



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN,  
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución Nº15 del 31 de octubre de 2012

**Facultad de Ciencias de la Salud  
Maestría en Gerencia de Servicios de Salud**

**TÍTULO**

**Comportamiento de la Obesidad en el Centro de  
Salud Virgilio Moreno en el período 2014-2015.**

**Presentado como requisito para optar al grado de  
Magister en Gerencia en Servicios de Salud**

**Autor**

**Licdo. Eradio E. Rodríguez Hernández**

**Santiago, agosto, 2017**



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN,  
CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

Decreto Ejecutivo 575 del 21 de julio de 2004

Acreditada mediante Resolución N°15 del 31 de octubre de 2012

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Maestría en Gerencia en Servicios de Salud**

**TÍTULO**

**Comportamiento de la Obesidad en el Centro de  
Salud Virgilio Moreno en el período 2014-2015.**

**Presentado como requisito para optar al grado de  
Magister en Gerencia en Servicios de Salud**

**Autor**

**Licdo. Eradio E. Rodríguez Hernández**

**Tutor**

**Dra. Dayaléis M. Franco J.**

**Santiago, Agosto, 2017**

**DEDICATORIA**

Dedico este logro a Dios, por ayudarme y estar conmigo en todo momento y permitir realizarme como profesional. A mis hijos, **Liam y Brayán**, por ser los pilares principales en mi superación día tras día.

**A mí querida esposa, Dayaléis**, por tu paciencia y comprensión, pues preferiste sacrificar tu tiempo para cumplir con el mío. Por tu bondad y sacrificio me inspiraste a ser mejor por el bien de nuestra familia. Ahora puedo decir que este trabajo lleva mucho de ti. Gracias por estar siempre a mi lado.

**A mis padres, Leticia y Alipio**, por inculcarme los valores necesarios para triunfar en la vida, por guiarme por la senda para que pudiera lograr mis sueños, y por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba. A ustedes por siempre mi corazón y mi gratitud.

**A toda mi familia**, a mi hermano y tíos, y a todas aquellas personas que me apoyaron y alentaron siempre para que cumpliera una etapa más en mi vida profesional.

**Eradio**

**AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer primeramente a Dios por haberme dado la posibilidad de poder culminar la Maestría en Gerencia de la Salud, con la realización de este trabajo investigativo y permitirme compartir con todas aquellas personas, que, me brindaron su apoyo y sus conocimientos.

Especialmente a la Licenciada Arellys Carvajal De Pinto y al personal del Departamento de Registros y Estadísticas de Salud, del Centro de Salud Virgilio Moreno, Distrito de Salud de Los Santos, por dedicar su tiempo y brindarnos toda la información requerida y por último a la Doctora Rubiela Velázquez, Directora del Distrito de Salud de Los Santos, por abrirnos las puertas de la instalación de salud y permitirnos realizar este estudio investigativo.

## ÍNDICE GENERAL

<b>DEDICATORIA</b> .....	i
<b>AGRADECIMIENTOS</b> .....	iii
<b>TABLA DE CONTENIDO</b> .....	v
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>RESUMEN</b> .....	ix
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Planteamiento del problema .....	5
1.2. Objetivos de la investigación .....	9
1.2.1 Objetivos Generales.....	9
1.2.2 Objetivos Específicos.....	9
1.3 Justificación e impacto .....	10
1.4 Alcances y limitaciones.. ..	11
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Antecedentes de la investigación .....	13
2.2 Bases teóricas y legales .....	14
<b>CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO</b>	
3.1 Naturaleza de la Investigación.....	36
3.2 Tipo y Diseño de la Investigación.....	36
3.3 Población Muestra.....	36
3.4 Instrumento y Técnica de Recolección de Datos.....	37
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADO</b>	
4.1 Estadística de Pacientes con obesidad en el CSVM en el período 2014-2015.....	40
4.2 Análisis de datos.....	49

**CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones .....	52
5.2 Recomendaciones .....	53

**CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA**

6.1 Denominación de la Propuesta.....	55
6.2 Descripción.....	55
6.3 Fundamentación.....	58
6.4 Objetivos de la Propuesta.....	61
6.4.1 Objetivos Generales.....	61
6.4.2 Objetivos Específicos.....	61
6.5 Metas.....	62
6.6 Beneficiarios.....	62
6.7 Productos.....	63
6.8 Localización.....	64
6.9 Metodología.....	64
6.10 Cronograma.....	70
6.11 Recursos.....	72
6.12 Presupuesto.....	73
6.13 Sistematización de la Propuesta.....	74
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>75</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>77</b>

**ABSTRACT**

Obesity has become a serious public health problem that is increasing, so this retrospective study was conducted at the Virgilio Moreno Health Center to know the behavior of obesity in the period 2014-2015, Being the first research study that is carried out in this area.

The study population were all patients, who attended the CSVN in the period 2014-2015 and who are diagnosed with obesity, making a total of 93 patients, 34 patients with a diagnosis of obesity in 2014 and 59 patients with a diagnosis of obesity in the year 2015.

In the two years of study, female predominance was observed (66 patients: 70.9%), compared to male, (27 patients: 29.0%). Giving a ratio of women / men 2.4: 1.

In our study, most diagnoses of Obesity, 29.0%, were carried out in the 35-49 age group, similar to the findings in other studies conducted in Mexico, but not in Panama.

The most frequent chronic disease with 40 (43%) patients was dyslipidemia.

With the accomplishment of this study we can have an idea of the behavior of the Obesity in the Center of Health Virgilio Moreno and identify where we must influence to prevent it and to be able to find the deficiency in the handling that is being offered to him.

**Key words:** Obesity, patients, CSVN, problem, behavior.

**RESUMEN**

La Obesidad se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento, por lo que se ha realizado este estudio de tipo Descriptivo Retrospectivo en el Centro de Salud Virgilio Moreno, para conocer el Comportamiento de la Obesidad en el período 2014-2015, siendo el primer estudio de investigación que se realiza en esta área.

La población de estudio son todos aquellos pacientes, que asistieron al CSVN en el período 2014-2015 y que cuentan con el diagnóstico de obesidad, haciendo un total de 93 pacientes, 34 pacientes con diagnóstico de obesidad en el año 2014 y 59 pacientes con diagnóstico de obesidad en el año 2015.

En los dos años de estudio se observa predominio del sexo femenino (66 pacientes: 70.9%), con respecto al masculino, (27 pacientes: 29.0%). Dando una ratio de mujeres/hombres 2.4:1.

En nuestro estudio la mayoría de los diagnósticos de Obesidad, 29.0%, se llevó a cabo en el grupo de 35-49 años, semejante a los hallazgos en otros estudios realizados en México, no así en Panamá.

La enfermedad crónica más frecuentes con 40 (43%) pacientes fue la Dislipidemia.

Con la realización de este estudio podemos tener una idea del comportamiento de la Obesidad en el Centro de Salud Virgilio Moreno e identificar donde debemos incidir para prevenirla y poder encontrar la deficiencia en el manejo que se le está brindando.

**Palabras Claves:** Obesidad, pacientes, CSVN, problema, comportamiento.

# UNMECIT

## INTRODUCCIÓN

“ Siembra un árbol, ten un hijo y escribe un libro”, así reza el antiguo pensamiento hindú para que el hombre y la mujer puedan trascender. Cuando un ser humano cumple con estos postulados, contribuye a la preservación del planeta, perpetua la especie humana y enriquece el conocimiento de la humanidad.

La obesidad es una enfermedad crónica, de orígenes multifactoriales, pero prevenible, que afecta a la población a nivel mundial, por lo que la OMS (Organización Mundial de la Salud), como la SEEDO (Sociedad Española para el estudio de la Obesidad), consideran obesidad cuando el IMC es igual o mayor a 30 Kg/m<sup>2</sup>, mientras que otros autores definen a la obesidad como una “enfermedad metabólica multifactorial, influida por elementos sociales, fisiológicos, metabólicos, moleculares y genéticos” (Santos, 2005).

A pesar que la obesidad es una condición clínica individual se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año fallecen más de 2.8 millones de personas por causa de obesidad, ya que, esta es una indicación de la predisposición a varias enfermedades, particularmente a enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, entre otras<sup>1</sup>.

En este estudio de investigación descriptivo retrospectivo se quiere reafirmar los conocimientos de las graves consecuencias que la Obesidad acarrea a la sociedad, por eso, se ha convertido en la actualidad en una epidemia mundial<sup>2</sup>, por lo que queremos conocer prevalencia y comportamiento de la obesidad en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Virgilio Moreno (CSVN) en el período 2014-2015, pues afecta indiscriminadamente a hombres y mujeres, sin importar la edad y aún no se cuentan con estudios de investigación en esta institución de salud que nos permitan conocer sobre este tema de suma importancia; todos los que formamos parte de la red de salud tenemos la obligación de trabajar en pro

de la población, el trabajo de REGES va más allá que recopilar datos, estos manejan la información dentro de una instalación de salud, la procesan, desarrollan y traducen para la toma de decisiones; en bien de la población, en cuanto a salud se refiere.

Con fundamento en lo anterior se hace hincapié en la importancia de realizar de este tipo de trabajo y del papel que sigue teniendo la promoción y prevención en el estado nutricional del paciente, y como este puede influir en la reducción de la obesidad, ya que, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles, por consiguiente, esta labor es de gran importancia y respeto en cualquier instalación de salud.

# CAPÍTULO I: CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA

## 1.1 Planteamiento del problema

En los últimos años se ha producido un incremento en la prevalencia de la obesidad y por consiguiente de la morbimortalidad y de las enfermedades asociadas a la obesidad (diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, enfermedades endocrino-metabólicas, algunos tumores y problemas respiratorios como la apnea del sueño, entre otros).<sup>2,3</sup>

Por otra parte, la obesidad conlleva rechazo social y laboral, lo cual provoca desde la infancia una considerable pérdida de autoestima y un número importante de situaciones conflictivas que pueden desembocar en el fracaso escolar, ya sea por el poco rendimiento o la deserción de las escuelas.<sup>3</sup>

En el Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasificaba a la obesidad entre los 10 riesgos principales para la salud.

La obesidad ha pasado de ser un trastorno metabólico a constituir un problema serio de salud en muchos de los países desarrollados por su incidencia y por el importante gasto sanitario que origina.<sup>2,3,4</sup>

Por lo antes mencionado la obesidad viene definida objetivamente por el Índice de Masa Corporal (IMC):

- Sobrepeso: IMC 25-29.9, o entre los percentiles 86-95 para la edad y sexo.
- Obesidad: IMC 30-34.4, o mayor del percentil 95 para la edad y sexo.
- Obesidad mórbida y súper obesidad: IMC mayor de 40 y 50 respectivamente, considerando un rango de riesgo muy alto para la salud toda cifra mayor del percentil 99 para la edad y sexo.

Las apariciones de los síntomas relacionados con el exceso de peso aparecen a partir del sobrepeso, considerando un aumento progresivo en el riesgo de sufrir enfermedades y de muerte cuando se supera ésta.

Se estima que a partir de un IMC por encima de 25 (sobrepeso) puede notarse un aumento en la sudación con esfuerzos pequeños, una menor capacidad para actividades que antes no producían esa fatiga, etcétera.<sup>5,6</sup> El hecho de aumentar la sudación ya induce a la aparición de lesiones cutáneas como el intertrigo y el sobrecrecimiento de hongos en las zonas de los pliegues. Puede aumentar el riesgo de sufrir enfermedades del corazón en forma de angina de pecho, cifras altas de tensión arterial, dolores en las grandes articulaciones como las caderas y las rodillas como consecuencia del desarrollo de artrosis o un aumento en la velocidad de su evolución.<sup>6</sup>

En los casos en los que se supera un IMC de 40, considerado como obesidad mórbida, se comienzan a apreciar síntomas relacionados con la diabetes mellitus, dificultad para respirar incluso sin esfuerzos, y se incrementa el riesgo de aparición del síndrome de la apnea del sueño (SAOS).

En el caso concreto de la diabetes mellitus, los pacientes con índices de obesidad mórbida y súper obesidad (>40 y >50 respectivamente) presentan un aumento de la resistencia periférica de los tejidos a la acción de la insulina, de tal manera que se generan malos controles de las cifras de glucosa y una necesidad creciente de las dosis de insulina a administrar.<sup>1</sup>

Las posibilidades de muerte súbita por el desarrollo de arritmias o embolias de pulmón son más altas en los casos de obesidad mórbida y súper obesidad.

Podemos claramente identificar que entre mayor IMC mayor manifestaciones clínicas se presentan.

Es importante determinar que la Obesidad reconoce tres grandes grupos de causas:

- Genes de predisposición al sobrepeso
- Mayor Inactividad física y sedentarismo
- Alimentación elevada en calorías, grasas y azúcares concentrados.

En España, según los autores del "Libro blanco sobre costes sociales y económicos de la obesidad y sus patologías asociadas", en el año 2005 la población con grado I de obesidad se situará entre el 20-25% y por encima de un IMC de 30 se encontrarán entre el 14-19% de la población.<sup>1,2,3</sup>

Las previsiones de futuro, si no se pone remedio, pueden ser muy preocupantes, ya que la OMS de la extrapolación de los datos existentes, sugiere que para el año 2025 los niveles de obesidad podrían ser del 45-50% en Estados Unidos, entre el 30-40% en Australia, Inglaterra y en la isla Mauricio y por encima del 20% en Brasil y para el año 2030 la mitad de la población europea podría estar afectada por la obesidad.

En Ginebra, 1 de julio de 2015 se indica que la obesidad, un problema de salud mundial, está aumentando en muchos países en sintonía con el crecimiento del suministro de energía alimentaria, según un estudio publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Dicho estudio, llevado a cabo por autores establecidos en Nueva Zelanda y Estados Unidos de América, analiza el aumento del suministro de energía alimentaria y la obesidad en 69 países (24 de ingresos altos, 27 de ingresos medios y 18 de ingresos bajos) y llegó a la conclusión de que tanto el peso corporal como el suministro de energía alimentaria habían crecido en 56 (81%) de ellos entre 1971 y 2010.<sup>4,5</sup>

Las acciones del sector público deben ir dirigidas a modificar los hábitos de alimentación, promover la actividad física y aumentar el consumo de agua.

Por lo que considero es sumamente importante que con regular frecuencia se difundan mensajes de refuerzo para las medidas recomendadas, de esta manera se llama la atención de la sociedad, se mantiene el interés en el tema y se despierta el deseo de cambiar favorablemente la salud y de tener una mejor vida.

Hacemos hincapié sobre el incremento de la obesidad, lo cual ha ocasionado un problema de salud pública, por su alta prevalencia y su repercusión en la salud de la población mundial, por lo que queremos conocer el comportamiento de la obesidad en los pacientes atendidos en el CSVN en el período 2014-2015, ya que en esta institución no se cuentan con estudios previos de investigación que nos permitan conocer sobre este tema de suma importancia.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivos Generales**

- Describir el comportamiento de la obesidad en la población atendida en el CSVM en el periodo 2014-2015.
- Desarrollar estrategias para detener el aumento acelerado de la obesidad en la población atendida en el CSVM.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- Describir el comportamiento epidemiológico del paciente con diagnóstico de obesidad, atendido en el CSVM.
- Fortalecer la atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.
- Establecer la vigilancia, investigación y evaluación continua de los Programas de Obesidad desarrollados en el CSVM.
- Organizar un equipo multidisciplinario en búsqueda del mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares.

### **1.3 Justificación e impacto**

Este trabajo sobre obesidad se realiza, porque, en la actualidad, según la OMS, se ha convertido en una epidemia a nivel mundial, afectando a toda la población sin diferencia de edad, raza o sexo.

Esta tendencia ascendente, está provocada principalmente por la transición nutricional, fenómeno que proviene de la globalización de los mercados alimentarios y estilos de vida occidental, entre otras cabe citar la vida sedentaria, la amplia disponibilidad de alimentos ricos en energía, baratos y de muy buen sabor, condicionando un notable aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en varios países, tanto desarrollados como en vía de desarrollo.<sup>10,13.</sup>

Es un trabajo de investigación que puede servir de orientación para otros alumnos que quieran obtener datos sobre este tema y cómo prevenirlo.

Por todo lo antes mencionado se realiza el primer trabajo de investigación retrospectivo descriptivo en el CSVM, que nos permitirá tener una perspectiva de la obesidad en los pacientes atendidos en el período 2014-2015.

La trascendencia de la investigación en este tema radica, en que a través de este diagnóstico, como Gerentes de los Servicios de Salud podremos llamar la atención para planear programas de promoción y prevención desde una perspectiva integral, vinculando a todos los entes responsables de la salud de la población, logrando de esta manera identificar la situación nutricional de la población, y establecer programas de prevención para tener una buena alimentación para el niño de hoy, y una mejor calidad de vida para el adulto del mañana.

#### 1.4 Alcances y limitaciones

Con la realización de este trabajo de investigación se desea lograr:

- Conocer el comportamiento de la obesidad en el CSVM en el período 2014-2015.
- Conocer el manejo que se le dio a los pacientes con diagnóstico de obesidad.
- La creación de un programa en la atención primaria que vaya dirigido a pacientes con diagnóstico de obesidad o riesgos de padecerla.
- Que las entidades públicas y privadas adquieran conciencia en la problemática existente sobre la obesidad y formen parte de un ente de cambio en el estilo de vida de nuestra población en el CSVM.

Al realizar este trabajo encontré las siguientes limitaciones:

- Muchas veces no se pone el diagnóstico de obesidad en la Hoja de Atención de Registro Diario de Actividades (HRDA), lo que provoca un sub registro.
- Expedientes con letras poco legibles que dificultaba la recolección de datos.
- No se cuenta con antecedentes de investigaciones previas sobre obesidad en el CSVM.
- El poco tiempo con el que se contaba para realizar un estudio investigativo de obesidad.
- El poco personal de REGES en el CSVM que dificultaba tener acceso rápido a los expedientes.

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

## 2.1 Antecedentes de la investigación históricos e investigativos

No existen antecedentes de un estudio de investigación retrospectivo descriptivo en el CSVM hasta la actualidad, más sin embargo en Panamá se han realizado algunos estudios sobre la Obesidad, según la encuesta de niveles de vida realizada en Panamá en el año 2003, se obtuvo que en los panameños 1 de cada 5 menores de 5 años es decir el 23% presentaban exceso de peso, como también en los escolares de 5 a 9 años y adolescentes con un 19% en ambos grupos; pero en los adultos el 52% o sea que 1 de cada 2 adultos se encontraban con exceso de peso.<sup>14</sup>

En un estudio realizado por la Universidad Tecnológica de Panamá el 7 de julio de 2013, se observa que la prevalencia de obesidad alcanza un 10% en la ciudad de Panamá, un 14% en la Provincia de Los Santos, un 13% en la Provincia de Herrera, Chiriquí y Colón y de un 8% en la Provincia de Veraguas y en las Comarcas Indígenas.<sup>13, 14</sup>

La Hipertensión arterial, diabetes mellitus, hiperlipidemias, obesidad/sobrepeso y enfermedad renal en más de 270 mil personas atendidas fueron las principales dolencias desde la implementación en el 2015, del Censo de Salud Preventiva. La Caja de Seguro Social (CSS) y el Ministerio de Salud (MINS) ha identificado que de las Enfermedades no trasmisibles se diagnosticó que un 38% presentaban hiperlipidemias y un 43% de la población atendida presentaba obesidad/sobrepeso.<sup>14,15</sup>

Según la OMS la obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, y cada año mueren, como mínimo, 2,8 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.

En 2014, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 38% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.

Entre 1980 y 2014, la prevalencia mundial de la obesidad se ha doblado.

## 2.2 Bases teóricas y legales

La obesidad no es un aumento de peso, es una enfermedad crónica tratable que aparece cuando existe un exceso de tejido adiposo (grasa en el cuerpo), afectando negativamente la salud.<sup>13, 15</sup>

Los expertos advierten que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que acentúa y agrava a corto plazo y de forma muy evidente patologías graves, como: la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica y otras.<sup>2, 3</sup>

Existen varios tipos de clasificación de la obesidad, de las cuales podemos mencionar:

De acuerdo a la localización:

- ✓ Obesidad central o androide o abdominal: es la más grave, puede conllevar a importantes complicaciones patológicas. Se localiza en el tronco, predisponiendo a enfermedades metabólicas como la diabetes tipo 2 y las dislipemias.<sup>2,4</sup>
- ✓ Obesidad periférica o ginoide: acumula el depósito de grasa de cintura para abajo y produce problemas de sobrecarga en las articulaciones.<sup>2,3,4</sup>
- ✓ Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo. Consenso SEEDO (2000).

De acuerdo al porcentaje de sobrepeso:

- ✓ Leve: del 20 al 40% de sobrepeso.
- ✓ Moderada: del 41 al 100%
- ✓ Grave: más del 100% del sobrepeso

### Otra clasificación de la Obesidad

- ✓ Hiperplástica: Se caracteriza por el aumento del número de células adiposas. (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- ✓ Hipertrófica: Aumento del volumen de los adipocitos. (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- ✓ Primaria: En función de los aspectos etiológicos la obesidad primaria representa un desequilibrio entre la ingestión de alimentos y el gasto energético (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).
- ✓ Secundaria: En función de los aspectos etiológicos la obesidad secundaria se deriva como consecuencia de determinadas enfermedades que provocan un aumento de la grasa corporal (Bastos, González, Molinero y Salguero, 2005).

Según datos estadísticos del Ministerio de Salud en Panamá, sufren de sobrepeso el 14% de los hombres y el 21% de las mujeres mayores de 21 años, así como el 29% de los escolares. Además, registran exceso de grasa corporal 3 de cada 10 niños y el 53% de la población adulta.<sup>1, 6,7</sup>

La obesidad no es un problema solo de adultos, sino que está afectando a niños que requiere ser tratados por expertos, por lo que en Panamá se realiza un anteproyecto de Ley 65: donde se regula la prevención y el control de sobrepeso en la población panameña.<sup>1,5,6</sup>

El 30% de los adultos obesos lo eran en la infancia, “la obesidad que se inicia en la infancia puede tener peores consecuencias que la obesidad que se inicia en la edad adulta”, (Aseguinolaza, et al, 2001). Reforzando esta idea (Bastos, et al, 2005), afirmaron que “entre los 5 y 7 años es cuando los niños adquieren mayor número de células adiposas”

### 2.1.1 Historia

La palabra obeso viene del latín “obedere” formado de las raíces “ob” (sobre, o que abarca todo) y “edere” (comer), es decir alguien que se lo come todo.

La única constatación que tenemos de la existencia de obesidad en tiempos prehistóricos proviene de estatuas de la edad de piedra representando la figura femenina con exceso de volumen en sus formas.

La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua de la edad de piedra que tiene una antigüedad aproximada de 25.000 años y que está expuesta en el museo de Historia Natural de Viena.<sup>20</sup>

En el Antiguo Testamento el Faraón agradecido promete a José «toda la grasa de la Tierra» o se señala que «el virtuoso florecerá como el árbol de la palma... ellos traerán abundante fruto en la edad avanzada: ellos serán gordos y florecientes» (Salmos XCII, 13).

El primer uso conocido de la palabra obesidad fue en 1651 en la lengua inglesa, en un libro de medicina “noha biggs”.<sup>3, 9,11</sup>

En el siglo XVI y XVII, como en otros anteriores el sobrepeso y la obesidad utilizando la nomenclatura actual eran símbolos de fecundidad y atractivo sexual, así como de salud y de bienestar. Durante el transcurso de estos siglos, aumentan en Europa como es lógico la publicación de textos y monografía médicas, este hecho permite conocer mucho mejor la historia de la medicina y también evidentemente de la obesidad.<sup>3, 4,5</sup>

Las primeras monografías cuyo tema principal es la obesidad se publica a final del siglo XVI y durante el XVII, todos estos se publicaron en latín y trataron principalmente sobre aspectos clínicos de la obesidad, aunque estas estaban influenciadas por pensamientos de Hipócrates y de Galeno, aquí se

introducían nuevas ideas sobre aspectos físicos y químicos que constituían una base teórica para la comprensión de la función del organismo.<sup>3,7</sup>

Durante el siglo XVIII se publicaron al menos 34 tesis doctorales en relación con la obesidad, lo que demuestra un gran interés sobre este tema en esta época.<sup>3,12</sup>

En 1727 se publicó la primera monografía escrita en inglés sobre la obesidad, debida a Thomas Short. Short afirma que la corpulencia (término de la época para denominar la obesidad), es un estado mórbido, además describe como causa de obesidad al sedentarismo y la ingesta de algunos alimentos como dulces, grasas y sustancias ricas en aceite.<sup>3,5</sup>

En España, el creador de la Endocrinología en su monografía “Gordos y flacos” repasa los conocimientos etiopatogénicos acerca de la obesidad de la época. Admite la multifactorialidad. Entre sus agudas intuiciones clínicas hace una casi descripción del síndrome metabólico (diabetes, gota, arteriosclerosis).

En 1999 se publica la Declaración de Milán, en la que los países que pertenecen a la Unión Europea asumieron que la obesidad constituye un trastorno básico a partir del que se desarrollan comorbilidades de todo tipo (cardíacas, reumatológicas, digestivas, endocrinas, etc.)

En el 2002 la OMS en la Resolución WHA 55.23, desarrolló la estrategia a nivel mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud, que fue aprobada por los estados miembros en mayo de 2014. La obesidad es considerada como “epidemia del siglo XXI” (OMS, 2002).

La complejidad del problema de la obesidad exige un enfoque integral en el que participen todos los agentes, en particular los gobiernos, a nivel de los niños los progenitores, los cuidadores, la sociedad civil, las instituciones académicas y el sector privado.<sup>12,14</sup>

Para poner en práctica las políticas dirigidas a combatir la obesidad se requiere un esfuerzo concertado y un compromiso por parte de todos los sectores de la sociedad a escala nacional, regional y mundial.

Sin una asunción conjunta del problema y una responsabilidad compartida, las intervenciones bienintencionadas y costo eficaces tienen alcance y repercusión limitados.<sup>15, 16</sup>

La participación propia del paciente Obeso, cuando así su condición lo permite, es sumamente importante, ya que sin su apoyo tampoco se podría ayudar, por lo que textualmente se coloca un planteamiento que considero es muy importante: «El obeso adulto, constituido, debe tener en cuenta que un adelgazamiento no será obra de un plan médico, sino de un cambio total de régimen de vida». (Marañón, 1926).

El sector de la salud sigue adoleciendo de una enorme falta de fondos en demasiados países, la base de recursos para la salud no ha cesado de crecer en los diez últimos años. Las oportunidades que ofrece ese crecimiento de promover cambios estructurales y crear sistemas de salud más eficaces y equitativos a menudo se pierden.<sup>15, 17</sup>

Hoy en día está claro que, si los sistemas de salud son abandonados a su propia suerte, no se encaminarán de forma natural a los objetivos de la salud para todos por medio de la atención primaria, como se establece en la Declaración de Alma-Ata.

Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos.

Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

- Los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada.

- .

- Los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios.
- Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o laissez-faire, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Las realizaciones de estos trabajos investigativos le dan las herramientas a los Gerentes de los Servicios de Salud de conocer la problemática que aqueja a la población y de cuáles son los programas que se pueden implementar para combatirlos.

Es por esto que resulta fundamental que exista un importante apoyo por parte de la Gerencia, en este caso, de los Servicio de Salud, a fin de obtener el capital humano y financiero necesario para iniciar y mantener un programa adecuado de salud.<sup>15</sup>

Efectivamente, el apoyo de la gerencia en este caso a nivel local puede ser decisivo para que la promoción de la salud rinda los resultados deseados,<sup>16</sup> además el Gerente de Salud debe establecer una comunicación efectiva entre los sectores públicos como privados, ya que recalcamos que para luchar contra la Obesidad se requiere un trabajo multisectorial.

### **2.1.2 Manifestaciones Clínicas**

La Obesidad es obvia al realizar la exploración durante el examen físico, las manifestaciones clínicas van a depender del grado de Obesidad que presenta el paciente, de la edad, así como de las enfermedades asociadas.

Son múltiples las manifestaciones clínicas que puede producir la Obesidad, por lo cual mencionaremos algunas:

- La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica, pueden provocar dificultad respiratoria, incluso con mínimos esfuerzos, la dificultad respiratoria puede interferir gravemente en el sueño, provocando apnea del sueño, provocando somnolencia durante el día. Puede causar problemas ortopédicos: dolores articulares, lumbalgias, tumefacción de pies y tobillos, dificultad para la marcha, puede afectar la realización de las actividades diarias, agravamiento de artrosis y especialmente en caderas, rodillas y tobillos.<sup>2,6</sup>
- Trastornos cutáneos: son también frecuentes. Dado que las personas obesas tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Del mismo modo, es frecuente la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de líquido (edemas).<sup>2,3</sup>
- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012.<sup>7,9</sup>

La obesidad aumenta la incidencia de accidente cerebrovascular isquémico. La obesidad también está asociada con la hipertensión intracraneal idiopática (IIH), también conocida como pseudotumor cerebral. Aunque la prevalencia

aumenta con el aumento de IIH IMC, el riesgo se incrementa 10%. La observación de que la pérdida de peso en casos de obesidad extrema en pacientes con IIH disminuye la presión intracraneal y resuelve la mayoría de los asociados signos clínicos y síntomas sugiere que existe una relación causal entre la obesidad y IIH.

- Las Enfermedades Endocrino-metabólicas como la Diabetes Mellitus, resistencia a la insulina, hipotiroidismo, trastornos de la reproducción, entre otras. Importante mencionar al Síndrome metabólico referido a la obesidad abdominal, constituye la integración de múltiples patologías y factores de riesgo metabólicos.

Las características de este síndrome son la resistencia a la insulina, con hiperinsulinemia asociadas, la alteración de la insulina mediada por la utilización de glucosa y DMT2; dislipidemia, caracterizada por hipertrigliceridemia y niveles séricos bajos de C-HDL, y la hipertensión; también hay aumento de los niveles séricos de apolipoproteína B; de lipoproteínas de baja densidad (LDL), y el inhibidor del activador del plasminógeno 1 (PAI1, codificada por SERPINE1) con la fibrinólisis deteriorada.

- Algunos cánceres se relacionan con obesidad como lo son: endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon.
- La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta; sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los

- niños obesos sufren dificultades mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

### 2.2.3 Causas

Un ingreso calórico mayor que el necesario para satisfacer sus necesidades, llevan a un individuo a la Obesidad, pero existen además múltiples causas, como lo son las sociales, culturales, conductuales, fisiológicos, metabólicos y genéticos, de las cuales podemos mencionar:

- Estilo de vida poco adecuado: Sedentarismo que provoca que no se pierda el excedente de grasa y de calorías, los hábitos alimenticios poco saludables: alimentos con mucha carga energética, grasos, azucarados, poca ingesta de agua, frutas y verduras.

Las personas de la actualidad refieren no tener tiempo para la realización de ejercicio físico, llegando a referir que trabajar lo consideran como ejercicio, todo esto contribuye aún más a incrementar el aumento del peso.

- Herencia genética: La predisposición a la obesidad parece darse por una compleja interacción de más de 250 genes. Genes mendelianos identificados de mayor relevancia: **Gen obeso (OB)**: Codifica la leptina, factor de saciedad circulante producido por el adipocito. El fenotipo mutante homocigótico (ob/ob) genera una proteína truncada inactiva. Su secreción es regulada por la insulina (activador) y el sistema simpático (inhibidor), especialmente los receptores adrenérgicos de tipo b3. **Gen diabetes (DB)**: Este codifica la proteína receptora de

- la leptina (Ob/R), perteneciente a la familia de receptores de citoquinas asociados a tirosinaquinasas, clase I. Se han descrito cinco isoformas presentes en diversos tejidos y sus mutaciones generan un fenómeno similar al ob/ob. **Gen Agouti:** Su producto normal antagoniza y regula la interacción entre la hormona melano-estimulante y su receptor en el melanocito. Su mutación se identifica por obesidad, resistencia a la insulina y color amarillo del ratón. **Gen FAT:** Dicho gen codifica una carboxipeptidas E. Su mutación impide el procesamiento normal de la insulina, originando, por lo tanto, hiperpro-insulinemia y obesidad. **Gen TUBBY:** Su función proteica no se conoce aún. Su mutación da origen a degeneración retiniana, pérdida de audición neurosensorial y obesidad.
- Influencias del Medio Ambiente. Los cambios tecnológicos han dejado atrás miles de años en que para vivir se requería invertir gran cantidad de energía.

En la actualidad los alimentos y a las bebidas son cada vez más industrializados, y se pueden adquirir prácticamente en cualquier lugar o momento, sumado a esto, el uso excesivo de autos, uso de elevadores, computadoras, la gran cantidad de horas viendo televisión, juegos de video, han aumentado el sedentarismo.

- Comportamiento del sistema nervioso, factores psicológicos: inestabilidad emocional, ansiedad, miedo, estrés o aburrimiento

- son causas que pueden favorecer unos hábitos de alimentación incorrectos.

Estudios experimentales han demostrado que el centro regulador del apetito se encuentra en el hipotálamo, cuando este sufre una lesión por: tumores, traumas o procesos inflamatorios, provoca un apetito incontrolable que lleva al paciente a la obesidad.

- Medicamentos: los glucocorticoides, anticonceptivos, antidiabéticos, antidepresivos o neurolépticos pueden aumentar el apetito.
- Comportamiento del sistema endocrino- metabólico: estos padecimientos pueden llevar a la obesidad secundaria, factores hormonales como el hipotiroidismo o el síndrome de Cushing. Se puede encontrar la obesidad como manifestación precoz de la diabetes mellitus. Es importante que la polifagia, producto del trastorno metabólico, lleva al paciente a la obesidad.
- Otros factores: algunas intervenciones en la región del hipotálamo, ya sea por traumas, tumores o los largos periodos encamado por enfermedad o por lesiones incapacitantes.

#### **2.2.4 Complicaciones**

La obesidad no es simplemente un problema cosmético. Es una seria enfermedad multisistémica asociada con más de 40 diferentes enfermedades o situaciones físicas o psíquicas, afectando prácticamente todos los órganos y sistemas en un individuo, la gravedad de esta va a depender del grado de la obesidad que el individuo presente, asociados a los factores de riesgo que presente el paciente.

La mayoría de las manifestaciones clínicas son vistas en la adultez, pero también en los niños.<sup>17, 18</sup>

En la siguiente tabla se mencionan algunas de las más frecuentes complicaciones (**tabla 1**).

<b>PATOLOGÍAS</b>	<b>COENFERMEDADES Y SITUACIONES</b>
<b>Neurológicas</b>	Pseudotumor cerebral
<b>Psicosociales</b>	Pérdida de autoestima Depresión Trastornos de alimentación
<b>Pulmonares</b>	Apnea del sueño Asma Intolerancia al ejercicio
<b>Cardiovasculares</b>	Dislipidemias Hipertensión Coagulopatía Inflamación crónica Disfunción endotelial.
<b>Gastrointestinales</b>	Calculosis biliar Hígado graso Reflujo gastroesofágico.
<b>Renales</b>	Glomeruloesclerosis.
<b>Endocrinológicas</b>	Síndrome metabólico Diabetes tipo 2 Pubertad precoz Ovario poli quístico.
<b>Musculo esqueléticas</b>	Enfermedad de Blount Pie plano, etc.

### 2.2.5 Diagnóstico

La historia clínica: la anamnesis y el examen físico, juegan un papel sumamente importante en la recolección de la información necesaria para hacer el diagnóstico de obesidad, ya que es importante descartar trastornos médicos específicos en los pacientes Obesos. Los trastornos hipotalámicos, el hipotiroidismo, el Síndrome de Cushing, el insulinoma y el uso crónico de corticoides pueden llevar a la Obesidad.

- Historia médica: se hará preguntas sobre hábitos de alimentación, actividad física, antecedentes patológicos personales y familiares. Buscamos determinar si el paciente presenta factores de riesgo., debido a que la Obesidad tiene herencia tanto biológica como social, la historia clínica debe aclarar si entre los familiares de 1ª y 2ª generación existen antecedentes de enfermedades como Diabetes Mellitus tipo 2 y cardiovasculares. Debido a su importancia, los datos de la gestación y perinatales deben registrarse con la mayor precisión posibles. El registro del peso al nacimiento y la edad gestacional permiten estimar si hubo bajo peso al nacer y sus posibles causas, se debe determinar cuál fue la forma de alimentación después del nacimiento, si hubo lactancia materna.
- Examen físico: el examen físico debe ser de forma meticulosa, el médico buscará signos y síntomas que pudiera presentar el paciente. Luego de obtener el peso y talla los cuales son indispensables para proceder a calcular el IMC, se determina si el paciente cursa con Obesidad, este se puede completar con la medida del pliegue cutáneo: bicipital, tricipital, subescapular y suprailíaco, medida del perímetro de la cintura. Pero además de lo ya mencionado, es

- importante establecer que se debe realizar un examen físico completo por sistemas.

La forma más común de determinar si un paciente sufre de obesidad es calcular su índice de masa corporal (IMC), por el cual se obtiene la cantidad de grasa corporal y de acuerdo a los resultados cuales son los posibles riesgos para la salud.<sup>2</sup>

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.

Se calcula el IMC dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>).

En el caso de los adultos, la OMS define el estado nutricional según el IMC:

<b>ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL IMC</b>	<b>PERCENTILES</b>
Menos de 19.9	Bajo Peso
20-24.9	Peso normal
25-29.9	Sobrepeso
Igual o mayor a 30	Obesidad

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado,

porque, puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas.

En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad.

En el caso de los niños y niñas se utilizarán los Indicadores de Crecimiento-CDC-Interpretación según el IMC para mayores de 2 años y Peso/edad en menores de 2 años.

Es importante mencionar que el sobrepeso es el peso para la estatura con más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS; y la obesidad es el peso para la estatura con más de tres desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

<b>ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS SEGÚN CDC-IMC</b>	<b>PERCENTILES</b>
95% al 99%	Obesidad
85% al 95%	Sobrepeso
5% al 85%	Peso normal
Menos del 3%	Bajo peso

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera, el sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y la obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Dado que la Obesidad que puede afectar múltiples sistemas, puede cursar con múltiples manifestaciones clínicas y múltiples complicaciones, por lo que los estudios de laboratorios son importantes.

- Análisis de sangre: biometría hemática completa, perfil de lípidos, pruebas de función hepática, glucosa sérica en ayuno, creatinina sérica, electrolitos séricos (K, Ca, Mg) y examen general de orina. Las determinaciones hormonales (perfil tiroideo, estudio suprarrenal o hipofisario, testosterona, etc.), estas pruebas sólo se realizarán en caso de sospecha clínica fundamentada.
- Las determinaciones hormonales (perfil tiroideo, estudio suprarrenal o hipofisario, testosterona, etc.) no deben realizarse de rutina y sólo se realizarán en caso de sospecha clínica fundamentada.

En caso de sospecharse que la Obesidad es secundaria a una enfermedad de base, se puede optar por una radiografía de cráneo en posición anteroposterior y lateral, centrada en la silla turca, para poder descubrir aumentos de la silla turca o la existencia de tumores de la región hipotálamo-hipofisaria. Si existe alguna alteración debe realizarse una tomografía computarizada o una resonancia magnética para confirmarlo.

El ultrasonido pélvico sirve para examinar los ovarios y detectar quistes con el fin de descartar el síndrome del ovario poliquístico.

### **2.2.5 Tratamiento**

En el siglo XXI se cuenta con aportaciones científicas y recomendaciones nutricionales específicas.

En la actualidad la disponibilidad de alimentos ha ido aumentando rápidamente, es posible acceder a cualquier tipo de alimento gracias al

desarrollo de la transportación y técnicas de conservación.

El crecimiento y evolución de la industria alimentaria, los cambios en los estilos de vida y la falta de tiempo, ha hecho que los consumidores vayan cambiando a través del tiempo sus gustos y hábitos alimentarios; especialmente el de los niños (Tur, 2008: pág. 15).

Considero que el mejor tratamiento de la obesidad es la prevención.<sup>2</sup>

En el plano individual, las personas pueden optar por:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos). Es importante que previo a esto, el paciente sea evaluado por un especialista que confirme que la condición que presenta se lo permite.

La responsabilidad individual solo puede tener pleno efecto si las personas tienen acceso a un modo de vida sano. Por consiguiente, en el plano social, es importante ayudar a las personas a seguir las recomendaciones mencionadas, mediante la ejecución sostenida de políticas demográficas y basadas en pruebas científicas que permitan que la actividad física periódica y las opciones alimentarias más saludables estén disponibles y sean asequibles y fácilmente accesibles para todos, en particular para las personas más pobres.

Al considerarse la Obesidad como una epidemia mundial, juega un papel importante la participación multisectorial.

La industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados.
- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores.
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes.
- Asegurando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.

En el plano médico se debe incentivar al paciente en:

- Pérdida de peso duradero y a largo plazo.<sup>2</sup>
- Dieta adecuada hipocalórica y equilibrada.<sup>2</sup> Es importante la reducción de la ingestión de calorías, de forma que se pueda convertir el balance energético de positivo a negativo
- Ejercicio físico.<sup>2</sup> Al realizar ejercicio físico se va a producir un aumento del gasto energético.
- Evaluación por Nutrición, Psicología, Cardiología, Endocrinología, entre otras, pues debe ser un manejo multidisciplinario.

- 

Hay otras intervenciones terapéuticas que deben tenerse en cuenta cuando la condición de paciente no mejora con todo lo antes mencionado, pero deben ser conversadas con un profesional idóneo.

- **Fármacos:** se han empleado diversos tipos de fármacos en el tratamiento de la obesidad.
  - Orlistat: inhibe parcialmente la acción de la lipasa pancreática.
  - Sibutramina: inhibe la recaptación de serotonina y noradrenalina, incrementando el gasto calórico.
  - Ácidos grasos poliinsaturados omega 3: la obesidad se acompaña de un proceso inflamatorio crónico de baja intensidad, no se conoce con precisión cómo se produce este estado inflamatorio, pero la hipoxia del tejido adiposo, el estrés del retículo endoplasmático y la activación de los procesos inmunes innatos son pieza clave de esto. Si bien estos eventos disminuyen con la pérdida de peso, cuando esto no ocurre se ha observado que los ácidos grasos poliinsaturados omega 3, eicosapentaico y docosahexanoico reducen el proceso inflamatorio, disminuyen de manera significativa los triglicéridos y mejoran la sensibilidad a la insulina y revierten su resistencia.

El Orlistat y la Sibutramina, ambos consiguen el objetivo de facilitar una pérdida moderada de peso, empleados simultáneamente con dietas moderadamente hipocalóricas

.

Se debe tener en cuenta que existen píldoras adelgazantes que producen graves complicaciones endocrinológicas, cardiovasculares, electrolíticas y neuropsiquiátricas.

- Medidas de tratamiento quirúrgico: Se puede actuar en la desconexión del eje hipotálamo-digestivo, consiguiéndose disminuciones significativas del apetito.

También pueden utilizarse técnicas dirigidas a conseguir la disminución del volumen gástrico. El bypass gástrico.

### **3. Variables**

- Edad de confirmación del diagnóstico.
- Género: masculino y femenino.
- Grupo poblacional: Indígena / No Indígena.
- Presencia o ausencia de enfermedades asociadas.
- Estado Nutricional:  
Definición conceptual: según el IMC.  
Definición operacional: estado nutricional de obesidad.
- Método terapéutico empleado.

### **4. Criterios de Inclusión**

- Todos los pacientes con diagnóstico de Obesidad atendidos en el Centro de Salud Virgilio Moreno en el 2014-2015.

### **5. Criterios de Exclusión**

- Todos los pacientes que no cuentan con diagnóstico de Obesidad atendidos en el Centro de Salud Virgilio Moreno en el 2014-2015.

## **CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1 Naturaleza de la Investigación**

En cuanto a la naturaleza del estudio, el presente trabajo adopta la forma de una investigación descriptiva, la cual como su nombre lo indica, solo me limité a describir fenómenos, situaciones, contexto y eventos, sin mi intervención. En este caso sobre el comportamiento de la Obesidad en el CSVN.

Es importante mencionar que en este estudio no se determinarán las causas de Obesidad en dicha instalación de salud.

### **3.2 Tipo y Diseño de la Investigación**

En este trabajo de investigación se utilizó un Tipo de estudio Observacional (no experimental), Transversal Descriptivo ya que no se hará ningún tipo de intervención en la información encontrada, y de acuerdo a la cronología de los hechos es Retrospectivo, ya que los datos se obtuvieron de archivos clínicos.

### **3.3 Población muestra:**

En los años 2014 y 2015 se atendieron un total de 18,119 pacientes en el CSVN, sin distinción de raza, edad, ni sexo.

La población de estudio son todos aquellos pacientes, que asistieron al CSVN en el período 2014-2015 y que cuentan con el diagnóstico de Obesidad registrado en la Hoja de Registro Diario de Actividades (HRDA), haciendo un total de 93 pacientes, de los cuales 34 pacientes con diagnóstico de obesidad en el año 2014 y 59 pacientes en el año 2015.

### **3.4 Instrumento y técnica de recolección de datos**

Durante el proceso de recolección de datos, se utilizaron diversos instrumentos que permitieron la obtención de evidencias del trabajo realizado, convirtiéndose en instrumentos de corroboración de este.

A través de la realización de un estudio transversal se logra llegar a la obtención de datos recolectados de la investigación de campo a través de algunos instrumentos tales como los que a continuación son descritos:

- Computadora: ingresamos los datos obtenidos en la revisión de los expedientes clínicos, esto nos permitió la realización del trabajo estadístico y la presentación final.
- Internet: a través del uso de este medio masivo de comunicación se realizó la consulta de diversas fuentes que sirvieron como referencia para nuestra investigación sobre Obesidad.
- Lápiz y lapiceros: estos dos instrumentos fueron empleados durante los procesos de recolección de la información de los expedientes clínicos, permitiendo tomar anotaciones de datos que resultaran importantes para nuestra investigación.
- Carta de Permiso: mediante la elaboración de esta, se realizó la solicitud del permiso correspondiente para llevar a cabo la investigación de obesidad en el CSVM.

Se autorizó tener el acceso de los expedientes clínicos que se encuentran reposando en el Departamento de REGES.

- Planilla prediseñada: nos permitió obtener las variables de estudio que se encontraba en el Expediente Clínico sin el contacto directo con los pacientes.

Facilitó la obtención de la información.

Para la elaboración de este trabajo de investigación se utilizó una técnica de Lectura de la producción escrita: el análisis de contenido, es decir una técnica observacional no participante.

Todos los expedientes clínicos utilizados se encontraban en el Departamento de Registros y Estadística Médica, en el CSVM.

Las variables que se utilizaron para el estudio, según su naturaleza de tipo cuantitativo fueron:

- Edad.
- Sexo: femenino o masculino.
- Raza: Indígena, No Indígena.
- Enfermedades asociadas: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Hipotiroidismo.
- Método terapéutico empleado: Recomendaciones nutricionales, Ejercicio físico, Referencia a Nutrición, Tratamiento medicamentoso.

## **CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADO**

#### **4.1 Estadística de Pacientes con obesidad en el CSVM en el período 2014- 2015.**

Luego de obtener la información necesaria se inició con el análisis estadístico de tipo Descriptivo según los siguientes ítems:

- Tabulación de datos: la información recabada de los expedientes clínicos a través de la planilla realizada se procesó, obteniéndose los valores de las variables a investigar, se analiza y se procedió a realizar los cuadros y gráficas, según corresponde.
- Cuadros y gráficos: se realizaron a partir de la tabulación de los resultados de la revisión de los expedientes clínicos, teniendo siempre en cuenta las variables de estudio.

Luego de realizar estos, se realizó un análisis de los resultados logrados.

- Interpretación: luego de la tabulación, procesamiento y análisis de los datos obtenidos, se realizó una interpretación de los mismos, donde pudimos conocer el comportamiento de la obesidad en el CSVM.

La importancia de la interpretación de los resultados obtenidos nos permite reconocer que el papel que juega el Gerente de los Servicios de Salud en la Prevención y manejo de la Obesidad son necesarios, además pudimos comparar los con otros estudios realizados a nivel nacional e internacional.

En el 2014-2015 en el Centro de Salud Virgilio Moreno, se han diagnosticado 93 pacientes con Obesidad, en estos momentos sin distinción de edad, sexo o raza.

De estos 93 pacientes diagnosticados con Obesidad, podemos observar que en el 2015 con respecto al 2014 se han realizado mayores diagnósticos, en el 2014 se realizaron 34 diagnósticos y en el 2015 se realizaron 59 diagnósticos. **Gráfica1.**



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015.

Para obtener la prevalencia Global (PG) de la Obesidad en el CSVM se utiliza la siguiente fórmula:

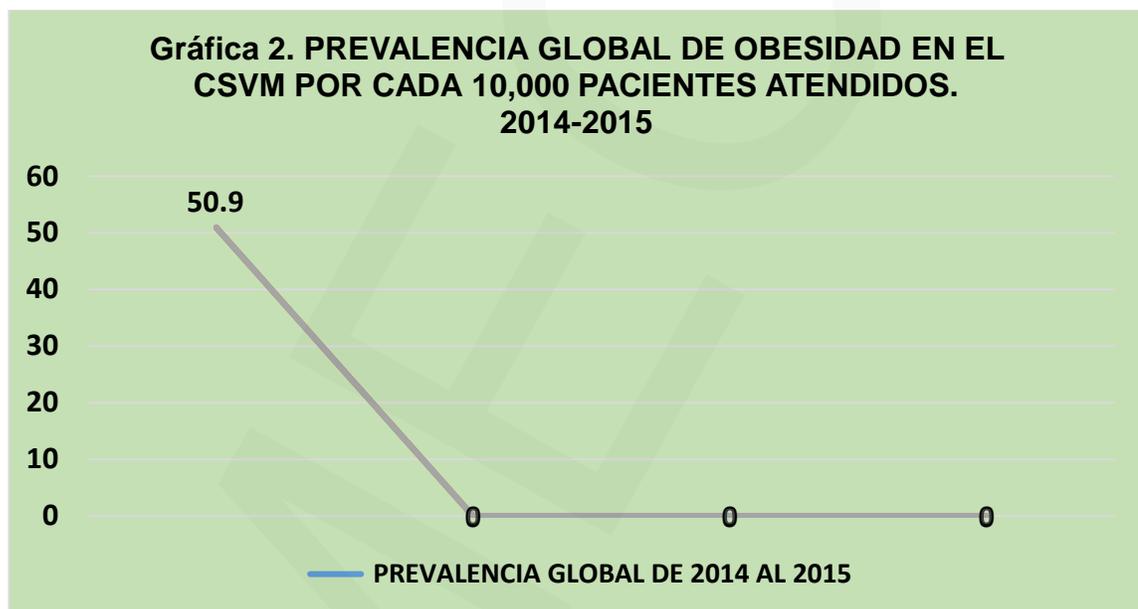
$$PG = \frac{\text{Total de pacientes con diagnóstico de Obesidad en el CSVM 2014-2015}}{\text{Total, de pacientes atendidos en el CSVM de 2014 al 2015}}$$

Donde el total de pacientes con diagnóstico de Obesidad en el CSVM de 2014 al 2015 fueron 93 entre los pacientes atendidos de 2014 al 2015 en el

CSVM fueron 18 239 pacientes: dan como resultado una prevalencia de 45.5 por cada 10,000 pacientes atendidos.

Como todas las proporciones, la prevalencia no tiene dimensión y nunca toma valores menores de 0 o mayores de 1, se expresa en términos de porcentaje, en nuestro caso es multiplicado por 10,000.

La Prevalencia de Obesidad se presenta en la **Gráfica 2**.



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

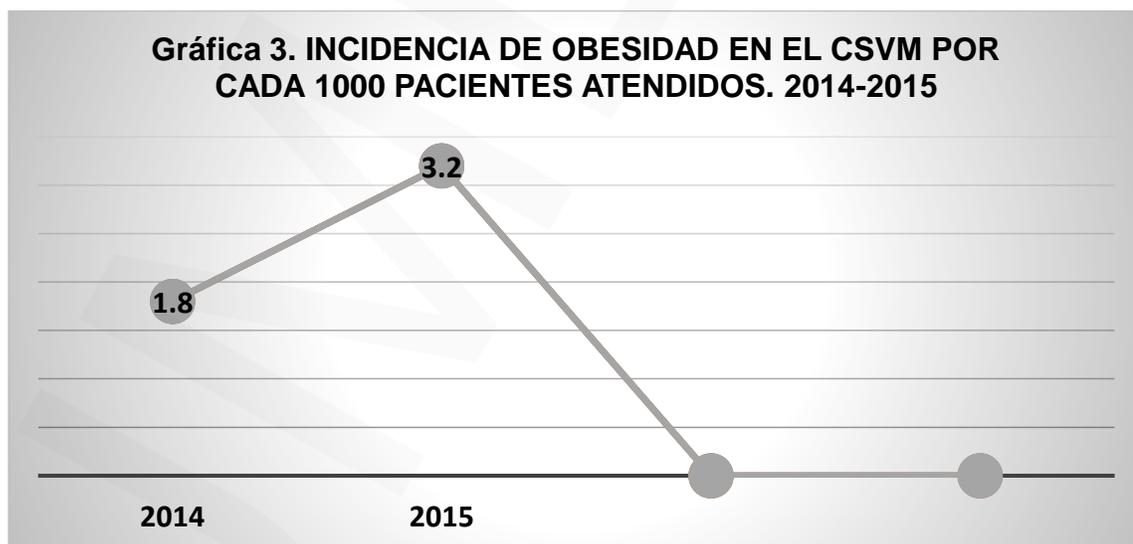
La incidencia (I) se ha calculado como el número de nuevos pacientes con diagnósticos de Obesidad por años desde el 2014 al 2015 entre el total de pacientes atendidos en el CSVM de 2014 al 2015, multiplicado por 1000.

I: Número de casos nuevos con diagnóstico de obesidad por año (2014-2015)

Total, de pacientes atendidos en el CSVM desde el año 2014-2015.

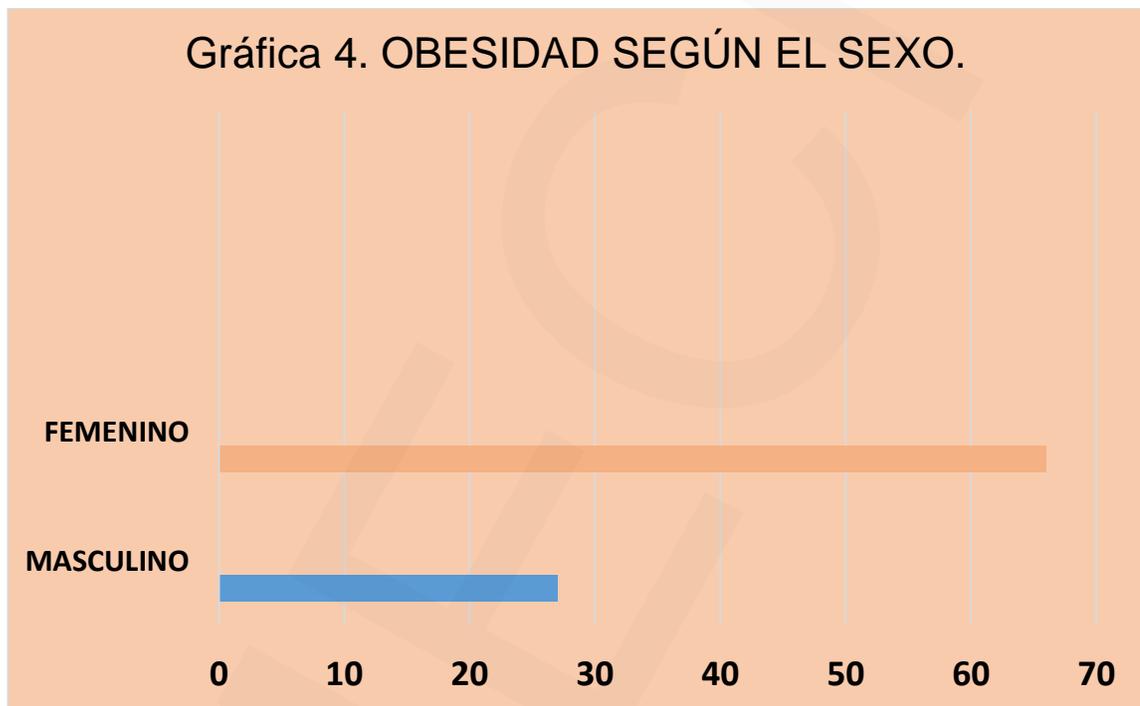
La Incidencia de Obesidad se presenta en la **Tabla 1, Gráfica 3.**

Tabla 1. INCIDENCIA DE OBESIDAD POR CADA 1000 PACIENTES ATENDIDOS	
	2014: 1.8
	2015: 3.2



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

De los 93 pacientes diagnosticados con obesidad 66 son del sexo femenino y 27 son del sexo masculino. **Gráfica 4.**



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

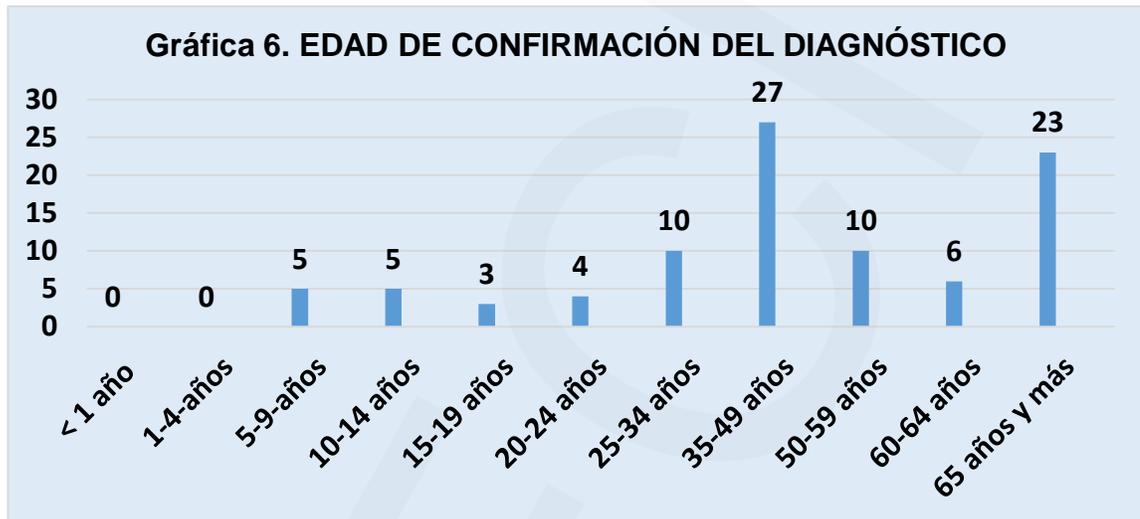
En el 2014 y 2015, los casos de Obesidad que se encontraron, se observa mayor predominio en el sexo femenino dando un total de 66 pacientes: 70.96% con respecto al masculino, 27 pacientes: 29.03%, lo cual se representa en la gráfica de porcentaje. Dando una ratio de mujeres/hombre de 2.4: 1. **Gráfica 5.**



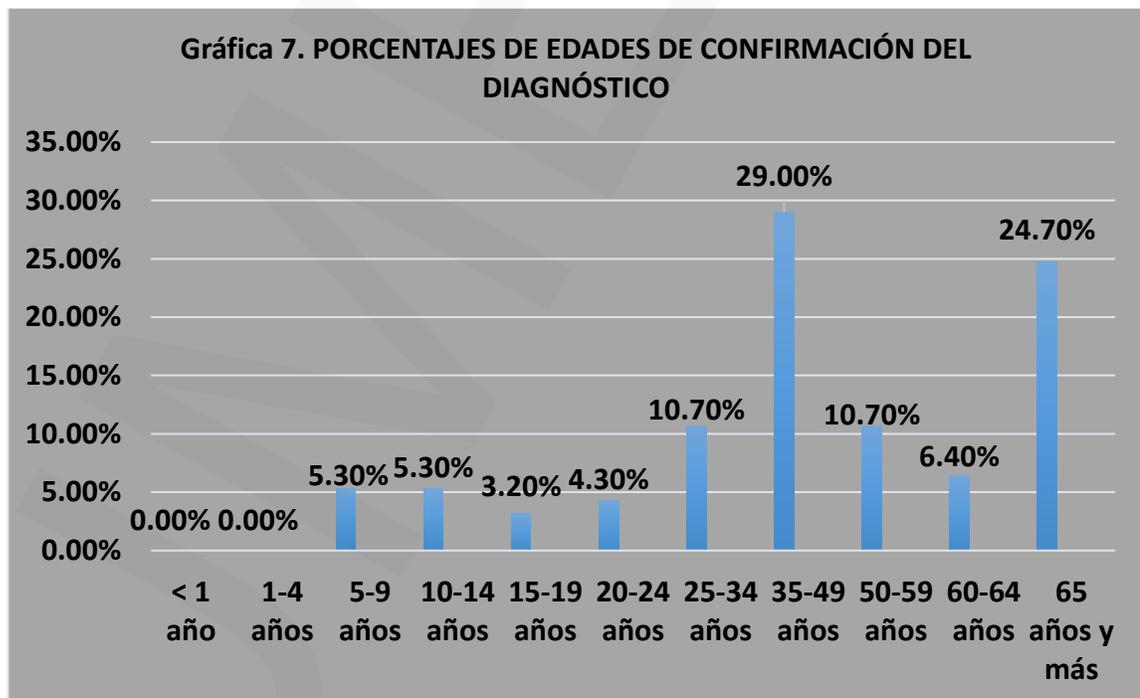
**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015.

De acuerdo a la edad de confirmación del diagnóstico se obtuvo: < 1 año (0.0%), 1-4 años (0.0%), 5-9 años (5.3%), 10-14 años (5.3%), 15-19 años (3.2%), 20-24 años (4.3%), 25-34 años (10.7%), 35-49 años (29.0%), 50-59 años (10.7%), 60-64 años (6.4%), 65 años y más (24.7%).

Se observa mayor frecuencia de Obesidad en los pacientes con edad de 35-49 años. **Gráfica 6 y 7.**



Fuente: Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015



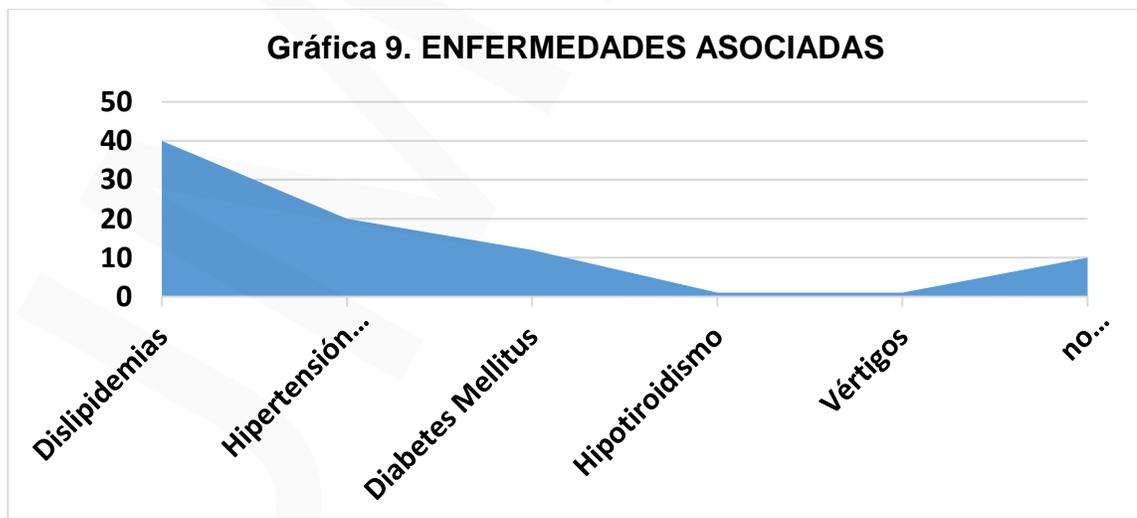
Fuente: Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

Gráfica 8. GRUPO POBLACIONAL DE OBESIDAD EN EL CSVM DEL 2014 AL 2015.



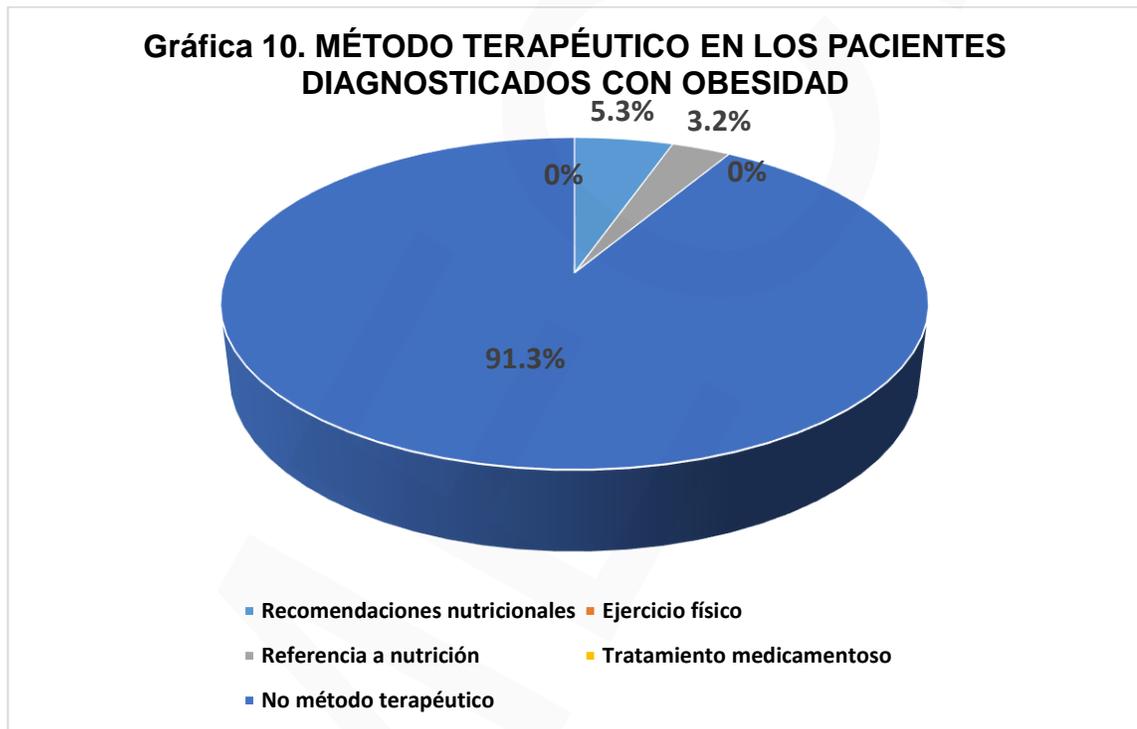
**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

De los 93 pacientes con Obesidad, las enfermedades asociadas fueron: 40 (43%) pacientes con Dislipidemias, 20 (21.5%) pacientes con Hipertensión Arterial, 12 (12.9%) pacientes con Diabetes Mellitus, 1 (1.0%) paciente con Hipotiroidismo, 1 (1.0%) paciente con Vértigos y 10 (10.7%) pacientes que no tenían enfermedades asociadas. **Gráfica 9.**



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014-2015

De los 93 pacientes el método terapéutico empleado utilizado: 5 (5.3%) Recomendaciones nutricionales, 0 (0%) Ejercicio físico, 3(3.2%) Referencia a nutrición, 0(0%) Tratamiento medicamentoso y 85(91.3%) no está consignado método terapéutica. **Gráfica 10.**



**Fuente:** Departamento de REGES Centro de Salud Virgilio Moreno, periodo 2014 - 2015

## 4.2 Análisis de los datos

Este trabajo constituye el primer estudio sobre pacientes con diagnóstico de Obesidad realizado en el CSVM, Distrito de Salud de Los Santos.

La prevalencia de los pacientes con diagnóstico de Obesidad atendidos en el CSVM de 2014-2015 fue de 45.5 por cada 10,000 pacientes atendidos.

En cuanto a la distribución de género se observa que la Obesidad ha sido diagnosticada en una mayor proporción de mujeres que hombres, estadísticamente se aprecian diferencias significativas, en estos 2 años, de los 93 casos de Obesidad que se encontraron en el CSVM, en el 2015 se observa mayor predominio en el sexo femenino, dando un total de 66 pacientes: 70.9% con respecto al masculino, 27 pacientes: 29.0%.

Se obtiene una ratio de mujeres/hombres 2.4:1, este valor es semejante al de otros estudios realizados en Cuba (Valdés Ramos E., et al, 2009), (Vázquez Vigoa A. et al, 2006), en España (Ortiz-Moncada R., et al 2011) y en Panamá (ENV, 2003).

En nuestro estudio la mayoría de los diagnósticos de Obesidad, 29.0%, se llevó a cabo en el grupo de 35-49 años. Observándose diferencias significativas en el diagnóstico para los diferentes grupos de edades, este hecho coincide con estudios realizados en México (Secretaría de Salud y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino), no así con la Encuestas de Niveles de Vida (ENV), realizada en Panamá en el año 2003, donde se observa un mayor porcentaje en adultos de 50 a 59 años.

Los resultados obtenidos de acuerdo a la raza, muestran 97.8% en los no indígenas con respecto a 2.1% indígenas.

No se encontraron estudios comparativos de Obesidad en indígenas y no indígenas, más sin embargo en estudios realizados en la ENV se observó que en las Comarcas había solo un 8% de Obesos con respecto a las otras Provincias de Panamá.

En el estudio realizado sólo encontramos tres enfermedades crónicas frecuentes: 40 (43%) pacientes con Dislipidemias, 20 (21.5%) pacientes con Hipertensión Arterial y 12(12.9%) pacientes con Diabetes Mellitus, todos siendo pacientes adultos.

En el 91.3% de los pacientes con diagnóstico de Obesidad, no se encontró consignado en el expediente clínico, el método terapéutico empleado, por lo cual no se pudo realizar el análisis de esta variable.

## **CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1 Conclusiones

- ✓ Se observa un crecimiento notorio en el diagnóstico de obesidad en el año 2014 al año 2015.
- ✓ Los pacientes con mayor diagnóstico de obesidad en el CSVM se observan en el rango de edad de 35-49 años.
- ✓ Hay predominio de Diagnóstico de Obesidad en el CSVM en el sexo femenino con respecto al masculino.
- ✓ Siendo la obesidad considerada como epidemia mundial del siglo XXI y teniendo en cuenta la estadística de atención del CSVM, nos hace pensar que existe un sub-registro de esta entidad nosológica, por lo que surge la necesidad de ampliar este estudio de investigación.
- ✓ En el 91.3% de los pacientes con diagnóstico de Obesidad no se constató el manejo terapéutico empleado en el expediente clínico.
- ✓ La obesidad es una enfermedad prevenible, por lo que el Gerente de los Servicios de Salud juega un papel sumamente importante en hacer llegar los conocimientos necesarios a la población sobre hábitos de alimentación, ejercicio físico y estilos de vida saludable, los cuales forman parte de los pilares principales en la promoción y prevención.

## 5.2 Recomendaciones

- ✓ Ampliar este estudio de investigación que nos permita conocer más sobre el comportamiento epidemiológico de la obesidad y disminuir el sub-registro de una enfermedad tan importante y que aqueja a toda la población sin importar edad, sexo y raza.
- ✓ Se debe colocar en la HRDA del médico el diagnóstico nutricional de los pacientes atendidos, en este caso de obesidad, de forma que se pueda disminuir el sub-registro de la obesidad.
- ✓ En el CSVN se deben hacer y fortalecer los programas que estimulen los hábitos de vida saludable: ejercicios, charlas, videos, evaluación con nutricionistas; etc.

**CAPÍTULO VI: PROPUESTA DE SOLUCIÓN AL  
PROBLEMA**

## 6.1 Denominación de la propuesta

Obesidad: una lucha de Todos

## 6.2 Descripción

La obesidad es una afección mundial, que está afectando a la población atendida en el CSVM, pero por falta de estudios no conocíamos la prevalencia de esta.

Con la elaboración de este trabajo investigativo podemos reafirmar que la obesidad es un problema importante que está presente en el CSVM, sumado a este se constata la existencia de un nudo crítico, el cual es el sub-registro presente de dicha patología, debido a la ausencia de colocar Obesidad como diagnóstico en la HRDA.

Por lo antes mencionado lo que pretendo establecer son mecanismos intra e interinstitucionales de prevención, manejo y control de la Obesidad, lo cual nos impulsa hacer partícipes a toda la sociedad, esto lo lograremos con la creación de:

1. Realización de Equipos de Trabajo:

Equipo externo: escuelas, instituciones públicas, comercios privados, medios de comunicación.

Equipo Interno: personal de salud del CSVM.

Con esto queremos lograr la obtención de herramientas que nos permitan ser capaces de abordar rápida, ordenada y eficazmente las necesidades de atención a la salud, generadas por la Obesidad, de esta forma podremos disminuirla y dar

mejor manejo a los pacientes con diagnóstico de Obesidad en el CSVM.

2. Realizar y consignar medidas antropométricas en el expediente clínico: Peso, talla e IMC de todos los pacientes atendidos en el CSVM.

Se debe constatar si está en Obesidad o riesgo y luego se procede a plasmarlo en el expediente clínico y en la HRDA. Proporcionar una tarjeta de control al paciente donde aparezca su peso, talla e IMC.

De acuerdo a su condición clínica al paciente se le indicará si debe hacer control de su peso cada mes.

3. Brindarle al paciente una atención multidisciplinaria: conociendo que la Obesidad es una enfermedad que afecta múltiples sistemas, se debe derivar, una vez se haya constatado el diagnóstico, el médico será el encargado de determinar si el paciente necesita ser evaluado por alguna especialidad.
4. Educar a los estudiantes, padres de familia, adultos, jóvenes, es decir, a toda la población sobre la gravedad de la Obesidad, con que herramientas contamos para ganarle la batalla.

Para obtener un buen resultado se utilizarán: trípticos, pancartas, se darán charlas, visitaremos a las escuelas, los hogares, se realizarán mensajes y discusiones del tema en los medios de comunicación de la localidad.

Con la realización de este proyecto queremos hacer llegar información a toda la población sobre la gravedad de la Obesidad y como se puede frenar, queremos captar tempranamente a los pacientes y dar un manejo adecuado a los que presentan este diagnóstico, ya que niños obesos adultos obesos.

Después de lo antes mencionado, es aquí donde se establece la importancia del papel que juega el Gerente de los Servicios de Salud, ya que nuestro rol va más allá de la administración, va dirigido al establecimiento, fortalecimiento, seguimiento y manejo adecuado de los programas que van en búsqueda de prevenir o actuar en el paciente en riesgo como el que ya está presentando esta patología.

### 6.3 Fundamentación

La Obesidad es una enfermedad prevenible, pero es considerada como una enfermedad que acorta la vida, produce o agrava múltiples padecimientos y se ha constituido como la pandemia del siglo XXI.<sup>16,17</sup>

Los programas se han centrado básicamente en considerar a la obesidad como una enfermedad que requiere diagnóstico temprano, atención oportuna y tratamiento adecuado.<sup>15</sup>

En materia de política de salud pública, los organismos rectores son la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que elaboran propuestas para todos sus Estados miembros.

En lo que respecta a la atención del sobrepeso y obesidad, la OMS elaboró y distribuye, desde 2004, una serie de documentos que delinear las acciones y estrategias para prevenir, controlar y revertir este problema, que considera una "epidemia" global. Entre éstos destacan, por su importancia, la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud (OMS 2004); un marco para la promoción de frutas y verduras a nivel nacional (Ibid. 2005); una guía de enfoques basados en población para incrementar los niveles de actividad física (Ibid. 2008); estrategia mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud: marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación (Ibid.2009), a pesar de todo esto, por su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud, la obesidad representa una emergencia sanitaria que no ha podido resolverse, además de que afecta de manera importante la productividad de las

empresas, el desempeño escolar y nuestro desarrollo económico como país.

Estamos frente a una situación crítica que, de no ser atendida en el corto y mediano plazo, puede comprometer nuestra viabilidad como nación.

La obesidad es un problema complejo y multifactorial, cuya naturaleza involucra a los sectores público, privado y social, así como al individuo. Se trata de un problema compartido por todos los miembros de la sociedad.

En Panamá el 7 de julio de 2013 se realizó un estudio por la Universidad Tecnológica donde se observa que la mayor prevalencia de Obesidad, con un 14% fue en la Provincia de Los Santos, con respecto al resto de las Provincias.

Estos resultados dan un indicio que en la Provincia de Los Santos se está dando un problema, el cual nos impulsó en la elaboración de este trabajo investigativo, en búsqueda de medidas que nos permitan contrarrestarlo.

En este estudio de investigación, la prevalencia de los pacientes con diagnóstico de Obesidad atendidos en el CSVM de 2014-2015 fue de 45.5 por cada 10,000 pacientes atendidos, siendo más frecuentes en las mujeres con respecto a los hombres, dando una ratio de mujeres/hombres 2.4:1.

En el estudio ENV realizado en Panamá en el 2003, se observa un mayor porcentaje de diagnóstico de Obesidad en los adultos de 50 a 59 años, mientras que en nuestro estudio el 29.0%, se llevó a cabo en el grupo de 35-49 años.

Es sumamente preocupante obtener como resultado que el 91.3% de los pacientes con diagnóstico de Obesidad, no se encontró consignado en el expediente clínico, el método terapéutico empleado,

por lo cual no se pudo realizar el análisis de esta variable, lo que repercute en el manejo y seguimiento de una enfermedad que se ha convertido en una epidemia mundial, la Obesidad.<sup>17,18</sup>

Es importante mencionar que de los estudios internacionales que se han realizado, se ha determinado que un aumento del 10% en las enfermedades ligadas a las dietas poco saludables detraen un 0,5% del producto interior bruto (PIB) mundial, especialmente por los mayores costes exigidos a los sistemas sanitarios.

Todo lo antes mencionado nos impulsa como Gerente de los Servicios de Salud a establecer y dar seguimiento a los programas destinados a luchar en contra de la Obesidad en el CSVM.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 Objetivo General**

- Desarrollar estrategias para detener el aumento acelerado de la obesidad en la población atendida en el CSVM.

### **6.4.2 Objetivos Específicos**

- Fortalecer la atención primaria de salud y promoción de la lactancia materna y la alimentación saludable.
- Establecer la vigilancia, investigación y evaluación continua de los Programas de Obesidad desarrollados en el CSVM.
- Organizar un equipo multidisciplinario en búsqueda del mejoramiento del entorno con respecto a la nutrición y la actividad física en los establecimientos escolares.

## **6.5 Metas**

Con la realización de este proyecto queremos:

1. Hacer el diagnóstico de los pacientes que presentan Obesidad o están en riesgo, que se atienden en el CSVM, de forma que eliminemos la existencia de un posible subregistro.
2. Que se coloque en la HRDA el estado nutricional de todos los pacientes que acudan a dicha instalación de salud, sin distinguir sexo, edad o raza.
3. Educar a toda la población sobre la gravedad de la Obesidad y que conozcan con que herramientas cuentan para prevenirla.
4. Brindar un manejo multidisciplinario a todos los pacientes Obesos o con riesgo.
5. Disminuir el diagnóstico de Obesidad en la población atendida en el CSVM.
6. Hacer partícipe a toda la población en la prevención de una enfermedad que se ha convertido en una epidemia mundial, como lo es la Obesidad.

## **6.6 Beneficiarios:**

Con la propuesta de solución al problema que presenta la Obesidad en el CSVM, se beneficiará a toda la población atendida en dicha instalación de salud.

Además de repercutir positivamente sobre el resultado del trabajo del personal de REGES, del CSVM, de la Región de Salud de Los Santos y de la

población en general, ya que se establecerán precedentes para futuros estudios.

### **6.7 Productos:**

- Equipo multidisciplinario: participación de la sociedad, ver los avances del proyecto, realizar mejoras cuando lo amerite.
- Visitas a las escuelas, medios de comunicación, comercios privados, instituciones públicas: educar sobre la Obesidad y brindarles las herramientas para prevenirla o tratarla cuando ya esté instaurada la enfermedad, a través del conocimiento de los buenos hábitos alimenticios podemos obtener individuos mas sanos.

A través de estas instalaciones se puede hacer llegar esta información a toda la población.

- Colocar el diagnóstico en la HRDA: desaparecer la existencia de un subregistro, de ser el caso y por ende nos da una realidad del comportamiento de la Obesidad.
- Atención multidisciplinaria: dar un manejo adecuado que permita evitar las complicaciones o comorbilidades que agravaran a un más la situación.

## 6.8 Localización

Este proyecto se llevará a cabo en la instalación del CSVM, ubicada en el Corregimiento de Sabana Grande, Distrito de los Santos, Provincia de Los Santos.

Al contar con la participación de un equipo multidisciplinario, se realizarán actividades en las escuelas, medios de comunicación, comercios privados, instituciones públicas que se encuentren en el área.

## 6.9 Metodología

Desarrollar un Programa dirigido a luchar contra la Obesidad requiere no solo un esfuerzo individual, sino la participación de toda la sociedad apoyado por el deseo de fortalecer y mejorar los servicios de salud, por lo antes mencionado, como Gerente de los Servicios de Salud debemos proponer, desarrollar y dar seguimiento a una propuesta que permita disminuir la estadística de Obesidad, es un gran logro alcanzado, en el CSVM.

- Creación de un equipo multidisciplinario:

Un equipo multidisciplinario interno y externo en el CSVM, nos va a permitir ver el problema de la Obesidad desde diferentes puntos de vista, mejorando las herramientas de manejo para prevenir, tratar y seguir a los pacientes con este diagnóstico, cada integrante con una función bien definida.

Este equipo estaría conformado en dos grupos, a pesar de esto, se realizaría un trabajo en equipo.

<b>GRUPO INTERNO</b>	<b>GRUPO EXTERNO</b>
Director Médico	Autoridades competentes
Gerente de los Servicios de Salud	Escuelas
Médicos Generales, Pediatra, de acuerdo a la presencia de estos en el CSVM.	Medios de Comunicación
Enfermería	Comercios privados
Trabajo Social	Instituciones públicas
Nutricionista	
Psicología	
Personal de REGES	
Laboratorio	
Farmacia	

- Director Médico: Su función será dirigir, programar, planificar, supervisar y controlar todas las actividades del Programa de Obesidad en el CSVN.
- Gerente de los Servicios de Salud: Asesora de manera permanente al Equipo de multidisciplinario conformado, permite la articulación de la dirección médica, con dicho equipo y la población.

Participará en todas las reuniones y visitas que se deban realizar.

- Médicos Generales, Pediatras, otros: su función será brindarle la atención médica que el paciente amerite, determinar si el paciente se encuentra con Obesidad, de acuerdo al IMC, establecer el diagnóstico en la HRDA, al igual que en el expediente clínico.

El médico es el idóneo para brindarle al paciente el manejo adecuado, considerando la condición clínica del mismo, les dará el seguimiento a los pacientes para determinar si dicho tratamiento ha resultado, si se deben hacer cambios, establecerán los controles de atención y dará las recomendaciones.

- Enfermería: Se encargará de pesar y tallar a todos los pacientes, sin diferencia de edad, sexo y raza.

Le confeccionará al paciente una tarjeta de seguimiento de caso, donde se constata las generales del paciente, dirección, edad, peso, talla e IMC, así como las fechas de estas mediciones y las fechas de las próximas citas.

- Trabajo Social: Permitirá conocer la situación social que presenta el paciente. Sus tareas van combinadas con la de médicos,

- nutricionistas, psicólogos, enfermeros. El trabajador social debe de intervenir dirigiendo tanto intervenciones individuales, grupales, familiares, como comunitarias para buscar el equilibrio en la propia persona y en la familia, a través de la movilización de las capacidades y recursos que las personas afectadas tengan y también hacer uso de la red social que posean para evitar un final patológico de la situación del enfermo (Cortés, y otros, 2011).
- Nutricionista: Brindará charlas sobre alimentación en la instalación de salud, las escuelas del área, en los programas de los medios de comunicación. Se hará hincapié en la importancia del ejercicio físico. Ayudará en el planeamiento de las dietas indicadas.
- Psicología: juegan un papel importante en la comunicación con los pacientes, familiares, etc. Es importante recordar que generalmente estos pacientes sufren estigmatización, depresiones, baja autoestima.
- Personal de REGES: se encargará de registrar y dar a conocer la estadística del diagnóstico de Obesidad cada mes.
- Autoridades competentes: cooperarán en el fortalecimiento del programa de obesidad: áreas destinadas para realizar actividades físicas, lugares que oferten alimentos saludables, establecer e impulsar leyes que permitan mejor acceso a frutas, vegetales y alimentos saludables, entre otras.
- Escuelas: es una instalación importante para transmitir la información de la gravedad de la Obesidad, educar sobre la importancia de una alimentación saludable y del ejercicio físico

El personal de salud del CSVM asistirá cada 3 meses a estas, ya que es una buena herramienta para la promoción de la salud y la prevención de la Obesidad, como de sus complicaciones.

A las visitas escolares acudirá el equipo interno.

- Medios de Comunicación: Se creará un espacio radial, donde todos los miércoles en horario de la mañana se toquen temas de: obesidad en general, alimentación adecuada, importancia del ejercicio físico.

Se invitarán expertos sobre el tema.

Los medios de comunicación también apoyarán con espacios publicitarios sobre la importancia del programa que se está desarrollando en el CSVM.

- Comercios Privados: participarán ofreciendo en sus establecimientos alimentos sanos, con prioridad en los centros educativos, pondrán anuncios sobre la gravedad de la Obesidad y como se puede prevenir.
- Atención de los pacientes en el CSVM: Todo paciente que acuda al CSVM en búsqueda de atención médica, será pesado y tallado, para luego sacarle el IMC, y determinar si presenta Obesidad o riesgo de éste.

Estos resultados deben colocarse en el expediente clínico, al igual que el diagnóstico en la HRDA.

Al paciente se le dará una tarjeta donde se constaten los datos generales del paciente, dirección, edad, peso, talla, IMC. Esta tarjeta se utilizará además como control.

El médico establecerá la acción terapéutica y el paciente será derivado a las especialidades que amerite.

Se dará seguimiento mensual a todos los pacientes con diagnóstico de Obesidad o riesgo de ésta.

A todos los pacientes se les brindarán charlas educativas, trípticos sobre Obesidad, alimentación adecuada, ejercicio físico, loncheras saludables, y otros.

- Reunión mensual: todos los últimos viernes de cada mes se realizará una reunión con el equipo externo e interno, en el CSVM, donde se valorarán la estadística de Obesidad obtenida, el manejo instaurado, se determinará donde se debe ir fortaleciendo el programa, se conocerán los resultados alcanzados, entre otros puntos.

### 6.10 Cronograma

Es importante mencionar que este proyecto se dará a largo plazo, debido a esto puede sufrir modificaciones de acuerdo a los resultados que se vayan alcanzando o según los inconvenientes que se presenten. En este cronograma damos una idea de lo que iniciaremos haciendo.

DÍAS	PARTICIPANTES	ACTIVIDADES
<p>Día 1 2:00pm – 3:00pm</p>	<p>Equipo Interno</p>	<p>Se organizarán los integrantes del equipo.</p> <p>Se verificarán los equipos con los que contamos y se determinará los que se necesiten.</p> <p>Se establecerán los días que se harán las visitas a las escuelas, medios de comunicación, centros comerciales.</p> <p>Se organizarán los temas que se les brindará a la población que acude al CSVN.</p> <p>Se establecerá que todos los últimos viernes de cada mes se dará una reunión con el equipo interno y externo.</p>

<p>Día 2 7:30am – 11:30 am</p>	<p>Equipo Externo</p>	<p>Se conversará con los encargados de cada instalación escolar, centros comerciales, medios de comunicación, entidades públicas y autoridades competentes, que se encuentren en el área de responsabilidad del CSVN.</p> <p>Se organizará el equipo externo.</p> <p>Se les brindará una charla sobre la epidemia que representa la Obesidad y del importante papel que juegan ellos en la lucha contra esta enfermedad.</p> <p>Se les darán trípticos, pancartas, y otros.</p> <p>Se establecerán los días de visitas a las escuelas y a los medios de comunicación.</p>
<p>Día 3 7:00 am – 3:00 pm</p>	<p>Equipo interno y equipo externo</p>	<p>En el CSVN se dará inicio al proyecto: Obesidad: una lucha de Todos. Se dará a conocer el proyecto a la población, se les dará charlas, distribución de trípticos y otros. Todo paciente que vaya hacer atendido se le tomará el Peso, Talla y el IMC, para determinar el diagnóstico.</p> <p>El estado Nutricional se debe colocar, por parte de todo servidor de la institución, en la HRDA y en el expediente clínico.</p>

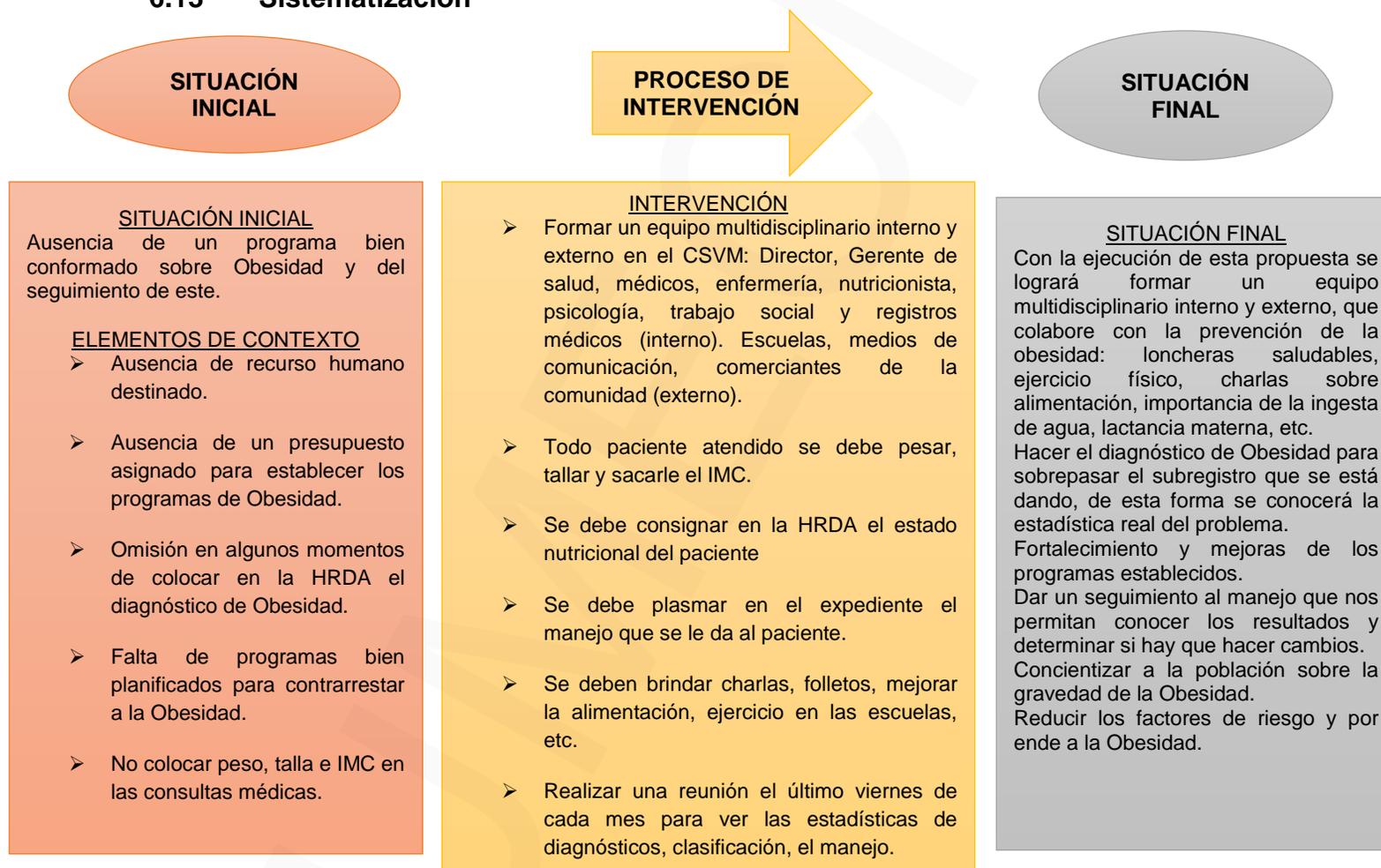
### 6.11 Recursos

EQUIPO A UTILIZAR	CANTIDAD
Pesa de adulto Pesa neonatal Pesa pediátrica	4 2 2
Tallímetro de adulto Tallímetro infantil	1 1
Lápices, borradores HRDA Trípticos.	Al inicio: 10 cajas de lápices y borradores Imprimir 400 Imprimir 800
Auto para las visitas a las escuelas, locales comerciales, medios de comunicación, data show, 1 computadora, videos sobre Obesidad, alimentación, ejercicio físico, entre otros.	Ya señalados
Pancartas o propagandas para colocar en las escuelas y lugares comerciales.	50

## 6.12 Presupuesto

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
Pesa de adulto	4	400.00
Pesa neonatal	2	200.00
Pesa pediátrica	2	200.00
Tallímetro de adulto	1	Viene incorporado en la pesa
Tallímetro infantil	1	200.00
Lápices, borradores HRDA Trípticos.	Al inicio:  10 cajas de lápices y borradores  Imprimir 400  Imprimir 800	25.00 10.00  MINSA lo proporcionará  MINSA lo proporcionará
Auto para las visitas a las escuelas, locales comerciales, medios de comunicación, data show, 1 computadora, videos sobre Obesidad, alimentación, ejercicio físico, entre otros.	Ya señalados	La instalación cuenta con ello.  El combustible dependerá de los lugares que se visitarán.
Pancartas o propagandas para colocar en las escuelas y lugares comerciales.	50	MINSA lo proporcionará

### 6.13 Sistematización



## BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.asamblea.gob.pa/tag/obesidad>
2. [http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/08/110826\\_salud\\_obesidad\\_epidemia.shtml](http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/08/110826_salud_obesidad_epidemia.shtml)
3. <https://www.monografias.com/docs/Ensayo-de-obesidad-PKYZF3QYMY>
4. OMS Nota descriptiva N 211 Junio 2016.
5. Aranceta-Bartrina J, Pérez-Rodrigo C, Alberdi-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. Rev. Esp Cardiol. Vol. 69. Núm. 06. (69:579-87).
6. <https://www.uv.mx/cienciahombre/revistae/vol23num2/articulos/obesidad/>
7. Toledo Curbelo G. (2005). Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.
8. Ortiz-Moncada R, Alvarez-Dardet C, Miralles-Bueno J, Ruiz-Cantero M, Dal Re-Saavedra M, Villalba C, et al. (2011). Determinantes sociales de sobrepeso y obesidad en España 2006. Med Clin (Barc). Vol. 137 Núm. 15 (137:678-84).
9. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1726-463420120003&lng=en&nrm=is](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1726-463420120003&lng=en&nrm=is)
10. Aranceta-Bartrina J, et al. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años):

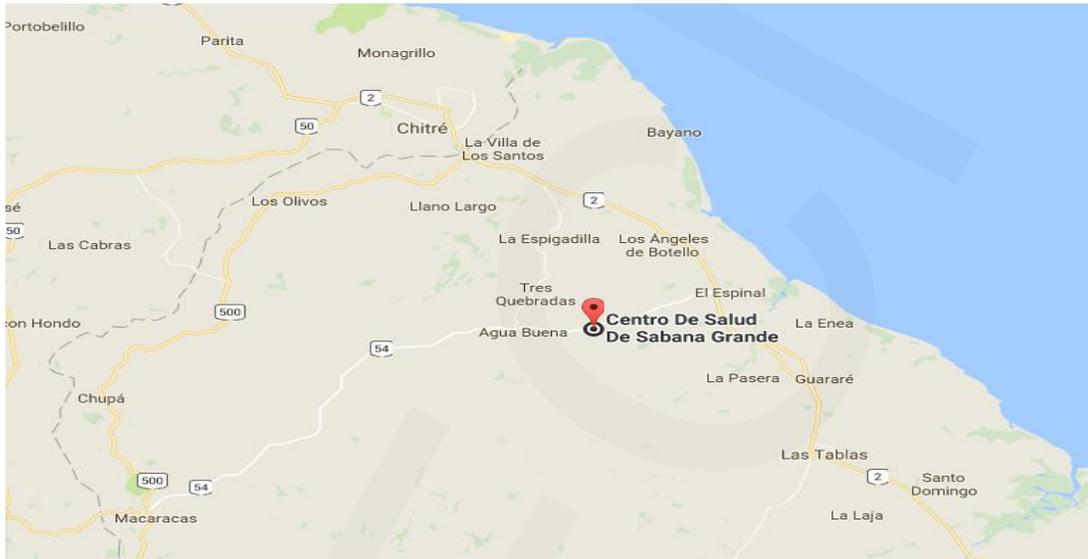
11. estudio ENPE. Revista Española de Cardiología. Volume 69, Núm. 6, (Pp. 579-587).
12. Hernández M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016: Resultados ponderados. [Presentación] Instituto Nacional de Salud Pública. 14 de diciembre 2016.
13. Dr. Atalah S E. (2012). Epidemiología de la Obesidad en Chile. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina, universidad de Chile. REV. MED. CLIN. CONDES; Vol. 23. Núm. 2. (Pp 117-123).
14. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
15. <http://www.monografias.com/trabajos82/estudio-obesidad-panama/estudio-obesidad-panama>.
16. <https://es.slideshare.net/ILiK/impacto-en-el-ndice-de-obesidad-como-consecuencia-23999407>.
17. <http://medicablogs.diariomedico.com/frankatacho/2006/09/24/obesidad-y-sus-complicaciones/>
18. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2010.
19. Informe sobre la salud en el mundo 2006 – Colaboremos por la salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2006.
20. <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>.
21. <http://www.monografias.com/trabajos65/historia-obesidad/historia-obesidad2.shtml>

UNMECIT

**ANEXOS**

## CENTRO DE SALUD VIRGILIO MORENO

### UBICACIÓN GEOGRÁFICA



### ÁREA FRONTAL



## DEPARTAMENTO DE REGES

### VENTANILLA



### ÁREA DE TRÁMITE DE CITAS



## ÁREA DE ARCHIVOS CLÍNICOS



## SECCIÓN DE ESTADÍSTICA



**UNIVERSIDAD METROPOLITANA DE EDUCACIÓN, CIENCIAS Y  
TECNOLOGÍA.  
PLANILLA PREDISEÑADA DE OBESIDAD EN LOS PACIENTES  
ATENDIDOS EN EL CSVM EN EL PERÍODO 2014-2015.**

**Datos generales:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Número de Identidad: \_\_\_\_\_

Edad:  
\_\_\_\_\_

Sexo:  
\_\_\_\_\_

Dirección:  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes:**

Antecedentes Patológicos Personales:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Hallazgos encontrados en el Expediente Clínico al Examen Físico:**

IMC:  
\_\_\_\_\_

Circunferencia de Cintura:  
\_\_\_\_\_

Estado Nutricional según el IMC:  
\_\_\_\_\_

**Manejo que se le brindó al paciente con diagnóstico de Obesidad**

Control de laboratorios:

Colesterol  
Triglicéridos  
HDL  
VLDL  
LDL  
Otros

Consejería médica sobre:

Alimentación  
Ejercicio Físico  
Otro.

Tratamiento medicamentoso

Referencia:

Nutrición  
Otra Especialidad



CÉDULA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE APERTURA \_\_\_\_\_

**MINISTERIO DE SALUD  
 CAJA DE SEGURO SOCIAL  
 HISTORIA CLÍNICA PARA PERSONAS DE 20 AÑOS Y MÁS**

**I. DATOS GENERALES**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Materno \_\_\_\_\_ Cónyuge \_\_\_\_\_ 1er Nombre \_\_\_\_\_ 2do Nombre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_  
 Tipo de Usuario: No Asegurado  Asegurado  Tipo de Asegurado: Activo  Pensionado / Jubilado  Beneficiario   
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_ Corregimiento \_\_\_\_\_ Comunidad \_\_\_\_\_ Zona \_\_\_\_\_ Calle \_\_\_\_\_  
 Casa/Apto \_\_\_\_\_ Tel/Residencia \_\_\_\_\_ Punto de referencia \_\_\_\_\_  
 Lugar de trabajo \_\_\_\_\_ Tel/Trabajo \_\_\_\_\_ Profesión/oficio \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Escolaridad: Ninguna  Primaria  Secundaria  Técnica   
 Universitaria  Último año aprobado \_\_\_\_\_  
 En caso de urgencia notificar \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_  
 Donante de Sangre \_\_\_\_\_ Tipaje y RH \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA CONSULTA \_\_\_\_\_**

**ANTECEDENTES PATOLÓGICOS**

II A.				II B.			
PERSONALES		FAMILIARES		PERSONALES		FAMILIARES	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

### III. FACTORES DE RIESGO

Si No

OBSERVACIONES

ACTIVIDAD FÍSICA \_\_\_\_\_  
 TIPO DE ACTIVIDAD / FRECUENCIA / DURACIÓN

CONSUME MAS DE 4 DIAS A LA SEMANA ALIMENTOS FRITOS

CONSUME MAS DE 4 DIAS A LA SEMANA DULCES, SODAS, PICARITAS, COMIDAS RAPIDAS

TRASTORNOS DEL SUEÑO \_\_\_\_\_  
 DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO / CANTIDAD DE HORA DORMIDA / SOMNOLENCIA DURANTE EL DIA

CONSUMO DE PRODUCTOS DE TABACO \_\_\_\_\_  
 EDAD DE INICIO / N° CIGARRILLOS POR DIA / INTERES EN DEJARLO

ALCOHOL \_\_\_\_\_  
 EDAD DE INICIO / TIPO DE BEBIDA / FRECUENCIA / CONSUMO MÁXIMO

USA DROGA ILCITA \_\_\_\_\_  
 EDAD DE INICIO / TIPO / CONSUMO MÁXIMO

CAFÉ \_\_\_\_\_  
 N° DE TAZAS DIARIAS

AUTOMEDICACIÓN \_\_\_\_\_  
 TIPO / FRECUENCIA

### COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA ITS / VIH / SIDA

Si No

CAMBIO FRECUENTE DE PAREJA O VARIAS PAREJAS A LA VEZ

RELACIONES SEXUALES NO PROTEGIDAS

HABER SIDO PAREJA DE UNA PERSONA INFECTADA POR VIH

TENER COMPAÑERO/A SEXUAL CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO

TATUAJE Y/O USO DE ACCESORIOS METÁLICOS (PERCING)

### IV. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### A. MUJERES

MENARCA/EDAD \_\_\_\_\_ RITMO MENSTRUAL CADA \_\_\_\_\_ DIAS POR \_\_\_\_\_ DIAS

FUM \_\_\_\_\_ IVSA \_\_\_\_\_ VS ACTUAL \_\_\_\_\_ PLANIFICACIÓN FAMILIAR SI  NO  \_\_\_\_\_  
 DESCRIBA MÉTODO \_\_\_\_\_

N° DE NACIMIENTOS VIVOS \_\_\_\_\_ GRAVA \_\_\_\_\_ PARA \_\_\_\_\_ ABORTO \_\_\_\_\_ CESÁREA \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

TRASTORNOS DE LA FUNCIÓN SEXUAL \_\_\_\_\_

ÚLTIMO PAP \_\_\_\_\_  
 FECHA / RESULTADO / REFERIDA

ÚLTIMA MAMOGRAFÍA A PARTIR DE LOS 45 AÑOS \_\_\_\_\_  
 FECHA / RESULTADO

#### B. HOMBRES

IVSA \_\_\_\_\_ VS ACTUAL \_\_\_\_\_

DISFUNCIÓN SEXUAL SI  NO  \_\_\_\_\_  
 TRASTORNOS DE LA EYACULCIÓN / DISFUNCIÓN ERÉCTIL

FECHA ÚLTIMO EXAMEN PRÓSTATA \_\_\_\_\_  
 40 AÑOS Y MÁS / TACTO RECTAL / P.S.A. / RESULTADO

#### V. VACUNACIÓN



<b>TD ADULTO</b>	<b>M/R</b>	<b>+HEPATITIS B</b>	<b>+INFLUENZA</b>	<b>+ANTINEUMOCOCICA</b>
1 _____	1 _____	1 _____	_____	_____
2 _____		2 _____	_____	_____
REF _____		REF _____		

+POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

**VI. PADECIMIENTO ACTUAL**

**VII. EXAMEN FÍSICO (Objetivo)**

Tº \_\_\_\_\_ FC \_\_\_\_\_ FR \_\_\_\_\_ P/A \_\_\_\_\_ CINTURA \_\_\_\_\_ (cm)

PESO (Kg.) \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_ (m)  $IMC = \frac{P(k.g.)}{(T)^2}$

Cintura: Factor de Riesgo: >102 cm. Masculino > .88 cm. Femenino

IMC < 19.9 BAJO PESO 20-24.9 NORMAL  
25-29.9 SOBRE PESO > 30 OBESIDAD

ÓRGANOS Y SISTEMAS	NORMAL	PATOLÓGICO	DESCRIPCIÓN DE ALTERACIONES
PIEL			
CABEZA	''		
OJOS			
OIDOS			
NARIZ			
BOCA			
GARGANTA			
CUELLO			
TIROIDES			
LINFÁTICO GENERAL			
TORAX			
MAMAS			
CORAZÓN			
PULMONES			
ABDOMEN			
GENITOURINARIO			
RECTAL			
EXTREMIDADES SUPERIORES			
EXTREMIDADES INFERIORES			
ARTICULACIONES			
COLUMNA			
VASCULAR PERIFÉRICO			
NEUROLÓGICO			
OTROS			

**VIII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA ( ANÁLISIS )**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IX. INDICACIONES Y TRATAMIENTO (PLAN):**



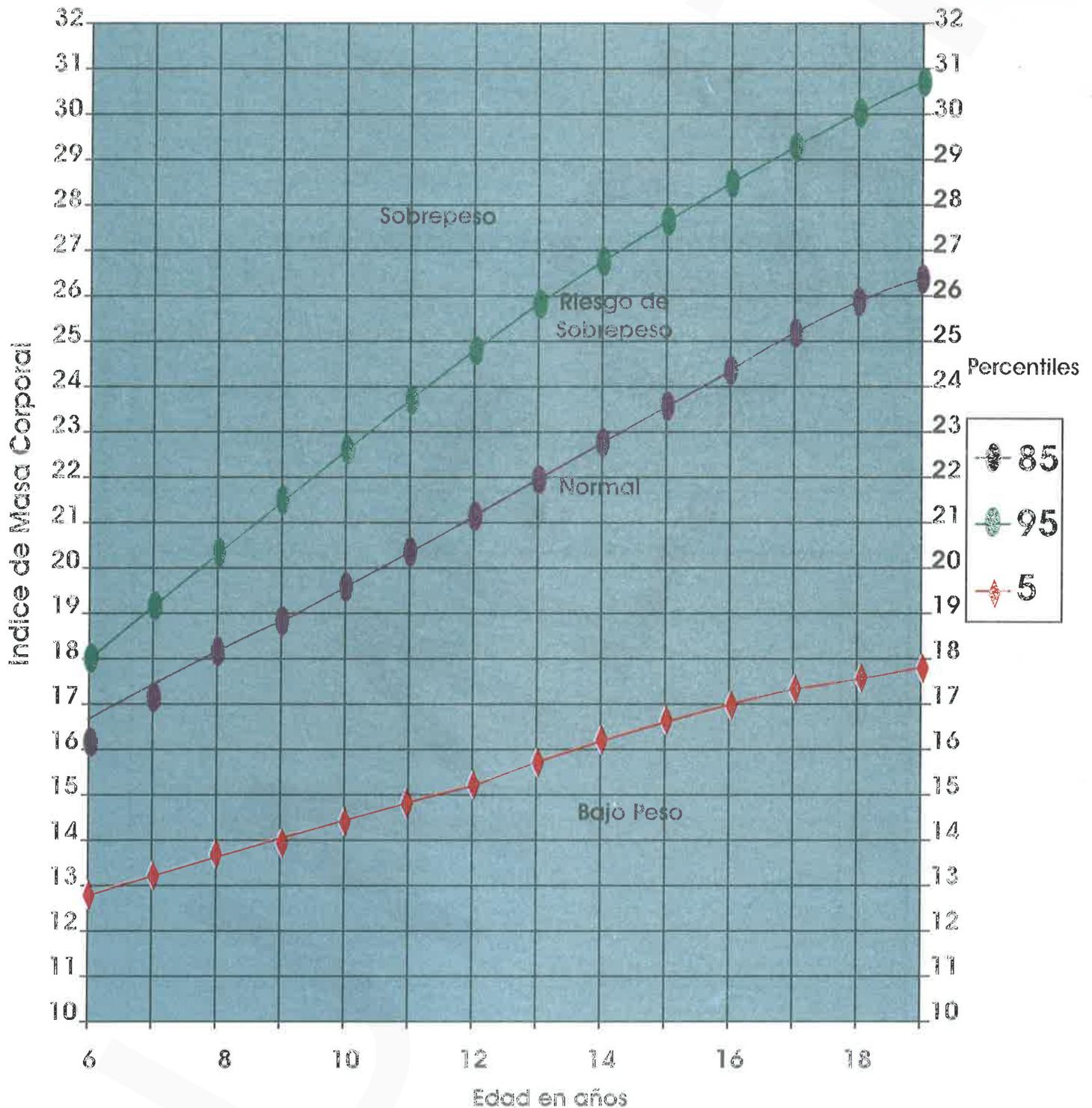
FECHA			EDAD	PESO (Kg)	LONGITUD	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	TEMP(°C)	CRECIMIENTO	DESARROLLO	VACUNACION	
DÍA	MES	AÑO									
					TALLA (cm)			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<u>Adecuada a la Edad</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIPO DE CONSULTA			HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA				ALIMENTACIÓN				
CONTROL #		Morbilidad	Referido	maltrato	Sospecha Abuso Sex.	Trabajo Infantil	Sospecha ESC	Pecho exclusivo	Suplemen. Vit/Min.	Ablactación	Adecuada a la Edad
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Enfermo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
DIAGNÓSTICO:											
INDICACIONES:							FIRMA:				
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO:			FECHA:	CAMBIO DOMICILIO <input type="checkbox"/>			MUERTE <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>			

FECHA			EDAD	PESO (Kg)	LONGITUD	PERÍMETRO CEFÁLICO (cm)	TEMP(°C)	CRECIMIENTO	DESARROLLO	VACUNACION	
DÍA	MES	AÑO									
					TALLA (cm)			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alterado	<u>Adecuada a la Edad</u> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
TIPO DE CONSULTA			HISTORIA DE VIOLENCIA DOMÉSTICA				ALIMENTACIÓN				
CONTROL #		Morbilidad	Referido	maltrato	Sospecha Abuso Sex.	Trabajo Infantil	Sospecha ESC	Pecho exclusivo	Suplemen. Vit/Min.	Ablactación	Adecuada a la Edad
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Enfermo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
DIAGNÓSTICO:											
INDICACIONES:							FIRMA:				
CAUSA DE NO SEGUIMIENTO:			FECHA:	CAMBIO DOMICILIO <input type="checkbox"/>			MUERTE <input type="checkbox"/>	OTRA <input type="checkbox"/>			

HCP 16

EVOLUCION INFANTIL

## Gráfica de Estado Nutricional según Índice de Masa Corporal Hombres de 6 - 19 años

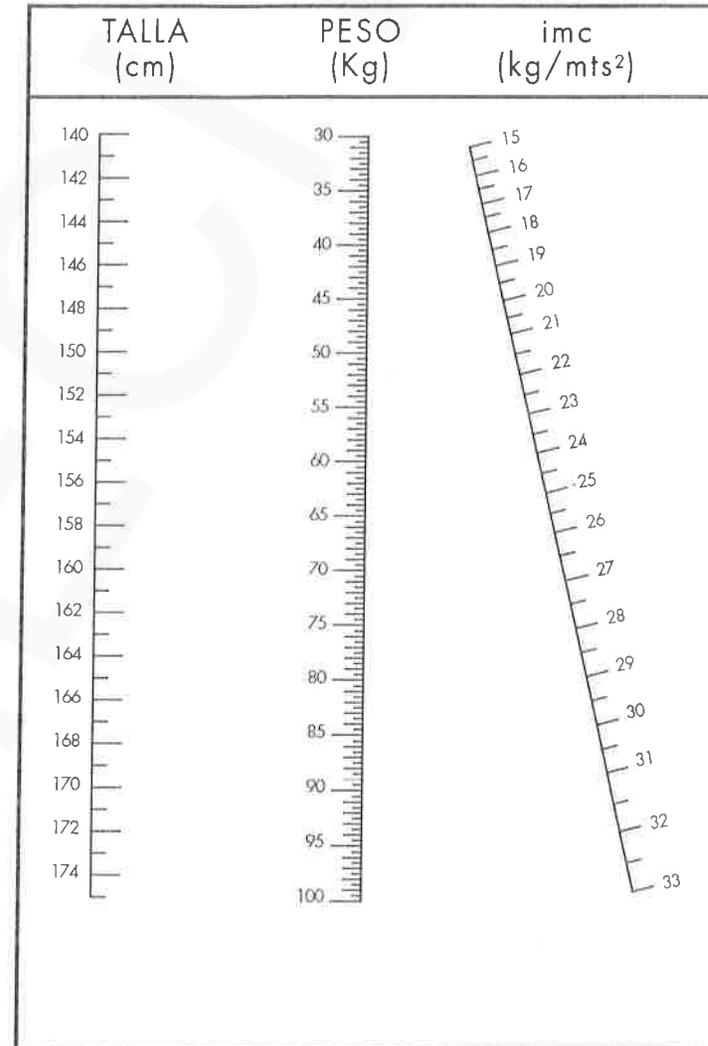
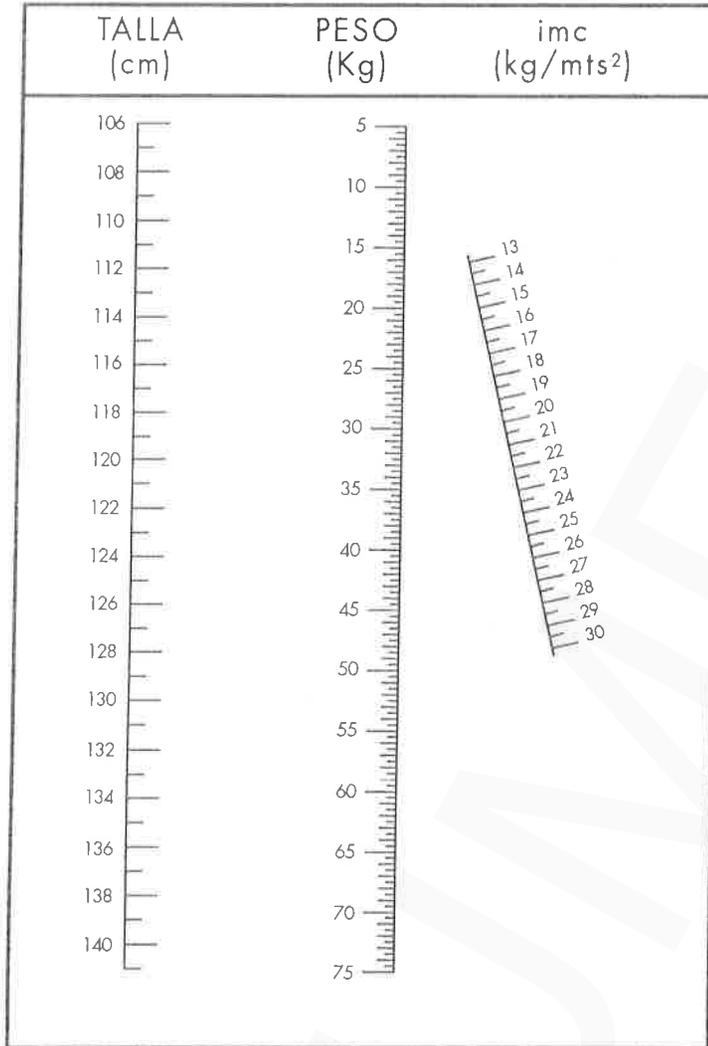


Fuente: Must et al, Am J Clin Nutr, 1991; 54:773,

Basado en: NCHS (NHANES I), 1973

Estudio: Comparación P/T vs IMC, Nutrición - MINSA / INCAP - OPS; 2001

## NOMOGRAMA CALCULO INDICE MASA CORPORAL







UMECIT







UNMECIT

RIO,

000000

2011-01-01 00:00:00





