



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DE JESÚS

CLAVE: 3295/12

T E S I N A

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LIC. EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**“GRADO Y FRECUENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN
PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD”**

P R E S E N T A:

LUNA BECERRA BRENDA PATRICIA

ASESORA: LIC. EN ENFERMERÍA TOMASA JUÁREZ CAPORAL

MÉXICO D.F, 2009.

AGRADECIMIENTOS.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A DIOS:

GRACIAS por darme la vida. GRACIAS por permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi vida y lograr cada una de mis metas a lo largo de mi carrera. GRACIAS por poner en mi camino a una familia maravillosa como la que tengo y por conocer a personas maravillosas, GRACIAS por las bendiciones y los regalos que recibo de ti día tras día.

A MIS PADRES:

María Luisa y Sergio

GRACIAS por darme la vida, y haberme enseñado tantos valores que han hecho de mí una MUJER.

A quienes me han heredado el tesoro más valioso que pueden dársele a un hijo: AMOR. A quienes sin escatimar fuerza alguno, ha sacrificado gran parte de su vida para formarme y educarme.

A quienes la ilusión de su vida ha sido convertirme en persona de provecho. A quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aun con las riquezas más grandes del mundo por eso y más.....Gracias

Los Quiero. Mucho a los dos.

A MI HERMANA:

Bere

Gracias por ser una ejemplo de superación en cada una de las etapas de mi vida. Por estar conmigo en las buenas y malas por eso y más te quiero mucho.

A MIS SOBRINAS:

Aidé y Alin

Gracias por existir en mi vida ya que ustedes son una luz de calma en mi vida cuando no tengo salida a un problema. Les doy gracias por enseñarme a reír, jugar, llorar. Espero poder ser un ejemplo de superación en su futuro.

A MÍSTIAS:

Viki y Mago

Les doy gracias por pedir en cada una de sus oraciones por mí. Gracias por apoyar a mi mami en mi ausencia y ser una compañía cuando ella lo necesite por eso y mucho más gracias y que dios las bendiga.

A MIS AMIGAS:

Gracias por estar con migo en las buenas y malas por darme consejos para concluir satisfactoriamente mi carrera, espero siempre permanezca viva nuestra amistad. Las Q. M

A MI ASESORA:

Con mi mayor reconocimiento por su enseñanza, conocimientos impartidos durante mi formación profesional, por su dedicación y paciencia desinteresada asesoría para concluir mis estudios profesionales por eso le doy mis más sinceros agradecimientos. Por ser un ejemplo de superación en cada una de las etapas de mí carrera hasta el final por eso y mucho más gracias maestra Tomy y que dios la bendiga siempre.

ÍNDICE

I.INTRODUCCIÓN.....	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
III. OBJETIVOS.....	4
GENERAL.....	4
ESPECÍFICO.....	4
IV. MARCO TEÓRICO.....	5
ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD.....	4
OBESIDAD.....	8
ETIOLOGÍA.....	9
CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD DE ACUERDO A SU ETIOLOGÍA.....	10
OBESIDAD SECUNDARIA.....	12
CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD.....	13
CLASIFICACIÓN.....	13
GRADOS DE OBESIDAD SEGÚN GARROW.....	14
ANTROPOMETRIA.....	15
FISIOPATOLOGÍA.....	16
DIETA.....	19
TIPOS DE DIETA	20
RECOMENDACIONES DIETÉTICAS.....	22
V. HIPÓTESIS.....	25
VI. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	25
DISEÑO DEL GRUPO DE CONTROL.....	25
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.....	25
DISEÑO DE LA MUESTRA.....	25
VARIABLES.....	26
DISEÑO DE LA MANIOBRA.....	27
PLAN DE TABULACIÓN.....	27
PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
VII. ANÁLISIS.....	29
VIII. RESULTADOS.....	30
IX. CONCLUSIONES.....	53
X. BIBLIOGRAFIA.....	54
XI. ANEXOS.....	55
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	56
NORMA OFICIAL MEXICANA DE LA OBESIDAD.....	58
GLOSARIO DE TERMINOS.....	71

I. INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad que se ha convertido en la **epidemia** del siglo XXI. En México 7 de cada 10 personas padecen este mal que aumenta cada día más, trayendo consigo un importante número de complicaciones en la salud, de **índole** social y psicológica. La obesidad es la alteración **nutricia** más común en los países desarrollados, está alcanzando cifras alarmantes en los países en vías de desarrollo, y afecta tanto a niños como a adultos.

En el caso de México, en la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición de 1999 se encontró un aumento preocupante de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años, de 4.7% en 1988 a 5.4% en 1999. Lo mismo sucedió en el caso de las mujeres de entre 12 y 49 años de edad, en quienes se encontró una prevalencia de 52.5% de **sobrepeso** u **obesidad** 30.8% se clasificaron con sobrepeso y 21.7% con obesidad, que es una de las **prevalencias** más elevadas del mundo. Estos datos indican que la obesidad y el sobrepeso son ya problemas de salud pública, dada la estrecha relación de estas condiciones con enfermedades crónicas, por lo que se recomienda emprender acciones inmediatas para su prevención y control.

El presente trabajo hablaremos del impacto que tiene el sobrepeso y la obesidad en el profesional de enfermería, ya que es una enfermedad crónico - degenerativa la cual se presenta por causas multifactoriales. Una de las principales causas para padecer sobrepeso y obesidad es por consumir alimentos altos en grasa, la herencia, llevar una **vida sedentaria** son factores de riesgo.

El objetivo de la investigación es determinar la prevalencia del sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería que labora en una institución de salud por medio de un instrumento de recolección de datos, posteriormente se llegará a una discusión de los resultados obtenidos en esta investigación y así mismo se darán sugerencias de prevención.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La obesidad es considerada como problema de salud pública con dimensiones de epidemia por el gran número de casos que se presentan en nuestro país.

Los hábitos alimenticios que tienen la mayoría la población y en especial el personal de enfermería, además de no contar con un horario específico para tomar los alimentos.

La obesidad es un trastorno frecuente en nuestro país, principalmente por la industrialización debido a la infinidad de alimentos chatarra y por la vida acelerada que modifica nuestra alimentación.

La obesidad se consideraba un problema estético, actualmente es catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una enfermedad crónica, progresiva, severa de gran impacto en la salud pública y como una verdadera epidemia del siglo XXI, siendo un problema que genera enormes costos de atención médica, quirúrgica y hospitalaria en cualquier país, la incidencia está en aumento.

En un estudio reciente muestra que al año 200 mil personas mueren en México por la obesidad y como en 7 años ha aumentado en un 3% los casos de sobrepeso, y además de que el 95% de quien lo padece no cree tener ese problema.

La obesidad es una de la alteración común en nuestro país, ya que se considera como un país subdesarrollado. Esta enfermedad ocupa actualmente uno de los primeros lugares de **mortalidad** en México, se debe a un estilo de vida y adopciones de nuevas formas de alimentación por parte de la familias mexicana.

El sobrepeso y la obesidad se presenta en cada una de las etapas de la vida donde en cada una puede desarrollar complicaciones a corto y largo plazo como: enfermedades crónico – degenerativas y cardiovasculares, de esa manera la población mexicana llega a una muerte temprana o a llevar una vida de mala calidad.

Por lo antes mencionado considero importante realizar un protocolo de investigación en una institución de salud con la finalidad de conocer específicamente los factores que intervienen en el personal de enfermería entre 25 y 40 años de edad a presentar sobrepeso y obesidad.

¿Qué factores condicionan al personal de enfermería que trabaja en una institución de salud a presentar sobrepeso y/o obesidad?

III. OBJETIVOS.

General:

- Determinar la prevalencia del sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería que labora en una institución de salud.

Específicos:

- Realizar un instrumento de recolección de datos para identificar los factores causantes del sobrepeso y obesidad al personal de salud.
- Realizar el análisis de las encuestas aplicadas mediante la **graficación** de resultados.
- Discutir y dar sugerencias de los resultados encontrados en el instrumento.
- Sugerir medidas preventivas para evitar el sobrepeso y la obesidad.

IV. MARCO TEÓRICO.

ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD

Augusto Comte.
(1798-1857)

La historia de la obesidad es tan antigua como la humanidad, su significado de esta condición ha variado en cada época debido a la influencia de factores científicos, alimentarios, culturales, políticos, psicológicos, económicos y religiosos.

La comida y la alimentación están asociadas con simbolismos que penetran en todos los aspectos de nuestra cultura. Se ha dicho que la historia del hombre sólo es entendible en el contexto de la historia de la comida.

Los primeros cambios en los hábitos alimentarios ocurrieron en tiempos prehistóricos, cuando el hombre empezó a producir su comida en lugar de recolectarla.

En Grecia antigua, Galeno fue una de las figuras dominantes en la historia de la medicina. Identificó dos tipos de obesidad: moderada e inmoderada. La primera se clasificaba como natural y la segunda como mórbida.

En la Edad Media, la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes hacia la comida y el peso corporal. Por un lado, la obesidad era un regalo de Dios ya que la comida era escasa y había gran cantidad de plagas, por otro, la gula se consideraba un pecado capital.

Los documentos de la palabra gordo, en castellano, datan del primer tercio del siglo XII, inicialmente se utilizaba como apodo, en el sentido de “torpe”, “tonto”, más tarde *gordus*, en latín, daba la idea de “obtusos”, “insensatos”, “necios”, “bobos”, entre otros. Hasta el siglo XIV se documentaron las nuevas acepciones de “gordo”, “el que tiene mucha carne” y “el muy abultado y corpulento”.

En el México **prehisánico**, el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad terrible. Se consideraba que toda pérdida de peso corporal, resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia. A medida que los conquistadores españoles se adentraron en territorio mexicano, se fue generando una serie de cambios en la alimentación.

En la época del **Renacimiento**, el comer en exceso era considerado peligroso. Sin embargo los artistas de esta época pintaron a mujeres obesas como **prototipo** de la belleza; ejemplos: Rubens (1577- 1640), con el cuadro “Las tres gracias”; Leonardo da Vinci (1452-1519), con “La Gioconda” y muchos otros.

En el siglo XVIII, Fleming pensaba que la **corpulencia** se trataba de una enfermedad debida a varias causas: un exceso en la cantidad de comida, especialmente la rica en aceites, alteraciones sanguíneas y trastornos en la evacuación.

El primer caso de **obesidad hipofisaria**, se descubrió en el siglo XIX. Hassal sugirió que ciertos tipos de obesidad podían resultar debido al aumento en el número de **células**. Quetelet en 1836, publicó el **índice peso/talla**, el cual se usa hoy día.

El siglo XX continuó con el desarrollo de conocimientos acerca de la obesidad. Los **estereotipos** de belleza cambiaron en los países occidentales después de la Segunda Guerra Mundial. A finales de los 60’s, la modelo estadounidense apodada “Twiggy”, caracterizada por su **delgadez** cambió los patrones de la moda.

En los países orientales, la obesidad es símbolo de **estética**, sobre todo en el **varón**, ya que es prueba de estar bien alimentado y esto a su vez reflejo de que se tienen recursos. Hay que recordar que **Buda** entre los **Hindús** es delgado, mientras que entre los japoneses es rechoncho.

Hoy día la delgadez es mal vista únicamente en algunos lugares como en ciertas regiones de África, donde se asocia con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

En México y Norteamérica contemporáneos, aparece la llamada “comida chatarra”, por su alto valor energético y pobre valor **nutritivo**, y el consumo de azúcar refinada se incrementa notablemente. El tipo de alimentación es influido por patrones socioeconómicos, además de llevar **implícita** una serie de contrastes, bloqueos y enfrentamientos socioculturales.

La tecnología favorece el sedentarismo comienzan a **proliferar**, procedentes de E. U. A., los restaurantes de comida rápida; por lo general son concentrados en energía por ser ricos en grasas y azúcares con un valor nutritivo muy escaso.

Hoy día, la influencia de la publicidad y de los medios masivos de comunicación son capaces de modificar preferencias alimentarias, muchas veces, en un sentido negativo, donde sólo se intenta penetrar en la población con fines comerciales, sin importar el contenido nutrimental de sus productos.

Desde finales del siglo XX se ha considerado a la obesidad como un problema de salud pública con dimensiones de epidemia por el gran número de casos que se presentan en nuestro país.

En la década de los sesenta y ochenta se incremento a un más los problemas de sobrepeso y obesidad en la población Mexicana. Donde se consideraron dos factores de suma importancia que conllevan al desarrollo de este proceso desarrollo socioeconómico y la urbanización.¹

La obesidad fue etiquetada como “**epidemia mundial**”¹ por la organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1998.

El profesional de enfermería junto con el equipo multidisciplinario de salud se han dado a la tarea de realizar protocolos de investigación sobre el problema que atañe a la población mexicana y que va en **franco ascenso**.

¹ HERNÁNDEZ AGUDO IDELFONSO .ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD. MANUAL DE EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA. ED. PANAMERICANA. ESPAÑA 2005.

Diversos estudios realizados señalan que en México se encuentra una transición epidemiológica, donde se observa un aumento en la mortalidad por enfermedades crónico – degenerativas (obesidad). Las investigaciones que se han realizado en los últimos años se ha observado que hay una similitud en los factores.

Se han registrado un **billón** de adultos con sobrepeso y por lo menos 300 **millones** de estos son obesos. Investigaciones que se han realizado donde se observa que hay una similitud en los factores que conllevan a presentar sobrepeso y obesidad. Las causas son condiciones complejas y multifactoriales: componentes complejos, metabólicos, conductuales y ambientales. La obesidad y el sobrepeso están presentes en todas las etapas de la vida, presentándose en cualquier nivel socioeconómico que existe en nuestra sociedad.²

Analizando los resultados los profesionales de la salud de las diferentes investigaciones realizadas en los últimos años y diferentes instituciones de salud tanto públicas como privadas.

Se le ha dado seguimiento y una solución a cada resultado donde el objetivo principal de todo investigador de este padecimiento es cambiar el estilo de vida de la población; modificar los hábitos higiénicos - dietéticos, patrones de actividad física, patrones conductuales, de esta manera prevenir complicaciones a corto y largo plazo en los en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

OBESIDAD.

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial, caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo y como un estado de salud anormal, que puede llegar a constituir un serio peligro para la salud.

Sobrepeso Según diccionario Mosby: peso corporal superior al normal teniendo en cuenta la talla, constitución y edad de individuo.

Obesidad Según diccionario Mosby aumento anormal de la proporción de células grasas en el **tejido subcutáneo** del organismo puede ser **exógeno o endógeno**.

La obesidad es un exceso de grasa en el cuerpo, determinado por un índice de masa corporal o IMC aumentado (mayor o igual a 30). Forma parte del **síndrome metabólico**. Es un factor de riesgo conocido para que se puedan presentar enfermedades crónicas degenerativas como: enfermedades cardíacas, diabetes,

² CENSO NACIONAL DE SALUD 2007 Y 2008. MEXICO.

hipertensión arterial, **ictus** y algunas formas de **cáncer**. La evidencia sugiere que se trata de una enfermedad con origen multifactorial: genético, ambiental, psicológico entre otros.

Es una enfermedad crónica originada por causas multifactoriales, la cual no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, **sexo** o situación geográfica, esta se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

Anteriormente se consideraba a la persona con sobrepeso como una persona que gozaba de buena salud, sin embargo ahora se sabe que la obesidad tiene múltiples consecuencias en nuestra salud.

ETIOLOGÍA:

La mayoría de los casos de obesidad son de origen multifactorial. Se reconocen factores genéticos, metabólicos, **endocrinológicos** y ambientales. Sin embargo, la obesidad exógena o por sobrealimentación constituye la principal causa. Entre los factores ambientales destacan tanto el aumento de la ingesta de alimento como la reducción de la actividad física. Los trastornos psicológicos provocados por el mundo moderno, así como el sedentarismo, la presión social y comercial para ingerir alimentos excesivamente calóricos parecen ser los factores en la etiología de la obesidad hoy en día.

El desconocimiento de conceptos básicos de nutrición agrava aún más el problema.

Las causas de la obesidad son múltiples, donde incluyen factores tales como:

Factores genéticos: la obesidad suele ser hereditaria, algunos de los investigadores han observado que una tercera parte de los obesos lo heredaron por medio de partículas de ADN o **genes**, existe obesidad en un progenitor, cuando ambos **progenitores** son obesos, la prevalencia de que sus hijos pueden serlo es un 50%.

Factores socioeconómicos: estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo entre las mujeres. En algunos países desarrollados, la frecuencia de la obesidad es el doble entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo que entre las de nivel alto. El motivo por el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo, pero se sabe que las medidas contra la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico alto tienen tiempo y recursos para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales.

Factores psicológicos: los trastornos emocionales, que durante un tiempo fueron considerados como una importante causa de la obesidad, se consideran actualmente como una reacción a los fuertes prejuicios y la discriminación contra las personas obesas. Uno de los tipos de trastorno emocional, la imagen negativa del cuerpo, es un problema grave para muchas mujeres jóvenes obesas. Ello conduce a una inseguridad extrema y malestar en ciertas situaciones sociales.

Actividad Física: la actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades **opulentas**. En los Estados Unidos, por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces más frecuente que en el año 1900, aun cuando el término medio de **calorías** consumidas diariamente ha disminuido un 10 por ciento. Las personas sedentarias necesitan menos calorías. El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas.

Hormonas: Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son el síndrome **de Cushing** insuficiencia suprarrenal, diabetes, entre otras.

Fármacos: ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la **prednisona** antidepresivos, así como fármacos que se utilizan para curar los trastornos psiquiátricos.³

La juventud constituye un periodo de transición entre la adolescencia y la edad adulta. Ser estudiante o trabajar, ser independiente o permanecer en la vivienda familiar configura un estilo de vida peculiar que influye directamente sobre los hábitos alimentarios. Gran parte de los jóvenes y adultos jóvenes tienen un perfil de consumo de alimentos basados en los siguientes criterios: sencillez, rapidez y comodidad en la preparación de los alimentos, presupuesto muy limitado destinado a la alimentación además compaginan el acto de comer con otro tipo de actividades TV, radio, lectura. Su sentido del horario de las comidas es laxo, suelen comer a cualquier hora y la dieta suele acomodarse a sus exigencias y ritmos, estudio y **ocio**.⁴

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD DE ACUERDO A SU ETIOLOGÍA:

Obesidad esencial exógena: Es la resultante de la interacción de diferentes factores con una predisposición genética, asociadas con alteraciones del gasto energético.

³ NON Y RANCEL. S. OBESIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA. AVANCES EN EL ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD. ED. SOCIEDAD DE NUTRIOLOGÍA. MÉXICO 1999.

⁴ LA TORRE JOSÉ MIGUEL. LA OBESIDAD.PSICOLOGÍA DE LA SALUD. ED. LUMEN. ARGENTINA 2000.

Los factores que intervienen son:

- **Genéticos:** Se sabe que la obesidad es un trastorno familiar pero no se había demostrado un factor genético que confirmara esto. Se hicieron estudios donde se separaban las influencias ambientales como: dieta, hábitos sedentarios, inactividad física, aspectos socioculturales, psicológicos, y los aspectos genéticos, en hermanos, gemelos, niños adoptados y familias, y se comprobó que pueden actuar juntas y que son sinérgicos. También los factores genéticos son los responsables del 70% de las variaciones del Índice de Masa Corporal.
- **Mapeo de genes experimento en ratas:** Se ha podido modificar la expresión de la obesidad de las ratas por medio de al menos 3 genes involucrados por mutaciones definidas en el gen aislado, llamado GEN OBESO (ob), el cual es un factor aislado que es secretado por el tejido adiposo y se encuentra localizado en el cromosoma 6.
(ob)-regula el tamaño de los dispositivos de grasa.
- **Socioeconómicos:** El sobrepeso conlleva problemas de salud y cargas para el sistema de salud. Los costos económicos relacionados con el sobrepeso fueron de \$39 billones de dólares en 1990 y se suponía que para después del 2000 esos costos iban a bajar pero, no es así.
- **Hábitos sedentarios:** La inactividad física es parte de la obesidad. En la sociedad moderna los aparatos que reducen el gasto energético provocan la tendencia a subir de peso. en un examen clínico se puede observar que el inicio de la obesidad acompañada de inactividad se presentó en 67.5% de los pacientes, mientras que en los estudios epidemiológicos, la frecuencia máxima de peso excesivo fue en varones cuya vida es sedentaria.

Aspectos psicológicos: se dirige a personas que les resulta difícil disminuir o mantener el peso corporal o para aquellos que suben rápido de peso. Son los casos donde se encuentran frustrados, los que siempre están señalados desde niños a ser obesos, los que se sienten desgraciados y fracasados y los que mantienen a su médico y familiares en incertidumbre e insatisfacción.

Los obesos se clasifican en cuatro grupos:

- ★ Aquellos que comen en exceso, por reacción a tensiones emocionales.

- ★ Aquellos que comen mucho alimento como satisfacción sustituta en situaciones intolerables de la vida.
- ★ Aquellos que comen en exceso como síntoma de un padecimiento emocional subyacente como la depresión.
- ★ Aquellos que sufren de una adicción a la comida.

La tecnología ha afectado de tal manera que hace que coman más sin moverse. Al estar rodeados de comida por todos lados y de establecimientos de comida rápida que no necesitan de mucha preparación.

La mayoría de la gente prefiere estar sentada que parada e ir en vehículo que caminar.

El aprendizaje para comer bien está basado en TIEMPO, CARIÑO Y DISPOSICION.

OBESIDAD SECUNDARIA.

También llamada obesidad endógena tiene un origen endocrino, como son:

- ❖ Hipotiroidismo: Disminución del metabolismo celular en general de todo el cuerpo. Produce ganancia de líquido extracelular dando la imagen de aumento de peso.
- ❖ Hiper cortisolismo: también llamado Síndrome de Cushing, es el aumento del cortisol endógeno o exógeno enfermedad del hipertiroidismo se da cortisona para disminuir la inflamación de la glándula tiroides, que produce aumento del apetito por lo tanto obesidad.
- ❖ Insulinoma: Tumor funcional, por exceso de insulina, que ocasiona hipoglucemia y como consecuencia presenta apetito constantemente, causando la obesidad.
- ❖ Síndromes Hipotalámicos: En el sistema hipotalámico asociado con el sistema límbico se encuentra el centro alimentario y de la saciedad, los síndromes o lesiones que afecten a estos sistemas afectaran la a liberación de factores hormonales como el Síndrome de Frölich o distrofia adiposo genital donde se encuentran alteradas las hormonas gonadales y de las hormonas corticotropicas.

- ❖ Deficiencia de la hormona de crecimiento (GH)
- ❖ Seudohipoparatiroidismo: resistencia de las paratiroides a la hormona paratiroidea. (PTH).
- ❖ Hipogonadismo: disminución de la testosterona en hombres y estrógenos y progesterona en la mujer.
- ❖ Síndrome de ovarios poliquísticos.
- ❖ Síndromes genéticos (cromosómicas):
 1. Síndrome de Turner.
 2. Prader- willi.

CONSECUENCIAS DE LA OBESIDAD:

SÍNDROME METABOLICO: conjunto de signos y síntomas de varias enfermedades de las cuales son: Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Embolias Cerebrales, Infarto al miocardio, Neuropatías, Ceguera, Pie Diabético, y la disminución de vida de 10 a 15 años.

CLASIFICACIÓN

La obesidad se clasifica de acuerdo a la perspectiva anatómica, sobre la base de la topografía del tejido adiposo es posible reconocer cuatro tipos de obesidad:

Obesidad tipo I: Exceso de masa corporal o porcentaje de grasa independientemente del sitio de acumulación.

Obesidad tipo II o androide: Exceso de grasa subcutánea localizada en la cara, cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es más frecuente en varones.

Obesidad tipo III: Exceso de grasa abdominal visceral.

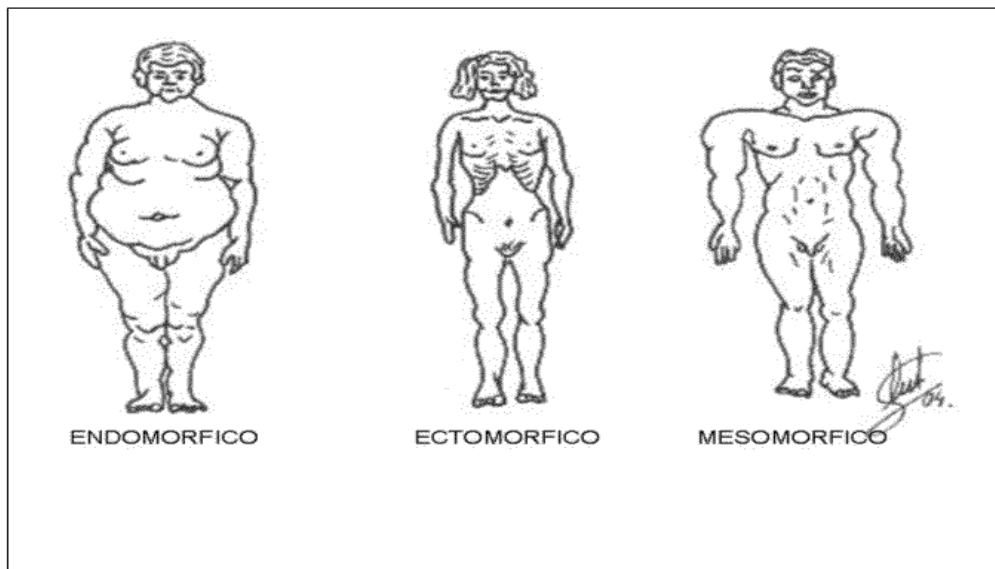
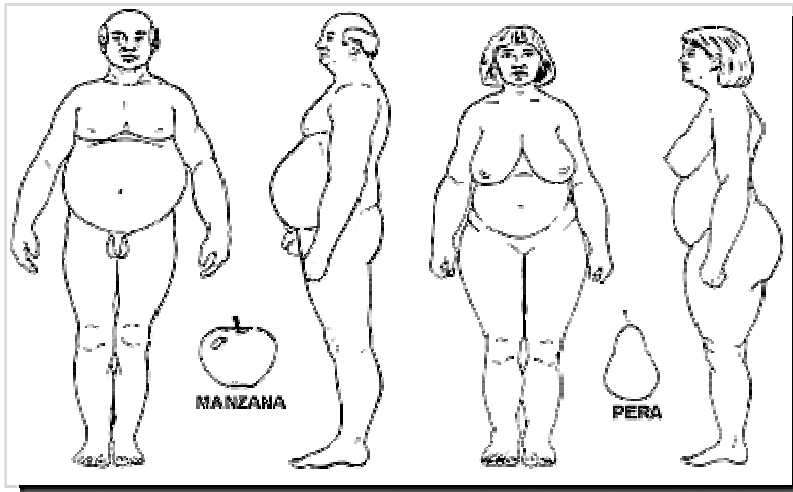
Obesidad tipo IV o ginecoide: Exceso de grasa subcutánea en abdomen inferior, caderas región glútea. Es más frecuente en mujeres

GRADOS DE OBESIDAD SEGÚN GARROW

SEGUN GARROW			
	GRADO	IMC	
Grado 0:	Peso normal	20 - 24.9	
Grado I:	sobrepeso	25 - 29.9	
Grado II:	obesidad	30 - 39.9	
Grado III:	obesidad mórbida	³ 40	
SEGUN AMERICAN HEART ASSOCIATION			
	GRADO	IMC	RIESGO
Clase 0	normal	20 - 24.9	Muy bajo
Clase I	obesidad leve	25 - 29.9	Bajo
Clase II	obesidad moderada	30 - 34.9	Moderado
Clase III	obesidad severa	35 - 39.9	Alto

5

⁵ BAYERS M. CRISTINA. TIPOS DE OBESIDAD. CLÍNICAS DE ENFERMERÍA DE LA NORTEAMERICANA NUTRICIÓN ED. INTERAMERICA ESPAÑA 1984.



Antropometría

Al no existir un valor que defina la obesidad, se deben utilizar otros métodos de manera complementaria para tener un enfoque clínico más completo y confiable.

El estudio de las medidas y proporciones del cuerpo humano es fundamental y la inspección visual no deja de ser útil en la evaluación del paciente obeso, clasifico los **somatipos en ectomorfo, mesomorfo y endomorfo.**

Pliegues cutáneos: La medida de los pliegues cutáneos permite valorar el grado de adiposidad utilizando evaluaciones variadas.

Perímetros corporales: La distribución corporal de la grasa se estima por diversas circunferencias correspondientes a tórax abdomen, caderas y extremidades.

Índice de cintura/cadera: La grasa corporal se puede distribuir en la parte superior del tronco en forma de manzana, o en la parte inferior, predominante en la cadera en forma de pera, para conocer la distribución de la grasa corporal se determina el índice de cintura/cadera.

$$\text{Índice de cintura/cadera: } \frac{\text{cintura (cm.)}}{\text{Cadera (cm.)}} \times 100$$

El peso y la talla

Para establecer en función de la edad y talla según el sexo, lo que propiamente se ha denominado "peso ideal"

Índice de masa corporal: El índice de masa corporal o índice de Quetelet se define como el peso del individuo expresado en kilogramos partido por la talla al cuadrado expresado en metros.

$$\text{IMC: } \frac{\text{peso (kg.)}}{\text{Estatura (m)}^2}$$

Valores normales de la circunferencia de la cintura

En Mujeres 80 cm.

En Hombres 90 cm⁶

FISIOPATOLOGÍA:

BALANCE ENERGÉTICO.

La obesidad surge por el desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, con el almacenamiento ulterior de ésta en forma de grasas en el tejido adiposo. El balance energético de un organismo es indispensable para mantener un peso estable y este se expresa con la fórmula:

⁶ RYNBERGEND HENDERICA Y COL. ANTOPOMETRIA. ENSEÑANZA DE NUTRICIÓN DE ENFERMERÍA. ED. INTERAMERICANA. MEXICO. 1984.

Ingreso energético = Gasto energético

El consumo y gasto de energía se mide en kilocalorías (Kcal.) o Calorías (Cal); 1 Kcal. Es la cantidad de calor necesario para elevar la temperatura de 1 litro de agua de 14.5 a 15.5° C

INGRESO O APOORTE ENERGÉTICO.

Las sustancias que pueden ser utilizadas como fuentes de energía son: la glucosa, fructuosa, algunos ácidos grasos y aminoácidos, los cuales se pueden obtener de la dieta en forma de compuestos. Los principales nutrimentos son:

- I. Proteínas, fuentes de aminoácidos.
- II. Hidratos de carbono, fuentes de glucosa y fructosa.
- III. Lípidos, fuentes de ácidos grasos.

I. Proteínas. Constituidos de carbono, oxígeno, hidrógeno y nitrógeno. A diferencia de los hidratos de carbono y los lípidos que no lo poseen, están constituidas por aminoácidos, los cuales son los compuestos finales del catabolismo proteico.

Tienen funciones, entre las que destacan las estructurales, inmunológicas, actividades enzimáticas, transporte de oxígeno, amortiguadores del pH, formación de hormonas, contracción muscular y mantienen la presión oncótica entre otras.

Tienen un nivel estructural considerable, su actividad energética es poco importante ya que aportan 4 Kcal. /g; las proteínas no se transforman en grasa de reserva.

II. Hidratos de Carbono. Los hidratos de carbono importantes son el almidón, sacarosa y lactosa. La capacidad de acumulación de calorías en forma de hidratos de carbono es pequeña y es la fuente de energía inmediata, proporcionando 4 Kcal. /g; para ser utilizados los hidratos de carbono deben ser transformados en glucosa, la cual es el compuesto final del catabolismo de los hidratos de carbono.

III. Lípidos. Estos nutrimentos son los que aportan mayor cantidad de energía 9 Kcal. /g. La ingesta de glucosa o grasa en la dieta, provoca la entrada de ácidos grasos al tejido adiposo.

GASTO ENERGÉTICO.

La necesidad de comer diariamente obedece a la necesidad de obtener nutrientes para el recambio de tejidos y síntesis de moléculas funcionales tales como enzimas. Sin embargo, la principal causa de la ingesta es cubrir los gastos de energía como combustible para las funciones de los órganos, para el gasto energético corporal de tipo basal o de reposo y para el gasto en la actividad física.

El gasto energético abarca los mecanismos termógenos como son:

1. Metabolismo basal en reposo (MRB).....60-70%
2. Termogénesis inducida por la dieta.....10%
3. Termogénesis inducida por el ejercicio.....20-30%

1. Metabolismo basal en reposo (MRB): es la energía que se gasta por el organismo en una unidad de tiempo en condiciones basales (reposo físico y mental absolutos y ayuno de 12 horas).

El Metabolismo Basal en Reposo: representa los gastos necesarios para mantener una temperatura corporal constante, tono muscular, síntesis proteínica, metabolismo cerebral, potencial de acción y contracción del miocardio entre otros.

El 60-70% del metabolismo basal es originado por 4 órganos: corazón, hígado, riñón y cerebro.

Estos gastos basales están influenciados por:

- El peso: aumentan con la disminución del peso, pero permanecen estables si se estudian por m² de superficie corporal.
- El sexo: las mujeres gastan de 5 a 7% menos de energía que los hombres, ya que son menos musculosas y fisiológicamente poseen más grasa.
- La edad: las necesidades energéticas del crecimiento en niños y adolescentes son considerables. En el adulto permanecen estables de los 20 a 35 años, luego, bajan de 3 a 5% por decenio. Las únicas excepciones son el embarazo y la lactancia, que comprenden un gasto adicional.

Al incremento del metabolismo basal en reposo, en respuesta a diversos estímulos, se le denomina termogénesis y estos pueden ser: la ingesta de alimentos, ejercicio, exposición al frío o calor, tabaquismo, influencias psicológicas como el miedo, estrés o la administración de medicamentos u hormonas.

2. Termogénesis inducida por la dieta: la ingesta de alimentos requiere un gasto energético. La termogénesis por dieta tiene dos componentes:

- a. Obligatorio: relacionado con un incremento en el consumo energético como la ingestión, absorción, metabolismo y almacenamiento de los nutrientes.
- b. Adaptativo o facultativo, varía de acuerdo al estado nutricional del individuo y a la cantidad y calidad de alimentos ingeridos. Esta componente es estimulado por el sistema nervioso autónomo; la insulina y las hormona tiroidea desempeñan un papel permisivo.
- c.

3. Termogénesis inducida por el ejercicio: es el componente que puede variar y es responsable de una pérdida de gran cantidad de energía en personas activas; sin embargo, en personas sedentarias la termogénesis por ejercicio es de solo 20 a 30% del gasto energético.

DIETA.

La piedra angular del tratamiento de la obesidad es la dieta, se debe analizar meticulosamente la historia clínica y determinar cuál es la estrategia a seguir individualizando cada caso en particular, de acuerdo a la edad, sexo, peso corporal, estatura, complejión, actividad física y con esto establecer los requerimientos energéticos y planear en forma aproximada la cantidad de kilogramos que se requieran perder y el tipo de dieta.

Las principales fuentes de energía en los alimentos y sus proporciones adecuadas en una dieta son:

Hidratos de carbono: 50-60%

Lípidos: 20-30%

Proteínas: 12-20%

TIPO DE DIETAS.

Existen varios tipos de dietas; a continuación se mencionan las más utilizadas:

I. DIETAS DE BAJO CONTENIDO ENERGÉTICO (800- 1 200 Kcal. /día)

- a. Balanceadas.
- b. Dietas desbalanceadas o dietas de moda.

II. DIETAS DE BAJO CONTENIDO ENERGÉTICO (400-800 Kcal. /día)

III. DIETAS DE BAJO CONTENIDO ENERGÉTICO (800- 1 200 Kcal. /día)

a. Balanceadas.

Características ideales.

1. Hipo energética, es decir proporcionar entre 1 000 y 1 200 Kcal. o calcularse de 12 a 20 Kcal. /Kg., dependiendo de la edad, sexo, estatura, complexión y actividad física.
2. Hipoglucídica, ya que los hidratos de carbono complejos son una fuente calórica importante.
3. Rica en fibras alimentarias, con fibra soluble e insoluble. La cantidad requerida es de 20^a 35 g/día. La fibra es útil para producir la sensación de saciedad.
4. Suficiente en aporte proteínico, el cual oscila entre 0.8 y 1g/Kg., ya que las proteínas aportan los materiales plásticos que evitan la pérdida de masa muscular.
5. Hipolipídica. Las grasas son los nutrimentos que favorecen en mayor grado la obesidad, al proporcionar un mayor número de calorías y metabolizarse en forma diferente a las proteínas y los hidratos de carbono. Si se ingiere una abundante ingesta energética en forma de grasas, será difícil oxidarla. Las recomendaciones en su aporte son: 10% de ácidos grasos **poliinsaturados**, 10% de ácidos grasos saturados y el resto de ácidos grasos **monoinsaturados**.
6. Se deben ingerir por lo menos 2 litros de agua al día, la cual puede ser natural, de limón, de jamaica, sin azúcar o con enducolorantes bajos en calorías,
7. Restringir el consumo de bebidas alcohólicas, ya que son una fuente energética importante, aportando en 7 Kcal. /g.
8. Con el aporte de sal moderado, de alrededor de 6g al día, ya que la disminución del aporte de sodio disminuye el apetito.
9. Suficiente calcio; requerimientos mínimos son de 800 mg. Al día.
10. Aporte vitamínico, obtenidas de frutas y verduras.

Una dieta recomendable debe ser completa, suficiente, inocua, equilibrada, variada y adecuada al consumidor.

b. Dietas des balanceadas o dietas de moda

1. Ayuno.
2. Dieta baja en hidratos de carbono. Se permite la ingesta de grasas y se restringe la de hidratos de carbono.
3. Vegetarismo. Estas dietas están proscritas las carnes, consumiéndose vegetales, frutas, huevos y leche.
4. Dieta de un solo alimento. Se permite el consumo de un solo alimento arroz, helado, toronja, plátano.

II. DIETAS DE BAJO CONTENIDO ENERGÉTICO (400-800 Kcal. /día).

Las dietas de bajo contenido energético son la que contienen entre 400 y 800 Kcal. o menos de 12 Kcal. /kg. Pueden ser dietas líquidas o de alimentos sólidos, se apoyan de suplementos vitamínicos y minerales.

RECOMENDACIONES DIETÉTICAS.

RECOMENDACION	COMO LOGRARLO	ALTERNATIVAS
Reducir la cantidad de comida y las calorías de la dieta	Reducir el tamaño de la porción de los alimentos. Evitar alimentos fritos o empanizados. Evitar la comida “chatarra” (hamburguesas, hot – dogs pizza). Evitar los “snacks (galletas, papas fritas, suflitos). No comer entre comidas.	Servir los alimentos en platos más pequeños. Cocinar los alimentos a horno, a la pancha, a la parrilla o al vapor. Preferir ensaladas, guisos de verduras. Utilice como colación yogurt descremado, fruta o pequeñas ensaladas verdes.
Reducir las grasas totales de la dieta y combinar aceites saludables	No consuma mantequilla y margarinas tradicionales con alto contenido de grasas transformadas. No consuma mantequilla y margarinas tradicionales con alto contenido de grasas transformadas. No consuma crema de leche, leche entera, queso, postres de leche, yogurt con toda la grasa. No consuma cecinas, paté, longanizas, choricillos. Evite productos que tengan aceites hidrogenados como galletas, “snacks”, helados de crema, margarinas tradicionales.	Seleccione margarinas más saludables como la Bonella y la Belmont. Utilice aceite de oliva extravirgen para las ensaladas y de maravilla para cocinar. Prefiera aderezos como limón, vinagre yogurt descremado. Seleccione leche, yogurt o leche cultivada descremados o quesillo. Seleccione quesillo, jamón planchado, jamón de pavo. Use también palta para el pan. Lea el listado de ingredientes en las etiquetas de los alimentos y evite los que rotulen “aceite vegetal o animal parcialmente hidrogenados”
Aumentar el consumo de verduras y consumir entre dos a tres frutas diarias	Evitar la comida chatarra o “fast food” con poco aporte de verduras y frutas y bajas en fibra dietética. Evitar frutas en conserva que vienen endulzadas.	Consuma dos platos grandes de ensaladas al día de preferencia verdes. Consumir dos o tres porciones de frutas natural o preparar jugos de frutas caseros endulzados con edulcorantes artificiales
Aumentar el consumo de lácteos descremados	Evitar leche entera, yogurt tradicional, crema, postres de leche y quesos.	Preferir leche descremada, leches cultivadas, yogurt descremados y quesillo
Prefiera carnes magras o con poca grasa	Evitar carnes de vacuno, cortes con mucha grasa, cordero, retire la grasa del pollo	Prefiera pescado, pavo, pollo desgrasado o seleccione “pollo de granja” o cortes de vacuno con poca grasa como posta rosada
Disminuir el consumo de alimentos azucarados y azúcares	Evitar productos de pastelería, confiterías, galletas, cereales para el desayuno, mermeladas, manjar, helados, bebidas gaseosas con azúcar.	Beber agua, agua mineral con o sin gas. Preferir bebidas sin azúcar (light). Prefiera cereales naturales sin agregado de azúcar como la avena tradicional. Revise el listado de ingredientes en la etiqueta y evite los que rotulan azúcar, sacarosa, glucosa, fructosa, dextrosa.
Reducir el consumo de sal	No agregar sal a las como Evitar aquellos alimentos que en el listado de ingredientes mencionen el sodio (sal común, sal, glutamato, monosódico, etc.) No agregue sal a las comidas cuando son servidas	Utilizar sales en base a potasio, aliñar con hierbas y especias para dar sabor. La sal denominada “diet” tiene menos sodio pero igual aporta una cantidad importante. Sólo se le ha reducido un 50% del sodio. Lea las etiquetas de alimentos Saque el salero de la mesa

<p>Reduzca el consumo de alimentos ricos en hidratos de carbono</p>	<p>Disminuya las porciones de pan, arroz, papas, puré, fideos. Saque de su dieta las galletas, queques, tortas, mermeladas, caramelos, helados y “snacks en bolsitas”.</p>	<p>Prefiera porciones pequeñas de pan de marraqueta o integral. Prefiera cereales naturales para el desayuno como avena tradicional que no está endulzada. Reemplace el azúcar por edulcorantes artificiales (aspartamo, acesulfame K, sucralosa).</p>
---	--	--

EJERCICIO.

La actividad física no solo contribuye al balance energético, incrementa el consumo de oxígeno, afecta favorablemente la presión arterial, la función cardiorrespiratoria, los lípidos séricos, mejora la tolerancia a la glucosa aumentando la sensibilidad a la insulina. Produce una compleja serie de consecuencias metabólicas y fisiológicas benéficas para la salud, independientemente de la pérdida de peso.

El ejercicio físico regular controla el peso corporal. De hecho, la realización regular de ejercicio físico para controlar la obesidad ha sido ampliamente aconsejada desde siempre. Si se incrementa el gasto energético mediante un aumento de la actividad física y la ingesta calórica se mantiene constante y debajo de las necesidades ricas totales, se produce una pérdida de peso corporal y de la grasa.

Hay que tener en cuenta se requiere un esfuerzo físico considerable para gastar un importantes número de calorías. Es evidente, sin embargo, que un individuo que no realizase la actividad física no daría un gasto calórico cero, sino que presentaría un cierto consumo por arriba de los niveles basales. Al revisar las tablas siempre se deben restar entre 1 y 1,5 Kcal/min. Correspondientes al gasto metabólico en reposo, que se produce.

En condiciones normales, la tercera parte de la energía consumida corresponde al trabajo muscular, siendo esta proporción aún mayor en el trabajador manual.

Como la actividad muscular es, con diferencia, el gasto de energía más importante del organismo, se considera que la obesidad se debe a una ingesta de alimentos excesiva en comparación con la cantidad de ejercicio realizado.

El ejercicio físico ayuda, sobre todo, a la pérdida de grasa corporal, estando especialmente indicado el ejercicio aeróbico de baja intensidad y de larga duración, considerado como el apropiado para formar parte, junto a la dieta, de los programas de adelgazamiento, ya que se puede realizar a diario y permite los mismos cambios en la masa corporal que la dieta y el ejercicio de alta intensidad y corta duración y presenta menos riesgos.

Los efectos beneficiosos múltiples del ejercicio físico son claros y han sido descritos por numerosos autores. En las personas que voluntariamente aumentan su gasto calórico sin aumentar de forma correspondiente su ingesta alimentaria, se produce una pérdida de peso extra. El ejercicio físico está indicado en todos los casos de reducción de peso, siendo buen complemento de las dietas hipocalóricas sensatas y de otras medidas, y es especialmente beneficioso para los individuos de costumbres sedentarias.⁷

⁷VISÚS ARBÚES MARIA TERESA. TIPOS DE DIETAS. GESTIÓN DIARIA DEL HOSPITAL. ED. MASSON. BARCELONA 2001. 2DA EDICIÓN. 250

V. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Cuáles son los factores que influyen en el personal de enfermería entre 25 y 40 años de edad con sobrepeso y obesidad

Hipótesis nula

El personal de enfermería entre 25 y 40 años de edad no influyen factores para presentar sobrepeso y obesidad

ASPECTOS METODOLÓGICOS

VI. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuantitativa: Nos sirve para analizar las certezas de las hipótesis formuladas

Observacional - Transversal: Con la finalidad de recolectar datos en un solo momento, donde se describen variables y analiza su incidencia e interpretación en un momento dado.

DISEÑO DEL GRUPO DE CONTROL

Personal de enfermería entre 25 y 40 años

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO

150 Personal de enfermería entre 25 y 40 años de edad

DISEÑO DE LA MUESTRA (TAMAÑO Y TIPO)

Calculo de la muestra

$$n = \frac{N (2Zc)^2 PQ}{d^2 (N - 1) + (2Zc)^2 PQ}$$

Muestra: 49 adultos jóvenes entre 25 y 40 años de edad

Tipo de Muestra: Muestreo por racimos o conglomerados

VARIABLES

Variables Cualitativas (Dependientes)	Variables Cuantitativas (independiente)
Genero	Tipos de alimentos ingeridos
Edad	Frecuencia con la que consume los alimentos
Talla	Número de comidas al día
Peso	Tipo de ejercicio de realiza
Índice de masa corporal (IMC)	Cuanto tiempo de ejercicio realiza al día

Criterios de inclusión

- Personal de enfermería entre 24 y 40 años de edad
- Que sean trabajadores de enfermería
- Que presenten sobrepeso y obesidad
- Que consuman comida chatarra, rápida y corrida
- Que hagan más de tres comidas al día
- Que no realicen ningún tipo de ejercicio al día

Criterio de exclusión

- No ser personal de enfermería entre 25 y 40 años de edad
- No ser trabajadores de enfermería
- No tener sobrepeso y obesidad
- Que no consuma comida chatarra, rápida y corrida
- Que no hagan más de tres comidas al día
- Que no realicen ningún tipo de ejercicio al día

DISEÑO DE LA MANIOBRA

Se aplicará un instrumento de trabajo con la finalidad de concluir a través de respuestas con el mayor rango, como las siguientes: tipo, frecuencia, número de alimentos ingeridos de la población a estudiar

PLAN DE TABULACIÓN

Las preguntas en el instrumento de trabajo se elaboran con base en la escala de Likert (5 o más opciones de respuesta) lo que es compatible con:

- Grafica de barras
- Histograma
- Gráfica de líneas

PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Descriptivo: se observo el comportamiento de la muestra a través de la tabulación de resultados.

Correlación: se combinaron respuestas simples para obtener una conclusión lógica con base en la similitud de las respuestas.

RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Como en la mayoría de las investigaciones se corre el riesgo de sesgo

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizo por medio de un cuestionario donde se pregunta hábitos alimenticios, tipo de ejercicio que realizan, así como también antecedente crónico - degenerativos dentro de su familia, la recolección de la información se efectuó en los meses de junio y julio del 2009. Únicamente por la investigadora.

La tabulación de datos re realizó de forma manual concentrada en graficas correspondientes. Los cuales se anexan en el presente estudio.⁸

⁸ GARCIA ROMERO. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN EN SALUD. ED.McGraw-Hill INTERAMERICANA.MÉXICO 1999

VII. ANÁLISIS.

Dentro del hospital S. A. G. L. I. N. N. C. se detecto la necesidad de conocer el grado y frecuencia de sobrepeso y obesidad que presenta el personal de enfermería que labora dentro de la institución.

Del total del personal de enfermería que labora dentro de la institución se realizó el presente estudio basándose principalmente en las respuestas del cuestionario que se aplico al personal en los tres turnos de enfermería durante el tiempo de junio a julio del 2009. Las muestra representativas y previamente seleccionadas mediante criterios de inclusión y exclusión al personal de enfermería del hospital.

Se realizaron 150 cuestionarios a profesionales de enfermería del hospital S. A. G. L. I. N. N. C. al realizar el análisis encontramos que domina la población entre 20 – 34 años de edad con un 88%,(fig.1), el género que prevaleció fue el femenino con un 80% fig. 2), se observo que la mayoría de las enfermera tienen mayor peso al que deberían tener de acuerdo a su talla prevaleciendo entre 61 y 70kg con un 85% (fig.3), la talla se encuentra en un intervalo de 1.41 a 1.50 mts, con un 80% (fig. 4), en la población estudiada encontramos que el turno nocturno tiene un índice de personas con sobrepeso y obesidad en un 80% (fig. 5).

Los resultados obtenidos encontrados los hábitos alimenticios que consumen son los siguientes: el 80.6% del personal de enfermería le gusta la comida chatarra (fig.6). También se observo el 70% casi siempre come comida corrida (fig.7).

Los antojitos mexicanos se presentan en un importante porcentaje dando como resultado 98% les gustan. (fig.8). El 40% del personal de enfermería manifiesta que a veces consume fruta (fig.9). Durante el análisis se encontró que la población estudiada al realizarles el cuestionario hacían hincapié que por tener a veces dos trabajos y el vivir lejos de su casa les da tiempo de hacer una comida al día el cual se encontró con un 60% (fig.10).

De la misma manera refieren que el tener dos trabajos pasan de pie muchas horas mientras otros sentados dando como resultados sentados dos horas con un 60% (fig.11), mientras que de pie es el que prevalece con un mayor porcentaje de más de cinco horas con un 60%. Así como también comen en la calle por la misma razón antes mencionada con el 60% casi siempre (fig.13).

La mayoría del personal de salud es sedentario ya que solo el 20% realiza actividad física como zumba y caminar dos veces por semana con una duración de 30 min, el otro 80%no realiza ningún tipo de ejercicio (fig.14).

Dentro de los horarios designados para consumir sus alimentos refieren no tienen un horario específico para comer con un 86% (fig. 15), a demás suelen comer entre comidas un 85.3% (fig.16), menciona tomar refresco, frituras, repostería y dulces con un 88% (fig. 17).

La totalidad del personal de enfermería estudiado tienen antecedentes crónico – degenerativos dentro de su familia ocupando con un 80% hipertensión arterial, obesidad 13.3% y diabetes 6.6% (fig. 18).

En relación a su aspecto físico el 80% de personal de enfermería no se siente conforme con su aspecto físico (fig. 19), como también el 70% no se sienten rechazados por su aspecto físico (fig. 20), el 53.3% considera su autoestima baja (fig. 21).

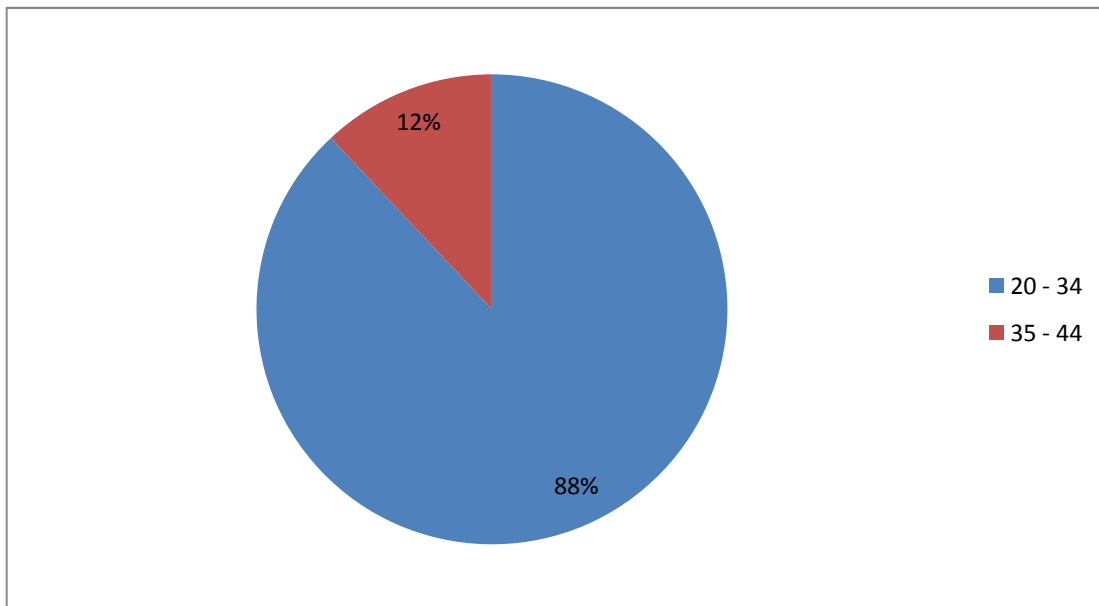
Se observa dentro de los cuestionarios que cuando sufren ansiedad, estrés, nerviosismo lo controlan con un 80% comiendo, mientras que el 13.3% duerme el otro 6.6% ve televisión (fig. 22).

Los resultados anteriores muestran un panorama sobre el grado y frecuencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería que labora en el hospital S. A. G. L. I. N. N. C, al ser analizado el problema se sugiere el desarrollo del estudio donde se calcula el índice de masa corporal a si como la clasificación por grados de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería que se estudio y conocer los resultados se dan sugerencias para mejorar los estilos de vida saludables y los hábitos higiénico – dietéticos pudiendo ser que resulten viables para la institución

VIII RESULTADOS.

EDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

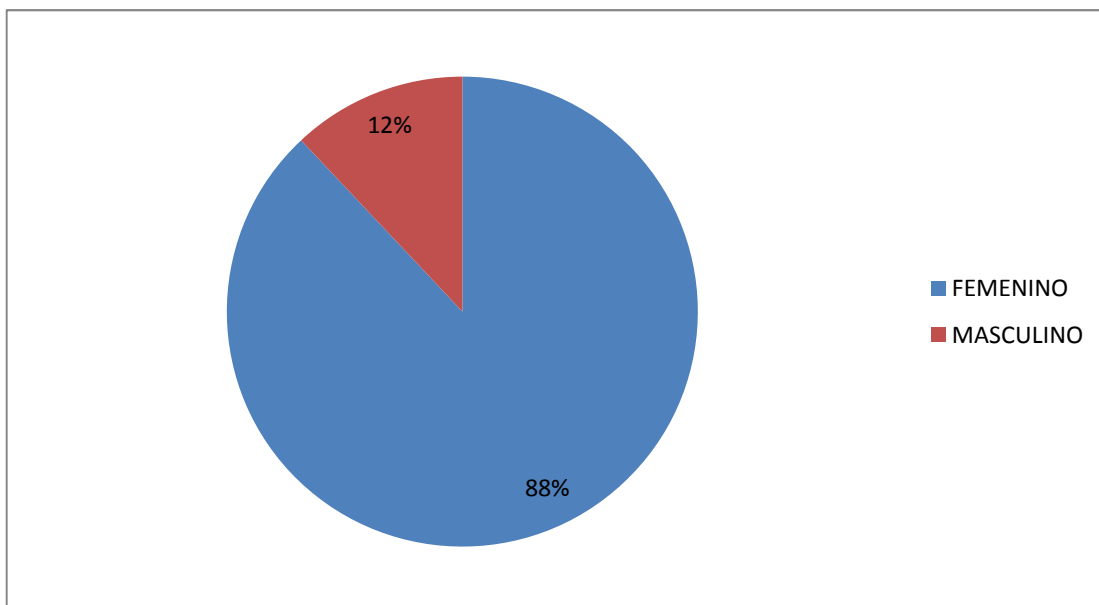
FIG. 1



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

GENERO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

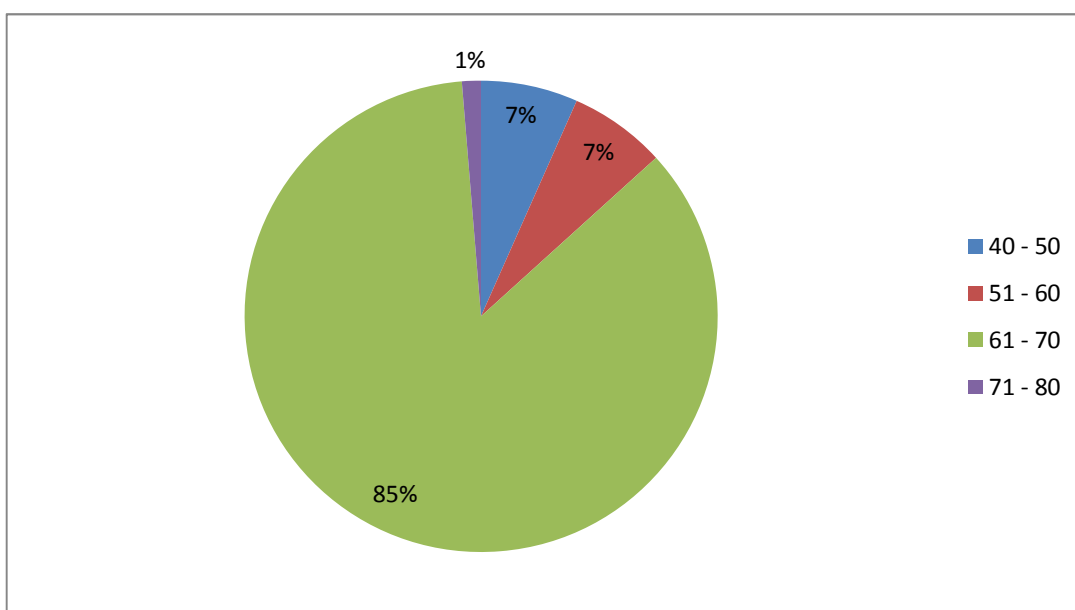
FIG. 2



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

PESO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA.

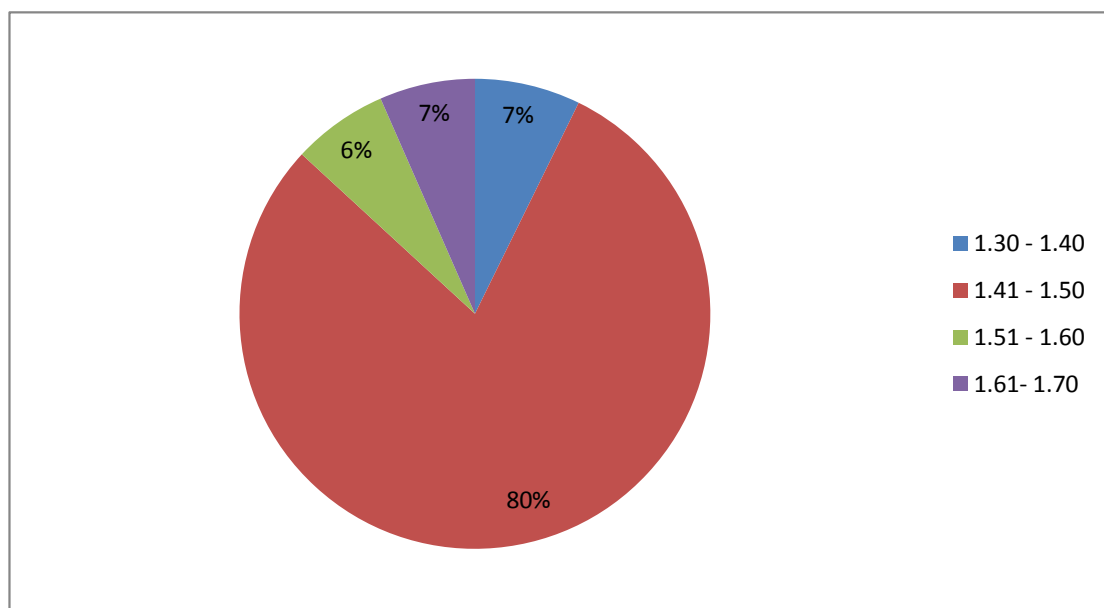
FIG. 3



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

TALLA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

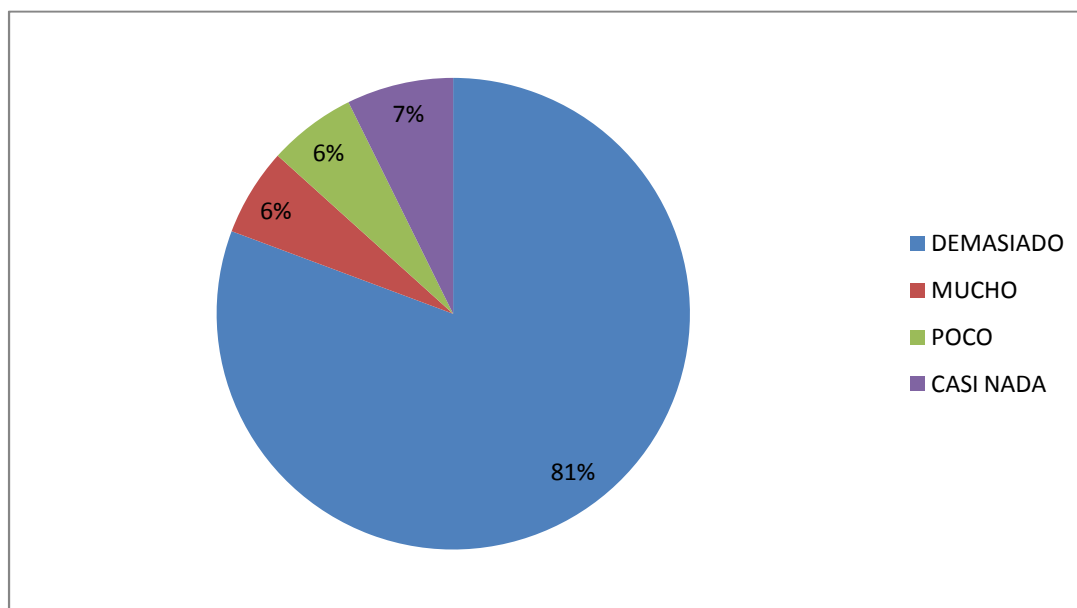
FIG. 4



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿TE GUSTA LA COMIDA (CHATARRA)?

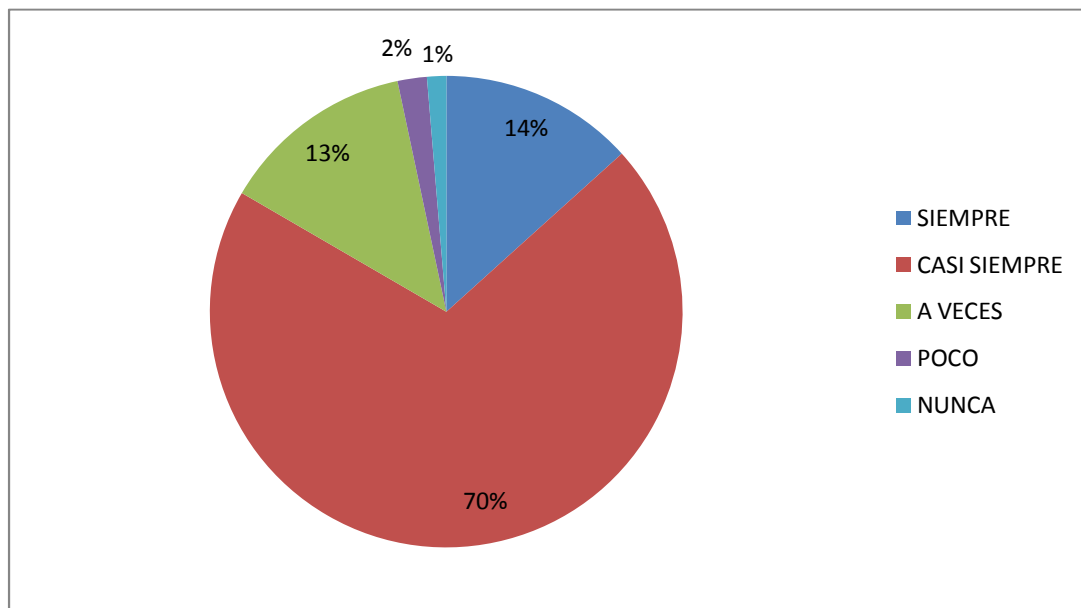
FIG.5



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿COMES COMIDA “CORRIDA”?

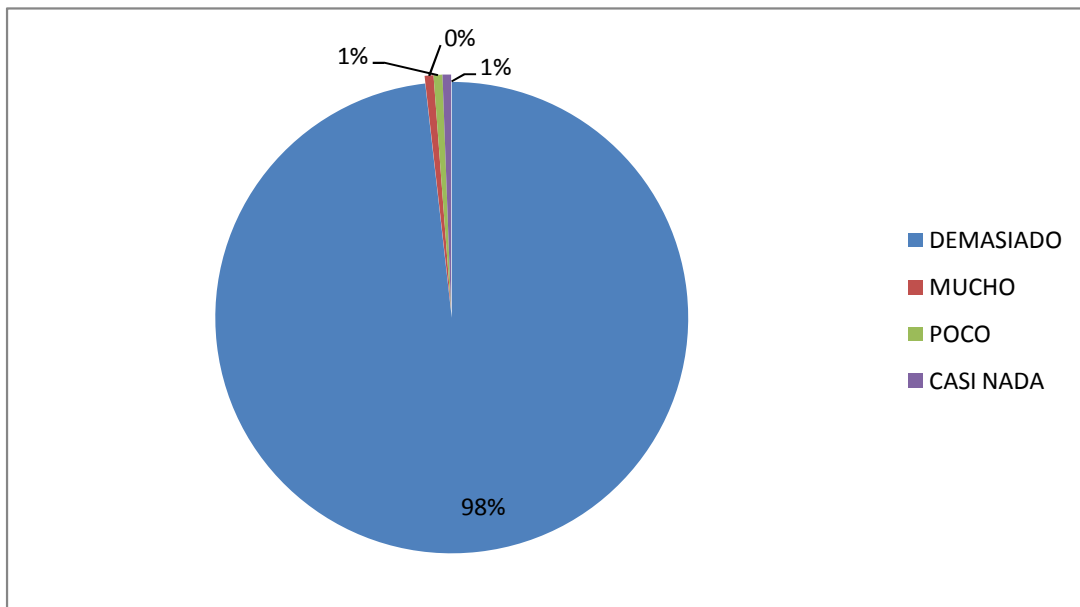
FIG. 6



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿TE GUSTAN LOS ANTOJITOS MEXICANOS?

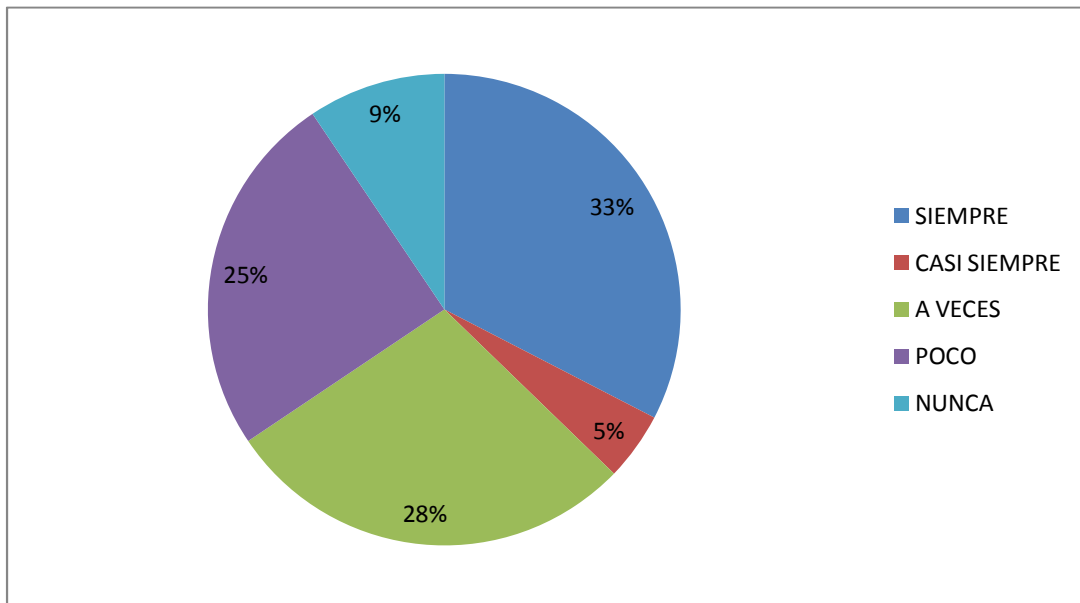
FIG. 7



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿COMES FRUTA?

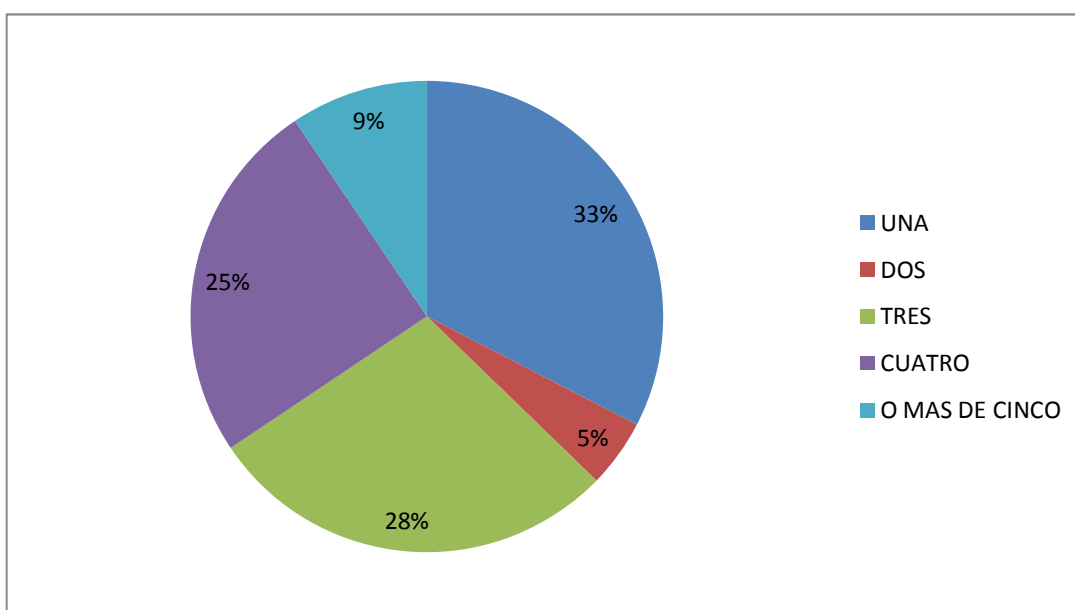
FIG.8



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿CUÁNTAS COMIDAS REALIZAS AL DÍA?

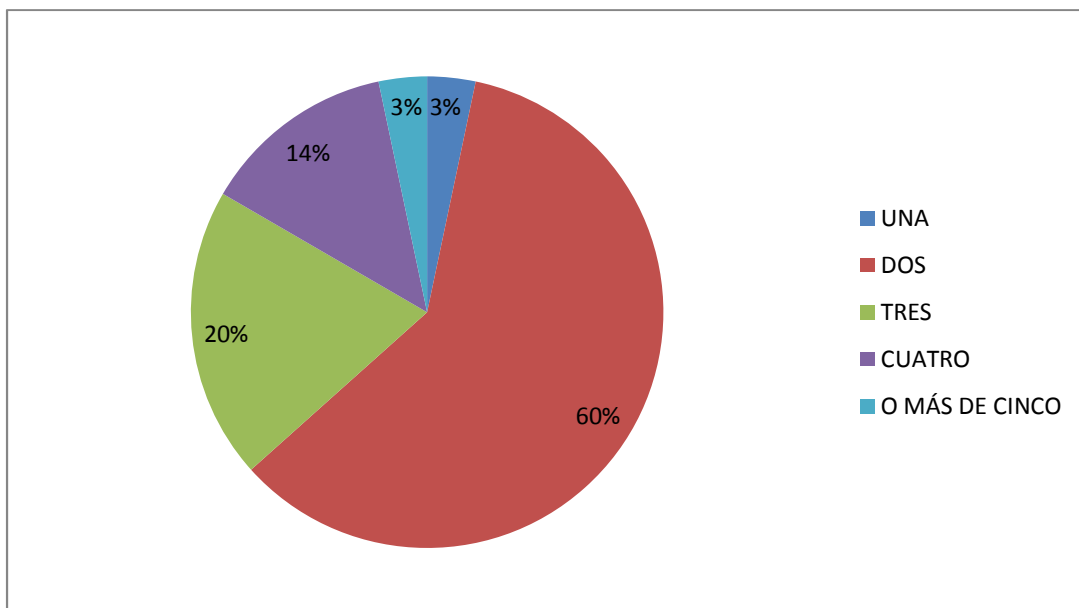
FIG.9



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿CUÁNTAS HORAS DE TU TRABAJO TE LA PASAS SENTADO?

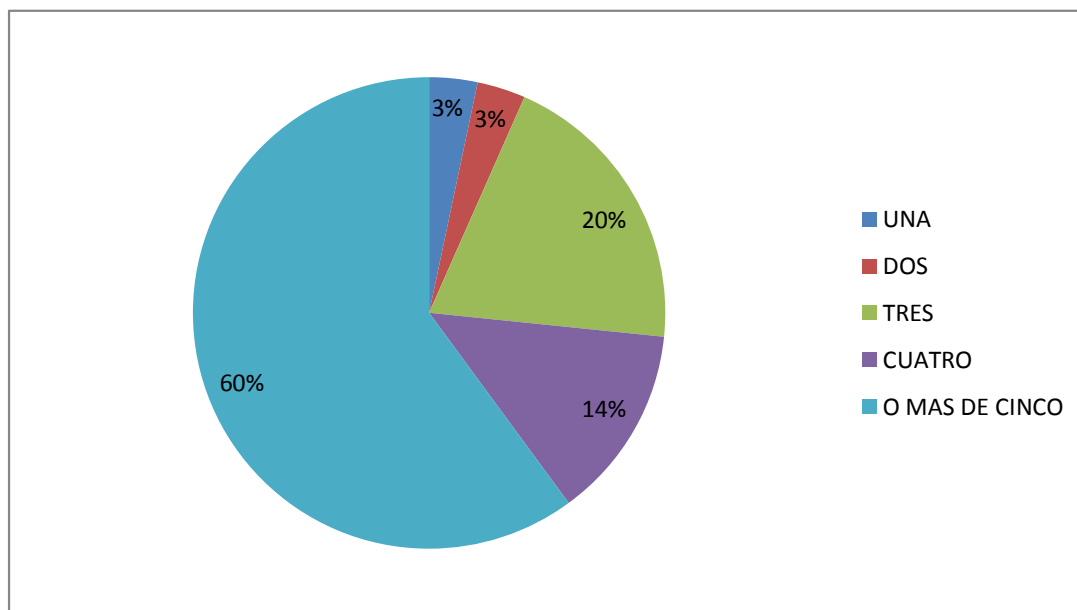
FIG.10



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿CUÁNTAS HORAS DE TU TRABAJO TE LA PASAS DE PIE?

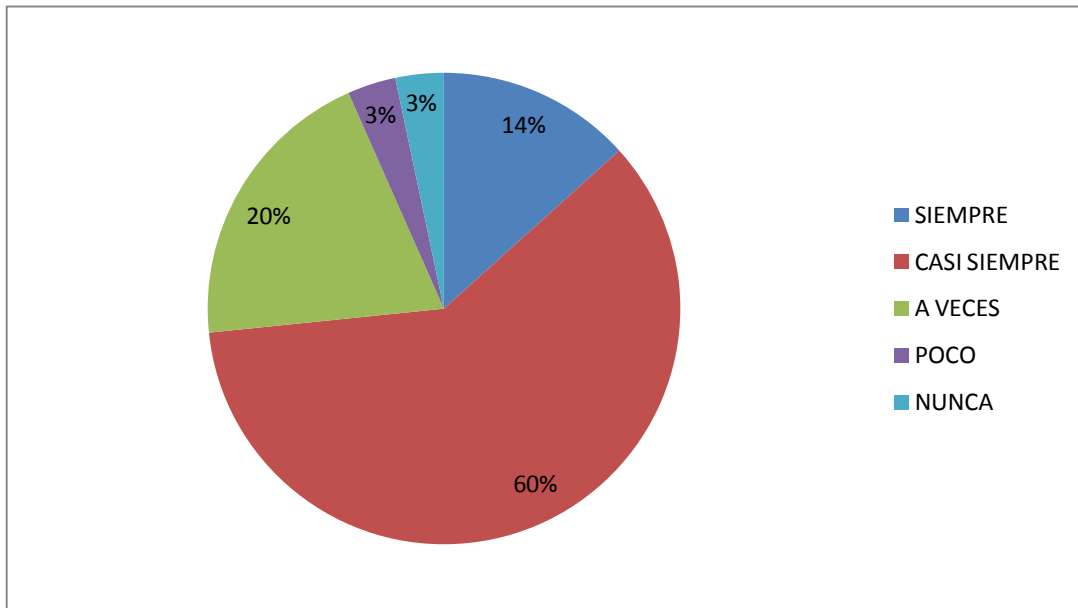
FIG.11



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿COMES EN LA CALLE?

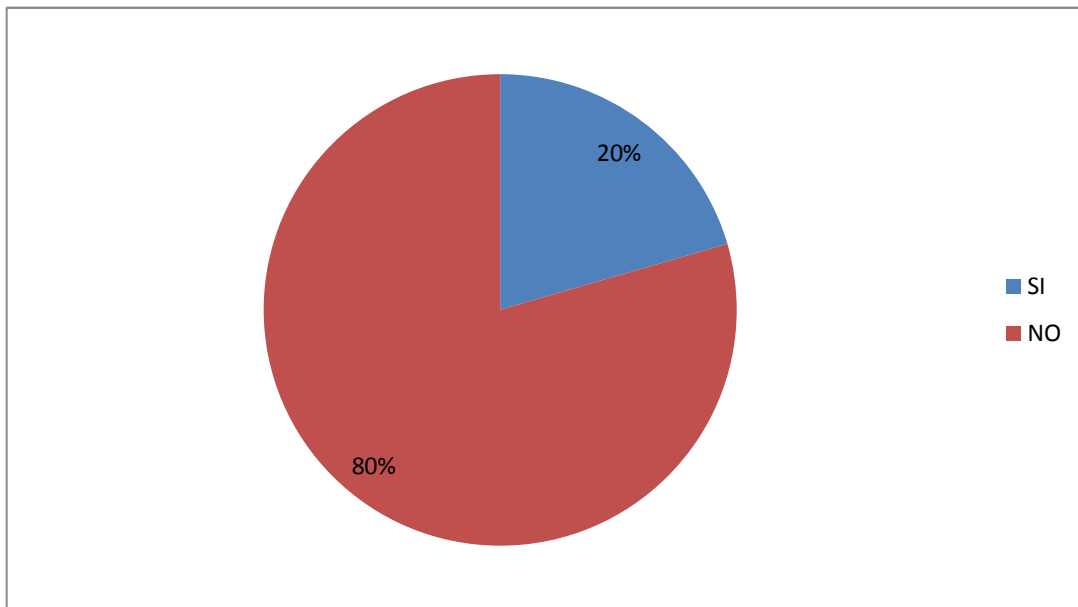
FIG.12



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿REALIZAS ALGÚN TIPO DE EJERCICIO?

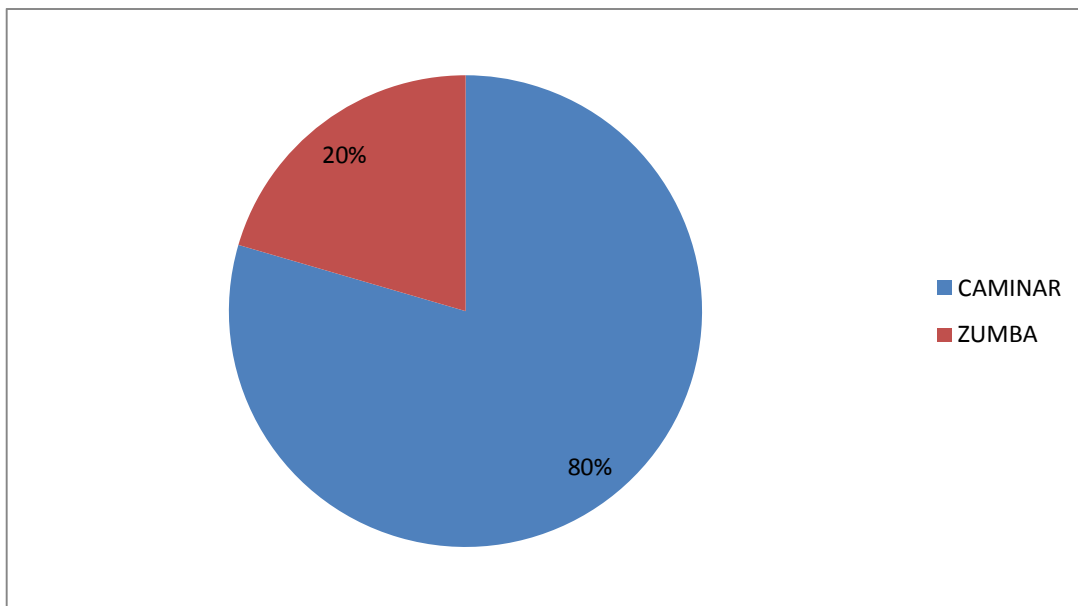
FIG.13



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO REALIZAS?

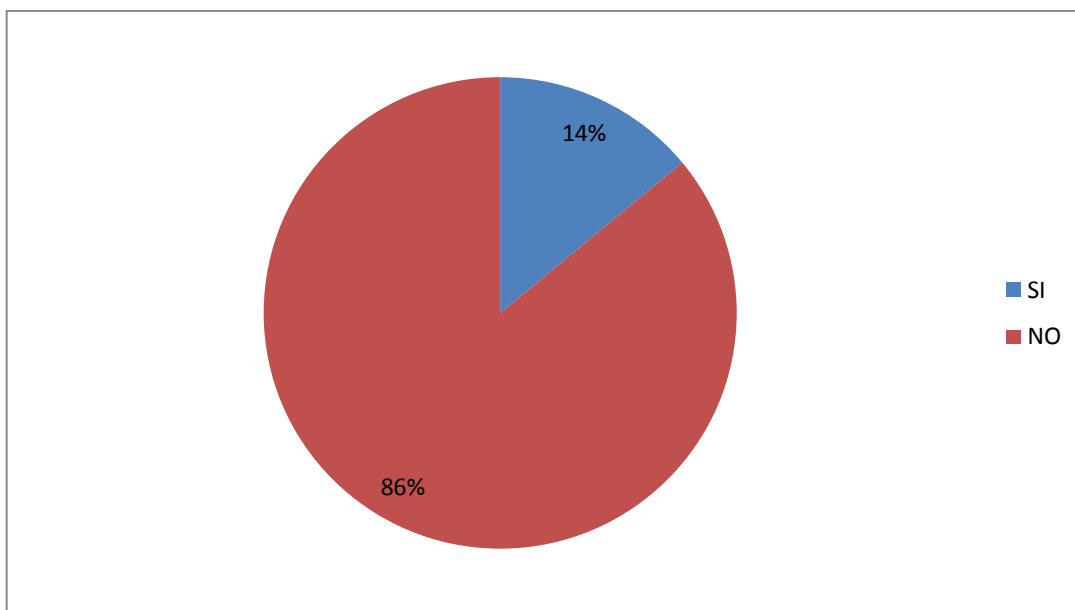
FIG. 14



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿TIENES HORARIO ESPECÍFICO PARA COMER?

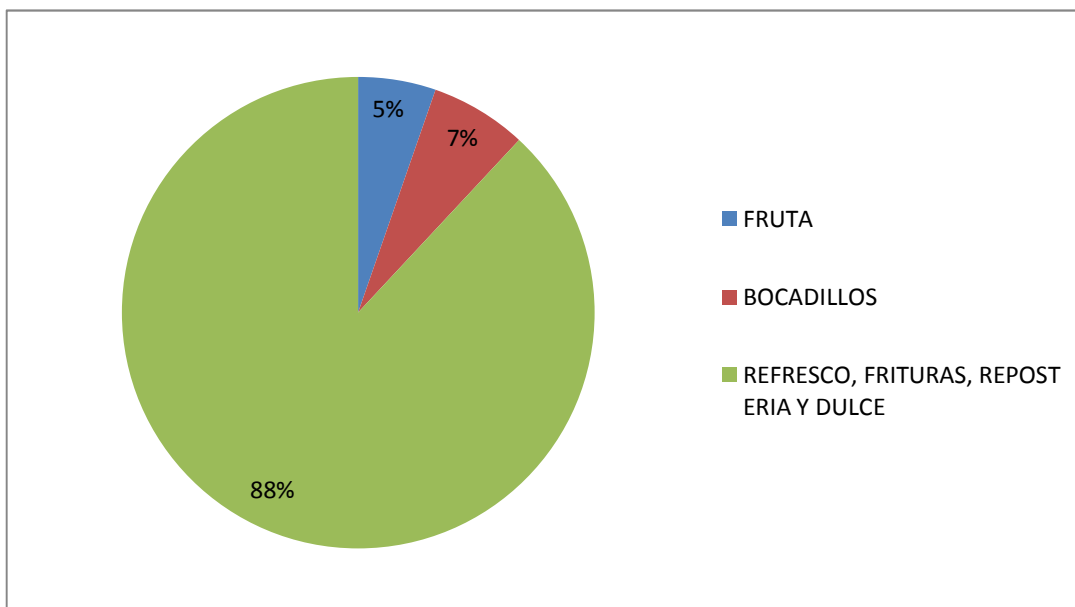
FIG.15



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿SUELES COMER ENTRE COMIDAS SI ES ASÍ QUE SUELES ELEGIR MÁS A MENUDO?

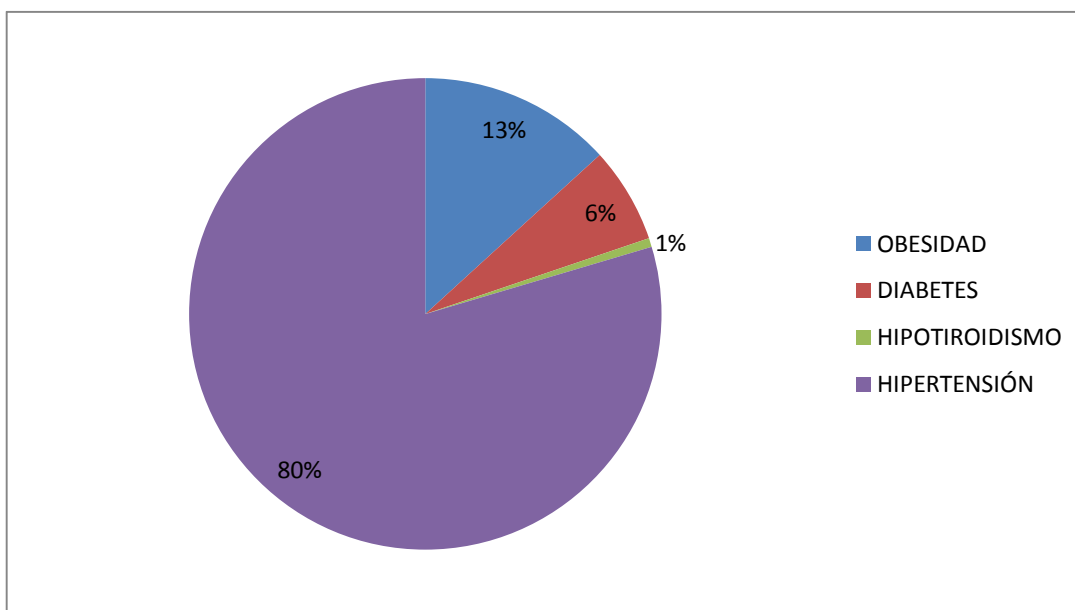
FIG.16



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿HAY ANTECEDENTES DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES EN TU FAMILIA?

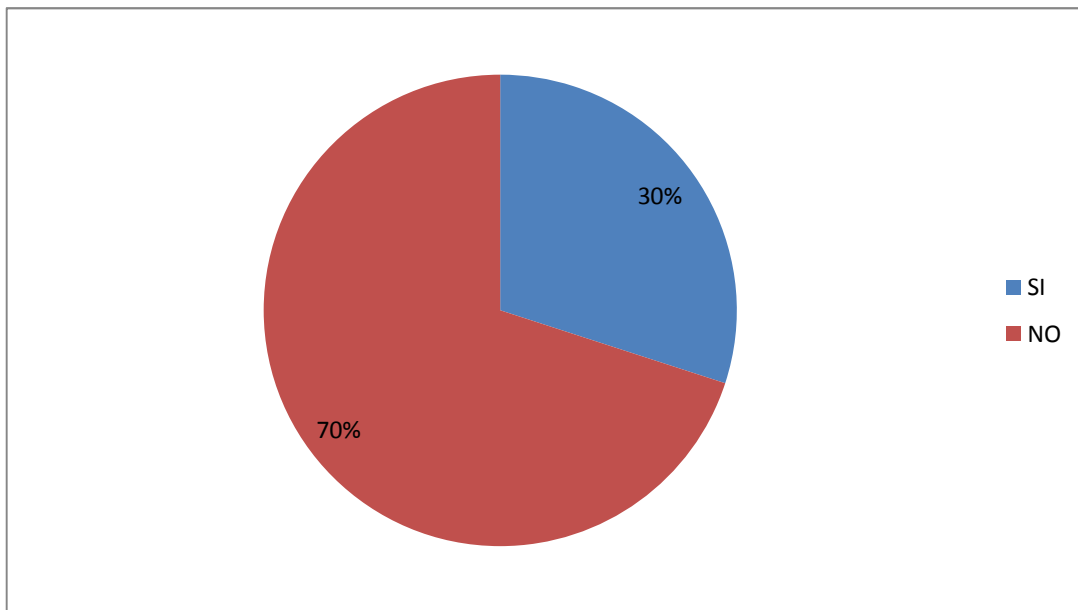
FIG.18



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿TE SIENTES CONFORME CON TU ASPECTO FÍSICO?

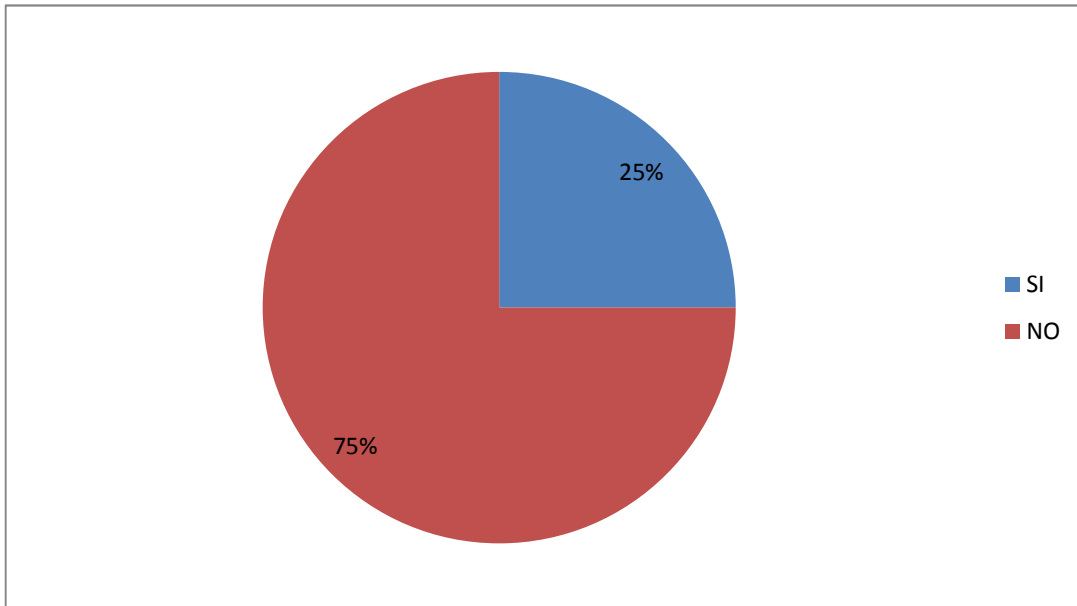
FIG.19



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿TE SIENTES RECHAZADO POR TU ASPECTO FÍSICO?

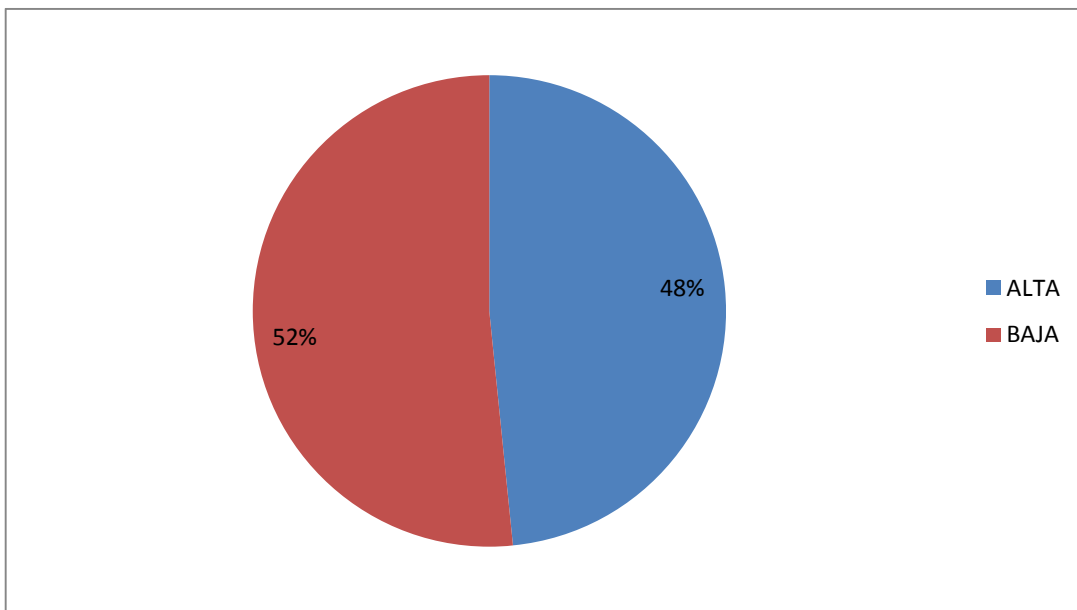
FIG.20



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

¿CÓMO CONSIDERAS TU AUTOESTIMA?

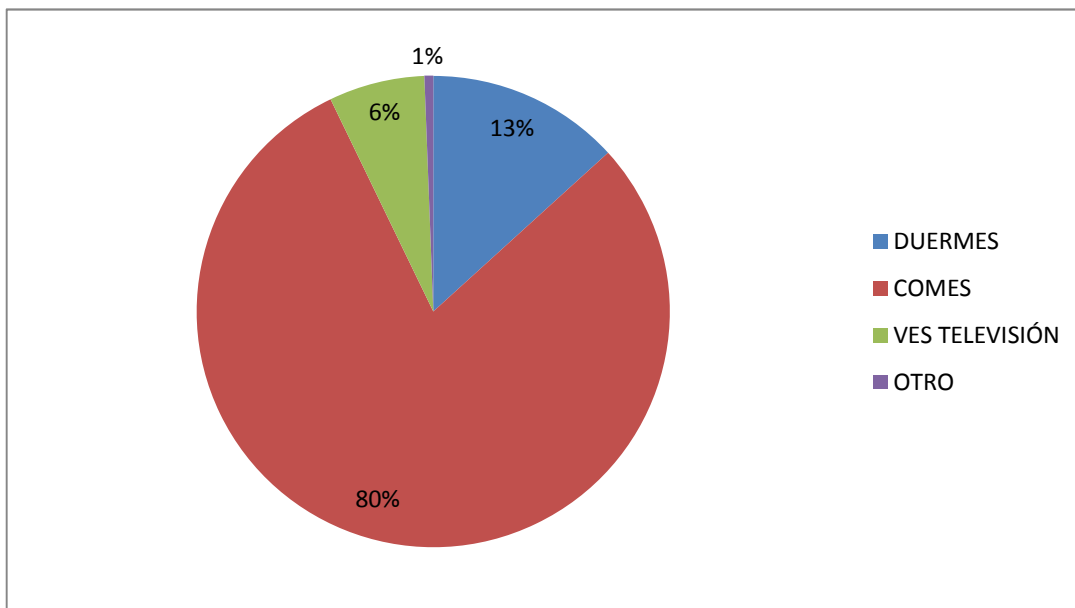
FIG.21



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

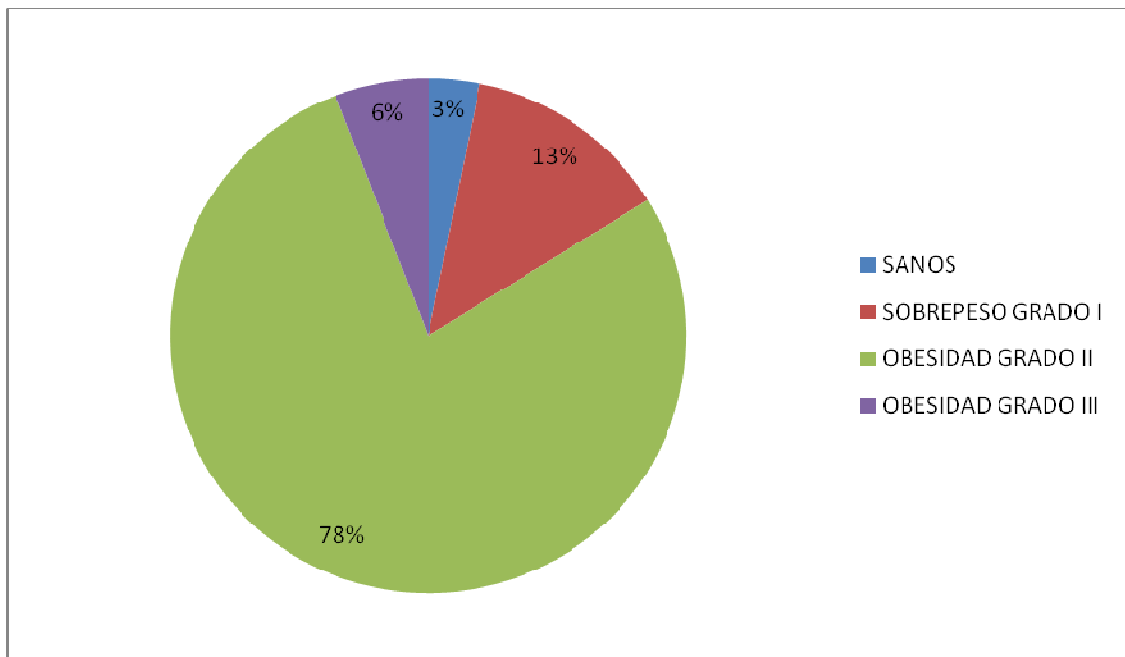
CUANDO SUFRES ANSIEDAD. ESTRÉS, NERVIOSISMO ¿CÓMO LO CONTROLAS?

FIG.22



FUENTE: 150 ENFERMERAS DE S. A. G. L. I. N. N.

TIPOS DE OBESIDAD ENCONTRADOS EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA



IX. CONCLUSIÓN.

En el presente estudio se encontró que la frecuencia de obesidad grado II es con un 80% y sobrepeso grado I es de 13.3% en las enfermeras del S. A. G. L. I. N. N. C. En relación al género la frecuencia de este fenómeno se presentó en el género femenino, la explicación de este fenómeno pudiera ser multicausal ya que factores como la dieta, la actividad física y obviamente la genética podría intervenir en este fenómeno.

De los factores de riesgo para el sobrepeso y obesidad encontramos que su aspecto físico y la autoestima no se asocian para presentar esta patología.

Por otra parte los hábitos dietéticos de nuestros entrevistados no son adecuados, ya que un alto porcentaje del personal de enfermería tiende a consumir alimentos chatarra, antojitos mexicanos, refrescos, pasteles, dulces a todas horas. Otro factor de riesgo importante que se observó en este estudio el personal de enfermería al sufrir ansiedad, estrés y nerviosismo lo controla consumiendo alimentos que favorecen a este síndrome.

Estos resultados son acordes a lo reportado con estudios previos, el cual nos indica que un porcentaje importante del personal de enfermería presenta riesgo e inicio de síndrome dismetabólico que como sabemos está conformado por dislipidemia, hiperglucemia, hiperuricemia e hipertensión arterial.

El 80% de los encuestados presentan obesidad grado II predominando con mayor porcentaje el género femenino. Los mayores factores de riesgo asociados a la obesidad fueron: sedentarismo e ingesta de alimentos: bocadillos, frituras, repostería y dulces.

PROPUESTA.

A toda persona que presente sobrepeso y obesidad, se recomienda ir al médico cada mes, llevar un control de su peso, realizar ejercicio una vez al día o tres veces a la semana de 30 a 50 min; dieta balanceada rica en fibra y abundante en líquidos, mantenerse en su peso ideal por medio de la clasificación de la obesidad y mantener su cintura dentro de límites normales.

X. BIBLIOGRAFÍA.

- ARBUÉS VISÚS María Teresa. Gestión Diaria del Hospital. Ed. Masson. Barcela 2001. 2da edición. 250. Pág. 129.
- BAYERS M. Cristina. Clínicas de Enfermería de la Norteamericana Nutrición. Ed. Interamericana. España 1984. 2000. Pag.1925.
- Censo Nacional de Salud 2007 y 2008. México.
- GARCIA Romero. Metodología de la Investigación en Salud. Ed. McGraw-Hill Interamericana. México 1999.117. pag.44.45, 46, 47, 48, 49, 95,96.
- HERNÁNDEZ AGUDO Idelfonso. Manual de Epidemiología y Salud Pública. Ed. Panamericana. España 2005. 350. Pág. 201, 2002, 2003.
- ICAZA J. Susana. Nutrición. Ed. Interamericana. México 1981. 350. PAG. 250.
- ITELEN Y COL Mitchell S. Nutrición y Dieta. Ed. Interamericana. México 1966.200. Pág. 167 a 169.
- LA TORRE José Miguel. Psicología de la Salud. Ed. Lumen. Argentina 2000. 200. Pág. 27, 28, 29,30.
- LÓPEZ RAMOS Francisco. Epidemiología Enfermedades Transmisibles y Crónico Degenerativas. Ed. Manual Moderna. 2DA Edición. México 2001. 400. Pág. 319, 320, 321, 322, 323.
- MATAIX VERDU José. Nutrición y Alimentación Humana. Ed. Oceanolergon. España 1999. Volumen II. 2200. Pág.1082 a 1107.
- RANCEL. S Non. Avances en el Estudio y Tratamiento de la Obesidad. Ed. Sociedad de Nutriología. México. 1999. 854. Pág. 452, 453, 454,455.
- RYNBERGEND HENDERICA Y Col. Enseñanza Nutrición de Enfermería. Ed. Interamericana. México. 1984. 350. Pág. 170.

XI. ANEXOS.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Objetivo: Determinar el índice de sobrepeso y obesidad que tiene el personal de enfermería que labora en una institución de salud.

Contesta honradamente lo que a continuación se te indica. Las respuestas de este instrumento serán completamente confidenciales, gracias por tu participación.

EDAD: _____. GÉNERO: _____ PESO: _____ TALLA: _____ TURNO: _____

INSTRUCCIONES: SUBRAYA LA RESPUESTA QUE MÁS SE ASEMEJE A TUS HÁBITOS.

- 1) ¿Te gusta la comida “chatarra”?
a) demasiado b) mucho c) poco d) casi nada e) nada
- 2) ¿Comes comida “corrida”?
a) Siempre b) casi siempre c) a veces d) poco e) nunca
- 3) ¿Te gustan los antojitos mexicanos?
a) demasiado b) mucho c) poco d) casi nada e) nada
- 4) ¿Comes fruta?
a) Siempre b) casi siempre c) a veces d) poco e) nunca
- 5) ¿Cuántas comidas realizas al día?
a) una b) dos c) tres d) cuatro e) o más de cinco
- 6) ¿Cuántas horas de tu trabajo te la pasas sentado?
a) una b) dos c) tres d) cuatro e) o más de cinco
- 7) ¿Cuántas horas de tu trabajo te la pasas de pie?
a) una b) dos c) tres d) cuatro e) o más de cinco

8) ¿Comes en la calle?

a) Siempre b) casi siempre c) a veces d) poco e) nunca

9) ¿Realizas algún tipo de ejercicio?

Sí_____. No_____.

10) ¿Qué tipo de ejercicio realizas?

11) ¿Tienes horario específico para comer?

Sí_____. No_____.

12) ¿Sueles comer entre comidas? Si es así, ¿qué es lo que sueles elegir más a menudo?

Sí_____. No_____.

__Fruta

__Bocadillos

__Refrescos, frituras, repostería, dulces

13) ¿Hay antecedentes de las siguientes enfermedades en tu familia?

__Obesidad

__Diabetes

__Hipotiroidismo

__Hipertensión

14) ¿Te sientes conforme con tu aspecto físico?

Sí_____. No_____.

15) ¿Te sientes rechazado por tu aspecto físico?

Sí_____. No_____.

16) ¿Cómo consideras tu autoestima?

__Alta __Baja

17) ¿Cuando sufres ansiedad, estrés, nerviosismo, ¿Cómo lo controlas?

__Duermes

__Comes

__Ves televisión

Otra_____

NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad.

MAKI ESTHER ORTIZ DOMÍNGUEZ, Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e Información en Salud, con fundamento en los artículos 39 fracciones I, VI, VII y VIII de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4º de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 38 fracción II, 40 fracción XI, 41, 47 y 51 párrafos I, III y IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 13 apartado A fracción I y 45 de la Ley General de Salud; 31 fracción III del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 2º apartado A fracción I y 8º fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, del Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-008-SSA3-2007. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

PREFACIO

En la elaboración del presente Proyecto de Norma Oficial Mexicana participaron:

- Secretaría de la Salud
- Subsecretaría de Innovación y Calidad
- Dirección General de Calidad y Educación en Salud
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades
- Dirección General de Asuntos Jurídicos
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios
- Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones
- Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud
- Instituto Nacional de Pediatría
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubiran
- Hospital General de México
- Instituto de Servicios de Salud Pública del Estado de Baja California
- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche
- Servicios de Salud de Coahuila
- Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal

Servicios de Salud de Durango
Instituto de Salud Pública del Estado de Guanajuato
Secretaría de Salud en el Estado de Hidalgo
Secretaría de Salud e Instituto de Salud del Estado de México
Secretaría de Salud de Michoacán
Secretaría de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud de Morelos
Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León
Servicios de Salud de Oaxaca
Servicios de Salud del Estado de Puebla
Secretaría de Salud de Querétaro
Servicios de Salud de Veracruz
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dirección de Prestaciones Médicas:

Instituto de Seguridad y Servicios sociales de los Trabajadores del Estado.

Subdirección General Médica
Escuela de Dietética y Nutrición
Secretaría de la Defensa Nacional
Dirección General de Sanidad Militar
Académica Mexicana de Cirugía A.C.
Asociación Nacional de Hospitales Privados A.C.
Asociación Médica del Hospital Mocel
Asociación Mexicana de Miembros de Facultades y Escuelas de Nutrición A. C.
Colegio Mexicano de Nutriólogos A. C.
HOSPITAL AMERICAN BRITISH COWDRAY, I.A.P.
HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA, I.A.P.
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

INDICE

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y abreviaturas
5. Disposiciones generales
6. Disposiciones específicas

7. Del tratamiento médico
8. Del tratamiento nutricional
9. Del tratamiento psicológico
10. De la infraestructura y equipamiento
11. Medidas restrictivas
12. De la publicidad
13. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
14. Bibliografía
15. Vigilancia
16. Vigencia

0. Introducción

La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo y se acompaña de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. Está directamente relacionada con factores biológicos, alimentarios, socioculturales y psicológicos. Su etiología es multifactorial, por lo que su prevención y tratamiento deben ser apoyados por grupos multidisciplinarios.

En la actualidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, el establecimiento de criterios para su manejo debe orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad.

Por ello la presente Norma Oficial Mexicana, de conformidad con la legislación sanitaria aplicable y la libertad profesional en la práctica médica, procura la atención del usuario de acuerdo con las circunstancias en que cada caso se presente.

Es necesario señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana de conformidad con la aplicación de la legislación sanitaria, se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, nutriología y psicológica.

Además, podrán participar en el tratamiento integral de la obesidad otros profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, quienes deberán de prestar sus servicios en beneficio del paciente.

1. Objetivo

La presente Norma Oficial Mexicana establece los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.

2. Campo de aplicación

Esta Norma Oficial Mexicana, es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para todos los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como en los establecimientos de atención médica ambulatoria y hospitalaria de los sectores público, social y privado, que se ostenten y ofrezcan servicios para la atención del sobrepeso y la obesidad, mediante el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.

3. Referencias

Para la correcta aplicación de la presente norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

3.1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.

3.2. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

3.3. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, para la atención a la salud del niño.

3.4. Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica pacientes ambulatorios.

3.5. Norma Oficial Mexicana NOM-197-SSA1-2000, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

4. Definiciones y abreviaturas

Para los efectos de esta norma, se entenderá por:

4.1. Atención Médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

4.2. Establecimiento para el tratamiento integral de la obesidad, a todo aquél de carácter público, social o privado, cualesquiera que sea su denominación o régimen jurídico, que se dedique al tratamiento del sobrepeso y la obesidad en pacientes ambulatorios. Estos establecimientos serán considerados consultorios.

4.3. Comorbilidad, a los problemas relacionados con el sobrepeso y la obesidad.

4.4. Dieta, al conjunto de alimentos que se ingieren cada día.

4.5. Índice de masa corporal, al criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla **en metros** elevada al cuadrado (IMC).

4.6. Tratamiento integral, al conjunto de acciones a realizar que derivan del estudio completo e individualizado del paciente con sobrepeso u obesidad, incluye el tratamiento médico, nutricio, psicológico y régimen de ejercicio, que conducen principalmente a un cambio conductual en beneficio de su salud.

4.7. Medicamento a granel, a todo aquel medicamento genérico o de patente que se encuentra en su forma **farmacéutica** definitiva y fuera de su envase original.

4.8. Medicamento fraccionado, a todo aquel medicamento genérico o de patente que se encuentra **disgregado**, separado en partes o que se ha modificado su forma farmacéutica definitiva.

4.9. Medicamento secreto, a todo aquel producto fraccionado, a granel o en envase cuya presentación:

- No tenga etiqueta;
- La etiqueta no incluya los datos de nombre genérico, forma farmacéutica, cantidad y presentación;
- La etiqueta contenga datos que no correspondan al producto envasado; y
- No se apegue a las disposiciones legales aplicables.

4.10. Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas general existe un índice de masa corporal igual o mayor a 27 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

4.11. Sobrepeso, al estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor a 25 kg/m² y menor a 27 kg/m² en las personas adultas o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m² en las personas adultas de estatura baja. En caso de niños menores de 5 años, remítase a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1998, Para la atención a la salud del niño.

En niños mayores de 5 años y adolescentes el sobrepeso se determina cuando la **percentila** se encuentra por arriba de 85.

4.12. Estatura baja, a la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto.

4.13. Tratamiento estandarizado, al tratamiento cuya composición, dosis, cantidad y duración, es la misma para cualquier tipo de paciente sin considerar sus características en forma individual.

4.14. Abreviaturas:

IMC= Índice de masa corporal

E= estatura en metros

P= peso en kilogramos

Kg/m²= kilogramo sobre metro al cuadrado

5. Disposiciones generales

5.1. Todo paciente con sobrepeso u obesidad requerirá de un tratamiento integral, en términos de lo previsto en la presente norma.

5.2. Tratándose de pacientes menores de 5 años con sobrepeso u obesidad, el tratamiento integral se ajustará a los criterios establecidos en la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1998, para la atención a la salud del niño.

5.3. El tratamiento médico-quirúrgico, nutricional y psicológico del sobrepeso y la obesidad, deberá realizarse bajo lo siguiente:

5.3.1. Se ajustará a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica;

5.3.2. Deberá estar respaldado científicamente en investigación clínica, especialmente de carácter individualizado en la **dieta-terapia**, **fármaco-terapia** y tratamiento médico-quirúrgico;

5.3.3. El médico será el responsable del tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad.

5.3.3.1. El nutriólogo y el psicólogo serán responsables del tratamiento del paciente con sobrepeso u obesidad en sus respectivas áreas de competencia profesional.

5.3.4. El tratamiento indicado deberá **entrañar** menor riesgo potencial con relación al beneficio esperado.

5.3.5. Deberán evaluarse las distintas alternativas de tratamiento disponibles, conforme a las necesidades específicas del paciente, ponderando especialmente las enfermedades concomitantes que afecten su salud;

5.3.6. Se deberá obtener, invariablemente, Carta de Consentimiento bajo Información del interesado o su representante legal, previa explicación completa por parte del médico, del riesgo potencial con relación al beneficio esperado;

5.3.7. Todo tratamiento deberá prescribirse previa evaluación del estado de nutrición, con base en indicadores clínicos, dietéticos, **bioquímicos** y **antropométricos** que incluyen: índice de masa corporal, índice de cintura cadera y circunferencia de cintura;

5.3.8. Todas las acciones **terapéuticas** se deberán apoyar en medidas **psicoconductuales** y nutricionales para modificar conductas alimentarias nocivas a la salud, asimismo, se deberá instalar un programa de actividad física, de acuerdo a la condición clínica de cada paciente, tal como se especifica en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-1999;

5.3.9. El médico será el único profesional facultado para la prescripción de medicamentos;

5.3.10. Cada medicamento utilizado deberá estar justificado bajo criterio médico, de manera individualizada;

5.3.11. Los medicamentos e insumos para la salud empleados en el tratamiento deberán contar con registro que al efecto emita la Secretaría de Salud;

5.3.12. No se deberán prescribir, ni proporcionar medicamentos secretos, fraccionados o a granel, ni tratamientos estandarizados.

5.4. La elaboración del expediente clínico y de las notas de atención médica, nutricional o psicológica en el ámbito institucional o de la consulta independiente o no ligada a un establecimiento hospitalario, deberán realizarse conforme a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

5.5. En el caso del nutriólogo, para el tratamiento **nutricio**, deberá elaborar una historia nutricia que contenga: ficha de identificación, antecedentes familiares y personales, estilos de vida, antropometría, problema actual, evaluación nutricional completa, plan de tratamiento nutricional y pronóstico.

6. Disposiciones específicas

6.1. El personal profesional facultado para intervenir en el tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá cumplir los requisitos siguientes:

6.1.1. Tener título profesional de médico, nutriólogo o psicólogo legalmente expedido y registrado ante las autoridades educativas competentes;

6.1.2. Cuando se trate de médico especialista, deberá contar con cédula de especialidad, expedida y registrada por las autoridades educativas competentes;

6.1.3. En el caso de estudios realizados en el extranjero, éstos deberán ser revalidados ante la Secretaría de Educación Pública.

6.1.4. En el caso de los psicólogos, éstos deberán contar con formación en el área de psicología clínica.

6.2. El personal técnico de las disciplinas de la salud participantes en el tratamiento integral del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá tener diploma, legalmente expedido y registrado por las autoridades educativas competentes.

6.3. La participación del personal técnico y auxiliar, en el tratamiento integral del sobrepeso u obesidad, será exclusivamente en apoyo a los profesionales de las áreas de medicina, nutrición y psicología, por lo que no podrá actuar de manera independiente, ni prescribir, realizar o proporcionar por sí, tratamiento alguno.

6.4. Todo aquel establecimiento público, social o privado, que se ostente y ofrezca servicios para la atención del paciente con sobrepeso u obesidad, deberá contar con responsable sanitario, así como aviso de funcionamiento, o licencia sanitaria, según sea el caso, atendiendo a lo que establezcan las disposiciones legales aplicables para tal efecto.

7. Del tratamiento médico

La participación del médico comprende:

7.1. Del tratamiento farmacológico.

7.1.1. El médico será el único profesional de la salud facultado para prescribir medicamento en los casos que así se requiera, en términos de lo previsto en el presente ordenamiento;

7.1.2. Cuando exista evidencia de falta de respuesta al tratamiento **dietoterapéutico** y al ejercicio físico en un período de al menos tres meses en pacientes con IMC de 30 o más, sin enfermedades concomitantes graves o en pacientes con IMC de 27 o más, que tengan enfermedades **concomitantes** graves, se podrán prescribir medicamentos autorizados para el tratamiento del sobrepeso u obesidad.

7.1.3. El médico tratante deberá informar y explicar al paciente, el medicamento que le fue prescrito, el nombre comercial y genérico, la dosificación, su interacción con otros medicamentos, así como las reacciones adversas y efectos colaterales esperados;

7.1.4. La expedición de la receta y el registro en la nota médica del expediente clínico correspondiente, deberán realizarse de acuerdo con las disposiciones sanitarias y normatividad aplicables.

7.2. Del tratamiento quirúrgico.

7.2.1. Estará indicado exclusivamente en los individuos adultos con obesidad severa e índice de masa corporal mayor de 40 o mayor de 35, asociados a morbilidad importante, cuyo origen en ambos casos no sea puramente de tipo **endócrino**. Deberá existir el antecedente de tratamiento médico integral reciente, por más de 18 meses sin éxito; salvo ocasiones cuyo riesgo de muerte, justifique el no haber tenido tratamiento previo;

7.2.2. La indicación de tratamiento quirúrgico de la obesidad, deberá ser resultado de la evaluación de un equipo de salud multidisciplinario, conformado, en su caso, por: un cirujano, un anestesiólogo, un nutriólogo, un endocrinólogo, un cardiólogo y un psicólogo; esta indicación deberá estar asentada en una nota médica;

7.2.3. Todo paciente con obesidad severa, candidato a cirugía, no podrá ser intervenido quirúrgicamente sin antes haber sido estudiado en forma completa, con historia clínica, análisis de laboratorio y gabinete, valoración nutrióloga, cardiovascular, anestesiología y cualquier otra que resulte necesaria;

7.2.4. El médico cirujano tendrá la obligación de informarle al paciente respecto a los procedimientos quirúrgicos a realizar, sus ventajas, desventajas y riesgos a corto, mediano y largo plazo;

7.2.5. El médico tratante deberá recabar la Carta de consentimiento bajo información, en los términos que establece la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico;

7.2.6. Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de la obesidad deberán ser exclusivamente de tipo restrictivo.

7.2.7. Las unidades hospitalarias donde se realicen actos quirúrgicos para el tratamiento integral de la obesidad, deberán contar con todos los insumos necesarios para satisfacer los requerimientos de una cirugía mayor en pacientes de alto riesgo, especificados en la NOM-197-SSA1-2000.

Los insumos mencionados, deberán estar registrados ante la Secretaría de Salud.

7.2.8. El médico tratante deberá comprobar documentalmente ser especialista en cirugía general o **cirugía gastroenterológica**, haber recibido adiestramiento en cirugía de obesidad y conocer el tratamiento integral del paciente obeso.

7.2.9. El médico tratante deberá comprometerse, en coordinación con el equipo multidisciplinario, a hacer seguimiento del paciente operado.

7.3. El médico tratante referirá al paciente al nutriólogo o psicólogo, cuando el caso lo requiera.

7.4. El médico deberá informar y orientar al paciente sobre los beneficios que representa para la salud, el llevar una dieta balanceada y una adecuada rutina de ejercicio. Asimismo, deberá hacer énfasis sobre los riesgos que representa para la salud el sobrepeso y la obesidad.

8. Del tratamiento nutricio

La participación del nutriólogo comprende:

8.1. El tratamiento nutricio que implica:

8.1.1. Valoración nutricia: evaluación del estado nutricio mediante indicadores clínicos, dietéticos, antropométricos, **bioquímicos** y estilo de vida;

8.1.2. Plan de cuidado nutricio: elaboración del plan alimentario, orientación alimentaria, asesoría nutricional y recomendaciones para el acondicionamiento físico y para los hábitos alimentarios; y

8.1.3. Control: seguimiento de la evaluación, conducta alimentaria y reforzamiento de acciones.

8.2. La dieta deberá ser individualizada, atendiendo a las circunstancias específicas de cada paciente, en términos de los criterios mencionados en el presente ordenamiento.

8.3. Referir al paciente a tratamiento médico o psicológico, cuando el caso lo requiera.

9. Del tratamiento psicológico

9.1. La participación del psicólogo clínico comprende:

9.1.1. El apoyo psicológico para la modificación de hábitos y conductas alimentarias.

9.1.2. El tratamiento psicológico.

9.1.3. La referencia al médico, psiquiatra o al nutriólogo, cuando el caso lo requiera.

10. De la infraestructura y equipamiento

10.1. Los establecimientos dedicados al tratamiento del sobrepeso y la obesidad, deberán cumplir con los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento especificados en la NOM-178-SSA1-1998, de acuerdo a la función del establecimiento, siendo indispensable que cuenten con lo siguiente:

10.1.1. Báscula clínica con estadímetro;

10.1.2. Plicómetro de metal;

10.1.3. Cinta antropométrica de fibra de vidrio, y

10.1.4. Los demás que fijen las disposiciones sanitarias.

10.2. Los establecimientos hospitalarios deberán poseer la infraestructura y equipamiento que al respecto señala la NOM-197-SSA1-2000.

11. Medidas restrictivas

11.1. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad queda prohibido:

11.1.1. Prescribir tratamientos de cualquier tipo, por personal técnico o auxiliar de la salud o cualquier otro profesional no facultado para ello;

11.1.2. Indicar tratamientos y productos que no tengan sustento científico, que provoquen pérdida de peso acelerado, más de un kilogramo por semana y que pongan en peligro la salud o la vida del paciente;

11.1.3. Utilizar procedimientos que no hayan sido aprobados mediante investigación clínica o reporte **casuístico**, así como la prescripción de medicamentos que no cuenten con el registro sanitario correspondiente;

11.1.4. Manejar tratamientos estandarizados;

11.1.5. Usar diuréticos u hormonas tiroideas, como tratamiento del sobrepeso y la obesidad;

11.1.6. Emplear medicamentos secretos, fraccionados o a **granel**;

11.1.7. Usar hormonas ante la ausencia de patología asociada y previa valoración del riesgo-beneficio;

11.1.8. Prescribir fármacos para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad, en pacientes menores de 18 años;

11.1.9. Utilizar técnicas no convencionales para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, en tanto no hayan sido probadas mediante protocolo de investigación debidamente autorizados por la Secretaría de Salud, excepto como un auxiliar para la disminución del apetito, y deberá registrarse en el expediente clínico;

11.1.10. Indicar como opción de tratamiento el uso de aparatos de ejercicio electrónicos o mecánicos, aparatos **térmicos** o **baños sauna**.

11.1.11. Indicar productos no autorizados por la Secretaría de Salud para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad.

11.1.12. Realizar tratamiento quirúrgico mediante técnicas exclusivamente que reduzcan la absorción de nutrimentos;

11.1.13. Usar la **liposucción** y la **lipoescultura**, como tratamientos para la obesidad.

12. De la publicidad

La publicidad para efecto de esta Norma Oficial Mexicana, se deberá ajustar a lo siguiente:

12.1. No anunciar la curación definitiva;

12.2. No hacer referencia a tratamientos en los que no se distinga el tratamiento particular;

12.3. No promover la utilización de medicamentos secretos o fraccionados;

12.4. No referirse a insumos o tratamientos que no estén respaldados científicamente en investigación clínica;

12.5. No sustentar tratamientos en aparatos electrónicos o mecánicos reductores de peso como opción, ni ofrecer resultados extraordinarios o milagrosos, sin ningún esfuerzo físico, es decir una actividad física adecuada, ni modificación en los hábitos de alimentación, tal como se señala en las Normas Oficiales Mexicanas NOM-015-SSA2-1994 y NOM-030-SSA2-1999.

12.6. No promover para el tratamiento del sobrepeso y obesidad, el uso de **anorexígenos, diuréticos y extractos tiroideos**, fajas de yeso, así como de **inyecciones de enzimas y aminoácidos lipolíticos**.

12.7. No inducir la automedicación.

12.8. La publicidad deberá estar orientada a inducir al paciente obeso o con sobrepeso, a que acuda con un médico, nutriólogo o psicólogo para que se determine la causa del problema y prescriba el tratamiento adecuado.

13. Concordancia con normas internacionales

Esta Norma Oficial Mexicana no es equivalente con ninguna norma internacional.

14. Vigilancia

La vigilancia de la aplicación de esta norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

México, D.F., a de de 2008.

- La Subsecretaria de Innovación y Calidad y Presidenta Del Comité
- Consultivo Nacional de Normalización de Innovación, Desarrollo, Tecnologías e información en Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Dominguez

GLOSARIO DE TERMINOS.

Buda: es un nombre honorífico con contenido religioso que se aplica a quien ha logrado un completo despertar espiritual. En el marco religioso indio en donde se desarrolla el budismo, este despertar implica un estado de tranquilidad mental.

Célula: Es la unidad morfológica y funcional de todo ser vivo.

Corpulencia: Grandeza, robustez y magnitud de un cuerpo.

Epidemia: Del griego epi, por sobre y demos pueblo, es una descripción en la salud comunitaria que ocurre cuando una enfermedad afecta a un número de individuos superior al esperado en una población durante un tiempo determinado.

Estereotipo: Es una imagen mental muy simplificada y con pocos detalles acerca de un grupo de gente que comparte de ciertas cualidades características y habilidades.

Graficación: Es una herramienta que permite graficar visualizar, registrar y procesada por el sistema.

Gula: Un pecado capital para la religión cristiana y el catolicismo, es un vicio de deseo desordenado por el placer conectado como la comida o la bebida.

Hindú: Un conjunto de religiosas, filosóficas y sistemas culturales que se originan en el indio.

Mortalidad: Es un indicador demográfico que señale el número de defunciones de una población.

Nutricia: Es el creador de la fórmula de Karicare y el rango de primer balance de alimentos para bebés y niños pequeños.

Obesidad hipofisaria: Es un trastorno del metabolismo en el cual una exagerado del cuerpo (más de 4'5 kilos). U obesidad hormonal hipofisaria que induce la ovulación.

Permisioso: Gravemente dañoso o nocivo.

Peso: es la fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa

Plaga: Se entiende como plaga a una situación en la cual un animal o enfermedad produce daños económicos, domésticos materiales o medios naturales.

Prevalencia o epidemiología: Es la proporción de individuos de un grupo o una población que se presenta una característica o evento determinado en un momento o en un periodo de un tiempo determinado.

Prototipo: Es un ejemplar modelo de una virtud, vicio o cualidad.

Sedentarismo: Es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades.

Sida: Es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible.

Sobrepeso: Un exceso de peso en relación a la estatura.

Ictus: Accidente cerebrovascular, apoplejía (perdida de la conciencia), golpe o ictus apoplético o ataque cerebral es un tipo de enfermedad cerebrovascular caracterizada por una interrupción del flujo sanguíneo al cerebro y que origina una serie de síntomas variables en función del área cerebral afectada.

Cáncer: Es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas conocidas como cancerígenas o cancerosas, con crecimiento y división mas allá de los límites normales.

Síndrome metabólico: Es un conjunto de varias enfermedades o factores de riesgo en un mismo individuo que aumenta el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular o diabetes mellitus.

Endocrino: Comprende cualquier proceso biológico relacionado con las hormonas del organismo debido a que las hormonas regulan lo procesos normales de reproducción, crecimiento y desarrollo.

Gen: Es un segmento corto del ADN, que le dice al cuerpo como producir una proteína específica. Hay aproximadamente 30.000 genes en cada célula del cuerpo humano y la combinación de todos los genes constituye el material hereditario para el cuerpo humano y sus funciones,

Ocio: O tiempo libre al que se dedica a actividades que no son ni trabajo ni tareas, domesticas esenciales.