto en bariátrica. Para ser una institución asociada se debe someter a la evaluación de un comité reconocido nacionalmente y conformado por expertos destacados en el campo; quienes se encargan de revisar la información específica recogida durante

31 AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY. [Consultado el 20 de Diciembre de 2010]. Disponible en :< http://www.aspbs.org/Newsite07/aboutaspbs/aspbs_mission.htm>.

32 SURGICAL REVIEW CORPORATION. ASMBS BSCOE Overview . [Consultado el 20 de Diciembre de 2010] Disponible en:<<http://www.surgicalreview.org/COEPrograms/ASMBS/overview.aspx>>.

la inspección que de manera general consiste en determinar que la institución prestadora de servicios asegura mecanismos de educación continua para el personal, cuenta con un equipo entrenado y disponible permanentemente para prestar consultoría a los pacientes mantiene un volumen adecuado de casos con excelentes resultados bajas complicaciones, y posee instalaciones y dotación suficiente para prestar servicios de cirugía bariátrica. Adicionalmente exige la demostración de adherencia a guías, protocolos y vías clínicas, discusión de casos en grupos o juntas de apoyo; finalmente revisa la existencia de procesos de seguimiento los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Dentro de las instituciones acreditadas por la BSCOE se encuentra la unidad de gestión clínica del Hamilton Medical Center la cual cuenta con un historial casuístico que ha arrojado excelentes resultados quirúrgicos. Tanto el Hamilton Medical como los cirujanos adscritos a él deben demostrar constantemente el interés y compromiso por prestar servicios con el más alto nivel de calidad con el fin de cumplir con lo establecido y requerido por el BSCOE y por la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica.³³

Otra unidad acreditada por BSCOE es el centro médico de Atlanta con un poco más de 10 años de experiencia en cirugía bariátrica el cual ha alcanzado alrededor de 5.000 procedimientos quirúrgicos en pacientes obesos. Los especialistas del centro médico de Atlanta reconocen que aunque hay muchos especialistas e instituciones que prestan los servicios de cirugía bariátrica, no todos ofrecen la amplia gama de servicios complementarios que son la clave para el éxito de la unidad de gestión clínica y por ende de los resultados en el paciente.

33 HAMILTONHEALTH. Bariatric Surgery Center of Excellence. [Información en línea]. [Consultado el 20 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <<http://www.hamiltonhealth.com/center-of-excellence>>

En el año 2010, el programa fue re-acreditado como un Centro de Cirugía Bariátrica de la Excelencia (BSCOE) por la Sociedad Americana de Cirugía Metabólica y Bariátrica (ASMBS).³⁴

Los datos anteriores permiten ejemplificar como las unidades de gestión clínica en diferentes partes del mundo han obtenido experiencias exitosas que a su vez han permitido el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios y por ende incremento en el número pacientes atendidos y procedimientos realizados gracias a los excelentes resultados demostrados

Existen clínicas de obesidad vinculadas directamente con aseguradoras o IPS independientes que presentan ciertas limitaciones en el funcionamiento debido a que en su mayoría realizan procedimientos quirúrgicos solicitados a demanda por acciones de tutela derivadas de la no autorización por parte de los planes de beneficios. Esto encamina a las aseguradoras a prestar servicios como la cirugía bariátrica ya que los pacientes atendidos no forman parte de programas con estructuras sólidas y transversales enfocadas en la atención de las condiciones clínicas e individuales de los pacientes.

Las clínicas de obesidad su mayoría son lideradas por un experto en el tema, cuentan con un grupo de profesionales de apoyo para la atención de casos de diferentes especialidades y son vinculados al proceso con el termino de “remisión”. Este modelo de clínicas de obesidad no permite llevar a cabo la trazabilidad de un seguimiento completo y por lo contrario fragmenta la atención del paciente lo que como resultado final se refleja en una intervención quirúrgica sin la intervención requerida antes y después del procedimiento que permita verificar los resultados de la gestión en salud

34 ATLANTA MEDICAL CENTER. Medical Milestone: 5,000 Bariatric Surgeries for Atlanta Medical Center. [Información en línea]. [Consultado 20 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <<http://www.atlantamedcenter.com/en-us/aboutus/hospitalnews/newsandarticles/pages/bariatricsurgeries5000.aspx>>

En Colombia, no existen las UGC (unidades de gestión clínica), las actividades de control y seguimiento de pacientes con condiciones como obesidad mórbida y cirugía bariátrica, están a cargo de un grupo de profesionales que tienen actividades definidas en relación al rol que deben desempeñar en relación al proceso de atención de los pacientes por lo que carecen de información aplicable para la implementación de indicadores de gestión por falta de procesos que favorezcan la calidad de la atención

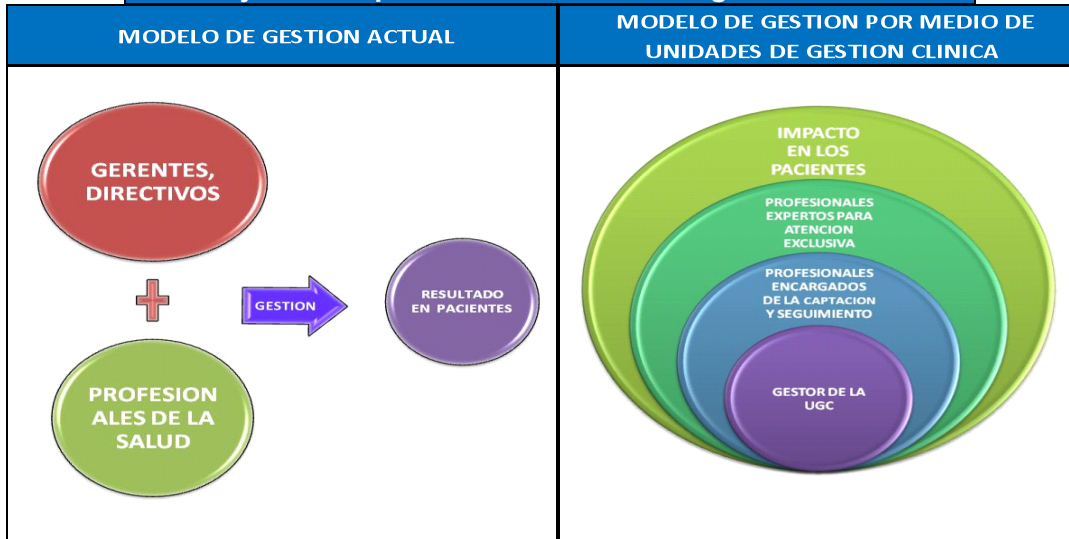
Este tipo de funcionamiento ha sido adoptado por algunas instituciones logrando beneficios a corto plazo, sin embargo en el largo plazo se comporta de manera poco eficiente, efectiva y eficaz debido a la falta de unidades de gestión encargadas única y exclusivamente a un grupo de pacientes específicos. ^{35 36} ,

A continuación un esquema del modelo de gestión actual en gran parte del país en comparación con el modelo de gestión basado en unidades de gestión como el que se propone (Ver dibujo 1):

35 LORENZO Porto. José Antonio. La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. Rev. Adm. Sanit 2003: 1(4): 593-599

36 ORTEGA, Moreno. A. Gestión Clínica, unidades de gestión clínica, acuerdos de gestión. EN: Rev. Neurología, 2003 (18 Suplem 4): 64-69

Dibujo 1. Comparativo de modelos de gestión clínica.



Fuente: Las autoras

Los pacientes con enfermedades como la obesidad requieren de un minucioso y exclusivo manejo que permita la adecuada inclusión dentro de un modelo donde cada uno de los actores sea encargado de actividades específicas.

6.5 El Ciclo PHVA

Es un modelo de gestión por procesos que consiste en desarrollar mejora continua por medio de un ciclo que contiene cuatro grandes aspectos: planeación, acción, verificación y actuación en el cual se enmarcan todas y cada una de las actividades encaminadas al cumplimiento de un objetivo además en el desarrollo de estas 4 fases se lleva a cabo las funciones, responsabilidades y los procesos de la organización.

Posterior a la aplicación de las cuatro fases el ciclo reanuda, es decir, no tiene finalización gracias a su enfoque en la mejora continua, por lo tanto posterior a la

obtención de los resultados del ciclo se generan planes de acción para mejora de las actividades que dentro del ciclo tuvieron fallos o debilidades. Estas acciones de mejora se realizan a su vez en un ciclo PHVA lo que le permite a cada mejora hacer parte del proceso y a su vez fortalecerlo.

La aplicación del PHVA permite identificar las oportunidades de mejora para actuar de una manera más eficiente mejorando la calidad de vida del paciente y la calidad en la prestación de los servicios de de salud.

En el año 1920 Walter Shewhart realizó la propuesta del ciclo PHVA (planear-hacer- verificar y actuar), posteriormente fue popularizado por W Edwards Deming como un modelo de mejora continua de procesos, por lo que esto es también conocido como el ciclo Deming. Este ciclo no solo es aplicable a procesos administrativos, también hace parte de todos los ámbitos de la vida diaria y propone lo siguiente:

- Planear: Establecer objetivos y procesos necesarios para conseguir resultados de acuerdo con los requisitos del cliente y las políticas de la organización
- Hacer: Implementar los procesos
- Verificar: Realizar seguimiento a la medición de los procesos y los productos respecto a las políticas, los objetivos y los requisitos para el producto e informar sobre los resultados
- Actuar: tomar acciones para mejorar continuamente el desempeño de los procesos³⁷

Desde el año 1950, y durante las dos décadas siguientes, Deming empleó el Ciclo PHVA como introducción a todas y cada una de las capacitaciones que brindó a la

³⁷ ISO. Orientación acerca del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de la calidad. Documento ISO/TC 176/SC 2/N. Mayo 2001. Disponible en: http://www.iram.org.ar/Documentos/Certificacion/Sistemas/ISO9000_2000/procesos.pdf

alta dirección de las empresas japonesas. Desde entonces y hasta la fecha al ciclo PHVA ha recorrido el mundo como símbolo indiscutible de la Mejora Continua. 38

El ciclo PHVA ha sido implementado en múltiples modelos de gestión clínica con resultados favorables por lo cual se presenta como herramienta complementaria del modelo de unidad de gestión clínica y se propone que por medio del ciclo PHVA es posible determinar el marco del modelo de la unidad de gestión con el fin de que dentro de cada componente se asignen tareas a los profesionales en intervención.

Los pacientes obesos mórbidos requieren de una atención estructurada capaz de responder a la demanda propia de la enfermedad y las condiciones en las que el paciente se encuentre, por tanto se hace necesario asegurar intervención y seguimiento acordes con la funcionalidad y objeto del programa, para esto se requiere que dentro del modelo exista una medida que permita evaluar la gestión de cada uno de los involucrados con el fin de verificar el cumplimiento de las actividades asignadas

7. MODELO PROPUESTO

7.1. Descripción de la IPS

Para el desarrollo del presente estudio se seleccionó una I.P.S de la ciudad de Bogotá consolidada como una entidad privada sin ánimo de lucro, que presta servicios de salud de alta complejidad con altos estándares de atención y seguridad para los pacientes, por lo cual es considerada como centro de

38 GARCIA Manuel, QUISPE Carlos, PAEZ Luis. Mejora continua de la calidad en los procesos. Vol. (6), 1: pág.: 91.

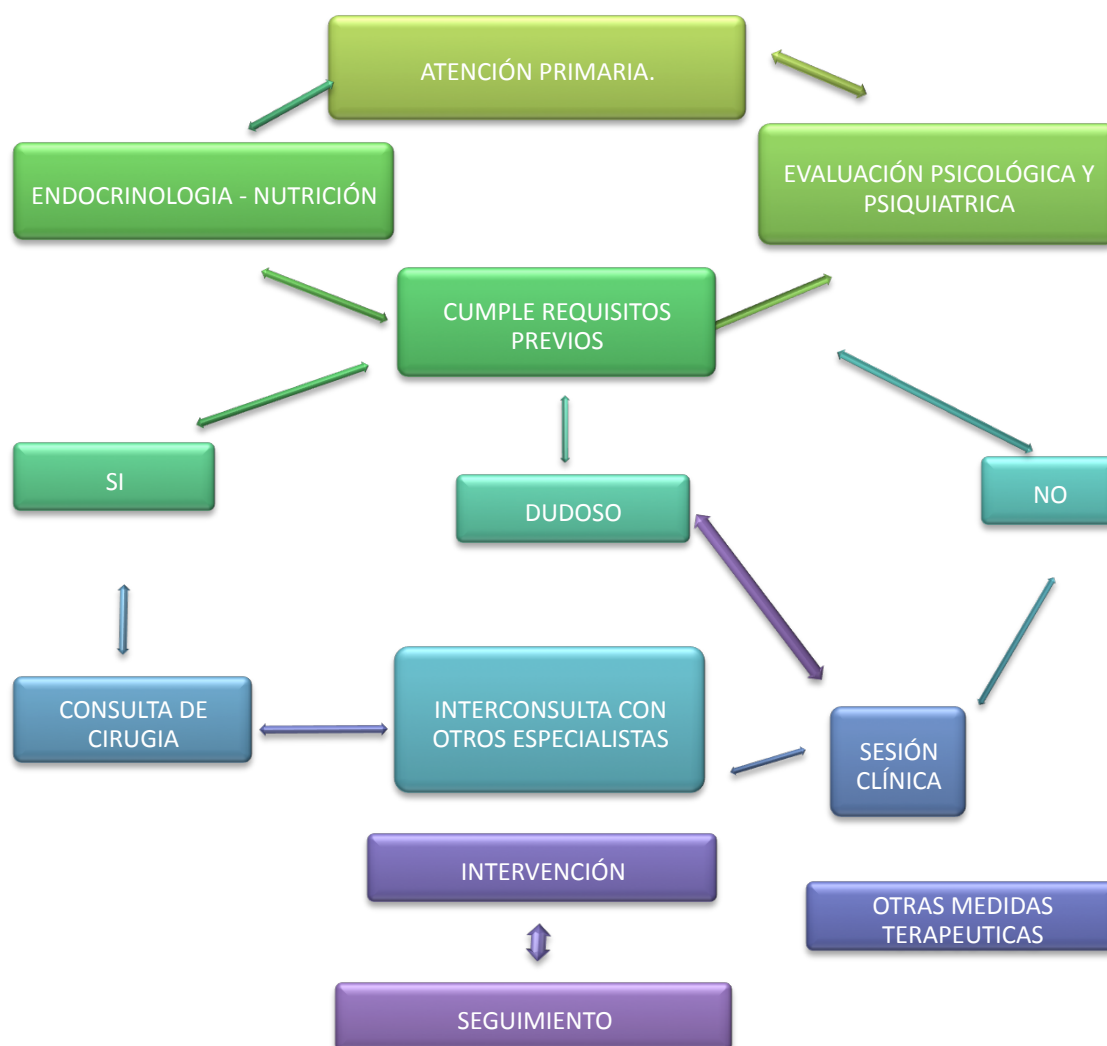
referencia a nivel nacional ya que se destaca por su compromiso e interés por contribuir con la salud de los colombianos.

Es un hospital general que cuenta con personal capacitado y entrenado así como con la tecnología de punta necesaria para dar respuesta a las necesidades de sus clientes; lo que de mano con la investigación, innovación y el servicio le ha permitido mantenerse como una de las instituciones más sólidas y estables del país.

Dentro de los servicios especializados que allí se prestan se encuentra la atención integral a pacientes con obesidad mórbida a través de la denominada clínica de obesidad, donde desde hace aproximadamente diez años se vienen desarrollando e implementando diferentes alternativas de intervención y tratamiento quirúrgico y no quirúrgico para el manejo de dicha enfermedad.

La clínica de obesidad es liderada por un cirujano general entrenado en cirugía laparoscópica avanzada y está compuesta por un equipo interdisciplinario de profesionales en nutrición, psiquiatría, endocrinología, medicina interna, terapia física, terapia respiratoria, enfermería, anestesia y cirugía plástica; es apoyada por las diferentes especialidades médicas que se requieran de acuerdo con las condiciones clínicas de los pacientes que allí se atienden. Cada uno desarrolla actividades netamente asistenciales para el manejo médico de las comorbilidades dentro del proceso de atención, las cuales son correlacionadas y establecidas acorde con la condición clínica de cada paciente según el modelo de atención expresado en el dibujo 2:

Dibujo 2. Circuito de selección de pacientes.



Respecto a este dibujo es importante mencionar que busca de manera ilustrativa describir la forma, o los pasos que siguen dentro del proceso de atención los pacientes desde el momento en que acceden a los servicios de la clínica de obesidad y los componentes inmersos en dicho proceso como parte de la evaluación integral para la toma de decisiones por parte del grupo de obesidad. Como se puede observar no refleja ni evidencia una plataforma estratégica que caracterice al grupo y le permita realizar planeación de las acciones, seguimiento

a procesos y por lo tanto no se conocen ni se evalúan los resultados de las intervenciones en salud realizadas en los pacientes atendidos.

La clínica de obesidad atiende en promedio 350 pacientes al año cuya mayor causa de obesidad son la ansiedad y los malos hábitos nutricionales. Del total de pacientes atendidos el 60% acceden de forma particular es decir que realizan el pago directo de la atención, y el 40% restante provienen de 19 convenios asistenciales pertenecientes a los regímenes contributivo y subsidiado los cuales forman parte de los vigentes para la I.P.S. Generalmente, los pacientes son remitidos por otros especialistas de forma intra o extra institucionalmente dada la condición de comorbilidad.

Del total de pacientes atendidos por año el 50% de los pacientes son sometidos a intervención quirúrgica para el manejo de su enfermedad previo a la realización de junta de decisiones donde el equipo multidisciplinario analiza los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento más favorables para los pacientes y allí mismo se establecen los mecanismos de seguimiento y acompañamiento requeridos por el paciente durante todo el proceso de atención.

Actualmente no es posible establecer con claridad el índice de complicaciones quirúrgicas ya que no se cuenta con un proceso de gestión de información y seguimiento de pacientes estructurado que permita realizar análisis causales y establecer acciones de mejora con el fin de minimizar la aparición de las mismas, En entrevista realizada al jefe de la clínica de obesidad se evidenció que no se realiza seguimiento activo a los pacientes ya que depende de la adherencia del paciente en la solicitud y asistencia a las diferentes citas programadas dentro del proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Lo cual va en contra de la continuidad y permanencia de los tratamientos como características indispensables del éxito del proceso.

Se evidenció que los procesos implementados como las valoraciones médicas, y el tratamiento instaurados se realizan acorde a información disponible en guías de atención basadas en la evidencia, sin embargo se requiere que mediante la estandarización de los mismos se implementen mecanismos de control de las diferentes variables de intervención así como el establecimiento de indicadores de estructura, proceso y resultado que contribuyan con la caracterización y consolidación del grupo de obesidad como un todo. Adicionalmente se identificó que no se cuentan con mecanismos definidos para la captación de pacientes ni para el establecimiento de nuevos convenios; se desconocen los costos totales de la atención, lo que en el momento limita las posibilidades de crecimiento y auto-sostenibilidad.³⁹

Para la prestación de los servicios, y con el fin de garantizar la seguridad y efectividad en la realización de los procesos la clínica de obesidad puede ofrecer a sus pacientes las condiciones científicas, físicas, tecnológicas y estructurales, necesarias para la atención especializada que se requiere ya que son proporcionados y dispuestos por la I.P.S de la cual la clínica de obesidad hace parte.

Dado el interés en común del grupo de profesionales que conforman la clínica de obesidad se constituyen en fortalezas la centralización de las diferentes especialidades dentro de la I.P.S lo que facilita a los pacientes el acceso a los servicios y mayor oportunidad en la atención, así mismo permite generar espacios para la realización de las reuniones médicas periódicas, juntas de decisiones y análisis de situaciones necesarias para la consolidación del proceso de atención.

Con lo anterior se puede afirmar que la clínica de obesidad se constituye en un grupo de profesionales de diferentes disciplinas que coordinan sus esfuerzos para

³⁹ La información relacionada con los datos estadísticos y estructura de la clínica de obesidad fue obtenida a través de entrevista realizada al jefe de la clínica de obesidad de la I.P.S seleccionada para el estudio.

brindar atención integral y de calidad a los pacientes, sin embargo y con el interés de contextualizar la motivación del desarrollo del proyecto es necesario mencionar que aunque cuenta con un grupo específico de atención y cada miembro conoce el rol que debe desempeñar; carece de una estructura administrativa y gerencial que le permita evaluar los resultados de las acciones e intervenciones realizadas para el mejoramiento de la salud de los pacientes, y por tanto no cuenta con un modelo de gestión que le permita realizar seguimiento a procesos, implementar acciones de mejora ni procurar la auto distribución y promoción de los recursos.

7.2. Desarrollo de la metodología

Con el fin de dar respuesta a los objetivos propuestos y obtener la información necesaria en relación a las características de la población atendida, se realizó la revisión de la base de datos proporcionada por el jefe de la clínica de obesidad para la posterior construcción del la propuesta de gestión.

Debido a que la estructura de la información disponible en la base de datos no permitía la aplicación de filtros o parámetros de selección para la extracción de datos puntuales relacionados con la población en estudio, se realizó la revisión manual y electrónica de 1297 registros correspondientes a los pacientes atendidos desde el año 2007 hasta la actualidad, dicho periodo obedece al momento desde el cual se implementó el sistema de información para las historias clínicas.

Se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes atendidos en la clínica de obesidad en el periodo enero – octubre de 2010
- Pacientes en cuyo motivo de consulta manifestaran tener problemas o inconvenientes relacionados con incremento de peso

- Pacientes con información completa registrada en la historia clínica en relación al peso, talla y conducta a seguir.

Se excluyeron del estudio aquellos pacientes con datos insuficientes o incompletos que no proporcionarían información necesaria para caracterizar la población.

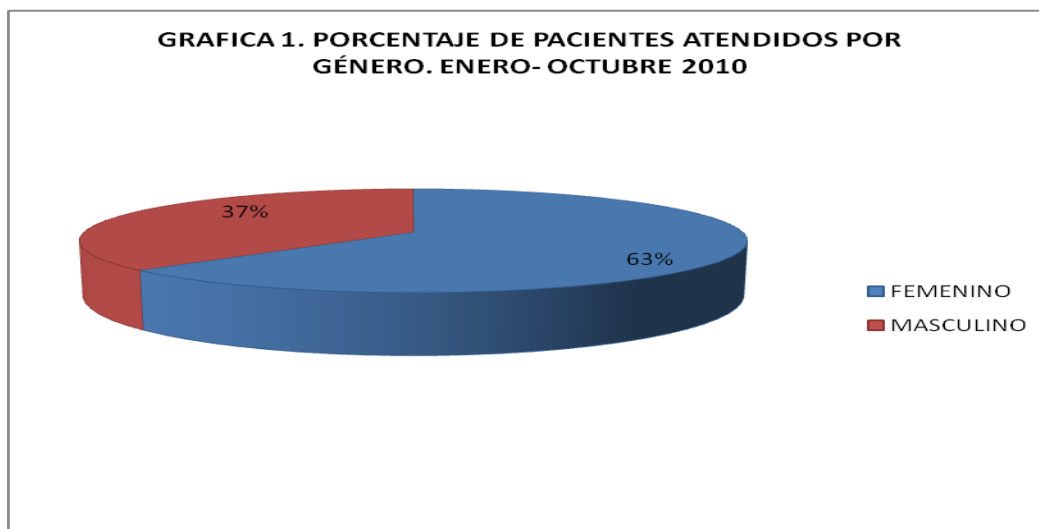
Se seleccionaron 212 pacientes, los cuales fueron atendidos en la clínica de obesidad durante los meses de enero a octubre de 2010 por lo que cabe aclarar que se tuvieron en cuenta los pacientes que asistieron a control durante este periodo de tiempo, así como los que fueron evaluados por primera vez.

Una vez extraída la información, se procedió a construir la matriz para el registro y análisis de los datos a través de la cual se realizó la caracterización de la población

7.2.1. Caracterización socio demográfica

Distribución por Género:

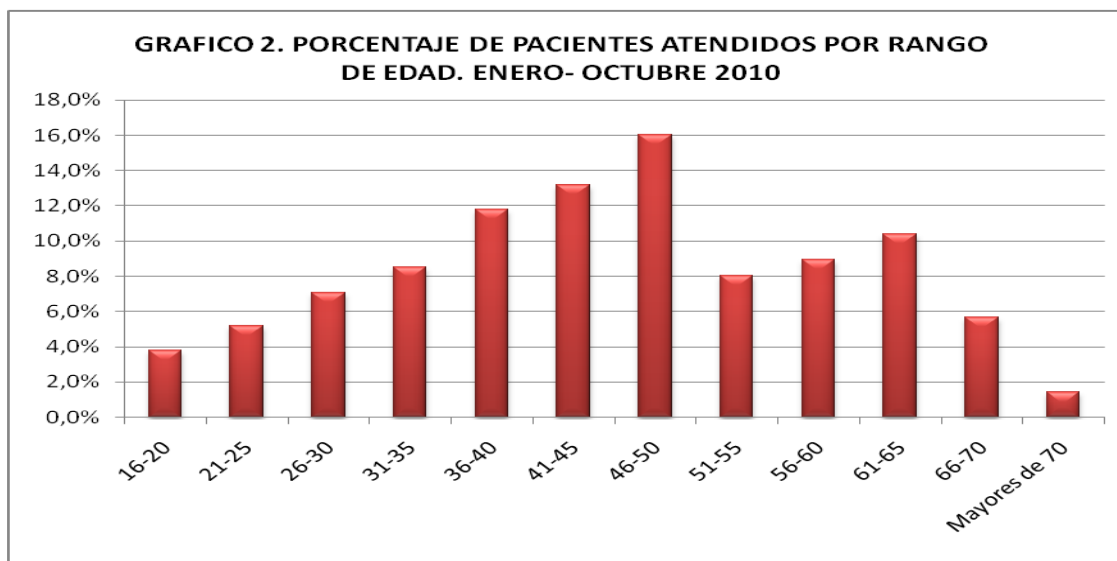
Del total de pacientes atendidos en el periodo establecido el 63,2% son mujeres y el 36,8% son hombres, lo que se correlaciona con las tendencias poblacionales mundiales y estadísticas disponibles donde el mayor porcentaje de obesidad es reportado por el género femenino (Ver gráfica 1)



Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Distribución por Edad

En la gráfica 2 se observa que la población estudiada oscila entre los 16 y los 70 años, con una concentración del 25% entre los 41 y los 50 años, lo que permite asociar la condición de obesidad con la adultez y por ende con mayor probabilidad de aparición de factores asociados o comorbilidades.



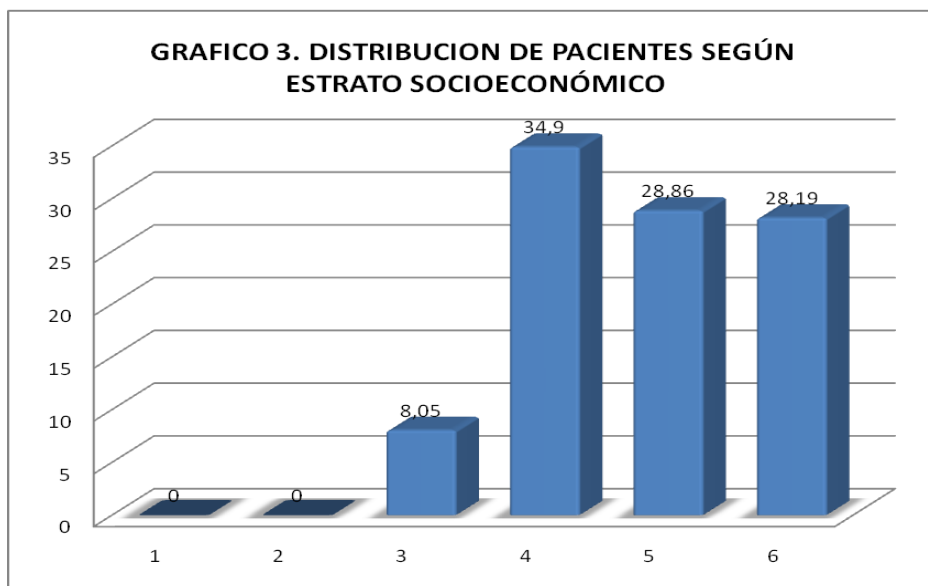
Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

En un 8% se encuentran pacientes jóvenes con edades que oscilan entre los 16 y los 25 años en los cuales la obesidad es atribuible a enfermedades predisponentes que contribuyeron con la aparición de la obesidad. En contra posición en un 18% se encuentran los pacientes entre los 61 y los 70 años que acuden a la clínica de obesidad con el fin de conocer y acceder a algún tipo de tratamiento que permita disminuir los efectos de las comorbilidades asociadas a la obesidad que han padecido por años.

Estrato Socioeconómico

En relación al estrato socio económico, se observó una similitud en la distribución de pacientes pertenecientes a los estratos 4, 5, y 6 lo cual podría ser correlacionado con la ubicación geográfica de la IPS así como con los tipos de afiliación de la población atendida.

De igual forma podría afirmarse, que el problema de obesidad esta mayormente asociado a las personas con mayor capacidad económica y en menor proporción en los estratos bajos. Lo anterior podría apoyarse en la capacidad de acceso a diferentes tipos de alimentos y el sedentarismo asociado al puesto de trabajo entre otros. Por lo que se hace necesaria la implementación de programas de actividad física y buenos hábitos alimenticios; que acompañados de la educación y el conocimiento de la enfermedad permitan mejorar la calidad de vida de los pacientes atendidos e impactar positivamente los resultados en salud (Ver gráfica 3)



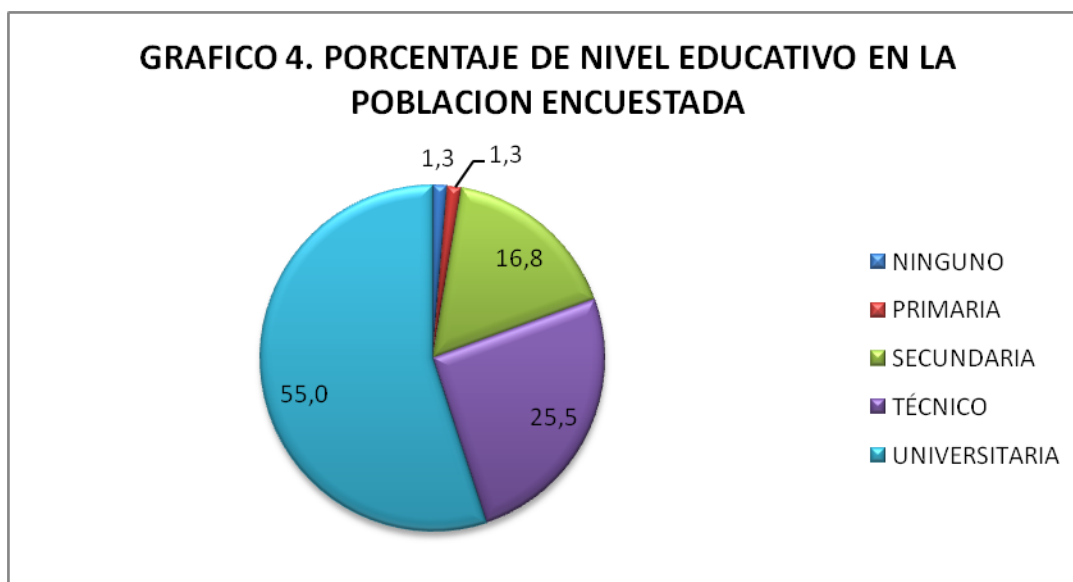
Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Nivel Educativo

Se encontró que el 75% de la población ha recibido formación en educación técnica y universitaria, lo que podría permitir afirmar que en un mayor porcentaje la población atendida posee facultades para desarrollar con mayor facilidad aptitudes de captación, adherencia y comprensión a la información y los procesos derivados de la atención así como el entendimiento de la situación misma por la que se atraviesa.

El 23% de la población ha cursado educación básica secundaria y la población sin ningún tipo de escolaridad se encuentra en un 1,34% y en igual porcentaje la población con educación básica primaria. Dada la heterogeneidad de la escolaridad en la población se requiere articular estrategias que permitan dar cobertura a las características de la misma de manera que permita impactar en la adherencia efectiva de los pacientes a los diferentes procesos, mediante la potenciación del autocuidado y autoreconocimiento (Ver gráfica 4)

Esto de mano adicionalmente hace necesario implementar un programa educativo y de acompañamiento permanente que permita a los pacientes transmitir claramente sus dudas y temores respecto al proceso y de la misma forma proporcione información necesaria para evaluar la comprensión de la información proporcionada por la clínica de obesidad dentro del proceso de enseñanza y modificación de hábitos.



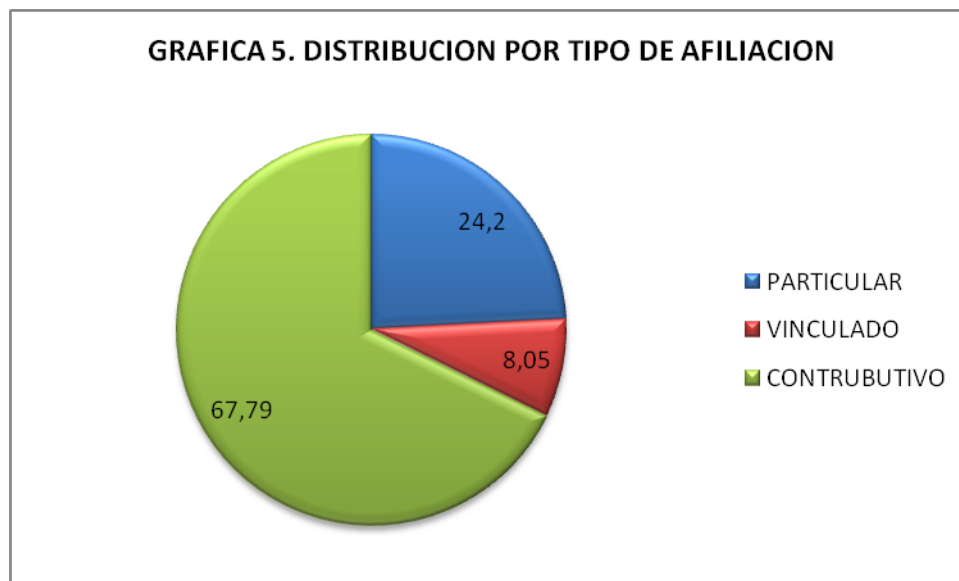
Fuente: Base de datos Clínica de Obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Tipo de afiliación

Para el tipo de afiliación el 67,8% de la población atendida en el periodo de estudio, pertenece al régimen contributivo donde aproximadamente el 60% de los pacientes acceden al servicio a través de medicina prepagada y el 40% restante a través de los planes obligatorios de salud.

Otro aspecto a mencionar es que en la clínica de obesidad se presta servicio a pacientes de manera particular para este caso en un 24,2% y el 8,05 % restante del total de la población hace parte del régimen subsidiado que en la mayoría de los casos se trata de pacientes críticos remitidos que requieren intervención

inmediata y a quienes su aseguradora les ha autorizado o asignado recibir la atención necesaria en la IPS del estudio (Ver gráfica 5)

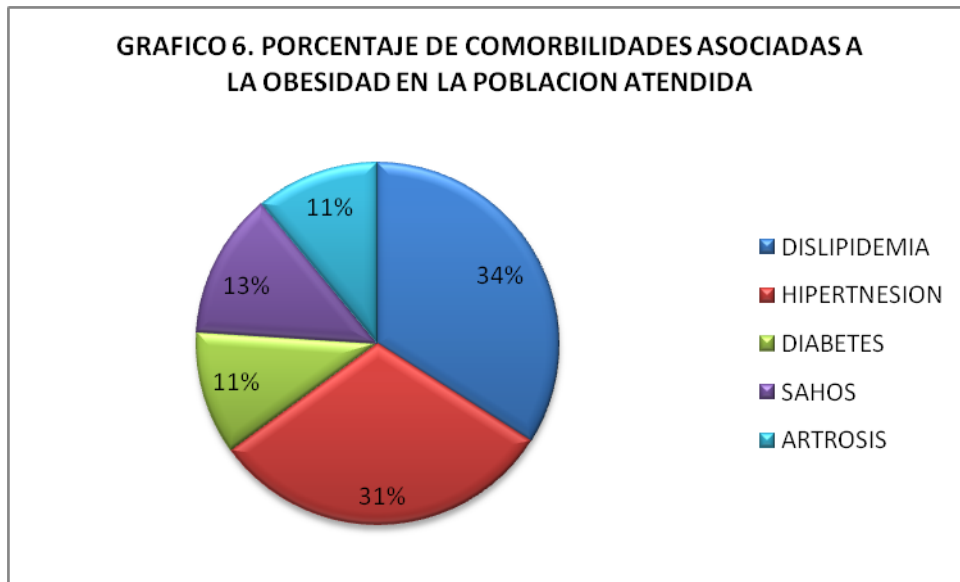


Fuente: Base de datos Clínica de Obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Factores asociados

Los factores asociados como comorbilidades se encuentran directamente relacionados con el diagnóstico de la obesidad mórbida, y es la dislipidemia el factor que se encuentra en mayor porcentaje en los pacientes estudiados (41,5%); seguida de la hipertensión en un 38,7%, la diabetes mellitus, artrosis y SAHOS se promedian en un 14% de aparición cada una. Lo anterior también permite categorizar la dislipidemia como el factor predominante de aparición en el desarrollo de la obesidad y de igual forma el desencadenante y potenciador del riesgo de aparición de hipertensión arterial (Ver gráfica 6)

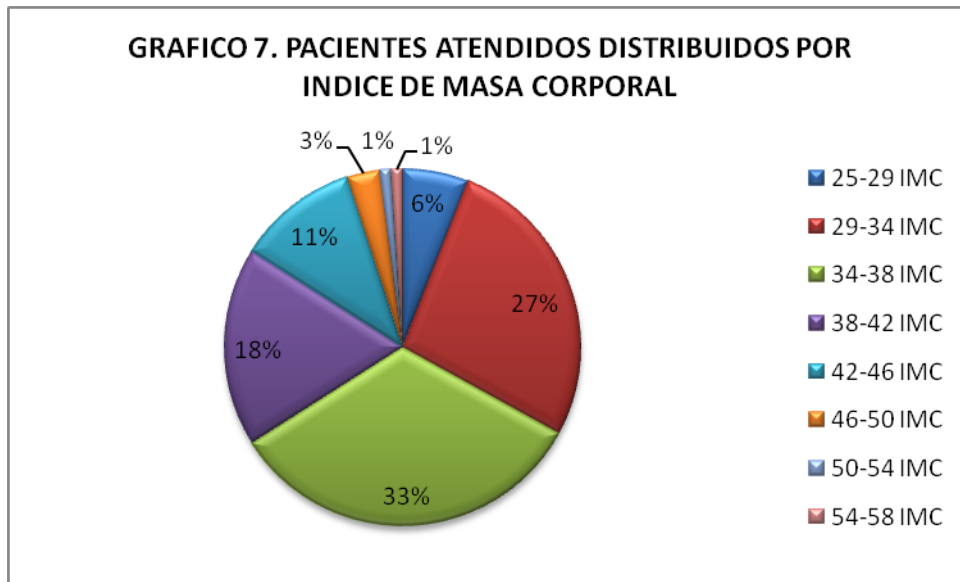
Para los casos en que se que han desarrollado diabetes mellitus, artrosis y SAHOS, se trata de pacientes que reportan dificultades con el manejo y mantenimiento del peso a través del tiempo.



Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Índice de masa Corporal (IMC)

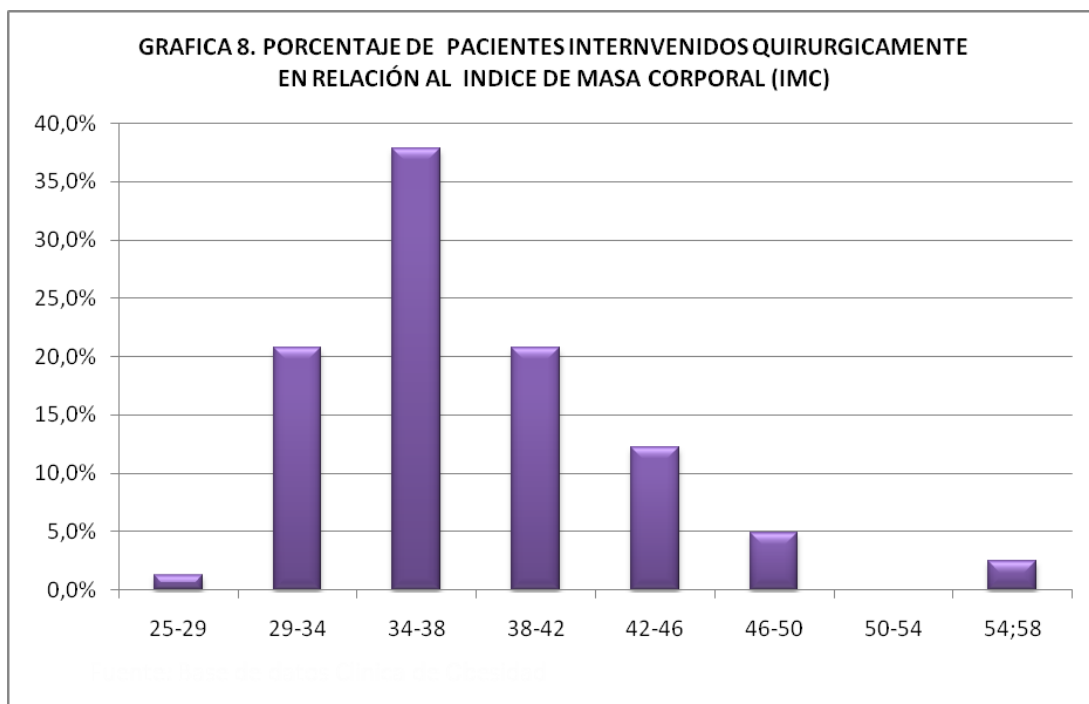
Para efectos de análisis se establecieron rangos con los datos obtenidos relacionados con el índice de masa corporal (IMC) con el fin de conocer la tendencia de la población encontrando que el 33% de la población presenta un IMC en el rango de 34- 38 es decir que acorde con la parámetros establecidos en la literatura, la población atendida padece Obesidad grado II y seguida de esta se encuentran los pacientes con IMC entre 29 y 34 en un 27,4% con obesidad grado I como se muestra en la gráfica 7.



Fuente: Base de datos Clínica de Obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Intervenciones Quirúrgicas vs IMC:

Acorde con lo anterior y soportando el proceso de atención y protocolos de intervención para este tipo de pacientes se encontró que un 38% de la población sometida a intervención quirúrgica tenía un IMC entre 34 y 38. Para los casos de pacientes con obesidad grado I y III se encontró que los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente en promedio en un 21% (Ver gráfica 8)



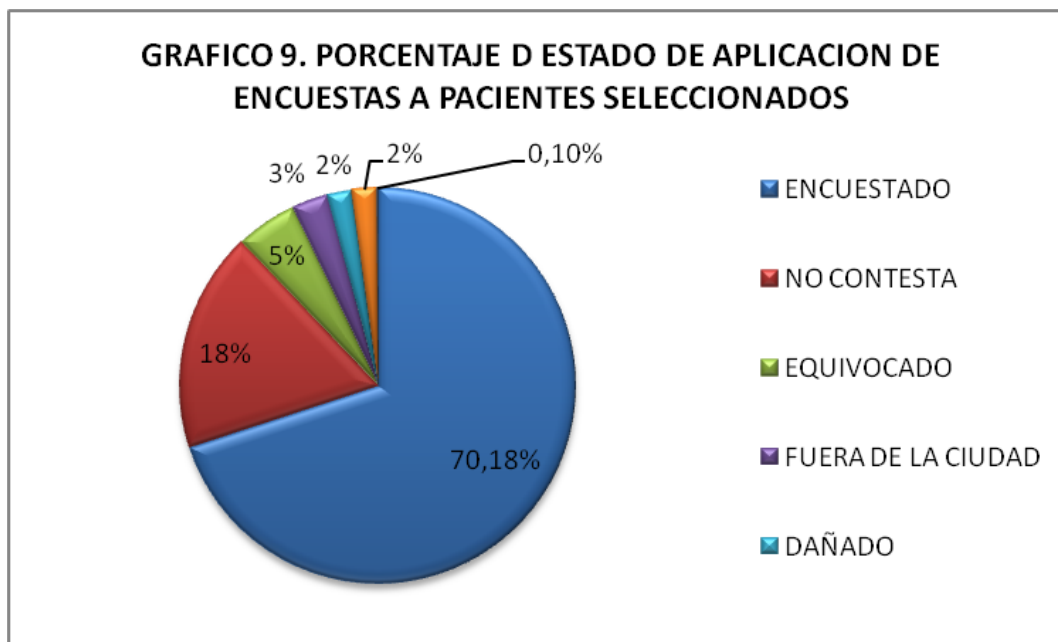
Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

7.2.2. Aplicación de Encuestas

Previa autorización del jefe de la clínica de obesidad, se realizó la aplicación de encuestas telefónicas a los pacientes seleccionados como estrategia de recolección de información con el fin de conocer aspectos relacionados con la percepción de los pacientes acerca de la atención recibida en la clínica de obesidad y orientar la toma de decisiones e implementación de estrategias dirigidas a dar respuesta a las necesidades de los pacientes como uno de los pilares de la consolidación de una unidad de gestión clínica: atención centrada en los pacientes.

Para esto se realizó llamada telefónica a los 212 pacientes seleccionados en la revisión de la base de datos, obteniendo como resultado 149 pacientes encuestados o con llamada efectiva, equivalentes al 70% del total de la población,

el 30% restante no fue posible contactar debido información insuficiente, desactualizada o errada como se observa en la gráfica 9.



Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

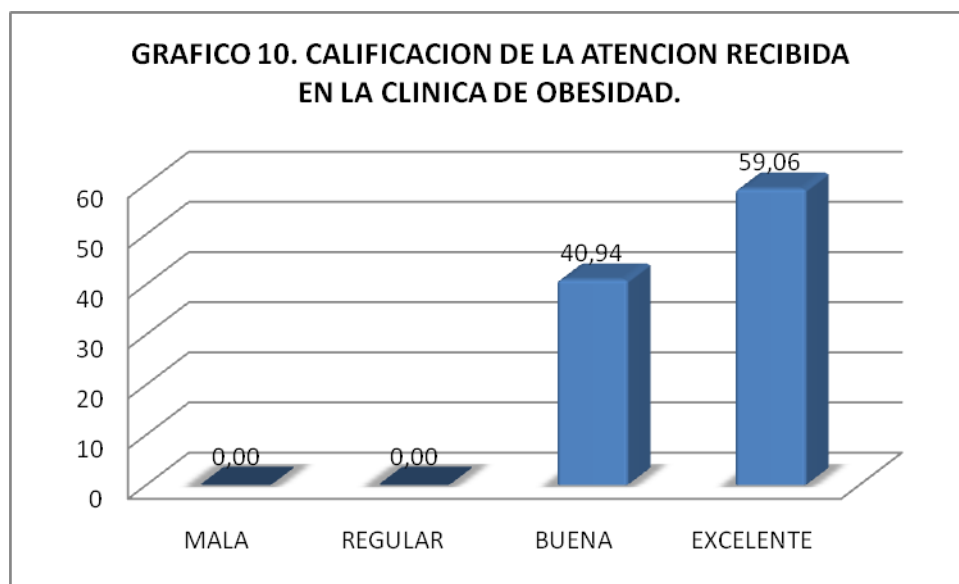
Es necesario mencionar, que como resultado de la ausencia de procesos de seguimiento estructurado a los pacientes la información obtenida de la base de datos en relación a números de contacto no se encuentra actualizada en su totalidad.

Con el fin de procurar la asertividad en la información recolectada el grupo de investigadores designó a una administradora hospitalaria con experiencia en servicio al cliente para la realización de las encuestas telefónicas y previo al inicio de la mismas se capacitó respecto al objetivo de la actividad y se diseñó el protocolo libreto de preguntas a realizar así como el formato de diligenciamiento de la información.

Calificación de la atención

En relación a la calificación de la atención recibida en la clínica de obesidad durante la encuesta telefónica se realizó especial énfasis en los pacientes en proporcionar información exclusivamente relacionada con la clínica de obesidad y no con la IPS, con el fin de enfocar la información de manera directa encontrando que los pacientes califican la atención recibida como excelente en un 59% y buena en un 41%, no se obtuvieron calificaciones entre los parámetros de mala o regular como se muestra en la gráfica 10.

Como aspectos relacionados con las calificaciones proporcionadas los pacientes mencionaron aspectos como, la amabilidad del grupo, la posibilidad de acceder a diferentes especialistas, y especialmente el apoyo y atención que recibieron respecto a su enfermedad. Lo anterior se constituye en una de las fortalezas a resaltar para el grupo de obesidad ya que demuestra el reconocimiento y satisfacción de los pacientes con el servicio prestado.

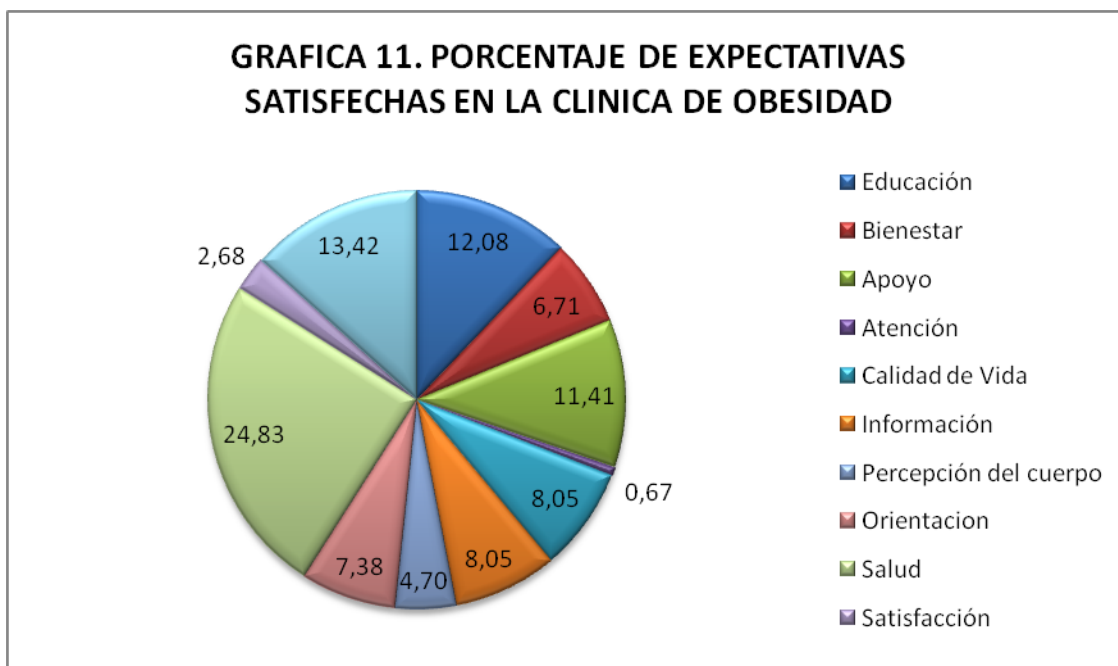


Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Satisfacción de expectativas

Otro aspecto analizado en las encuestas se dirigió a identificar las necesidades que fueron satisfechas y las que NO fueron satisfechas durante el proceso de atención. Para esto se agruparon las respuestas acorde con factores referidos por los pacientes y que fueron identificados en común una vez se realizó la revisión y análisis de la información obtenida en las encuestas telefónicas.

Es importante mencionar aquí, que dada la metodología de recolección de información y la posibilidad que se otorgó a los pacientes de expresar abiertamente sus opiniones en relación a la atención y percepción de los resultados de la intervención recibida en la clínica de obesidad se puede afirmar que las necesidades satisfechas mencionadas por los pacientes se encuentran directamente asociadas con su percepción de vida y desenvolvimiento cotidiano, pero especialmente en el manejo de la sintomatología asociada al tratamiento recibido y la educación proporcionada por el grupo de especialistas. Los pacientes manifestaron las modificaciones sustanciales en su estilo de vida, hábitos y actividad y lo resaltan como un beneficio y característica ineludible para preservar el estado de salud alcanzado. Los factores asociados por los pacientes con la satisfacción de las expectativas por parte de la clínica de de obesidad se detectaron como se muestra en la gráfica 11.



Fuente: Base de datos clínica de obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Dado que con el presente estudio se busca proponer una estrategia de gestión centrada en el paciente, y con el fin de identificar herramientas que permitan diseñar procesos acorde con las necesidades de los mismos se realizó la consolidación de la información obtenida telefónicamente en relación a los factores de satisfacción detectados:

- Educación: es referida por los pacientes como la información suficiente y clara que recibieron por parte de la clínica de obesidad en relación a la enfermedad, beneficios de adoptar hábitos alimenticios acorde con las recomendaciones médicas, y en el caso de los pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente hace referencia a los aspectos relacionados con los efectos del tratamiento instaurado, posibles complicaciones y manejo de las mismas.
- Bienestar: Hace referencia a la sensación de NO sentirse enfermo.
- Apoyo: identificado por los pacientes como el acompañamiento, comprensión y orientación proporcionada por los miembros de la clínica de obesidad en las diferentes etapas del proceso de atención.

- Atención: Aspecto relacionado con la oportunidad para acceder a una consulta con los profesionales de la clínica de obesidad y de igual forma la respuesta telefónica de los mismos ante cualquier inquietud.
- Calidad de vida: Asociada a la posibilidad de retomar y poder realizar actividades laborales, académicas, deportivas, sociales y familiares que debido a la condición de salud previa al tratamiento tuvieron que ser modificadas o abandonadas. Los pacientes refieren sentirse nuevamente incluidos en la sociedad a la que pertenecen.
- Información: Es asociada por los pacientes al conocimiento permanente de los resultados de los estudios realizados así como del estado del proceso de análisis de cada caso en particular.
- Percepción del cuerpo: Manifestada por los pacientes como la reaceptación de la condición física y la satisfacción de evidenciar los resultados del tratamiento recibido.
- Orientación: Es la información recibida específicamente en relación a los trámites administrativos (autorizaciones, tutelas etc.) requeridos para recibir el tratamiento indicado.
- Salud: Relacionada con la disminución o anulación del consumo de medicamentos como antihipertensivos, hipoglicemiantes, oxígeno etc., necesarios para el manejo de las comorbilidades existentes previas al tratamiento.
- Satisfacción: Se relaciona con el disfrute de los resultados obtenidos, los pacientes reconocen la intervención recibida por el grupo de obesidad, sin embargo argumentan esfuerzos individuales para contribuir con el logro de los objetivos propuestos como alternativa para el manejo de la obesidad.

Por otro lado, para la identificación de las necesidades NO satisfechas, hay que resaltar que el 33% de la población encuestada considera que no identifica necesidades no satisfechas, lo que reforzaría los resultados en la calificación de la atención, sin embargo sobresale en un 26,8% de los encuestados la percepción de las dificultades generadas por el desplazamiento requerido para asistir a las

consultas con los diferentes especialistas del grupo, ya que no se encuentran dentro de un espacio físico exclusivo sino que deben acudir a diferentes instalaciones físicas para acceder a este servicio (Ver gráfico 12)



Fuente: Base de datos Clínica de Obesidad. Bogotá. Octubre 2010

Otro aspecto mencionado y no de menor importancia es la demora en la atención, directamente relacionada con el tiempo que tuvieron que permanecer en salas de espera para ingresar al consultorio del especialista ya que en muchas oportunidades generó inconformidades por el manejo del tiempo.

La información expresada para este caso por los pacientes para efectos del estudio es interpretada de la siguiente manera:

- No hay espacio exclusivo: Se refiere a los consultorios privados de los miembros del grupo de obesidad ya que no se cuenta con un espacio o área determinada para la ubicación, recepción y atención de los pacientes obesos.
- Ubicación: Este aspecto es fundamentado por los pacientes debido a la fatiga o cansancio generados por la condición física en la que se encontraban en el momento de acceder a los servicios del grupo de obesidad ya que los pacientes son atendidos y recibidos en diferentes áreas físicas que en ocasiones requieren desplazamientos largos, uso de escaleras y en otros casos refieren la imposibilidad de hacer uso del ascensor.

Aspectos por Mejorar

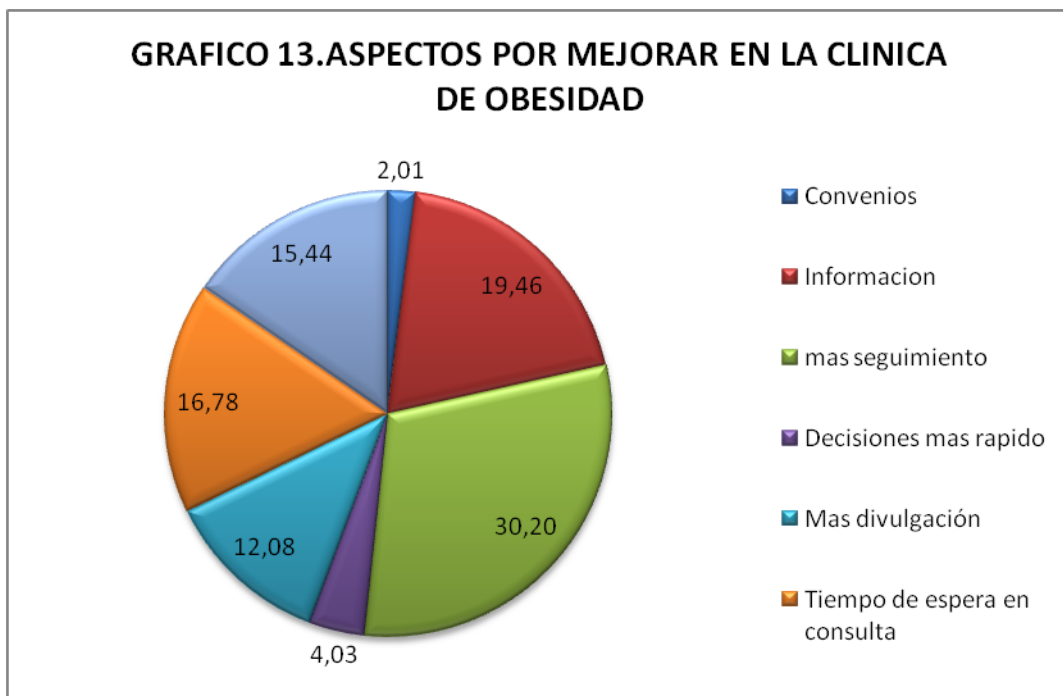
Para el establecimiento de los aspectos por mejorar, fue necesario establecer observaciones de mayor o de menor importancia las cuales fueron manifestadas por los pacientes como oportunidades de mejora y formas de optimizar la atención e incrementar el grado de satisfacción para ellos mismos. De lo anterior se obtuvo como resultado un 30,2% el mayor seguimiento, referido por los pacientes como el mecanismo en que deben ser contactados y acompañados por el grupo de obesidad por un lapso de tiempo de terminado, Actualmente es el paciente quien debe buscar la oportunidad para la generación de la cita.

Entre los aspectos mencionados por los pacientes se encuentran:

- Información: Relacionada con la importancia de que esta sea suficiente y clara inclusive en los horarios no hábiles, pues manifiestan requerir en ocasiones algún tipo de acompañamiento adicional para la resolución de dudas.
- Tiempo de espera para conocer la decisión del grupo: Hace referencia a la decisión respecto al tratamiento recomendado, ya que manifestaron

sensaciones de ansiedad y angustia por conocer en menor tiempo el manejo que les sería indicado.

- Divulgación del programa: Los pacientes refirieron la importancia de que este tipo de programas sea más divulgado y extendido, ya que consideran que el tiempo para recibir tratamiento hubiera sido menor de conocer la existencia de este programa (Ver gráfica 13)



Fuente: Base de datos Clínica de Obesidad. Bogotá. Octubre 2010

7.3. Propuesta

El modelo de gestión clínica propuesto posterior al análisis realizado consiste en la conformación de una unidad de gestión clínica que deberá ser estructurada de la siguiente manera para lo cual se deberán desarrollar los aspectos que a continuación se mencionan:

7.3.1. Movilización poblacional

Consiste en la búsqueda activa de la población que cumpla con los siguientes criterios de inclusión:

- Hombre o mujer
- Mayor de 16 años de edad
- Con IMC mayor de 30
- Con o sin comorbilidades
- Afiliado a las aseguradoras aliadas a la IPS
- Con deseo de reducir de peso

El mecanismo de búsqueda detección y selección de pacientes deberá realizarse de la siguiente manera:

Es necesario incluir como campo obligatorio en la historia clínica digital el peso y la talla dentro de los datos registrados en las diferentes consultas atendidas sin importar la especialidad. Con el fin de favorecer el cumplimiento de esta determinación se requiere realizar a los miembros del grupo de obesidad una actividad de sensibilización y abogacía sobre la importancia del diligenciamiento de estos campos en la historia clínica. Posterior a esto se requiere la revisión mensual de la información con el fin de extraer los datos del IMC de todos los pacientes que consultaron durante el mes.

Lo anterior permitirá construir una base de datos actualizada con el IMC de toda la población que consulta a diferentes especialidades con el fin de depurar todo IMC mayor a 30 para establecer posteriormente actividades de inducción a la demanda de servicios.

7.3.2. Historia clínica

Se debe diseñar el formato de historia clínica electrónica específica para la Unidad de Gestión Clínica, con el propósito de contar con los registros del paciente en línea.

La historia clínica deberá tener en cuenta los siguientes aspectos, además que debe cumplir con los requerimientos contenidos en la Resolución 1995 de 1999:

- Datos generales del paciente: Nombre completo, tipo y número de documento de identificación, edad, género, estrato socio económico, nivel educativo, tipo de afiliación, nombre de la EPS, dirección y teléfonos de contacto personales y de un familiar.
- Antecedentes personales: En este campo deberán diligenciarse los campos a manera de selección múltiple con el fin de que al extraer masivamente la información se obtengan datos verídicos y únicos que permitan el seguimiento poblacional y la medición de indicadores. Este espacio debe incluir la selección de las comorbilidades, es decir facilitar el proceso de registro de las comorbilidades a partir de una lista predeterminada que contenga las comorbilidades más comunes asociadas a la obesidad y seleccionar la(s) que padece el paciente en cada consulta.
- Examen físico: Deben existir campos únicos para el peso y la talla con el cálculo automático del IMC y clasificación automática del grado de obesidad del paciente (sobrepeso, obesidad grado I, obesidad grado II, obesidad grado III). Se deberá incluir además información de hallazgos comunes como intertrigo, panículo adiposo, circunferencia abdominal.
- Manejo médico y Conducta a seguir: Comprende las siguientes opciones con el fin de evaluar esquemas completos de tratamiento:
Valoración por psicología/psiquiatría
Remisión a nutrición
Remisión a deportología

Remisión a especialistas de acuerdo con los hallazgos en cada paciente.

Inicia/continúa manejo farmacológico (orlistat)

Remisión a anestesiología para valoración pre quirúrgica

- **Controles:** este campo deberá incluir el número de controles médicos realizados al paciente en la unidad de gestión clínica y/o el número de controles médicos postquirúrgicos. En el caso de ser controles postquirúrgicos deberá incluir si ha tenido o tuvo algún tipo de complicación postquirúrgica como fístulas, infección de la herida, falla en la pérdida de peso, spotting, trastornos psiquiátricos, hipovitaminosis, desnutrición entre otros.

7.3.3. Captación y demanda inducida

Todos los pacientes con un IMC mayor a 30 serán objeto de captación y llamado telefónico con el fin de ingresarlo a la unidad de gestión clínica como partícipe de los servicios allí prestados.

Los pacientes con IMC entre 25–30 serán objeto de seguimiento y actividades de promoción y prevención con el fin de minimizar el riesgo de que progresen a otros grados de obesidad.

La oferta de los servicios mencionados anteriormente estará a cargo de los profesionales, quienes prestarán los servicios de acuerdo a lo establecido por la ruta de atención y a lo definido por el especialista en obesidad.

Para la búsqueda, contacto e ingreso de los pacientes se tendrán en cuenta los siguientes profesionales de la salud:

- **Auxiliares de enfermería:** se encargaran de realizar el contacto telefónico a los usuarios con el fin de invitarlos a pertenecer a la unidad de gestión de

clínica de obesidad y asignarles una cita de ingreso. De igual forma serán las responsables de activar mecanismos para la recaptación de aquellos pacientes inasistentes.

- Médico familiar: médico especialista en medicina familiar encargado de realizar la primera valoración del paciente y clasificar el riesgo del mismo con el fin de indicar la rutina de manejo o por el contrario remitir directamente al cirujano bariátrico para valoración inmediata.
- Cirujano bariátrico: especialista en cirugía bariátrica quien se encargará de definir la conducta final de los pacientes, es decir si es un paciente apto para manejo quirúrgico o no.

Otras consideraciones a tener en cuenta:

- Clasificación del riesgo: posterior a que todos los pacientes captados por la búsqueda institucional han asistido por primera vez a una cita en la unidad de gestión clínica se procederá a extraer los datos consignados en la historia clínica de forma masiva con el fin de clasificar el riesgo cardiovascular o su comorbilidad.
- Todo paciente con riesgo cardiovascular dado por hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad renal será valorado y remitido a las especialidades según corresponda y se clasificará como paciente de alto riesgo con el fin de dar prioridad en la asignación de citas y del seguimiento estricto que requiera.
- Todo paciente obeso con comorbilidades asociadas a su enfermedad como artrosis, síndrome de apnea obstructiva del sueño o dislipidemia será clasificado como mediano riesgo y será valorado con prioridad pero posterior a los pacientes de alto riesgo.
- Los demás pacientes deberán asistir estrictamente a las rutinas de atención y de igual forma se realizara seguimiento a la adherencia con el fin de minimizar el riesgo de progresión de la enfermedad a otros grados de obesidad o de aparición de alguna comorbilidad.

El propósito de esta selección ordenada de pacientes busca asegurar la integralidad del proceso de atención y de igual forma la prestación requerida acorde con las condiciones individuales de los pacientes.

7.3.4. Consolidación de la información

Una vez sea se implementen los mecanismos de selección de pacientes deberá incluirse de forma sistematizada (software) la información que permita además del censo actualizado de pacientes, conocer todos los eventos de interés o las intervenciones realizadas y relacionadas con la evolución de los pacientes

Dichos eventos de interés serán captados por códigos de autorización interinstitucionales relacionados con:

- Urgencias
- Hospitalización
- Cuidado crítico
- Cirugías
- Medicamentos para manejo de riesgos cardiovascular de alto costo.

Cada vez que sea genere alguno de estos eventos automáticamente deberán activarse al interior del programa los mecanismos para realizar oportunos y adecuados seguimientos asistenciales y telefónicos a los pacientes.

7.3.5. Verificación de la población incluida en el programa

Es usual que todos los programas que ofrecen mejoras en el aspecto físico de las personas induzcan la demanda de servicios por muchos usuarios que no cumplen criterios clínicos de inclusión. Es por esta razón que previo a la implementación de

la estrategia de gestión se deberá realizar un filtro de los pacientes que realmente requieren por sus condiciones de salud estar dentro del grupo, con el fin de asegurar que aquel paciente que esté en sobrepeso o que por vanidad desee someterse a una intervención quirúrgica no pueda beneficiarse y gozar de las prestaciones de la unidad de gestión clínica de obesidad y cirugía bariátrica.

Una vez identificada la población y captados los datos de la misma se procederá a dar cumplimiento a lo estipulado por el protocolo clínico de atención establecido para este grupo de pacientes.

Para lograr dicho objetivo se deberá realizar un ejercicio de abogacía a todos los profesionales de la salud que intervendrán en el proceso para posteriormente capacitarlos sobre la importancia de la patología en la actualidad y las ventajas de un adecuado abordaje del paciente.

La educación de los profesionales de la salud deberá estar enmarcada en un esquema de capacitación continua que le permita al profesional de la salud no solo sentirse participe de un equipo de trabajo sino de la institución. Para esto se deberán diseñar cursos interactivos de cumplimiento obligatorio que le permita profundizar en temas de aplicabilidad dentro de la institución, así como evaluación presencial periódica.

De acuerdo a lo descrito anteriormente se requiere de la estandarización de procesos como primera fuente de información para definir conductas y establecer políticas dentro de la unidad de gestión. Por tal razón se sugiere implementar el siguiente protocolo de atención específico el cual fue elaborado utilizando información disponible y propuesta en guías de atención basadas en la evidencia.

Con el fin de diseñar un protocolo de atención que permita dar respuesta a las necesidades de los pacientes y cumplimiento a los objetivos propuestos se realizó:

- Lista de las preguntas más importantes y frecuentes referidas durante la atención de estos pacientes.
- Búsqueda sistemática de la literatura
- Calificación de las guías de práctica clínica encontradas con el instrumento AGREE ⁴⁰
- Selección de las guías de práctica clínica mejor calificadas
- Respuesta a cada una de las preguntas formuladas basados en la literatura encontrada
- Estructuración del protocolo (ver anexo 1)
- Estructuración del algoritmo de atención

Con el fin de organizar y establecer responsabilidades frente a cada una de las actividades se propone la siguiente lista de chequeo que permitirá verificar el porcentaje de avance de las actividades relacionando el responsable de cada una de ellas y permitiendo efectuar mediciones del estado de los diferentes procesos con el objetivo de realizar periódicamente planes de mejoramiento en la implementación y seguimiento al funcionamiento de la unidad de gestión clínica.

7.4. Aplicación de actividades en el marco del ciclo PHVA

Se plantea ordenadamente la forma de participación de todos los actores de la unidad de gestión de acuerdo a lo especificado por el protocolo:

7.4.1. Planear

- Identificar el problema y definir el objetivo de la unidad de gestión clínica.
- Definir de criterios de inclusión de usuarios a la clínica de obesidad
- Establecer tipo de actividades para el personal asistencial y administrativo

⁴⁰ The AGREE collaboration. AGREE instrument Spanish version. www.agreecolaboration.org

- Definir mecanismos para captación de pacientes a la clínica de obesidad: Detección temprana desde cualquier tipo de atención que reciba diferente a la clínica de obesidad.
- Definir el perfil de los profesionales de la salud requeridos de acuerdo a las actividades técnicamente planteadas.
- Definir los campos requeridos en la historia clínica y en los formatos de seguimiento.
- Definir y diseñar los indicadores con fichas técnicas para la medición de la de gestión y el resultado de la clínica de obesidad.
- Elaborar y actualizar protocolos y guías médicas.
- Elaborar algoritmos clínicos y flujograma de proceso.

7.4.2. Hacer

- Calcular recurso humano (asistencial y administrativo) necesario para prestar la atención del número de pacientes captados a la clínica de obesidad.
- Socializar el tema con todo el personal que intervendrá directamente en la atención de los pacientes, del seguimiento, medición de resultados e implementación del proceso para vigilancia administrativa.
- Capacitar a los médicos y otros profesionales de la salud en el formato de historia clínica
- Capacitar a los médicos y otros profesionales de la salud en la importancia del adecuado diligenciamiento del formato de seguimiento para posterior extracción de información y medición de resultados.
- Capacitar a los médicos en el flujo del proceso.

7.4.3. Verificar

- Medición de indicadores: indicadores propuestos para el análisis de la gestión y el resultado de la unidad de gestión clínica (ver anexo 3 y 4)
- Análisis del resultado de indicadores
- Evaluaciones de adherencia al proceso de atención adoptado.
- Ajustar al proceso según resultados de capacitación
- Evaluar proceso de auditoría de calidad
- Recolección de datos para estadísticas
- Consolidación y actualización de información

7.4.4. Actuar

- Formulación de planes de mejora
- Implementación de planes de mejora.

Con la estructuración de las actividades enmarcadas en el ciclo PHVA se dará continuidad, de forma ordenada, al contenido del programa. El siguiente paso es asignar un responsable para cada una de las actividades descritas anteriormente.

7.5. Conformación de la unidad de gestión clínica

En vista de que la clínica de obesidad en estudio no cuenta con un grupo conformado para la atención exclusiva de los pacientes, se propone en primera instancia, la conformación de un equipo y posterior a tal estructuración, la implementación de las actividades de cada integrante del equipo.

Para comenzar se deben asignar actividades asistenciales específicas para cada uno de los profesionales:

- Cirujano bariátrico: Profesional encargado de la prestación del servicio ambulatorio, evaluación del estado de salud del paciente, valoración de

criterios de inclusión, intervención quirúrgica y seguimiento de los pacientes postquirúrgicos.

- **Psiquiatra:** Profesional exclusivo de la clínica de obesidad encargado de la evaluación de la estabilidad emocional, de los factores psicosociales que afectan o apoyan la adecuada adherencia al tratamiento, los riesgos psicológicos del paciente.
- **Nutricionista/dietista:** Profesional encargado del estado nutricional de los pacientes, evaluación y mejoramiento de hábitos de alimentación, compromiso con la reducción del peso, de acuerdo a las comorbilidades y la condición propia de cada paciente.
- **Médico internista:** Profesional encargado de evaluar el riesgo cardiovascular del paciente asociado a la obesidad, y de controlar y monitorear las comorbilidades asociadas del paciente como la hipertensión arterial, dislipidemia, diabetes mellitus, síndrome de apnea obstructiva del sueño, artrosis entre otros.
- **Médico deportólogo:** Especialista encargado de la evaluación de las condiciones físicas relacionadas con la capacidad y resistencia del paciente de acuerdo a las características fisiológicas y las comorbilidades con el fin de diseñar un plan de ejercicios que permita al paciente contribuir con la disminución del peso sin influir negativamente en las comorbilidades cardiovasculares o articulares.
- **Enfermera:** Profesional encargada de realizar actividades educativas encaminadas a reforzar y evaluar la respuesta de los pacientes a las recomendaciones sugeridas por los especialistas. Además es la responsable de explicar detalladamente la forma correcta de administración de medicamentos. Realiza de manera administrativa el seguimiento a cada uno de los pacientes haciendo énfasis en el cumplimiento de las actividades asignadas para el mes, la reducción de peso proyectada de acuerdo al manejo instaurado por los profesionales, resuelve dudas del paciente, asigna citas prioritarias con otros especialistas en caso de requerirse.

- Anestesiólogo: Profesional encargado de evaluar el riesgo quirúrgico previo a la intervención. Este profesional además de las evaluaciones solicitadas por el grupo de profesionales mencionados anteriormente, podrá solicitar otro tipo de valoración o exámenes pre quirúrgicos de acuerdo al criterio médico.
- Cirujano Plástico: Profesional encargado del manejo estético de las consecuencias asociadas a la reducción significativa de peso posterior a la intervención quirúrgica como los excesos de piel que a su vez traen consecuencias como intertrigo y otras infecciones de piel debido a los abundantes y pesados pliegues posteriores a la cirugía.
- Otros profesionales: Debe existir un grupo de apoyo que permita en algunos casos excepcionales la evaluación de un paciente por alguna condición especial. Estos profesionales no hacen parte de la unidad de gestión clínica pero participan como apoyo en eventualidades. Dentro de este grupo se encuentra cardiología, neumología, ortopedia, neurología, fisioterapia.

Complementario a lo anterior es necesario definir los roles y responsabilidades administrativas que se desempeñaran al interior de la unidad de gestión clínica:

7.5.1. Funciones del Director

El director es el cirujano bariátrico quien representa la máxima autoridad de la unidad de gestión clínica quien además de las actividades asistenciales deberá asumir las siguientes responsabilidades:

- Establecer y presidir el comité de la unidad de gestión clínica.
- Planear el modelo de atención identificando las funciones de cada profesional adscrito a la unidad con el fin de trabajar en equipo en la consecución de los objetivos.

- Definir las reglas del funcionamiento de la unidad y exigir completo cumplimiento de las mismas con el fin de garantizar la calidad en la prestación de los servicios
- Evaluar el funcionamiento de la unidad en general y de la gestión de cada uno de los profesionales con el fin de retroalimentar al equipo y proponer planes de mejoramiento encaminados a la excelencia en la prestación del servicio.
- Definir la necesidad de mejoramiento, actualización y desarrollo de procesos y procedimientos basados en investigación.
- Administrar el recurso humano a su cargo
- Asignar horarios de trabajo, y responsabilidades al equipo.
- Coordinar las tareas y actividades de todos los profesionales de la unidad de gestión.
- Realizar atención ambulatoria, quirúrgica y hospitalaria de los pacientes obesos.

El rol del cirujano bariátrico como director de la unidad de gestión clínica además de las actividades anteriormente descritas debe estar enfocado promover la equilibrada mediación de los diferentes procesos de manera que las actividades realizadas funcionen de manera armónica bajo los siguientes parámetros:

Liderazgo asistencial:

Esto quiere decir que bajo el criterio e instrucción del director estará dado el manejo que debe darse a los pacientes por parte de cada uno de los conformantes de la unidad de gestión clínica. Será él quien defina y apruebe las intervenciones, actualización, implementación de nuevas rutas de atención y planes de mejoramiento.

Bajo esta gestión se realizará la supervisión del correcto funcionamiento de los servicios ofertados

Garantía de la calidad:

La supervisión continua del funcionamiento de los procesos permitirá a la dirección de la unidad de gestión tomar decisiones oportunas ante la presencia de fallos.

El director debe estar al tanto de las quejas, reclamos o sugerencias manifestadas por los pacientes atendidos con el fin de implementar efectivamente con su equipo de trabajo planes de mejora

Docencia e investigación:

La actualización permanente y la generación de nuevas alternativas de manejo en la unidad de gestión clínica son responsabilidad del director con el fin de ofertar servicios actualizados y sustentados en protocolos y/o guías que deberán estar en continua renovación acorde con el avance tecnológico.

Para lo anterior se requiere implementar mecanismos de educación continua dirigida a los profesionales de la salud adscritos a la unidad de gestión clínica. El director podrá ser partícipe de la docencia en los temas que a él le corresponda y deberá proporcionar las condiciones necesarias para el flujo de los procesos de capacitación y entrenamiento del personal.

Comunicación e información general:

La retroalimentación de los procesos y los resultados de la unidad de gestión clínica deberán ser comunicados por el director

Los resultados que se deben comunicar harán referencia al comportamiento de los indicadores adoptados para tal fin y con el propósito de generar la responsabilidad del autocontrol entorno a los planes de intervención a los miembros del equipo de trabajo.

7.5.2. Comité de la unidad de gestión clínica

Deberá ser conformado por todos los profesionales directamente vinculados con la unidad de gestión. Las funciones establecidas para cada uno de los miembros son:

Nutricionista: Realizará actividades de secretaría general, tendrá a su cargo la consolidación de la información de cada reunión efectiva del comité, realizará seguimiento al cumplimiento de tareas asignadas. Por ser la obesidad una enfermedad en su mayor componente de carácter conductual, es el (la) nutricionista el profesional preciso para tomar decisiones frente a los resultados expuestos en los comités o frente a casos puntuales donde se deba definir la conducta más recomendada en este grupo de pacientes.

Enfermera(o): Encargada (o) de presentar en el comité los resultados del seguimiento a los pacientes y la información relacionada con la gestión en la parte asistencial y administrativa.

Otros profesionales: por pertenecer directamente al comité tienen voz y voto para la toma de decisiones. Deberán además exponer los casos que consideren de mayor relevancia en su especialidad con el fin de definir conductas junto al director de la unidad de gestión clínica.

El modelo de gestión estratégica propuesto debe ser presentado y apoyado por la dirección de la IPS de lo cual deberá formalizarse un documento escrito donde queden explícitos los objetivos de la unidad de gestión clínica, la población a la que va a dirigirse, los profesionales que la conforman, las reglas del funcionamiento, las actividades a cargo de cada profesional y las normas y niveles de calidad esperados y exigidos, posterior a esto podrá darse inicio a la consolidación, e implementación de la propuesta.

Como aspecto fundamental en el proceso de creación y conformación de la unidad de gestión clínica propuesta es necesario definir los objetivos hacia los cuales se

deberán dirigir las intervenciones a realizar así como las metas planteadas y los incentivos para los profesionales que contribuyan con la consolidación de la estructura y adecuado funcionamiento de la misma

7.5.3. Objetivos de la unidad de gestión clínica

- Generar estrategias de intervención que permitan mitigar el riesgo desencadenado por la obesidad en pacientes con comorbilidades de origen cardiovascular, respiratorio y articular.
- Prestar servicios con tecnología de punta con procesos basados en evidencia científica y bajo altos estándares de calidad en la prestación del servicio.
- Generar investigaciones a partir de los resultados obtenidos en el desempeño de las actividades de la unidad de gestión clínica.
- Generar impactos costo-efectivos, es decir que mediante la utilización e inversión de recursos económicos, financieros, tecnológicos y científicos se evidencien mejoras en las condiciones de salud de la población atendida que se reflejen en disminución de reingresos, y la disminución de complicaciones clínicas asociadas a los tratamientos.

7.5.4. Metas

- Establecer el perfil socio demográfico y del estado de salud del 100% de la población atendida en la Unidad de Gestión Clínica de obesidad.
- Captar el 100% de los pacientes que acuden a la IPS con IMC > a 30 e incluirlos dentro de la Unidad de Gestión Clínica
- Reducir en un 30% las complicaciones cardiovasculares asociadas a la obesidad.

- Reducir un 20% los desenlaces no deseados a causa de obesidad como reemplazos articulares, hospitalizaciones por descompensación de hipertensión o diabetes.
- Asegurar la pertinencia de cirugía al 100% de los pacientes intervenidos quirúrgicamente
- Reducir la mortalidad postquirúrgica por cirugía bariátrica a 0%.
- Aumentar la expectativa de vida a 8 años en pacientes postquirúrgicos de cirugía bariátrica.

7.5.5. Incentivos

La unidad de gestión clínica se debe constituir como una asociación o agrupación de profesionales con un objetivo en común, en donde los recursos económicos generados por los procesos de atención y el cumplimiento de objetivos por parte de cada uno de los integrantes sean asignados de manera individual acorde con el resultado de la gestión realizada durante un periodo de tiempo determinado. Es decir que todos los miembros de la unidad de gestión clínica deben ser partícipes de las utilidades de acuerdo al porcentaje previamente definido por el director de la Unidad.

Los incentivos serán pactados desde la construcción de la unidad y serán propuestos por el director quien definirá, según el caso, si son incentivos de tipo económico, académicos aumento en el porcentaje de participación de la sociedad, tiempo, reconocimiento entre otros.

Para la Unidad de Gestión Clínica los incentivos deben otorgarse en los siguientes casos: i) Cumplimiento de metas, ii) Cumplimiento de objetivos de costo efectividad, y iii) Cumplimiento de más del 70% de los objetivos generales.

Los incentivos a demás de pretender estimular al profesional de la salud buscan

fortalecer el sentido de pertenencia lo que como resultado debe reflejarse en calidad y excelencia en la prestación de los servicios.

Los incentivos favorecen la estabilidad y permanencia de los miembros de la unidad de gestión clínica evitando recambio de personal, pérdida del “know how” inconsistencias en la trazabilidad y seguimiento de los procesos. En resumen, los incentivos se constituyen en una de las herramientas sólidas de motivación, búsqueda permanente de la excelencia y de reconocimiento profesional.

8- CONCLUSIONES

Una vez realizado el proceso de análisis y evaluación de la clínica de obesidad de la IPS en estudio y la revisión de la información disponible y seleccionada para el caso es posible concluir:

- La información analizada permite afirmar que a pesar de que en el país existen múltiples grupos de profesionales integrados para la atención de los pacientes con obesidad mórbida, ninguno se encuentra constituido bajo un modelo de Unidad de Gestión Clínica específico.
- Existen experiencias exitosas en el mundo que evidencian resultados positivos relacionados con la implementación de estrategias a partir de modelos de gestión clínica definidos.
- La implementación de un modelo de unidad de gestión clínica para la atención de pacientes con una patología específica permite articular asertivamente los procesos de intervención en salud.
- La conformación estructurada de una unidad de gestión clínica en el país representa una oportunidad de avance y mejoramiento en la prestación de servicios de salud.
- La estandarización de procesos de atención para el manejo de pacientes con obesidad mórbida optimiza los resultados en salud en relación a la disminución de complicaciones asociadas a los procesos de atención y las posibles complicaciones asociadas a la enfermedad.

- El grupo de profesionales que conforma la clínica de obesidad de la IPS comparte un interés en común: Brindar atención y orientación al obeso mórbido con el fin de procurar mejoras en la calidad de vida.
- Los miembros del grupo de obesidad estudiado prestan sus servicios dentro del espacio físico de la I.P.S facilitando a los pacientes el acceso a los servicios, la tecnología y los recursos allí disponibles
- La toma de decisiones en la clínica de obesidad en estudio en relación al tratamiento y manejo de los pacientes se lleva a cabo en reuniones de carácter académico y científico con la participación activa de los profesionales del grupo.
- La encuesta de satisfacción de los pacientes refleja características de calidad en la atención como son amabilidad, el acceso a los diferentes profesionales y la orientación recibida para el manejo de la enfermedad.
- La inexistencia de procesos de gestión dentro de la clínica de obesidad impide la evaluación de los resultados de las intervenciones realizadas para el mejoramiento de la salud de los pacientes
- La captación y retención de pacientes en la clínica de obesidad de la IPS en estudio se ve afectada por la ausencia de estructura y el fraccionamiento del proceso de atención.
- No existen procesos de seguimiento activo a los pacientes al interior de la clínica de obesidad que permitan evaluar adherencia y respuesta a los tratamientos instaurados. Este aspecto fue también mencionado por los pacientes como una de las oportunidades de mejora para la prestación del servicio.

- La clínica de obesidad no cuenta con un sistema de información integrado que permita realizar análisis estadístico o casuístico de los pacientes atendidos
- La ausencia de indicadores de estructura, proceso y resultado impide la toma de decisiones basadas en hechos y datos.
- Dado el perfil socio demográfico de los pacientes atendidos en la clínica de obesidad se puede afirmar que una de las estrategias a implementar en relación a la adherencia de los pacientes al tratamiento debe partir del fortalecimiento de procesos educativos y evaluación de la comprensión de la información proporcionada durante el proceso de atención.
- Las características de formación y entrenamiento del grupo de profesionales que hacen parte de la clínica de obesidad así como los recursos tecnológicos son aspectos fundamentales que hacen viable la implementación de estrategias para la consolidación de este como una unidad de gestión clínica.
- A partir de los resultados obtenidos y el análisis de la información teórica es posible afirmar que la conformación de una unidad de gestión clínica para la atención de pacientes obesos asegura la integralidad de los procesos, generando resultados positivos en salud e incrementa las oportunidades de crecimiento y sostenibilidad en la clínica de obesidad dado que se promueve la autogestión dentro del marco de manejo y asignación de la totalidad de los recursos al interior de la unidad de gestión.

9- RECOMENDACIONES

Mediante el desarrollo del presente trabajo se ha hecho posible establecer los aspectos que caracterizan la clínica de obesidad objeto de estudio, los pacientes y el rol que desempeña cada uno de los profesionales que allí intervienen; es por esto que una vez finalizado el proceso de evaluación, análisis de la información y documentación en el tema se recomienda la implementación de una Unidad de Gestión Clínica acorde con las necesidades, fortalezas y oportunidades de mejora identificadas.

En primer lugar, es necesario mencionar que con la tecnología, infraestructura y recursos con los que cuenta la IPS (de la que la clínica de obesidad hace parte) se favorece y fortalece la integración de los procesos asistenciales, de diagnóstico, evaluación y tratamiento que reciben los pacientes. Por tal razón la propuesta de gestión se encuentra dirigida a la articulación de procesos, actividades y unificación de objetivos para la captación, seguimiento y evaluación de los pacientes.

La gestión de la información, representa uno de los puntos de arranque para el establecimiento de metas y objetivos. Actualmente el grupo de obesidad no cuenta con un sistema de información integrado que le permita evaluar y analizar articuladamente aspectos relacionados con el estado de salud de los pacientes atendidos, ni aspectos relacionados con el cumplimiento de tareas de cada uno de los miembros. Por tanto es primordial establecer mecanismos para acceder a una plataforma de información que articule cada uno de los procesos y proporcione datos para la gestión.

Uno de los pilares del éxito en la implementación de las Unidades de Gestión Clínica parte de la base de que todos los miembros del grupo compartan un

mismo objetivo en relación a los resultados que se quieren alcanzar así como a los beneficios que se espera obtener y por supuesto que se tenga la voluntad de hacerlo. Por esto se hace necesario que se dé a conocer a los profesionales la propuesta mediante la cual se espera alcanzar la transformación del proceso y los objetivos a los cuales se quiere llegar.

Resulta indispensable para el inicio del proceso, designar a la persona (que puede ser parte del grupo de profesionales) que será responsable de liderar y gestionar todos los aspectos relacionados con el funcionamiento del grupo.

Así mismo se requiere el establecimiento definitivo de funciones específicas tanto administrativas como asistenciales para todos los individuos que forman parte del equipo, con el fin de alcanzar y asegurar la estandarización de procesos, el cumplimiento de tareas y por tanto el seguimiento de indicadores como punto central para la toma de decisiones.

Es necesario aclarar que aunque la clínica de obesidad ofrece servicios netamente asistenciales, se requiere de la sensibilización y concientización de todos los profesionales que hacen parte de ella para la ejecución de actividades de carácter gerencial como seguimiento a logros, cumplimiento de metas, evaluación de resultados etc.

El establecimiento de políticas de incentivos asociados al cumplimiento de logros, debe ser una estrategia que oriente la transformación de la cultura de atención netamente asistencial a una combinada (administrativo-asistencial). Dicha política debe asegurar la equidad e igualdad para todos los miembros del equipo.

Otra de las características de las unidades de gestión clínica es la auto suficiencia de recursos en términos de producción, asignación y ejecución de los mismos, para esto resulta beneficioso realizar un estudio detallado de costos de la atención

con el fin de establecer claramente cuáles son los objetivos económicos y de rentabilidad que la unidad pretende alcanzar. Adicionalmente, se deben unificar esfuerzos con el fin de incrementar la demanda de los servicios que se prestan, por lo que es necesario que la clínica de obesidad junto con la IPS de la que hace parte establezcan mecanismos de divulgación, mercadeo y negociación que permitan ampliar el número de convenios y como resultado el número de pacientes que acceden este servicio.

En relación al proceso de atención específicamente, es conveniente diseñar, establecer, divulgar y evaluar guías de atención clínica basadas en la mejor y suficiente evidencia posible; con el fin de minimizar los riesgos propios derivados de la atención y asegurar resultados que redunden en beneficios para los pacientes y los miembros del grupo.

Uno de los aspectos poco favorables identificados en el modelo de atención actual de la clínica de obesidad es el fraccionamiento del proceso mediante el cual el paciente es atendido puesto que no cuenta con una secuencia articulada de atención, afectando la calidad de la atención que se brinda y como resultado se generan tiempos muertos y reprocesos para el personal médico y los pacientes lo cual redundando directamente en aspectos de oportunidad en la atención y la satisfacción

Para lo anterior se propone un modelo de atención integrado de evaluación y seguimiento continuo mediante el cumplimiento estricto de actividades asignadas por parte de cada uno de los miembros y el establecimiento de franjas de atención que agilicen los procesos de evaluación y toma de decisiones.

Por otro lado, los mecanismos de seguimiento y retención de pacientes permiten minimizar la aparición de complicaciones, reingresos e incluso ponderan positivamente la satisfacción de los pacientes. Actualmente, dichos mecanismos

no existen y dependen en su mayoría del compromiso que el paciente tenga con su proceso. El uso de la tecnología ha demostrado ser una de las herramientas útiles para el soporte y generación de alertas que permitan ejercer control sobre la adherencia de los pacientes. Así mismo se requiere que los profesionales miembros del equipo de la clínica de obesidad adquieran el hábito de asegurar contacto permanente con sus pacientes de manera que se minimice la pérdida de pacientes y se asegure la continuidad de la atención a través del tiempo.

Finalmente, la consolidación de la Clínica de Obesidad como una Unidad de Gestión Clínica depende del esfuerzo y dedicación de todos los miembros; simultáneamente se constituye en una oportunidad para el logro del éxito y el reconocimiento mediante el posicionamiento como centro de excelencia en la atención de pacientes con obesidad mórbida en nuestro país.

10. ANEXOS

Anexo 1. PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA PACIENTES OBESOS

I. Exploración clínica

a. Examen clínico: Medición del índice de masa corporal (IMC) es el primer paso para determinar el nivel de distribución del tejido adiposo y establecer la condición nutricional del paciente. Permite monitorear a los pacientes a través del tiempo y conocer su evolución.

Medición de parámetros de laboratorio Iniciales:(si no se han realizado en los últimos 6 meses): Glicemia, colesterol total colesterol HDL, triglicéridos.

b. Evaluación Psicológica: Con el fin de detectar alteraciones en el estado de ánimo, adicciones (medicamentos, alcoholismo, tabaquismo y drogadicción) La depresión mayor y otras enfermedades del afecto pueden incidir directamente en la presentación de obesidad e indirectamente pueden afectar la adherencia a las intervenciones para el manejo de peso Algunos tratamientos farmacológicos para perder peso deben ser evitados en pacientes con tratamiento antidepresivo.

c. Evaluación por entrenador físico: Evaluación individual que incluye medidas antropométricas y elaboración de plan de acondicionamiento físico teniendo en cuenta la situación específica de cada paciente. Se requiere realizar seguimiento al cumplimiento de metas cada 2 meses de manera individual y en sesiones grupales de ejercicio.

d. Evaluación por Nutricionista Dietista: Establece la condición nutricional del paciente, genera un plan de dieta acorde con las necesidades

II. Intervenciones

A. Principios del tratamiento:

- El objetivo debe ser lograr una moderada disminución de peso de 5 a 10% del peso corporal en 6 meses.
- Para medir la evolución con manejo farmacológico se tiene como parámetro la pérdida del 3% del peso corporal en 3 meses.
- Evaluar la disposición y las barreras de cada paciente para la implementación de planes de hábitos de vida saludables para el manejo del control de peso

La evaluación debe incluir una completa historia clínica y examen físico, útiles para descartar causas secundarias de obesidad como:

- Síndromes relacionados
- Enfermedades endocrinas
- Obesidad relacionada con riesgos de salud y complicaciones.

Así mismo se debe evaluar la presencia de antecedentes o factores de riesgo como:

- Enfermedad coronaria o infarto agudo de miocardio
- Historia familiar de enfermedad cardiaca prematura
- Hipertensión Arterial
- Otras enfermedades secundarias a aterosclerosis
- Hipertrigliceridemia
- Elevación en LDL
- Disminución en HDL
- Alteración en la glicemia
- Diabetes tipo II
- Apnea del sueño
- Tabaquismo

B. Tipos de intervención

Intervenciones sobre el estilo de vida:

Enfocadas a disminuir la ingesta de calorías y aumentar el gasto energético a través de dietas balanceadas y programas de ejercicio. Desarrollo de estrategias educativas soporte e intervenciones físicas y de dieta para lograr la disminución de peso y el mantenimiento de hábitos.

Intervención Nutricional

Debe ser realizado por un profesional calificado, en conjunto con el paciente y su familia con el fin de que sea acorde con las necesidades individuales

Establecer regímenes para disminución de peso según los factores de riesgo propios de cada uno de los pacientes.

Elaborar planes de dieta en donde se disminuya la ingesta de calorías.

Intervención en Actividad Física:

Realización de programas personalizados de reducción de peso y mantenimiento del mismo. El profesional entrenado debe realizar valoración individual de los pacientes contemplando:

- Medidas Antropométricas
- Diseño de plan individual de ejercicios
- Sesiones grupales de ejercicio físico dirigido
- Debe realizarse 3 veces por semana por cada paciente. Se sugieren programas a largo plazo, con actividad física regular, asociada con el mantenimiento de peso o la reducción de manera gradual en pacientes obesos.
- La actividad física debe ser tolerada por el individuo, la duración debe incrementar de manera gradual, para maximizar los beneficios de la pérdida de peso. Inicialmente se recomienda una actividad física de 30 minutos/día de moderada intensidad, aumentando cuando sea propicio a 60 minutos/día como parte de un programa estructurado.

- La tolerancia al entrenamiento físico reduce el riesgo de morbilidad cardiovascular en mujeres post menopáusicas jóvenes y para adultos con incremento en el IMC.

Intervención Psicológica

El objetivo es descartar alteraciones en el estado de ánimo, adicciones y desordenes alimentarios y establecer intervenciones como:

- técnicas de modificación del comportamiento
- Terapia cognitiva
- Psicoterapia
- Actividades de enlace
- Consejería para realizar la dieta en todos los adultos con obesidad
- Manejo de síntomas depresivos secundarios a percepción de imagen corporal
- Apoyo en la continuidad de los planes de hábitos de vida saludable (dietas y ejercicio) para evitar deserción.
- Apoyo en periodo postquirúrgico
- Si es necesario el médico líder remitirá a Psiquiatría

Intervención Farmacológica:

Pacientes que han recibido tratamiento básico por 6 meses sin alcanzar los resultados esperados; se continúan las medidas del tratamiento básico y se adiciona tratamiento farmacológico:

- Esta indicado en pacientes con IMC ≥ 27 con comorbilidad.
- Se sugiere la adición de un agente farmacológico para algunos adultos que están en obesidad (IMC ≥ 35) y que no alcanzan o no logran mantener una pérdida de peso clínicamente importante con la terapia de dieta y ejercicio, presentan diabetes tipo 2 con alteración en los niveles de glicemia. (5- 10% del peso corporal en 6 meses)

- Deben ser considerados como soporte en el tratamiento de reducción y mantenimiento de peso cuando es adicionado al régimen dietético y de ejercicio.
- Se deben utilizar bajo estrictas indicaciones cuando no han dado resultado las intervenciones sobre el estilo de vida.
- El tiempo mínimo de tratamiento farmacológico estimado es de 6 meses con cualquiera de los agentes farmacológicos utilizados.
- Los pacientes deben ser informados acerca de la duración y efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos que en algunos casos puede ser hasta de varios años y que posterior a la terminación del tratamiento el peso tiende a aumentar nuevamente.
- Detener el tratamiento si no muestra una reducción significativa de peso en 3 meses (menos del 3% del peso inicial).

El medicamento aprobado para el manejo de la obesidad es el Orlistat :

- Es un inhibidor de la lipasa, actúa en el tracto digestivo impidiendo en parte la absorción de las grasas de la dieta. No se absorbe en el torrente sanguíneo.
- Debido al modo de acción del medicamento se presenta reducción en la concentración de las lipoproteínas de baja densidad (LDL) mayor a lo que se obtiene con la reducción de peso por sí solo.
- Es importante tener en cuenta al tomar este medicamento limitar la proporción de grasas en la dieta a no más de 30%.
- El paciente debe recibir asesoramiento dietético suficiente.
- Los efectos adversos comunes incluyen heces grasas o heces oleosas, urgencia fecal y manchas oleosas fecales en aproximadamente 1 de cada 10 pacientes.
- Dosis: Se toman 120 mg tres veces al día, antes de cada comida.

Intervención Quirúrgica

En los casos en que los pacientes no alcanzan las metas establecidas con los tratamientos básicos y/o farmacológicos en ausencia de contraindicaciones se consideran candidatos para intervención mediante cirugía bariátrica. Deben cumplir con todos los siguientes criterios:

- Paciente cooperador y adherido al programa.
- Historia clínica de al menos cinco años de obesidad.
- Edad entre 18 y 60 años
- IMC ≥ 40 o ≥ 35 (este último asociado a una comorbilidad severa)
- Paciente que al cabo de 9 meses no logra disminuir entre 5–10% de peso corporal y haya cumplido con:
 - ✓ 6 meses mínimo de manejo con cambios en los estilos de vida de dieta y ejercicio
 - ✓ 3 meses mínimo con manejo farmacológico (según indicaciones)
 - ✓ Adherencia a la totalidad de actividades de la clínica de obesidad
 - ✓ Pacientes que no presentan adicciones como abuso de drogas o alcohol.
 - ✓ Aceptable riesgo quirúrgico.
 - ✓ Información completa y veraz inherente al procedimiento y buena disposición para el seguimiento postoperatorio. (Consentimiento informado).

Contraindicaciones de la cirugía bariátrica:

- Falta de adherencia al manejo
- Condiciones de salud críticas
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas
- Alcoholismo y/o drogadicción.

Los Exámenes paraclínicos requeridos para la evaluación pre-quirúrgica son:

- Cuadro Hemático

- Parcial de orina
- Glicemia pre y postprandial 2 horas
- Creatinina
- Bilirrubina total y directa
- AST
- ALT
- Fosfatasa alcalina
- Colesterol total
- Colesterol HDL
- Triglicéridos
- TSH
- Electrolitos séricos (Sodio, potasio)
- Prueba de embarazo
- Espirometría
- Ecografía hepatobiliar
- Endoscopia de vías digestivas altas

Valoraciones Médicas requeridas:

- Cirugía
- Nutrición
- Psicología
- Entrenador Físico

Seguimiento y Control

- Medición del índice de masa Corporal IMC (peso en Kilogramos y talla en metros) en todos los adultos en cada consulta.
- Para clínicos:
 - ✓ Glicemia (cada 6 meses o si el paciente requiere con mayor frecuencia)

- ✓ Perfil lipídico completo (cada 6 meses)
- ✓ Colesterol Total
- ✓ Triglicéridos
- ✓ Colesterol HDL
- Monitoreo a largo plazo en manejo de peso:
 - ✓ Disminución de peso a través del tiempo : observar si cumple metas de disminución de 5 a 10% de peso en 6 meses
 - ✓ Disminución de sintomatología causada por el exceso de peso
 - ✓ Mejoría en los valores de laboratorio (Glucosa y perfil lipídico)

Consideraciones postoperatorias para la cirugía de obesidad:

El peristaltismo se suele reiniciar a las 48-72h tras la intervención, iniciándose en ese momento la dieta líquida (agua e infusiones sin azúcar). Una vez comprobada la tolerancia a los líquidos, se iniciará la dieta hospitalaria durante 24-48 horas. El paciente mantendrá la dieta hasta la primera consulta externa (aproximadamente al mes del alta) momento en el cual, se realizará control analítico pruebas de función hepática, creatinina, perfil lipídico, albúmina y hemograma.

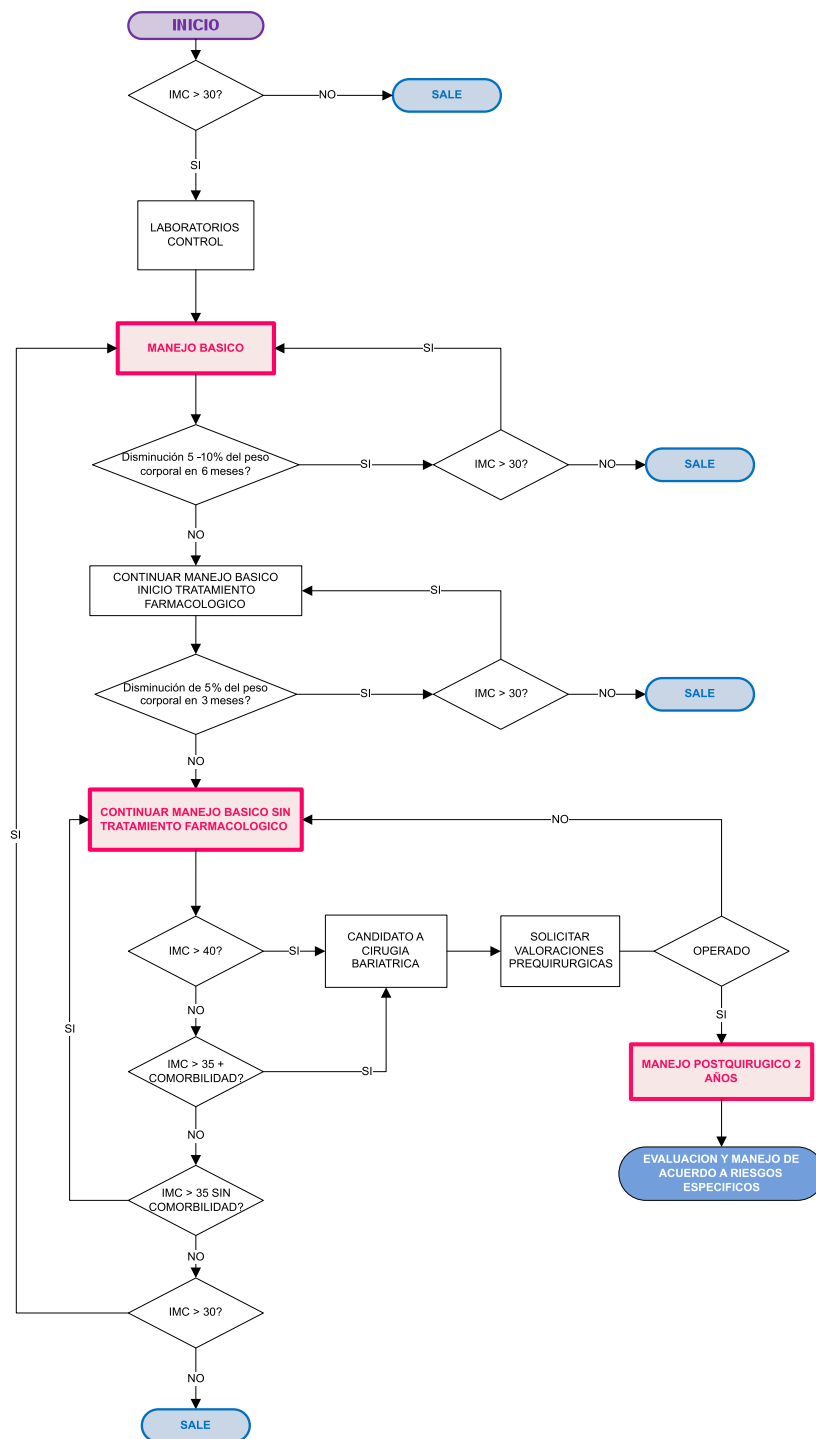
Desde el primer mes, se prescriben suplementos vitamínicos y minerales, recomendándose posteriormente una dieta rica en proteínas (mínimo 90 gramos/día) y pobre en grasas y azúcares.

Otras recomendaciones generales son:

- Se evitará ingerir grandes cantidades de comida.
- Si aparece sensación de plenitud, esperar al menos 1 hora antes de la próxima ingesta.
- Evitar los alimentos ricos en grasa por las dificultades para su absorción.
- No consumir dulces
- Durante el primer mes, los alimentos deben ser de consistencia semi-sólida.

- Masticar bien y lentamente. Cada toma de alimentos debe durar entre 15-20 minutos.
- Si vomita, debe esperar 1 hora antes de tomar algún alimento.
- Evitar bebidas con gas y beber durante la comida.
- Discutir la dieta con nutricionista antes y después de la cirugía bariátrica, puede prepararlo para hacer elecciones saludables e informadas en relación con los alimentos.

Anexo 2: Flujoograma de atención



MANEJO BASICO
 1. Valoración Psicológica
 2. Valoración Nutricional
 3. Valoración de Acondicionamiento Físico
 4. Detección, manejo y direccionamiento de riesgos

11. BIBLIOGRAFIA

ARGENTINA. Centro de Cirugía Rosario Argentina. Información sobre cirugía bariátrica [datos en línea]. [Consultado el 10 de Agosto de 2010]. Disponible en <<http://www.centrodecirugia.com/program.php?name=Secciones&sop=viewarticle&artid=13&secid=3>>.

COLOMBIA. Universidad Nacional de Colombia. [Dirección Nacional de Servicios Académicos Virtuales]. [Consultado el 10 de Agosto de 2010]. Disponible en: <www.virtual.unal.edu.co/cursos/economicas/2008551/lecciones/cap1-4-2.htm>

GOBIERNO DE CHILE. Hacia un nuevo modelo de gestión en salud. Ministerio de Salud, 2002. 21p

COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano. 2010.36p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Obesidad y sobrepeso. [Centro de Prensa] [Nota descriptiva N° 311]. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BMI Clasification. [Global Database on Bodymass Index] [Consultado el 25 de Septiembre de 2010]. Disponible en: < http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html>.

DIEZ DEL VAL, Ismael. Cirugía de la obesidad mórbida: medicina basada en la evidencia. Cirugía Española. 2003; 74(4):185-92.

GÜNTHER S, Bruno. Etimología y Fonética Neohelénica del vocabulario médico: Autoaprendizaje mediante la práctica Diccionario Griego-Español según la ortografía monotónica de 1982. Rev. Méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Dic. [Consultado el 25 de >Septiembre de 2010]; 131(12): 1475-1514. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003498872003001200019&lng=es

Campillo Soto A. "Proceso obesidad mórbida: elaboración, implantación, resultados a medio plazo y autoevaluación de la gestión integral de un programa de cirugía bariátrica en un distrito de la Región de Murcia mediante el modelo EFQM". Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios .Vol. 10 - Número 2. 49 p. Junio 2009.

AMERICAN SOCIETY FOR METABOLIC AND BARIATRIC SURGERY. [Consultado el 20 de Diciembre de 2010]. Disponible en :<http://www.aspbs.org/Newsite07/aboutaspbs/aspbs_mission.htm>.

SURGICAL REVIEW CORPORATION. ASMBS BSCOE Overview .[Consultado el 20 de Diciembre de 2010] Disponible en:<<http://www.surgicalreview.org/COEPrograms/ASMBS/overview.aspx>>.

HAMILTON HEALTH. Bariatric Surgery Center of Excellence. [Información en línea]. [Consultado el 20 de Diciembre de 2010]. Disponible en: <http://www.hamiltonhealth.com/center-of-excellence>

ATLANTA MEDICAL CENTER. Medical Milestone: 5,000 Bariatric Surgeries for Atlanta Medical Center. [Información en línea]. [Consultado 20 de Diciembre de

2010]. Disponible en: <<http://www.atlantamedcenter.com/en-us/aboutus/hospitalnews/newsandarticles/pages/bariatricsurgeries5000.asp>>

LORENZO Porto. José Antonio. La gestión clínica: el difícil cambio de la virtualidad a la realidad. Rev. Adm. Sanit 2003: 1(4): 593-599

ORTEGA, Moreno. A. Gestión Clínica, unidades de gestión clínica, acuerdos de gestión. EN: Rev. Neurología, 2003 (18 Suplem 4): 64-69

ISO. Orientación acerca del enfoque basado en procesos para los sistemas de gestión de la calidad. Documento ISO/TC 176/SC 2/N. Mayo 2001. Disponible en:

http://www.iram.org.ar/Documentos/Certificacion/Sistemas/ISO9000_2000/procesos.pdf

GARCIA Manuel, QUISPE Carlos, PAEZ Luis. Mejora continua de la calidad en los procesos. Vol (6), 1: pag: 91.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of obesity. February 2010.

PIMENTEL VILLALAZ, Luis. Introducción al concepto de la planificación estratégica. Planificación Estratégica. 1999. 1-2p.

FALCON TOMAYCONZA. Helver. Historia de la obesidad en el mundo. [Monografías virtuales]. [Consultado el 15 de Septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad.shtml>

NIETO-ENCISO, Luis Hernando. Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia. Rev. salud pública. 7 (3):293-304, 2005

LEZAMA, Josefina Medina *; Dr. Oscar L. Morey Vargas*; et al. Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad en la Población Adulta de Arequipa Metropolitana: Resultados del Estudio Prevención. Revista Peruana de Cardiología Vol. XXXII N° 3

REVISTA DINERO. Obesidad. 4 Diciembre 2006. [Consultado 18 de Octubre de 2010]. Disponible en <http://www.dinero.com/edicion-impres/caratula/obesidad_25052.aspx>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. BMI Adults % obese. [Global Database on Body Mass Index] [Consultado el 15 de Agosto de 2010] Disponible en: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>

DELBONO, Mercedes et Al. Manual práctico de obesidad en el adulto atención primaria. Uruguay -2009. 12p.

CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 de 2009. Diario Oficial No. 47.502 de 14 de octubre de 2009. [Consultada el 10 de septiembre de 2010]. Disponible en http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2009/ley_1355_2009.html

SILVESTRI Eliana et Al. Aspectos psicológicos de la obesidad. Córdoba. 2005 .2p. [Consultado el 25 de Agosto de 2010]. Disponible en <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

GOMIS, Barbará. Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev. Medicina universal de Navarra/vol. 48, n°2,2004. 63 – 65. [Consultado el 25 de Agosto de 2010]. Disponible en: <www.unav.es/revistamedicina/48_2/gomis.pdf>

TORREGOSA ALMONACID, Lilian. Cirugía Bariátrica una alternativa en el tratamiento de la obesidad mórbida.[Consultado el 27 de Agosto de 2010]. Disponible en <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v44n3/0026%20cirugia.pdf>

PATIÑO, José Félix. Fundación Santa Fe de Bogotá. Cirugía Bariátrica. Revista de Cirugía Asociación Colombiana de Cirugía.cir;18(1):28-50. 2003.[Base de datos en línea]. [Consultado el 27 de Octubre de 2010]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=334978&indexSearch=ID>

COMUNIDAD DE ANDALUCIA. Acuerdo de Gestión Clínica 2005 – 2008. Pag.4. [Consultado el 16 de Septiembre de 2010]. Disponible en <<https://www.carloshaya.net/portal/files/acuerdogc2006.pdf>>

MICHIGAN QUALITY IMPROVEMENT CONSORTIUM. Management of overweight and obesity in the adult. 2007 Mar. 1 p.

CMAJ. Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children. CMAJ 2007;176(8 suppl):Online-1–117

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Guía de Practica clínica. Tratamiento quirúrgico del paciente con obesidad Mórbida. Mexico. 2009

Expert Panel In weight loss surgery. Commonwealth of Massachussets. December 12/2007.

NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR PRIMARY CARE. Obesity: the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. London (UK): National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006 Dec. 2590 p.

Finnish Medical Society Duodecim. Treatment of obesity. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2007 Nov 5.

Food and drug administration FDA. Early Communication about an Ongoing Safety Review of Sibutramine, Marketed as Meridia. Follow-Up to the November 2009.

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Bariatric surgery and pregnancy. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2009 Jun. 9 p.

MESA C. Plan de cuidados estandarizado en cirugía bariátrica. Nure Investigación, N° 20, Enero-Febrero 2006

Michigan Quality Improvement Consortium. Management of overweight and obesity in the adult. Southfield (MI): Michigan Quality Improvement Consortium; 2007 Mar

DANIELS SR, et Al Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. Circulation 2005 Apr 19;111(15):1999-2012

Finnish Medical Society Duodecim. Treatment of obesity. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine [Internet]. Helsinki, Finland: Wiley Interscience. John Wiley & Sons; 2007 Nov 5

Canadian Diabetes Association. 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. September 2008 | Volume 32 |Supplement 1