



GUIA DE MANEJO SOBREPESO Y OBESIDAD

1. OBJETIVO

Ofrecer recomendaciones basadas en la evidencia para la prevención y manejo del sobrepeso y la obesidad en niños, adolescentes y adultos, que sirvan de herramienta para la toma de decisiones por parte de los profesionales involucrados y sus pacientes en el abordaje integral de esta condición.

2. ALCANCE

La presente guía de práctica clínica aborda la prevención, el diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en la comunidad universitaria.

3. RESPONSABLE

Los responsables garantizar la adecuada implementación y ejecución de esta guía es el líder del proceso de nutrición y los médicos generales que prestan sus servicios en el área de bienestar universitario de la Universidad del Magdalena.

4. GENERALIDADES

4.1 Niveles de evidencia (1)

La Candian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC), fue elaborada por la Public Health Agency of Canada (PHAC) para desarrollar guías de prácticas clínicas que respaldasen las acciones de salud preventiva.

En sus inicios, este grupo hizo énfasis en el tipo de diseño utilizado y la calidad de los estudios publicados basándose en los siguientes elementos: Un orden para los GR establecidas por letras del abecedario donde las letras A y B indican que existe evidencia para ejercer una acción (se recomiendan hacer); D y E indican que no deben llevarse a cabo maniobras o acción determinada (se recomienda no hacer); la letra C, indica que la evidencia es “contradictoria” y la letra I, insuficiencia en calidad y cantidad de evidencia disponible para establecer una recomendación (Figura 1). Y, NE clasificados según el diseño de los estudios I a III, disminuyendo en calidad según se acrecienta numéricamente, para los cual son clasificados según validez interna o calidad metodológica del estudio (Figura 2 y 3).

Grados de recomendación	Interpretación
A	Existe buena evidencia para recomendar la intervención clínica de prevención.
B	Existe evidencia moderada para recomendar la intervención clínica de prevención.
C	La evidencia disponible es contradictoria y no permite hacer recomendaciones a favor o en contra de la intervención clínica preventiva; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.
D	Existe evidencia moderada para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
E	Existe buena evidencia para NO recomendar la intervención clínica de prevención.
I	Existe evidencia insuficiente (cualitativa y cuantitativamente) para hacer una recomendación; sin embargo, otros factores podrían influenciar en la decisión.

Figura 1. Grados de recomendación para las intervenciones de prevención (CTFPHC)

Niveles de Evidencia	Interpretación
I	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos CON asignación aleatoria.
II-1	Evidencia existente surge a partir de ensayos clínicos SIN asignación aleatoria.
II-2	Evidencia existente surge a partir de estudios de cohortes, y de casos y controles, idealmente realizados
II-3	Evidencia existente surge a partir de comparaciones en el tiempo o entre distintos centros, con o sin intervención; podrían incluirse resultados provenientes de estudios SIN asignación aleatoria.
III	Evidencia existente surge a partir de la opinión de expertos, basados en la experiencia clínica; estudios descriptivos o informe de comités expertos.

Figura 2. Niveles de evidencia e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones (CTFPHC)

Grados de recomendación	Interpretación
Buena	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que cumple los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Moderada	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que no cumple (o no está claro que cumpla) al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado, aunque no tenga defectos metodológicos graves. los criterios específicos de un estudio bien diseñado.
Insuficiente	Un estudio (incluido Revisión Sistemática y meta-análisis) que tiene un diseño al menos un defecto metodológico grave, o que no cumple (o no está claro que cumpla) , al menos uno de los criterios específicos de un estudio bien diseñado. O, que no tenga defectos metodológicos graves, pero que acumule defectos menores que hagan que los resultados del estudio no permitan plantear recomendaciones.

Figura 3. Validez interna e interpretación de los tipos de estudio para intervenciones de prevención (CTFPHC).

4.2 Definición

La obesidad es una enfermedad crónica que puede ser determinada por diversos métodos, entre ellos el más conocido es el Índice de masa corporal (IMC) (2). Hoy en día se afirma que la obesidad es una enfermedad, originada en una gran diversidad de factores que incluyen aspectos genéticos, sedentarismo, sobrealimentación, alteraciones de apetito y saciedad, malos hábitos alimentarios y otros diversos factores endocrinos, neurológicos, psicológicos y fisiológicos. En otro nivel se encuentran las estrategias y prácticas de mercadeo de alimentos, que incluyen grandes porciones a bajo costo, acceso a máquinas dispensadoras de alimentos con un bajo nivel nutricional y el mayor tiempo dedicado a actividades sedentarias (ver televisión y jugar videojuegos) (3).

De otra parte y con un enfoque más amplio, se ha planteado que la obesidad es producto de la interacción de determinantes estructurales e intermedios, tales como la cultura, la economía, el acceso a la educación en salud y la política entre otros. Asimismo, deben destacarse aspectos proximales al individuo como la genética, los hábitos alimentarios, el sedentarismo, la existencia de patologías asociadas.

La importancia central de la obesidad radica en su relación con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, proyectadas como las responsables del 73% de la mortalidad y 60% de la morbilidad a nivel mundial en el año 2020 (4).

En Colombia las enfermedades crónicas son responsables del 75% de la mortalidad (3), genera un alto costo al sistema, puesto que pueden ser responsables de hasta el 36% de los costos totales de una institución de salud; sin embargo, 80% de estas enfermedades son consideradas prevenibles y se encuentran fuertemente asociadas con estados de obesidad. Específicamente con respecto a la enfermedad cardiovascular, que guarda una relación estrecha con la obesidad, se ha documentado que las muertes en este tipo de patologías se han triplicado en los últimos 25 años, con el consiguiente impacto social y económica (3). Un escenario similar se evidencia para la diabetes mellitus tipo 2, con elevado costo social y económico y con alto potencial de ser intervenido, puesto que se sabe que el 90% de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es atribuible al exceso de peso.

Las medidas de prevención deben mirarse para el contexto individual y colectivo. En el ámbito personal y en el contexto clínico, el sistema de salud debe disponer de grupos interdisciplinarios para ofrecer un manejo integral de la obesidad, incluyendo los aspectos preventivos. De otra parte, frente a la población se deben trabajar medidas de promoción de la salud creando ambientes “saludables” y seguros para practicar actividad física, se deben promover estrategias que faciliten el acceso al consumo de frutas y verduras, y se deben planear políticas que generen un cambio estructural.

En cuanto al tratamiento, las estrategias que logran mayor impacto son aquellas que incluyen manejo interdisciplinario, abarcando todas las perspectivas del problema. Las intervenciones primordiales por el tratamiento de la obesidad incluyen tratamiento nutricional, psicológico, prescripción de actividad física, participación de trabajo social y ocupacional. En la intervención médica se incluye la valoración de posibles causas secundarias, la prescripción de intervenciones dietarias, la prescripción de actividad física, la educación en hábitos de vida saludables, y si es necesario la prescripción de medicamentos, la cirugía bariátrica cuando las condiciones de salud y el IMC del individuo así lo ameriten (2) (5).

5 ETIOLOGÍA (6)

La obesidad se define como un exceso de grasa corporal debido a un balance positivo en la ecuación energética bien por una ingesta excesiva, bien por un descenso en el gasto energético, o desequilibrios en ambos factores. La obesidad se asocia con diferentes condiciones fisiopatológicas (diabetes, hipercolesterolemia...), conlleva un alto costo económico y posee gran relevancia en salud pública. Además, la creciente tasa de obesidad en los últimos años sugiere que influencias culturales y sociales, pueden intervenir en el ajuste de la ecuación energética junto con determinantes genéticos y fisiopatológicos. Así, se estima que entre el 40-70% de la variación en los fenotipos relacionados con la obesidad es hereditario, mientras que las influencias ambientales podrían explicar cerca del 30% de los casos de obesidad. El proceso de modernización y reestructuración socioeconómica en países desarrollados y en vías de desarrollo ha modificado los modelos nutricionales y de actividad física. Los sistemas de alimentación han mejorado la disponibilidad de alimentos de alta densidad energética, mientras que los estilos de vida sedentarios están extendiéndose constantemente. Por otra parte, estudios transversales han mostrado una fuerte asociación entre los hábitos dietéticos y la inactividad física con las situaciones de sobrepeso y obesidad. Además, estudios prospectivos han suministrado evidencias complementarias, sugiriendo que el ejercicio físico puede contribuir a prevenir las situaciones de sobrepeso y obesidad.

La alta precisión de la regulación del peso corporal se alcanza con un conjunto de sistemas integrados, que ajustan el balance energético (ingesta y gasto). La consecuencia fisiológica de esta compleja maquinaria homeostática es minimizar ganancias o pérdidas de peso, lo cual constituye una ventaja para la evolución humana, en períodos de hambruna, supervivencia o de abundancia. En este contexto, tres factores parecen participar específicamente en el mantenimiento de la constancia del peso corporal: utilización metabólica de los nutrientes, hábitos dietéticos y actividad física. Los genes que, a su vez pueden influenciar el gasto energético, el metabolismo de sustratos y el apetito. Las interacciones entre genotipo y ambiente se ponen de manifiesto cuando la respuesta de un fenotipo (masa grasa) a cambios ambientales depende del genotipo del individuo.

6 EPIDEMIOLOGÍA DE LA OBESIDAD Y SOBREPESO (7)

Se considera que esta enfermedad tiene características epidémicas, con aumento sostenido en los últimos años, particularmente en los países tecnológicamente desarrollados. Sin embargo, en los países en vía de desarrollo la facilidad de conseguir alimentos hipercalóricos y la cultura del sedentarismo han incrementado el problema de la obesidad no solo en los grupos económicamente favorecidos, sino en los menos favorecidos.

Hasta la fecha se piensa que 2,6 billones de personas en todo el mundo tienen sobrepeso y más de 300 millones de personas son obesos. Para el 2030 se calculan 1.12 billones de obesos.

E Latinoamérica se estima que según las cifras obtenidas del NHANES III (National Health and Nutrition Examination Survey III), un 20% de los hombres y un 25% de las mujeres adultas presentaban obesidad en la década de los noventa, incrementándose su prevalencia a mayor edad (60-69 años).

En Colombia en la encuesta nacional de la situación nutricional (ENSIN) muestran un exceso de peso en adultos del 56,5%; en los hombres 52,8% y en las mujeres 59,6%. Tanto el sobrepeso como la obesidad son más prevalentes en las mujeres que en los hombres (33% frente al 31,1% en sobrepeso) (16,6% frente a 8,8% en obesidad). En adolescentes de 10 a 17 años se presentan en un 10% de exceso de peso con prevalencia en la zona urbana que en la rural (11,6% frente a 7,2%), y se presenta más en niñas que en niños (12% frente a 8,1). En general se estima que el 32,3% de la población en nuestro país tiene sobrepeso y 13,7% tiene obesidad. Adicionalmente la encuesta nacional de salud encontró que un 32,21% de los colombianos tiene sobrepeso y el 13,71% tiene obesidad (8).

7 DIAGNÓSTICO (9)

Se deben realizar los siguientes exámenes y pruebas:

- *Antecedentes médicos:* Se debe revisar el historial de peso, los antecedentes de anteriores tratamientos para bajar, hábitos de actividad física y ejercicio, patrones de alimentación y control del apetito, otras patologías tratadas y los medicamentos prescritos, los niveles de estrés y otros aspectos relacionados con la salud. También se deben revisar los antecedentes familiares de obesidad, edad de inicio, períodos de

máximo incremento, períodos precipitantes, excluir causas secundarias o relacionadas al uso de fármacos. Dentro de las comorbilidades asociadas a la obesidad y sobrepeso se encuentran: Diabetes Mellitus Tipo 2, litiasis vesicular, hígado graso, dislipidemia, síndrome metabólico, apnea del sueño, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda, hipertensión, osteoartritis, cáncer (mama, de endometrio, colorrectal, hepático, próstata, vesícula), alteraciones hormonales reproductivas, alteraciones en la fertilidad (anovulación, disminución de niveles de testosterona), dolor lumbar aumento de riesgo anestésico. Se debe preguntar sobre los hábitos tóxicos: alcohol, drogas y consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente en la historia clínica.

- *Examen físico general:* Se debe medir la estatura, verificar signos vitales como frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura.
- *Calcular el IMC:* Se revisará el índice de masa corporal (IMC: peso en kilogramos dividido la altura en metros al cuadrado), los riesgos asociados al aumento del IMC son continuos y graduales y comienzan por encima de 25Kg/m². Específicamente para el diagnóstico de obesidad: 98-99%. El valor predictivo positivo (VPP) del IMC es del 97% en el primer nivel de atención. La sensibilidad es baja para sobrepeso y el valor predictivo negativo (VPN) es del 68% con lo que se podría clasificar erróneamente algunos casos.

Tabla 1. Clasificación por IMC

Clasificación	IMC Kg/m ²
Delgadez	< 18,5
Normo peso	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad GI	30 – 34.9
Obesidad GII	35 – 39.9
Obesidad GIII	>40

- *Medición de la circunferencia de la cintura:* es un excelente indicador de la grasa total como el IMC y a su vez es el mejor predictor antropométrico de grasa visceral. Cuando el IMC es mayor a 35 el perímetro de la cintura no mejora la estimación.

Tabla 2. Clasificación del riesgo según IMC y CC

Clasificación	IMC Kg/m ²	Hombre CC 94-102 cm	Hombre CC > 102 cm
		Mujeres CC 80-88 cm	Mujeres CC >88 cm
Normo peso	18.5 – 24.9	Normal	Normal
Sobrepeso	25 – 29.9	Incrementado	Alto
Obesidad GI	30 – 34.9	Alto	Muy alto
Obesidad GII	35 – 39.9	Muy alto	Muy alto
Obesidad GIII	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Se sugiere utilizar la medición de la circunferencia de cintura (CC) en todos los adultos, en vez del índice cintura cadera, ya que éste aumenta la complejidad y no mejora significativamente la estimación de adiposidad. El aumento del IMC y de la CC por si solos no son suficientes para identificar personas adultas con alto riesgo cardiovascular. Se sugiere estimar el riesgo asociado con estudios complementarios y toma de presión arterial.

- El equipo de manejo del paciente con sobrepeso y obesidad puede estar conformado por distintos profesionales de la salud: enfermeras, médicos generales y/o especialistas, nutricionistas, psicólogos, profesionales del ejercicio (kinesiólogo, profesor de educación física) con el fin de facilitar las herramientas para el cambio y lograr los objetivos.

8 TRATAMIENTO (9)

Se recomienda la asociación de estrategias que incluyan plan alimentario más ejercicio físico para el tratamiento de personas adultas con obesidad porque son eficaces para el descenso de peso. La dieta asociada con ejercicio es más eficaz que el ejercicio y la dieta aislados. La pérdida de peso reportada varía entre 1.1 kg a 6.7 kg, según los estudios. El incremento de la intensidad del ejercicio aumenta la pérdida de peso (1.5 kg). Existe una relación directa dosis-respuesta entre la intensidad del ejercicio y la pérdida de peso.

Se sugiere adaptar la prescripción del plan alimentario a los gustos y preferencias de la persona con obesidad y sobrepeso. La adherencia demostró ser uno de los factores más importantes para el descenso de peso y sostén en el tiempo.

Al individualizar el plan alimentario, se sugiere proponer metas terapéuticas reales y sostenibles. Tener en cuenta: evaluación clínica, antropométrica y nutricional; presencia de

comorbilidades asociadas (físicas y psíquicas); descartar trastornos de la conducta alimentaria. Grado e historia del peso, gustos y preferencia por la comida, posibilidades, horarios y actividades de la vida diaria. Jerarquizar adherencias a un plan de actividad física sostenible.

Dieta: La alimentación equilibrada es importante para la pérdida de peso y el mantenimiento.

Las estrategias incluyen:

- Comer porciones pequeñas y evitar o elegir con criterio las colaciones.
- Reemplazar los azúcares refinados y los alimentos procesados por frutas y verduras.
- Reemplazar los zumos o refrescos por agua.
- Limitar el consumo de alcohol a niveles moderados.
- Incluir productos lácteos sin grasa o con bajo contenido de grasa, que son parte de una dieta saludable y ayudan a proporcionar una cantidad adecuada de vitamina D.
- Actividad física: el ejercicio aumenta el gasto energético, el metabolismo basal y la termogénesis inducida por la dieta. También parece regular el apetito para ajustarse mejor a las necesidades calóricas. Otros beneficios asociados a la actividad física incluyen: aumento de la sensibilidad a la insulina, mejoría del perfil lipídico, tensión arterial, mejoría del estado físico, mejoría del estado psicológico, disminución del cáncer de mama y colon y aumento de la expectativa de vida.

Se sugiere referenciar al médico especialista, las personas con obesidad y/o sobrepeso que presentan las siguientes situaciones:

- ✓ Respuesta no esperada a la propuesta terapéutica.
- ✓ Causas de obesidad secundaria: genética, medicamentosa por tratamiento de otras patologías u otras enfermedades endocrino-metabólicas.
- ✓ Enfermedades complejas y/o necesidades que no pueden ser manejados en el primer nivel de atención.
- ✓ Necesidad de tratamiento quirúrgico.
- ✓ Trastornos de la conducta alimentaria.

➤ *Intervención Psicológica:* Se recomienda el abordaje conductual asociado a un plan alimentario y a ejercicio físico sostenido en el tiempo para lograr una mayor pérdida de

peso como parte del tratamiento a las personas con obesidad. La realización de estas estrategias de manera conjunta demuestra que la persona logra una mayor pérdida de peso. Además, se logra mejorar: los valores de colesterol total (CT), colesterol LDL y Triglicéridos (TG), las cifras de presión arterial sistólica y diastólica, disminuye la incidencia de diabetes.

- *Efectividad del tratamiento farmacológico* (10): su indicación está recomendada en los pacientes con obesidad ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) o con sobrepeso ($\text{IMC} \geq 27 \text{ kg/m}^2$) en presencia de al menos una comorbilidad mayor (HTA, diabetes Mellitus Tipo II, Enfermedad cardiovascular...etc.), la tipología de pacientes que pueden beneficiarse del tratamiento farmacológico incluye aquellos que tienen dificultad de mantener una intervención del estilo de vida o que han realizado numerosos intentos de pérdida de peso sin éxito; pacientes que no llegan a alcanzar una pérdida de peso suficiente a pesar de realizar correctamente la intervención del estilo de vida o bien las personas incapaces de realizar estas modificaciones conductuales por dificultades relacionadas con enfermedades crónicas.

Los fármacos indicados para el tratamiento de la obesidad tienen un mecanismo de acción central, actuando en centros hipotalámicos relacionados con el apetito (acción anorexígena) o bien en acciones periféricas, retrasando el vaciamiento gástrico o interfiriendo en la absorción de las grasas. A continuación, revisaremos cada uno de los fármacos aprobados y comercializados:

- a. *Orlistat*: es un derivado sintético de la lipostatina, procedente del hongo *streptomyces toxytricinic*, inhibe las lipasas gástricas y pancreáticas que impide la hidrólisis de las grasas a nivel gastrointestinal en una proporción del 30%.
- b. *Combinación bupropión-naltrexona*: el bupropión es un inhibidor de la recaptación de los neurotransmisores dopamina y noradrenalina implicados en la regulación del apetito (acción anorexígena) y en los circuitos de recompensa hedónica (comida, alcohol, drogas), como la acción inhibitoria del apetito es transitoria debido a un mecanismo de autorregulación mediado por una endorfina, la asociación con naltrexona permite bloquear este opioide y mantener así la acción anorexígena del bupropión de manera prolongada.
- c. *Liraglutida 3,0 mg*: es un análogo de la incretina GLP-1 (glucagon like peptide-1) que se libera en las células L intestinales tras la ingesta de alimentos. Su acción incretínica es la más conocida, siendo un fármaco de uso habitual en el tratamiento

de la diabetes mellitus tipo 2 (a dosis de 1,2 a 1,8 mg/día, por vía subcutánea). Ejerce una acción anorexígena a nivel del hipotálamo, actuando sobre las vías de las melanocortinas (pro-opio-melanocortina) e inhibiendo las neuronas orexígenas (neuropéptido Y). Al mismo tiempo produce un enlentecimiento moderado del vaciamiento gástrico que contribuye a implementar la sensación de plenitud y saciedad tras la ingesta. Es la primera elección en el tratamiento de la obesidad.

- d. *Lorcaserina y fentermina-topiramato*: la lorcaserina es un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina a nivel de los receptores 5HT_{2c}, evitando posibles acciones sobre las válvulas cardíacas, ejerce acción anorexígena actuando sobre las neuronas de las vías melanocortinas. La combinación con fentermina-topiramato tienen una acción anorexígena al actuar sobre los receptores del GABA y glutamato.

- *Tratamiento Quirúrgico*: se recomienda a personas con IMC ≥ 40 kg/m² que no han obtenido respuesta esperada al tratamiento convencional, la cirugía bariátrica como opción terapéutica. Ésta demostró efectividad para sostener el descenso del exceso de peso a corto y largo plazo, mejora la HTA, mejoría o remisión de la DMT2 y reducción de la mortalidad global y cardiovascular.

Dentro del término cirugía bariátrica, se referencian las siguientes técnicas: banda gástrica ajustable, manga gástrica o gastroplastía vertical, By Pass gástrico en Y de Roux, que es la más utilizada a nivel mundial.

9 PRONÓSTICO

Si no se trata a tiempo, la obesidad tiende a progresar. La probabilidad y la gravedad de las complicaciones son proporcionales a: (a) la cantidad absoluta de grasa, (b) distribución de la grasa y (c) masa muscular absoluta. Después de perder peso, la mayoría de las personas recuperan el que tenían antes del tratamiento en un lapso de cinco (5) años y, por ende, la obesidad requiere de un programa de tratamiento de por vida, similar al de cualquier enfermedad crónica.

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Mangterola C aLCOT. Revista Chilena de Infectología. [Online].; 2014 [cited 2022 Abril 07. Available from: .
2. Wang BC WEACRHHFDADea. Cost-effectiveness of bariatric surgical procedures for the treatment of severe obesity. Eur J Health Econ. 2014; 15(3): p. 253-263.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Practica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de sobrepeso y la obesidad en adultos. [Online].; 2016 [cited 2022 Abril 07. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/gpc-completa-sobrepeso-obesidad-adultos.pdf>.
4. Iannazzo S ZOPL. Economic evaluation of treatment with orlistat in italian obese patients. Current Medical Research and Opinion. 2008; 24(1): p. 63-74.
5. Angrisani L CPFNGNSAVG. Long-term outcomes of laparoscopic adjustable silicone gastric banding (LAGB) in moderately obese patients with and without co-morbidities. Obesity Surgery. 2013; 23(7): p. 897-902.
6. Martínez JA MMLIMA. Causas de Obesidad. ANALES Sis San Navarra. 2002; 25(1): p. 17-27.
7. Guías Colombianas para el manejo científico de la obesidad y el sobrepeso. FUNCOBES. [Online]. [cited 2022 Abril 11. Available from: http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/Obesidad_GuiasColombianasParaManejoCientificoObesidad_FUNCOBES.pdf.
8. ICBF y Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de la situacional nutricional. [Online].; 2015 [cited 2022 Abril 11. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ensin-colombia-2018.pdf>.
9. Ministerio de Salud de Argentina. Guía de práctica clínica nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad. [Online].; 2013 [cited 2022 Abril 18. Available from: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento3.pdf>.
10. Rubio MA ea. Tratamiento farmacológico de la obesidad para médicos de Atención Primaria. SEMERGEN. Medicina de Familia. 2019 Noviembre-Diciembre45; 45(8): p. 559-565.

REGISTRO DE MODIFICACIONES

Versión	Fecha	Ítem modificado	Descripción
01	27/07/2020	Objetivo	Se ajusta la redacción del objetivo
		Alcance	Se ajusta delimitando al contenido de la guía
		Generalidades	Se incluyen los niveles de evidencia y agregan datos relevantes relacionados con el sobrepeso y obesidad.
		Contenido de la guía	Se actualiza el contenido basándose en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Elaboró	Revisó	Aprobó
Comité de calidad Servicios de Salud Unimagdalena 1/06/2022	Yineth Pérez Torres Responsable Mejora Continua Sistema de Gestión COGUI+ Grupo de Gestión de la Calidad 9/06/2022	Jesús Suescún Arregocés Director Bienestar Universitario responsable de Bienestar Universitario 13/06/2022