



CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA #1

TESIS

**ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA
ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA EN
SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5
AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11
DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES.**

PRESENTA

Martha Alejandra Silva Medina

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR

Dra. Ana Hortensia López Ramírez

Aguascalientes, Ags. Febrero del 2015



MARTHA ALEJANDRA SILVA MEDINA
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T E

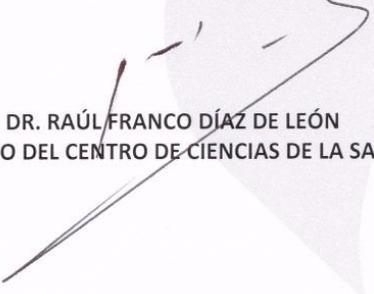
Por medio de la presente se le informa que en cumplimiento de lo establecido en el Reglamento General de Docencia en el Capítulo XVI y una vez que su trabajo de tesis titulado:

“ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA EN SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES.”

Ha sido revisado y aprobado por su tutor y consejo académico, se autoriza continuar con los trámites de titulación para obtener el grado de:
Especialista en Medicina Familiar

Sin otro particular por el momento me despido enviando a usted un cordial saludo.

ATENTAMENTE
“SE LUMEN PROFERRE”
Aguascalientes, Ags., 13 de Febrero de 2015.



DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

c.c.p. C. P. Ma. Esther Rangel Jiménez / Jefe de Departamento de Control Escolar
c.c.p. Archivo



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2013.

DR. RAÚL FRANCO DÍAZ DE LEÓN.
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD.

PRESENTE.

Por medio de la presente, le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 IMSS de la Delegación Aguascalientes:

MARTHA ALEJANDRA SILVA MEDINA

Ha concluido satisfactoriamente el trabajo de titulación denominado:

"ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA EN SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES."

No. De Registro R-2014-101-14 del Comité local de investigación en Salud No. 101
Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**.

La Dra. Martha Alejandra Silva asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo cumpliendo con la normatividad en investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE

Carlos Alberto Prado Aguilar

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR.
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.



AGUASCALIENTES, AGS. FEBRERO 2015.

DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Por medio de este conducto le informo que la **DRA. MARTHA ALEJANDRA SILVA MEDINA**, Residente de Tercer Año de Medicina Familiar, cuyo proyecto de tesis

"ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA EN SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES."

Ha concluido satisfactoriamente.

Número de registro: **R-2014-101-14** del Comité Local de Investigación No. 101

Elaborado de acuerdo a la opción de titulación: **TESIS**

El residente asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, quedando pendiente su titulación la cual depende de los tiempos y formas establecidas por la normatividad de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

Sin más por el momento y quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

ATENTAMENTE

DRA. ANA HORTENSIA LOPEZ RAMIREZ
ASESOR DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

A Dios por darme la fortaleza de seguir adelante y de poner a mí alrededor a personas tan especiales.

A mi familia que siempre ha estado apoyándome directa o indirectamente, y a esos ángeles que cuidan de mí en el cielo y por los cuales estoy en este camino.

A mi asesor de tesis Dra. Ana Hortensia López Ramírez, por su paciencia, su tiempo y apoyo para realizar dicha investigación.

A mis maestros, médicos, personal de enfermería por su gran apoyo y motivación para la culminación de la especialidad, ya que hicieron más agradable mi trabajo.

Gracias a todas y a cada una de las personas que participaron en la investigación realizada en especial a la Lic. Ruth Brito, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarme a completar mi proyecto de tesis.

DEDICATORIAS

A mi familia, principalmente a mis tías, hermanas Laura, Lupita y Yolanda

A ese ser tan especial que guía mis pasos desde el cielo

A los grandes amigos que encontré durante estos años

Y que considero mi familia

Por apoyarme, alentarme y soportar mis días difíciles.

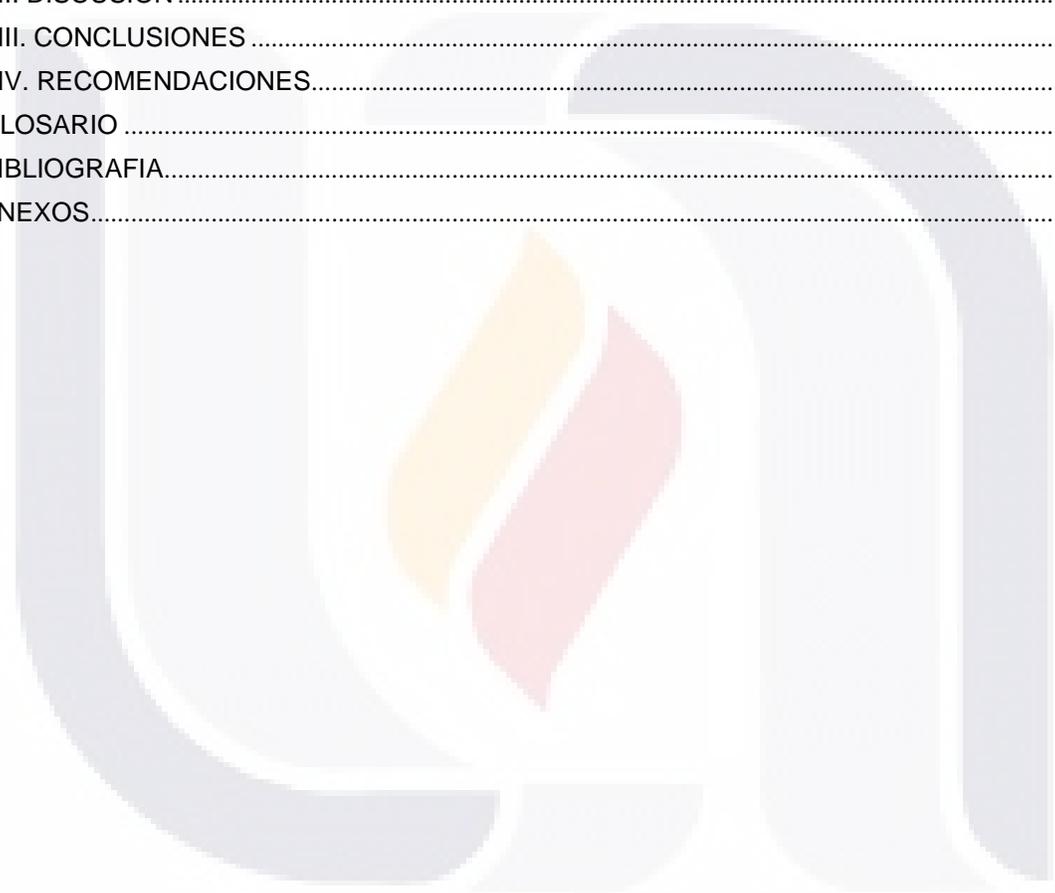


INDICE GENERAL

INDICE GENERAL.....	1
INDICE DE GRAFICAS.....	4
ACRÓNIMOS.....	5
I.RESUMEN.....	6
II. ABSTRACT.....	8
III. INTRODUCCION.....	10
IV. MARCO TEÓRICO:.....	12
IV.a. Antecedentes científicos.....	12
IV.a.1 Antecedentes científicos de acciones de enfermería.....	12
IV. a.2 Antecedentes científicos de la obesidad infantil.....	14
IV.b. Teorías y modelos.....	16
IV.b.1 Modelos de enfermería.....	16
IV.b.1.1 “MODELOS DE LOS PROCESOS VITALES”. MARTHA ROGERS.....	16
IV.b.1.2 DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.....	17
IV.b.1.3 SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”.....	17
IV.b.2 Modelo de Obesidad.....	18
IV.b.2.1 Entornos obesogénicos.....	18
IV.b.2.2 Modelo de Genotipo ahorrador.....	18
IV.b.2.3 Modelo de Transición Nutricional.....	19
IV.b.2.4 Modelo de Comportamiento obesógeno.....	20
IV.b.2.5 Modelo de Cultura.....	20
IV.b.2.6 Modelo de Economía política.....	21
IV.b.2.7 Modelo de Enfoques Bioculturales.....	23
IV.b.3 Teorías de obesidad.....	23
IV.b.3.1 Teoría psicogénica de obesidad.....	23
IV.b.2. Teoría psicoanalítica.....	24
IV.b.3 Mecanismos de la obesidad.....	24
IV.b.3.1 Insulina.....	24
IV.b.3.2 La leptina.....	25
IV.b.3.3 El neuro-péptido Y.....	26
IV.b.3.4 El cortisol.....	26
IV.c.1 Definiciones de Sobrepeso y Obesidad.....	27
IV.c.2 Definiciones de Sobrepeso y Obesidad infantil.....	27

IV.c3. Definición de Enfermera especialista en Medicina de Familia.....	28
V. JUSTIFICACIÓN	30
VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	31
VI.a. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio.....	31
VI.b Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en el estado municipio o delegación de estudio.....	31
VI.c DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	32
VI.c.1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	32
VI.c.2 Organización Mundial de la Salud.....	33
VI.c.3 México.....	33
VI.d Descripción de la naturaleza del problema discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema.....	36
VI.e Descripción de la gravedad del problema	37
VI.e.1 Magnitud	37
VI.e.2 Trascendencia.....	39
VI.f Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema.....	40
VI.g Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo.....	41
VI.h. Breve descripción de algunos proyectos relacionados con el mismo problema.....	41
VII.- OBJETIVOS	45
VII. a OBJETIVO GENERAL.....	45
VII. b.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	45
VIII.- HIPÓTESIS.....	45
VIII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA.....	45
VIII.B.- HIPÓTESIS NULA.....	46
IX.- MATERIAL Y MÉTODOS.....	46
IX. a.-Tipo de estudio.-	46
Estudio Observacional, Transversal y descriptivo.....	46
IX. b. Universo de Trabajo.....	46
Todas las enfermeras especialistas que laboren en la UMF 11 en turno matutino y vespertino	46
IX. c. Unidad de análisis.....	46
IX.d.- Criterios de inclusión.....	47
IX.e.- Criterios de no inclusión.....	47
IX.f.- Criterios de eliminación.....	47
IX. g.- Tipo de Muestra.....	47
IX. h Logística.....	47

IX. i. Recolección de la Información.....	48
IX. j. Validez de instrumento.....	48
IX. k. Validez aparente	48
IX. l. Validez de contenido	49
IX. m. Plan de Análisis	49
IX. n. Recursos	49
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
XI. RESULTADOS	51
XII. DISCUSION	54
XIII. CONCLUSIONES	56
XIV. RECOMENDACIONES.....	57
GLOSARIO	58
BIBLIOGRAFIA.....	59
ANEXOS.....	63



INDICE DE GRAFICAS

Ilustración 1: Resultados de acuerdo a Género 51
Ilustración 2 Resultados por edad 51
Ilustración 3 Resultado por turno..... 52
Ilustración 4: Recoleccion de datos..... 52
Ilustración 5 Diagnóstico de enfermería 53
Ilustración 6:Establecimiento de objetivos 53



ACRÓNIMOS

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

GCP: Guía de Práctica Clínica

IMC: Índice de Masa Corporal

NOM: Norma Oficial Mexicana

UMF: Unidad de Medicina Familiar



I.RESUMEN

ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA EN SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES

La atención del profesional de enfermería debe estar basada en modelos centrados en el cuidado de la persona, familia y comunidad y estar orientada a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía, por tal razón es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias en los niños y adolescentes; determinar la participación del profesional de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, para fortalecer el aspecto psico-emocional del niño y adolescente con riesgo de desequilibrio nutricional por exceso. (21)

La obesidad infantil es un problema de salud pública. A nivel mundial, hay más de 22 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso severo, al igual que 155 millones de niños en edad escolar, lo que implica que uno de cada 10 niños y niñas de todo el mundo tienen sobrepeso. La Atención Primaria resulta de importancia crucial a la hora de planear estrategias de detección precoz y de continuidad en la atención de estos niños.

Objetivo: Conocer las acciones realizadas por la enfermera especialista en medicina de familia para el sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años de la Unidad de Medicina Familiar #11 del IMSS delegación Aguascalientes. Material y Métodos: Estudio observacional transversal y descriptivo en enfermeras especialistas en medicina de familia que atienden niños menores de 5 años con obesidad y sobrepeso adscritos a UMF 11 IMSS Delegación Aguascalientes con una muestra intencional o de conveniencia con el total de enfermeras especialistas de la UMF 11. Se utilizó una lista de cotejo basada en las recomendaciones específicas de la GPC con respecto a las acciones del personal de enfermería en la promoción de la salud, diagnóstico y manejo de niños menores de 5 años.

Resultados: Al medir los resultados de la lista de cotejo en sus tres dimensiones para ver si las enfermeras realizan acciones o no; en el rubro de recogida de datos

encontramos una media de 85.89, lo que al estar por arriba de 80 nos explica que si se llevan a cabo las acciones relacionadas a la recolección de datos. En las acciones realizadas para el diagnóstico de enfermería, que es la segunda dimensión, encontramos una media de 67.76 lo que nos habla que no se realizan. En la última dimensión obtuvieron media de 90.16, lo que nos permite observar que en materia de prevención se realizan la mayoría de las acciones recomendadas por la GPC

Conclusiones: Aún falta educación por parte de los derechohabientes para que acudan a la consulta con la enfermera especialista además de que aun el programa de atención integral no está funcionando en su totalidad, ya que no se realizan notas de los niños que son valorados y no se cuenta con citas programadas, lo cual impide llevar un seguimiento adecuado; sin embargo los resultados arrojan que la enfermera realiza en su mayoría las acciones recomendadas.

II. ABSTRACT

ACTIONS TAKEN BY THE NURSE SPECIALIST IN FAMILY MEDICINE IN OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDREN UNDER 5 YEARS IN UNIT FAMILY MEDICINE 11AGUASCALIENTES.

The attention of the nurse must be based on models that focus on the care of the individual, family and community and be aimed at maintaining health, controlling risk factors and promote autonomy, therefore it is essential to involve the family development strategies in children and adolescents; determine the involvement of the nurse for the prevention of overweight and obesity in children and adolescents, to strengthen the psycho-emotional aspect of children and adolescents at risk of nutritional imbalance of excess.

Childhood obesity is a public health problem. Globally, there are more than 22 million children under 5 severely overweight, like 155 million children of school age, which means that one in 10 children worldwide are overweight. Primary care is crucial when planning strategies for early detection and continuity of care for these children.

Objective: To determine the actions performed by nurse specialist in family medicine for overweight and obesity in children under 5 years of Family Medicine Unit # 11 of the IMSS delegation Aguascalientes.

Material and Methods: Cross-sectional, descriptive observational study of nurses in family medicine specialists who treat children under age 5 with obesity and overweight assigned UMF 11 IMSS Delegation Aguascalientes with an intentional or convenience sample with the total of registered nurses in the FMU 11. a checklist based on the specific recommendations of the GPC with respect to the actions of nurses in health promotion, diagnosis and management of children under five years was used.

Results: By measuring the results of the checklist in three dimensions to see if nurses perform actions or not; in the area of data collection are an average of 85.89, which to be above 80 explains that if you perform actions related to data

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

collection. Actions carried to the nursing diagnosis, which is the second dimension, we find an average of 67.76 which speaks not occur. In the last dimension obtained average of 90.16, which allows us to observe that in preventing most recommended actions are performed by GPC.

Conclusions: It remains to education by those entitled to attend the consultation with the specialist nurse well that even the comprehensive care program is not running in full, and no notes of children who are valued are made and no it has scheduled appointments, preventing be monitored closely; however the results show that the nurse performs mostly recommended actions



III. INTRODUCCION

La organización mundial de la salud estimó para el 2010 más de 42 millones de menores de cinco años obesos o con sobrepeso. Encuestas recientes demuestran que nuestro país es considerado como consumista, con repercusión desfavorable, y negativa en los niños y adolescentes quienes en un futuro van a ser adultos del país por tanto es imprescindible prevenir y atender la problemática existente.

La enfermera especialista en familia en la que en Unidades de Primer Nivel de Atención planea, supervisa, organiza, capacita y desarrolla actividades continuas de promoción y educación para la salud de protección específica, de detección, de curación y de rehabilitación intra y extramuros en los ámbitos, biológico psicológico, social y ambiental del paciente y su familia de cualquier edad y sexo, desde el nacimiento hasta la muerte. Realiza cuidados de enfermería específicos a pacientes ambulatorios, con bajo riesgo, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños de bajo riesgo. Cumple indicaciones médicas para el estudio de casos individuales y familiares, acuerda prioridades de intervención con el equipo de salud.

Es de suma importancia la prevención primaria mediante la intervención de enfermería especialista en medicina familiar en base a acciones con conocimiento y juicio clínico, para favorecer el peso saludable incluyendo tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, familia y comunidad.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud. El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica.

Se pretende iniciar un marco de referencia para ver de si dichas acciones se están realizando o no de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica específicas, por la importancia que tiene la restructuración del nuevo modelo de atención en Primer Nivel.



IV. MARCO TEÓRICO:

IV.a. Antecedentes científicos

IV.a.1 Antecedentes científicos de acciones de enfermería

Posterior a una búsqueda sistematizada de artículos en plataformas y buscadores con base científica, no se encuentran artículos o trabajos que definan si las acciones de enfermería se llevan a cabo de forma adecuada. Se mencionan acciones y programas en sí, por lo que creemos necesario iniciar por la observación de estas acciones para de acuerdo a los resultados en nuestro contexto, realizar algún tipo de acción interventivo.

Ortiz et al (2005) realizan una investigación cuasi-experimental en México llamada “Programa multidisciplinario de atención al niño obeso y con sobrepeso” fue llevado a cabo en el IMSS y teniendo como objetivo: determinar si la intervención con un programa multidisciplinario (dieta, ejercicio, psicología) reduce el peso y normaliza los parámetros metabólicos en niños obesos y con sobrepeso. Se obtuvo una $p=0.05$, intervalo de confianza 95%. Los resultados arrojan que hubo una reducción estadísticamente significativa en peso, IMC, perímetro abdominal, presión arterial sistólica y diastólica en el grupo que recibió el programa multidisciplinario. (23)

B. Navarra (2007) realizó estudio retrospectivo de intervención comunitaria con muestra no aleatorizado para evaluar la efectividad de la consulta programada de enfermería y el seguimiento realizados en el tratamiento del sobrepeso y de la obesidad en los niños y efectuada en el Centro de Salud (CS) Torrero La Paz de Zaragoza. Desarrolló un programa de seguimiento y consejo basado en los siguientes aspectos: consejo sobre dieta mediterránea, consejo sobre moderación

de la ingesta, consejo sobre ejercicio físico, consejo sobre el uso moderado de la televisión y videoconsolas, seguimiento mensual en consulta de enfermería programada y administración de refuerzo positivo por perder peso. Se registraron 95 niños asignados a la enfermera responsable del programa de obesidad. Todos los casos cumplían el criterio de tener un IMC > p85. Se calculó el IMC en el diagnóstico de sobrepeso u obesidad (ICM1) y existieron diferencias significativas; mientras en el grupo de intervención los pacientes presentaba un IMC inicial de 21,4, en el grupo control ascendía hasta 24,68 ($p < 0,05$; t de Student $-4,79$; intervalo de confianza del 95% (IC 95%): $-4,2$ a $-1,75$). El IMC al finalizar el período estudiado fue en el grupo de intervención de 23,8 y en el de control de 24,92. Son los pacientes más obesos al inicio los que presentan una mayor disminución de éste; esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$; t de Student $-3,04$; IC: $-16,9$ a $-3,56$). (22).

Camacho (2009) realiza tesina sobre la acciones de enfermería en la promoción de la salud para la prevención de obesidad infantil, para aportar conocimiento actualizado sobre la obesidad infantil, su causa y los efectos y consecuencias que tiene como problema de salud pública con la finalidad de desarrollar estrategias de intervención que logren impactar en su prevención y control. Llego a la conclusión de que las afectaciones de la salud causadas por la obesidad infantil constituyen un problema social con perjuicios económicos para el estado y la sociedad. Por su naturaleza multifactorial el tratamiento de la obesidad requiere de la participación activa y consciente de todos los sectores de la población. La aplicación de un programa de intervención contra la obesidad infantil necesita de la materialización de una política que tenga como prioridad la protección de la salud y la economía de la sociedad.(27)

Sánchez et al. (2010) Realiza una revisión con el fin de aportar un marco de referencia que sirva de apoyo a futuras investigaciones para el desarrollo de intervenciones de enfermería que contribuyan de manera específica a disminuir

el sobrepeso y la obesidad. Los resultados de la búsqueda realizada mostraron pocos estudios de corte interventivo, los cuales son de participación multidisciplinaria, no siendo evidente ni específica la participación de los profesionales de enfermería, lo cual habla de la necesidad e importancia de realizar, por parte de esta disciplina este tipo de estudios que incidan de manera específica en el control del sobrepeso y obesidad en la infancia. (23)

Piosa(S/F) Habla de promover la reflexión y concientización en los profesionales de enfermería y en la población en general de la relación entre la obesidad infantil, la alimentación y el estilo de vida para así establecer estrategias de acción que resulten más productivas y eficaces. Mediante la revisión de publicaciones y lectura crítica reflectiva sobre la obesidad infantil y estilos de vida, concluyendo que el desarrollo de obesidad y sobrepeso no es sólo consecuencia de un mal hábito alimenticio relacionado con estilos de vida denominado obesogénico. (28)

IV. a.2 Antecedentes científicos de la obesidad infantil

Hidalgo et. al (2007) realiza estudio PONCE (prevalencia de obesidad en niños de Ceuta) para conocer la dimensión epidemiológica de la obesidad, se realizó de septiembre del 2004 a abril de 2005 con una muestra de 514 niños. Se determinaron el peso y la talla por personal entrenado. La prevalencia de obesidad ($IMC \geq$ percentil 97) en niños de Ceuta de 6 a 13 años de edad se estima en un 8,75% y para el sobrepeso ($IMC \geq$ percentil 85) se estima un 13,81% (tabla VIII y figura 1). En conjunto sobrepeso y obesidad suponen el 22,57%. La prevalencia de obesidad es más elevada en las mujeres (9,28%) que en los varones (8,50%), diferencia estadísticamente no significativa. En ninguno de los dos sexos se encontraron diferencias significativas según la

edad. La prevención de la obesidad debería comenzar en la infancia, época de la vida en la que el niño adquiere los hábitos y estilos de vida que influirán sobre su comportamiento alimentario en la etapa adulta, dado que es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables durante la etapa infantil que modificar hábitos estructurados durante la vida adulta. En este sentido destacamos el impacto de la intervención sobre variables relacionadas con la dieta y la actividad física. (30)

Pérez et al.(2009) Se revisaron todos los artículos originales encontrados en inglés y en español publicados en la base de datos de MEDLINE/PubMed del 1º de enero de 2006 al 28 de febrero de 2009, de estudios aleatorios controlados con una duración igual o mayor de 9 meses, de programas de intervención en escuelas para prevenir el sobrepeso y/o obesidad en niños de 6 a 12 años de edad. Se encontraron 22 artículos sobre programas de intervención en escuelas para prevenir el sobrepeso y obesidad en niños. Se analizaron en total 10 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión establecidos para esta revisión. Estos 10 estudios se realizaron en los siguientes países: España, Estados Unidos, Brasil, China, Inglaterra, Alemania, Francia, Austria, y dos en Noruega. En general, se puede observar una heterogeneidad en el diseño y componentes de la intervención, la edad del grupo objetivo, el tiempo de intervención, el sistema educativo y las características culturales de la población y los resultados. Los resultados son discretos principalmente relacionados con mejoría general de estilo de vida, incremento en el consumo de frutas y verduras, menor consumo de bebidas carbonatadas y azucaradas, reducción del comportamiento sedentario, y reducción en la adiposidad. La falta de un efecto sobre la reducción del IMC fue consistente. Uno de los resultados ha sido la falta de estudios realizados en Latinoamérica durante el período de recolección de datos. Algunos autores han sugerido que los hallazgos negativos de algunos estudios pueden ser debido al poco involucramiento de la familia. Por lo que se sugiere evaluar estrategias

para lograr mayor compromiso de los padres, mayor adherencia a los programas, y estudios en diferentes sistemas educativos y en poblaciones con distintas culturas y actitudes hacia la salud y la prevención, seguimientos a más largo plazo y que incluyan modificaciones de diversos entornos ambientales. (31)

IV.b. Teorías y modelos

IV.b.1 Modelos de enfermería

IV.b.1.1 “MODELOS DE LOS PROCESOS VITALES”. MARTHA ROGERS

El objetivo del modelo de es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Así las enfermeras que sigan este modelo deben *fortalecer la conciencia e integridad de los seres humanos, y dirigir o redirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud*. Para esta autora, el hombre es un todo unificado en constante relación con un entorno con el que intercambia continuamente materia y energía, y que se diferencia de los otros seres vivos por su capacidad de cambiar este entorno y hacer elecciones que le permiten desarrollar su potencial. Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud. El método utilizado por Rogers es sobre todo deductivo y lógico, y le han influido claramente la teoría de los sistemas, la de la relatividad y la teoría electrodinámica. Tiene unas ideas, muy avanzadas, y dice la enfermería requiere una nueva perspectivas del mundo y sistema del

pensamiento nuevo, enfocado a la que de verdad le preocupa (El fenómeno enfermería).(34)

IV.b.1.2 DOROTHEA OREM. “TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA”.

La intuición espontánea de Orem la condujo a su formalización inicial y subsecuente expresión inductiva de un concepto general de Enfermería. Aquella generalización se hizo posible después de razonamientos deductivos sobre la enfermería. Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y los déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente. (34)

IV.b.1.3 SOR CALLISTA ROY. “MODELO DE ADAPTACIÓN”

La intervención de enfermería implica aumento, disminución o mantenimiento de los estímulos focales, contextuales, y residuales de manera que el paciente pueda enfrentarse a ellos. Roy subraya que en su intervención, la enfermera debe estar siempre consciente de la responsabilidad activa que tiene el paciente de participar en su propia atención cuando es capaz de hacerlo. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. (34)

IV.b.2 Modelo de Obesidad

IV.b.2.1 Entornos obesogénicos

Se genera porque los ambientes son propicio a la obesidad, al tener una mala adaptación de la herencia evolutiva, dado por los entornos físicos, económicos, sociales y culturales que tiene la mayoría de los países industrializados lo que fomenta balance positivo de energía en sus poblaciones lo que aunado a los bajos niveles de actividad física se asocian con un mayor riesgo de obesidad. Los entornos obesogénicos no sólo desalentar la actividad física, sino también fomentar la inactividad tanto laboral como en el tiempo de ocio. Se ha presentado una gran disminución de la actividad ocupacional desde el siglo XX en las naciones industrializadas y en las zonas industrializadas de los países en desarrollo, esto porque los trabajos que requieren ocupación manual pesado han sido reemplazados en gran medida por puestos de trabajo en los sectores de servicios y de alta tecnología que requieren actividad física mínima, el aumento del uso de los automóviles y los sistemas de transporte público fomentan la inactividad, mientras que un aumento del tiempo dedicado a ver la televisión, los juegos electrónicos, y computadoras ha aumentado la vida sedentaria lo que modifica el comportamiento de los adultos y los niños. Aunque este modelo implica una inevitable del desarrollo de la obesidad no todos los que viven en un ambiente propicio a la obesidad se convierten en obeso. Hay 2 grandes explicaciones: la primera es que obesos con genotipos susceptibles varían entre y dentro de las poblaciones, la segunda es que la exposición individual a ambientes obesogénicos varía dentro de cualquier población (15).

IV.b.2.2 Modelo de Genotipo ahorrador

La obesidad sólo puede desarrollarse si el consumo de alimentos es alta y el gasto de energía es baja, lo que resulta en balance energético positivo en meses o años. La base fisiológica para el desarrollo de la obesidad entre la susceptibilidad

genética es que los individuos y para algunas poblaciones de medida, se diferencian en la velocidad y la eficiencia metabólica. Debido a que las reservas de energía son vitales para la supervivencia y la reproducción, la capacidad de conservar la energía como el tejido adiposo habría conferido ventaja selectiva a través del tiempo evolutivo. Los genotipos ahorrativos (propuesto por Neel en 1962) son aquellos que codifican para la acumulación de la energía eficiente y potencialmente excesivo. Todos los aspectos del metabolismo están bajo control genético y la genética humana es propensa a realizar la selección para tener los rasgos que promueven la ingesta de energía y de almacenamiento que minimice la energía gastada. Pero la gran mayoría de la obesidad se relaciona con más de 1 locus del gen, cada uno que representa sólo una parte de la diferencia fenotípica. Argumentando que muchos genes diferentes se sometieron a la selección natural para tener la capacidad de guardar y almacenar energía en diferentes poblaciones y áreas geográficas. Este genotipo ahorrador ha sido objeto de modificación, con términos alternativos que proponen que se estas condiciones se asocian con genes para la diabetes, la obesidad y la hipertensión (15).

IV.b.2.3 Modelo de Transición Nutricional

La fisiología humana sólo puede ejercer un control débil sobre la reducción de la ingesta de alimentos y el aumento de gasto de energía cuando las reservas de energía están llenos y la seguridad alimentaria es alta. La obesidad es casi una consecuencia inevitable de los entornos obesogénicos que se han construido en los países industrializados durante los últimos 60 años y que han surgido con la modernización en otros lugares. Esto por la transición nutricional relacionada a la globalización, la urbanización, occidentalización y a los ambientes cambiantes de los alimentos a través de las poblaciones del mundo. La transición de la comida se centra en la ingesta mayor de comida con elevad energía y la disminución de la actividad física, el suministro mundial de alimentos es cada vez más abundante y menos costoso, junto con la disminución de la actividad física, esto ha llevado a una mayor prevalencia de obesidad (15).

IV.b.2.4 Modelo de Comportamiento obesógeno.

Los impulsos biológicos de la alimentación, el hambre y la regulación dietética de la ingesta de macronutrientes pueden haber compartido bases fisiológicas y de comportamiento con otros animales. Varios mamíferos son susceptibles a comer en exceso y aumento de la deposición de grasa corporal cuando se presenta con las dietas que son abundantes, sabrosos o alta en grasa, lo que indica que la tendencia a comer en exceso en respuesta al tamaño de las porciones de comida, sabor, la densidad de energía y de comer en exceso de grasa pasiva son rasgos evolutivos de mamíferos en general. A diferencia de otras especies de mamíferos los humanos tienen disponibilidad de alimentos y las limitaciones personales de alimentación operan en medida a las normas sociales, culturales de la dieta y la existencia de comida. La ingesta de alimentos es impulsada por factores fisiológicamente innatos y cognitivos en relación con la comida. Los Mecanismos principales de estos componentes entre el cerebro y el intestino que se anticipan a las necesidades nutricionales del cuerpo algunas señales que incluyen cualidades percibidas de alimentos como son el olfato, las expectativas, las asociaciones con el placer, desagrado o disgusto y las propiedades sensoriales que se obtienen al ser ingeridos. Tanto la novedad de alimentos y palatabilidad juegan a las poderosas influencias de comportamiento en el tamaño de la ingesta de alimentos. Muchos productos alimenticios industriales apelan al paladar, además de ser densos en energía. Además, la tecnología en este tipo de sociedades que ahora se ha divorciado lo sensorial de lo nutricional, que son atributos de los alimentos que de alguna manera impiden el aprendizaje por condicionamiento asociativo de palatabilidad, el apetito y la saciedad (15).

IV.b.2.5 Modelo de Cultura

Los seres humanos comparten la socialidad de la alimentación con muchos animales, incluyendo el pollo y los primates. Es probable que las normas

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

sociales y culturales de la dieta y la alimentación hayan aumentado en complejidad sólo con la aparición de un comportamiento simbólico complejo entre el Homo sapiens por hace 75 000 años. Con la cocción, la aparición de la cocina, y la mayor complejidad de uso alimentario, así como la producción de una gran diversidad en los patrones sociales de la alimentación. Las formas del uso de alimentos en la estructura social y la cultura han sido lentas para adaptarse a una mayor seguridad alimentaria en los países industrializados en los últimos 50 años, ya que se tiene la percepción de tamaño corporal adecuado para la salud y la belleza. Estos dos factores han contribuido a la aparición de la obesidad en las diferentes sociedades. El mantenimiento de los comportamientos alimentarios parsimoniosos, que implica evitar el derroche o conseguir la mejor relación calidad-precio, se convierte en mala adaptación en el contexto de una buena seguridad alimentaria. En algunas sociedades, mayor tamaño corporal se ha considerado tradicionalmente como siendo atractivo e indicativo de atributos tales como la salud, la fertilidad, la belleza, la riqueza o el poder. Brown en 1991 realizó una comparación transcultural de tamaño corporal en diferentes sociedades tradicionales, y encontró que en la gran mayoría de ellos la gordura sigue siendo atractiva. Aunque alta valoración cultural de la grasa corporal podría contribuir a la aparición de la obesidad, es posible que pueda dejar de ser un colaborador importante en generaciones posteriores (15).

IV.b.2.6 Modelo de Economía política.

La globalización del suministro de alimentos ha afectado a los hábitos alimenticios de las poblaciones, es probable que la disminución de los precios de los alimentos en la mayoría de los lugares haya contribuido a los niveles de obesidad. En los Estados Unidos, los precios de las frutas y hortalizas frescas han aumentado en proporción de los ingresos disponibles a través del tiempo, mientras que el precio de los granos refinados, azúcares y grasas han disminuido. Las dietas que son más ricas en energía se asocian con menores costos diarios de consumo. Sin embargo, también tienen menores efectos sobre

la saciedad y pueden dar lugar a comer en exceso y a un aumento de peso. Aunque se podría esperar que el aumento de precios de los alimentos debiera conducir a una reducción de la obesidad de la población, esto no necesariamente puede suceder. Entre las poblaciones pobres de los países desarrollados, donde la obesidad es común, el consumo de los alimentos más baratos de alta densidad energética no será desviado al consumo de otros alimentos más nutritivos y baja densidad energética, ya que se convertirán en proporción más caros. Los alimentos ricos en azúcar y ricos en grasas baratas seguirán ofreciendo bajo nivel de la saciedad, así como la posibilidad de consumismo excesivo de ellos. El aumento de las limitaciones de tiempo en la cocina casera de alimentos en las naciones ha contribuido a las tasas de obesidad, debido a la alta participación femenina en la fuerza laboral. Una consecuencia de esto ha sido la aparición y el aumento de la demanda de alimentos de conveniencia en envases previos con tiempos de preparación muy cortos y de consumo de alimentos fuera del hogar. Ambos fenómenos han incrementado la dependencia de los alimentos industrializados en muchos países. Otros dispositivos de ahorro de tiempo, incluyendo comida en el auto las 24 horas, comida para llevar, y los servicios de entrega a domicilio de alimentos han contribuido a que la energía de alimentos densos se haga presente en la vida cotidiana en los Estados Unidos, así como cada vez más en otros lugares. En muchos países industrializados, la relación inversa entre el nivel socioeconómico y la obesidad se ha explicado por las diferencias de clase en los comportamientos de salud, con la gente de clase más tiene acceso a las dietas con menor contenido de grasa, hacer más ejercicio, por lo que son más capaces de controlar el peso. También se ha relacionado con la densidad de energía de la dieta y el costo de energía. La obesidad podría estar relacionada con las diferencias en la elección de los alimentos debido a la asequibilidad y la accesibilidad a los alimentos recomendados o visto como saludable que pueden estar limitadas por las restricciones financieras en los grupos de bajos ingresos. En un estudio ecológico de la obesidad en 21 naciones desarrolladas,

Pickett et al. en 2005 encontraron la desigualdad de ingresos que se asoció positivamente con la ingesta de energía y la obesidad (15).

IV.b.2.7 Modelo de Enfoques Bioculturales.

En la antropología, las perspectivas bioculturales se utilizan para entender los factores interactuantes que pueden haber hecho los rasgos relacionados con gordura que es ventajoso a través del tiempo evolutivo y en relación con los cambios culturales. Hay varias formas en las que pueden emprenderse enfoques bioculturales a la obesidad. El primero es examinar el genotipo en relación con el entorno propicio a la obesidad. Dada la diversidad de genotipos de la obesidad y de los entornos obesogénicos, ese trabajo no puede llevar la actualidad a las observaciones que se pueden generalizar a través de las poblaciones del mundo. Otra posibilidad es estudiar cómo la cultura y la historia ha influenciado la dieta y el comportamiento de la actividad física del humano en ambientes obesogénicos (15).

IV.b.3 Teorías de obesidad

IV.b.3.1 Teoría psicogénica de obesidad

La obesidad entre los niños se produce dentro de un sistema familiar, que muestra un conjunto bastante uniforme de las características psicopatológicas. Los niños obesos con frecuencia son hijos únicos, o si hay otros niños, que tienden a ser los más pequeños. Las familias son pequeñas. La madre generalmente es exigente y protectora hacia su hijo, pero estas actitudes se manifiestan y patrones de conducta generan compensaciones por su hostilidad y rechazo hacia su hijo. Alimentar a su bebé, y más tarde su hijo proporciona a la madre con un método continuo de demostrar su protección hacia su hijo. Al mismo tiempo, se muestra en

la restricción de los contactos sociales del niño y las limitaciones de sus actividades físicas, como parte del rechazo y la hostilidad hacia su hijo. Bajo tales condiciones, la obesidad se convierte en el resultado natural de exceso en la comida y la reducción de la actividad física. Esta es la teoría de Bruch que se basa en extensas entrevistas con los padres de niños obesos y observación del estudio detallado incluyó 40 niños obesos (16).

IV.b.2. Teoría psicoanalítica

La obesidad se asocia con el consumo y la obtención de la satisfacción durante el estado oral. Cuando el ego es incapaz de encontrar la satisfacción de las relaciones en condiciones normales, conduce a una regresión satisfaciendo con el comportamiento las necesidades. La asociación inconsciente entre comer y superar la frustración refleja el deseo del individuo para recuperar la seguridad de la relación con su madre durante su fase oral del desarrollo psicosexual. La ingestión de alimentos es un medio de restablecer la unidad entre el niño y su madre. Lo que explica que la obesidad se convierte en el intento "del ego orales" para resolver la situación depresiva que surge de las perturbaciones en interpersonales y las interpretaciones psicoanalíticas. Estos incluían el significado simbólico de gran tamaño corporal, rechazo de la feminidad o la negación de la rivalidad edípica con la identificación inconsciente con el padre, o autocastigo masoquista de deseos incestuoso y exhibicionista. La obesidad es considerada no sólo como 'un símbolo autista a un nivel profundo de la regresión oral', sino un síntoma que representa un método autoplástica de alta tensión hasta el punto de distorsionar la forma del propio cuerpo con el fin simbólicamente (16).

IV.b.3 Mecanismos de la obesidad

IV.b.3.1 Insulina.

La insulina es una hormona anabólica, con acción no solo muscular, sino también en la grasa. La acción de la insulina es realizar la utilización y el almacenamiento

de la energía en los adipocitos. Al volverse un individuo resistente a la insulina, requiere que más insulina sea secretada por las células beta del páncreas. La obesidad abdominal está relacionada con la resistencia a la insulina y la diabetes tipo 2. Existen otras hormonas que pueden desempeñar un papel en el desarrollo de la resistencia a la insulina y la obesidad. Como son la leptina y adiponectina para aumentar la sensibilidad a la insulina y a la inversa, factor de necrosis tumoral-alfa (TNF- α) y la resistina facilitan resistencia a la insulina. La leptina se ha demostrado que disminuye la secreción de insulina. La sensibilidad a la insulina y el control de los niveles de insulina pueden desempeñar en la etiología de la obesidad.(16)

IV.b.3.2 La leptina

Es un polipéptido-citocina que controla la ingesta de alimentos a través de la activación de receptores hipotalámicos. La leptina es producida en proporción a la masa adiposa y así informa al cerebro de nivel de cantidad de grasa. Tras la unión a su receptor, la activación de los transductores de Janus- quinasa de señal y activadores de la transcripción (JAK/STAT) vía es responsable de los efectos de la leptina. Una vez que la leptina se une a su receptor (OB-R) en el núcleo arcuato del hipotálamo, induce la síntesis de la hormona estimulante de melanocitos- α (α -MSH), de la prohormona propio-melano-cortina (POMC) a través de la escisión proteolítica mediada por la enzima convertasa pro- hormona (1PC-1). Posteriormente, α -MSH se une al receptor de melanocortina4 (MC4R) en el núcleo para-ventricular que inhibe los efectores del consumo de alimentos. Cuando se inyecta la leptina en animales con deficiencia de leptina, resulta en la disminución de la ingesta de alimentos y pérdida de peso posterior y el mantenimiento de la pérdida de peso. Seres humanos obesos no tienen una deficiencia de leptina, pero, tienen mayores niveles circulantes de leptina en el cuerpo. Esto indicaría que la deficiencia de leptina no es una causa primaria de la obesidad, sino más bien una disminución de la respuesta a la leptina. Existen varias teorías han sido postulado en relación a esta falta de respuesta a los niveles circulantes de leptina en plasma. Como primer lugar, parece que existe una concentración plasmática umbral de leptina (~ 25 ng/ml) por encima del cual la absorción de leptina en el

hipotálamo no se incrementa más a pesar de los valores elevados de leptina, esto es se satura el receptor, lo que genera que en los pacientes con obesidad mórbida, un aumento en la producción de leptina por la masa de grasa ampliado sería inútil para disminuir la ingesta. En segundo lugar, puede haber defecto en el receptor de leptina OB hipotalámico – R, lo que generaría que esta fuera insensible. Finalmente, puede haber un defecto en la cascada de señalización de la leptina. Pudiendo ser por defectos pueden incluir mutaciones genéticas en POMC, PC-1, y MC4 - R que están involucrados en la cascada de señalización. (16)

IV.b.3.3 El neuro-péptido Y.

Existe una estrecha relación del Neuropeptido Y con la función, discapacidad y efectos de la leptina en la ingesta de energía, pero esto es el papel del neuropeptido Y. El neuropeptido Y es una de las más potentes estimuladores de la ingesta de alimentos. La leptina (cuando funciona correctamente) modula la expresión del neuropeptido Y que ayuda a controlar el impulso de consumir el exceso de comida. El neuropeptido Y y la leptina no parecen ser los únicos factores responsables del control de la ingesta de energía. Es probable que el neuropeptido Y y la leptina interactúen con otros péptidos reguladores de una manera todavía inexplicable. (16)

IV.b.3.4 El cortisol.

Es un glucocorticoide que tiene efectos metabólicos. Como son la movilización de ácidos grasos de los triglicéridos almacenados, la gluconeogénesis hepática, y proteólisis. Epel y cols en 2001 realizaron un estudio que reveló que las mujeres que tenían secreciones altas de cortisol en respuesta a la sesión de estrés comían grandes cantidades de alimentos y en su mayoría alimentos mucho más dulces.

Las personas que sufren de síndrome de Cushing tienen niveles elevados de la secreción de cortisol, asociado a grasa visceral o abdominal. Se ha encontrado una asociación entre la grasa corporal central, el estrés percibido y los niveles elevados de cortisol. (1)

IV.c.1 Definiciones de Sobrepeso y Obesidad

Autor y año	Concepto
Achor M S, BenítezCima N A, Brac E S, Barslund S A (2007)	<p>Obesidad es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado (14).</p>
Organización Mundial de la Salud (2012)	<p>Sobrepeso y obesidad se definen como acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (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 dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²).</p> <p>Sobrepeso: Un IMC igual o superior a 25 y menor a 30 Obesidad: Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad (2).</p>

IV.c.2 Definiciones de Sobrepeso y Obesidad infantil

Autor y año	Concepto
Norma oficial mexicana 008 SSA2. Control de nutrición, crecimiento y	El estado nutricional del niño se encuentra con sobrepeso, cuando el

desarrollo del niño y del adolescente. peso para la talla esta de +1 a +1.99 desviaciones estándar y en obesidad cuando esta +2 a 3 desviaciones estándar (6).

Centro de Control y prevención de enfermedades (CDC por sus siglas en inglés). Tablas de crecimiento CDC se utilizan para determinar el correspondiente percentil de IMC para la edad y el sexo. Para los niños y adolescentes (2-19 años):

El sobrepeso se define como un IMC igual o superior al percentil 85 y menor que el percentil 95 para los niños de la misma edad y sexo.

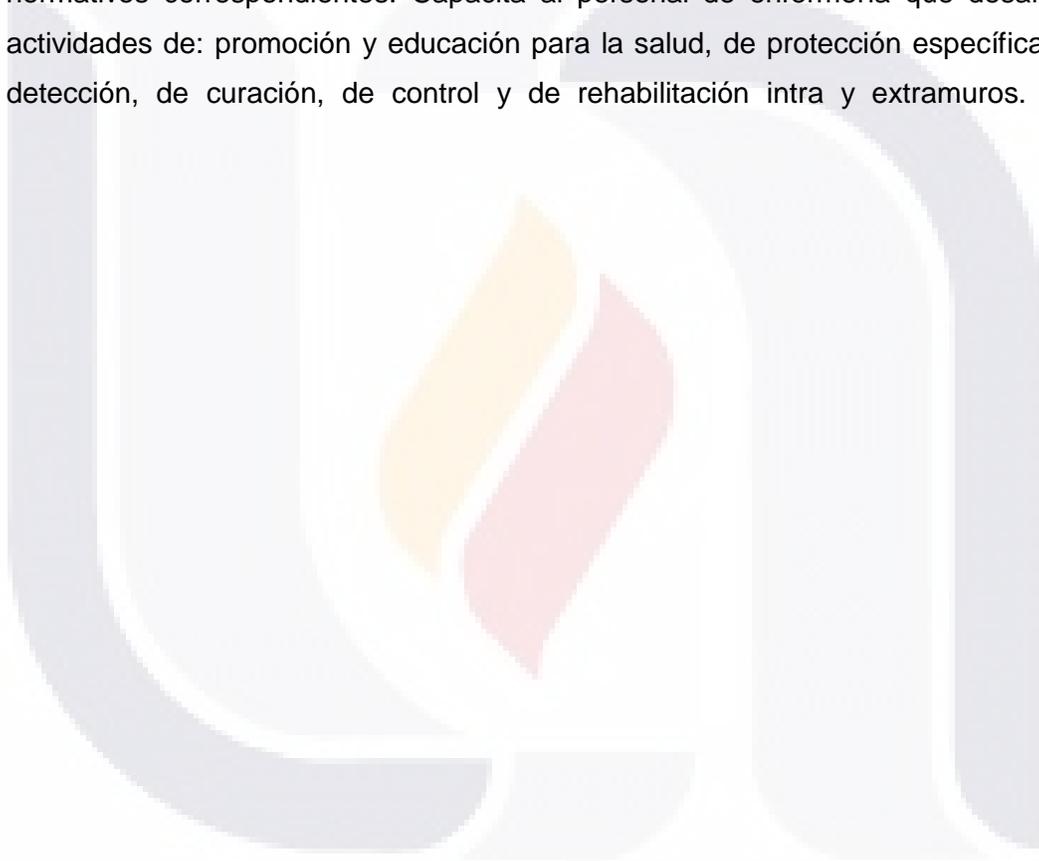
La obesidad se define como un IMC igual o superior al percentil 95 para los niños de la misma edad y sexo.(17)

IV.c3. Definición de Enfermera especialista en Medicina de Familia.

Es la enfermera que en Unidades de Primer Nivel de Atención planea, supervisa, organiza, capacita y desarrolla actividades continuas de promoción y educación para la salud de protección específica, de detección, de curación y de rehabilitación intra y extramuros en los ámbitos, biológico psicológico, social y ambiental del paciente y su familia de cualquier edad y sexo, desde el nacimiento hasta la muerte. Realiza cuidados de enfermería específicos a pacientes ambulatorios, con bajo riesgo, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños de bajo riesgo. Cumple indicaciones médicas para el estudio de casos individuales y familiares, acuerda prioridades de intervención con el equipo de salud. Realiza vigilancia de la Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades, Programa de Salud Reproductiva y lleva a cabo la

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

vigilancia del cumplimiento de las indicaciones médicas en padecimientos considerados como de bajo riesgo y de rehabilitación. Cumple con las indicaciones médicas para el estudio de casos y convivientes, en brotes o en emergencias epidemiológicas. Aplica los productos biológicos y verifica que se mantengan en óptimas condiciones de uso. Así mismo, registra los procedimientos y actividades realizadas en los formatos impresos o electrónicos existentes para tal efecto. Todo ello conforme a procedimientos especificados en los documentos técnico-normativos correspondientes. Capacita al personal de enfermería que desarrolla actividades de: promoción y educación para la salud, de protección específica, de detección, de curación, de control y de rehabilitación intra y extramuros. (24)



V. JUSTIFICACIÓN

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.(34)

La importancia de la realización de dicho estudio se basa en el aumento acelerado en sobrepeso y obesidad. Encuestas recientes demuestran que nuestro país es considerado como consumista, con repercusión desfavorable, y negativa en los niños y adolescentes quienes en un futuro van a ser adultos del país por tanto es imprescindible prevenir y atender la problemática existente. Por lo que es de suma importancia la prevención primaria mediante la intervención de enfermería especialista en medicina de familia en base a acciones con conocimiento y juicio clínico, para favorecer el peso saludable incluyendo tanto cuidados directos como indirectos dirigidos a la persona, familia y comunidad.

Se pretende iniciar un marco de referencia para ver de si dichas acciones se están realizando o no de acuerdo a las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica específicas, por la importancia que tiene la restructuración del nuevo modelo de atención en Primer Nivel

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

VI.a. Características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

La organización mundial de la salud estimó para el 2010 más de 42 millones de menores de cinco años obesos o con sobrepeso, de los cuales casi 35 millones viven en países desarrollados. Datos de la encuesta nacional de salud y nutrición indica que en niños escolares la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad ascendió un promedio de 26% para ambos sexos. ENSANUT en el 2012 arrojó que un 26.6% de los niños varones del país sufre obesidad y 20.8% sobrepeso. En las niñas el porcentaje con obesidad es de 20.2% y 19.7% con sobrepeso u obesidad. (1)

En Aguascalientes de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006, la prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 5.8%. En edades escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad se ubicó en 31.6% para ambos sexos, pero es mayor en niñas. En escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es casi 14 puntos porcentuales mayor en las localidades urbanas (34.6%) que en las de localidades rurales (20.7%). Con una prevalencia de obesidad mayor en las mujeres que los hombres

Hoy en día la atención del profesional de enfermería debe estar basada en modelos centrados en el cuidado de la persona, familia y comunidad y estar orientada a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover autonomía, por tal razón es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias en los niños y adolescentes. (21)

VI.b Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en el estado municipio o delegación de estudio

A nivel estatal se cuenta con un total de 2.7 enfermeras por cada mil habitantes y se cuenta con 1.4 enfermeras por cada médico general. (32) En el estado de Aguascalientes el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con 10 Unidades de

Medicina Familiar (UMF), de las cuales cinco se encuentran en el municipio capital y las cinco restantes se encuentran distribuidas en la cabeceras municipales de Rincón de Romos, Pabellón de Arteaga, Asientos, Jesús María y Calvillo. La Unidad de Medicina Familiar # 11 cuenta con un total de 49 enfermeras de las cuales 13 son enfermeras especialistas en medicina de familia (20).

La enfermera especialista en medicina de familia realiza cuidados de enfermería específicos a pacientes ambulatorios, con bajo riesgo, mujeres en edad fértil, embarazadas y niños de bajo riesgo. Cumple indicaciones médicas para el estudio de casos individuales y familiares, acuerda prioridades de intervención con el equipo de salud. Realiza vigilancia de la Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades, Programa de Salud Reproductiva y lleva a cabo la vigilancia del cumplimiento de las indicaciones médicas en padecimientos considerados como de bajo riesgo y de rehabilitación. Cumple con las indicaciones médicas para el estudio de casos y convivientes, en brotes o en emergencias epidemiológicas. Aplica los productos biológicos y verifica que se mantengan en óptimas condiciones de uso. Así mismo, registra los procedimientos y actividades realizadas en los formatos impresos o electrónicos existentes para tal efecto. Todo ello conforme a procedimientos especificados en los documentos técnico-normativos correspondientes. Capacita al personal de enfermería que desarrolla actividades de: promoción y educación para la salud, de protección específica, de detección, de curación, de control y de rehabilitación intra y extramuros. (24)

VI.c DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD

VI.c.1 ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

28va Conferencia sanitaria panamericana 64va sesión del comité regional estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, refiere que las enfermedades no transmisibles (ENT) son fundamentalmente las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, y constituyen la principal causa de muerte. Están causadas

principalmente por un conjunto de factores de riesgo comunes como el tabaquismo y la exposición pasiva al humo de tabaco en el ambiente, un régimen alimentario poco saludable, la inactividad física, la obesidad y el consumo nocivo de alcohol, entre otros. Y se requiere de intervenciones del sector de la salud, así como de otros sectores del gobierno, la sociedad civil y el sector privado. Ante la situación de la obesidad infantil que es creciente en países como Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México y Perú, han elaborado o están en proceso de elaborar políticas o leyes para proteger a los niños de la comercialización y publicidad de los alimentos, y mejorar la alimentación en el ámbito escolar (8).

VI.c.2 Organización Mundial de la Salud

La Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud, en mayo de 2004, la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial de la Organización Mundial de la Salud sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. En el caso de las enfermedades no transmisibles, los factores de riesgo más importantes son los siguientes: hipertensión arterial, hipercolesterolemia, escasa ingesta de frutas y hortalizas, exceso de peso u obesidad, falta de actividad física y consumo de tabaco. Cinco de estos factores de riesgo están estrechamente asociados a la mala alimentación y la falta de actividad física (9).

VI.c.3 México.

Guía de práctica clínica Intervención de enfermería para la prevención de Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Pone a disposición del personal del primer nivel de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre: identificar factores de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, determinar la participación del profesional de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, determinar las intervenciones de enfermería

para fortalecer el aspecto psico-emocional del niño y adolescente con riesgo de desequilibrio nutricional por exceso, determinar las acciones de enfermería aplicadas a la familia para prevenir sobrepeso obesidad en niños y adolescentes con peso normal. (21).

Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Es una estrategia integral para potenciar los factores de protección hacia la salud, y para modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario, buscando lograr un aumento en la actividad física y en los hábitos alimentarios correctos. Existen diversos instrumentos de políticas públicas que permiten modificar la dieta familiar, los hábitos alimentarios y de actividad física. Estas políticas afectan cuatro grandes áreas: 1) disponibilidad, 2) acceso, 3) conocimiento de los alimentos y las alternativas de actividad física, y 4) las opciones personales. En estas cuatro áreas puede incidir la acción del gobierno. Se fomenta la realización de actividades físicas en el trabajo, el hogar y la escuela, también sobre la importancia de elección del consumidor sobre sus alimentos, por lo que se debe de enseñar a la población a comer de forma sana y promueven que la industria alimentaria mejore sus productos para reducir el contenido de grasa y sodio, disminuir la densidad energética y limitar al mínimo los ácidos grasos. Y también establecen la responsabilidad de la industria de proporcionar información adecuada y accesible a todos los niveles educativos sobre el contenido nutrimental de sus productos (11).

Norma Oficial Mexicana -008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 28 de noviembre de 1994, de los Estados Unidos Mexicanos. Tiene como objetivo establecer criterios para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de la población de los menores de un año, uno a cuatro años, cinco a nueve años y diez a diecinueve años. Cuando las condiciones de vida son favorables (físicas, biológicas, nutricionales y psicosociales), el potencial genético puede expresarse de manera integral y, por el contrario, si éstas son desfavorables, la expresión se verá disminuida. Nos habla de obesidad y sobrepeso cuando existe una desviación estándar mayor o igual a 1 en relación al peso para la talla de acuerdo a la edad, e

indica si el crecimiento y el estado nutricional del escolar y adolescente se encuentra con peso menor, sobrepeso o talla ligeramente baja o ligeramente alta (2 D.E.), se debe citar a intervalos más cortos. En caso de encontrar alteraciones en el crecimiento y estado nutricional, investigar las causas probables (enfermedades, mala técnica de alimentación, entre otras) e indicar tratamiento y medidas complementarias. Si el escolar y adolescente se encuentra con desnutrición, obesidad talla baja o alta (3 D.E.) se refiere al escolar o adolescente a un servicio de atención médica especializada para atender el problema (6).

Guía de práctica clínica Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Forma parte de las guías que integran el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo al Programa Nacional de Salud 2007-2012. Está dirigido al personal de primer nivel de atención recomendando hacer promoción a la salud al realizar programas para la modificación de dieta, incremento de la actividad física y cambios en el estilo de vida; realizar detección temprana con el Índice de Masa Corporal (IMC), ya que se asocia significativamente con la grasa corporal en niños y adolescentes; detección de factores de riesgo; limitación del daño ya sea con tratamiento farmacológico como fentermina, la amfepramona y el orlistat; el no farmacológico como son las dietas y un plan de mantenimiento y por último tratamiento quirúrgico como la última opción. Así mismo recomienda prevenir complicaciones al realizar acciones para mejorar la autoestima, medición de riesgo cardiovascular, medición de lípidos, insulina y glucosa en ayuno, apnea obstructiva del sueño y trastornos alimenticios. Además recomienda que el control de peso debe de iniciarse en la infancia no aplazarlo a la adolescencia o la edad adulta, mediante la modificación de la dieta, reducción del sedentarismo y en estas acciones involucrar a los padres (18).

Guía de práctica clínica Intervención dietética. Paciente con obesidad. La intervención dietética ha mostrado ser costo-efectiva en la prevención y tratamiento de la obesidad y diabetes. El tratamiento dietético en la obesidad tiene como objetivos lograr una pérdida significativa de peso a mediano plazo y mantener la pérdida a largo plazo, y prevenir la ganancia ponderal. Así como disminuir el riesgo de enfermedades asociadas a la obesidad, o bien si ya existen estas mejorar las

comorbilidades. Para esto debe de cumplir ciertas condiciones como es disminuir la grasa corporal preservando la masa magra, que sea factible de realizar a largo plazo así como eficaz, que prevenga ganancias futuras, que induzca a la mejoría psicosomática con recuperación de la autoestima, que aumente la capacidad funcional y la calidad de vida. Las dietas utilizadas son la muy baja en calorías, hipocalórica, mediterránea y de reemplazo de alimentos (19).

VI.d Descripción de la naturaleza del problema discrepancias entre las situaciones observadas y las esperadas, que identifiquen el estado del arte en conocimiento del problema

El sobrepeso y obesidad en niños son cada día un motivo de consulta más frecuente en el primer nivel de atención, lugar donde la prevención y el seguimiento continuo al niño y su familia es fundamental: a pesar de las dificultades en la prevención del sobrepeso y la obesidad es necesario insistir en él. Es recomendable que el problema sea abordado por un equipo multidisciplinario de salud, siendo el primer contacto, el primer nivel de atención. Hoy en día la atención del profesional de enfermería debe estar basado en modelos centrados en el cuidado de la persona, familia y comunidad y estar orientada a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía, por tal razón es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias en los niños y adolescentes. (21)

Históricamente el profesional de enfermería ha contribuido en brindar importantes aportaciones en los programas de salud a nivel preventivo y de promoción a la salud. La enfermera propicia que la población participe consciente y permanentemente para el logro de objetivos comunes que le benefician, es decir, aplica la educación sanitaria e imparte información a las personas para cuidarse a sí mismas, modelo que hoy se denomina autocuidado.(33)

La prevención debería ser el primer paso para combatir este fenómeno. Sin embargo, estamos aún lejos de conocer cuáles son las estrategias de intervención más eficaces. (22)

Existen estudios cuyo objetivo ha sido aportar conocimiento actualizado sobre obesidad infantil, su causa y los efectos y consecuencias que tiene problemas de salud pública con la finalidad de desarrollar estrategias de intervención que logren impactar en su prevención y control. Así como proporcionar un recurso de educación para el personal de enfermería (26)

Muy pocos estudios han sido capaces de demostrar cuales son las aproximaciones más efectivas para promover cambios en el estilo de vida. Los resultados de la búsqueda realizada muestran varios estudios de corte interventivo, los cuales son de participación multidisciplinaria, no siendo evidente ni específica la participación de los profesionales de enfermería, lo cual habla de la necesidad e importancia de realizar, por parte de esta disciplina este tipo de estudios que incidan de manera específica en el control del sobrepeso y obesidad en la infancia. (23)

VI.e Descripción de la gravedad del problema

VI.e.1 Magnitud

La prevalencia de obesidad ha alcanzado niveles alarmantes, con más de 1 mil millones de adultos con sobrepeso de los cuales 300 millones son considerados como clínicamente obesos. Afecta prácticamente tanto países desarrollados como en desarrollo e incluye todos los grupos de edad, lo que es un problema alarmante por esto la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo describe como una "epidemia mundial en aumento". A nivel mundial, hay más de 22 millones de niños menores de 5 años están con sobrepeso severo, al igual que 155 millones de niños en edad escolar, lo que implica que uno de cada 10 niños y niñas de todo el mundo tienen sobrepeso. Hay diferentes prevalencias en cada continente en África y Asia existe un promedio muy por debajo del 10 % mientras que en América y Europa por encima del 20 %. La Unión Europea

considera que el número de niños con sobrepeso aumentará en 1,3 millones de niños al año y más de 300.000 de ellos se convertirán en obesos cada año. (3)

Se estima que el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso (3). En los Estados Unidos de Norteamérica (EUA), según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, de 1976-1980 a 1999-2000, la prevalencia de sobrepeso aumentó el doble en niños de 6 a 11 años y el triple en adolescentes de 12 a 17 años, con mayor predisposición en hispanos, indios Pima y otros nativos americanos. Entre los países en vías de desarrollo se ha observado mayor prevalencia de niños con sobrepeso y obesidad como es medio oriente, el norte de África, Latinoamérica y el Caribe. En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 6 a 11 años fue de 26% y en niñas de 27%. En los estados del norte de México en los que hacen frontera con San Diego, California en EUA se ha observado que entre niños de 6 a 12 años de edad, hijos de padres migrantes Mixtecos, originarios de una región con altos niveles de desnutrición, en los periodos 2001-2002 y 2003-2004, presentaron una prevalencia de 38% de sobrepeso y obesidad, y de 26% de obesidad abdominal. En las escuelas públicas y privadas de Tijuana se reportó 43% de prevalencia de sobrepeso y obesidad. En la ciudad de Tecate, la segunda ciudad fronteriza localizada en el extremo noroeste de México, en el año 2006 se observó una prevalencia de 48% de sobrepeso y obesidad en tres escuelas primarias (4).

En Aguascalientes de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006, la prevalencia estatal de sobrepeso se ubicó en 5.8%. En edades escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad se ubicó en 31.6% para ambos sexos, pero es mayor en niñas. En escolares la prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad es casi 14 puntos porcentuales mayor en las

localidades urbanas (34.6%) que en los de localidades rurales (20.7%). Con una prevalencia de obesidad mayor en las mujeres que los hombres

VI.e.2 Trascendencia

Las intervenciones de enfermería son todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, familia y comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados. Las intervenciones para promover una alimentación saludable y fomentar la actividad física favorecen una imagen positiva del propio cuerpo y ayuda a construir y reforzar la autoestima de los menores. (21)

La obesidad durante la infancia tiene importantes implicaciones a corto, mediano y largo plazo. A corto plazo tiene efectos adversos sobre la presión arterial, los lípidos, sobre la autoestima, la calidad de vida (4), dificultad respiratoria, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedad cardiovascular, resistencia a la insulina y efectos psicológicos (2). A largo plazo, las implicaciones médicas de la obesidad infantil incluyen: mayor riesgo de obesidad en el adulto, hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardiovasculares, algunos tipos de cáncer, y osteoartritis. Estos datos sugieren que la niñez es un período crítico de oportunidad para realizar medidas de prevención e intervención. Por lo que requiere medidas para identificar factores de riesgo y monitorizar su evolución (4). El beneficio más importante de control de peso en la infancia y la adolescencia es en la prevención de sobrepeso u obesidad en la edad adulta. Ya que un 5 % de pérdida de peso inicial puede reducir el riesgo de problemas de salud como la diabetes y la enfermedad cardiovascular (7). Además el impacto financiero de

tratamiento de la obesidad y las enfermedades relacionadas con la obesidad es sustancial, la cual no incluye los costos para el individuo para asistir a las citas médicas, ausencia de empleo y la pérdida de productividad asociada (10)

Dentro de las acciones que menciona la GPC menciona realizar una exploración física general, haciendo hincapié en:

Aspecto general, exploración de piel y mucosas, rasgos dismórficos faciales y corporales, inspección y palpación de glándula tiroidea, presencia de hepatomegalia.

En casos de sobrepeso, considerar en coordinación con el médico familiar, la realización de una valoración bioquímica con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas, para valorar la presencia de otras patologías asociadas.

Identificar la presencia de alteraciones ortopédicas compensatorias, como pie plano o desviación plantar.

Valorar el estilo de vida del niño, niña explorando preferentemente sus hábitos dietéticos (estructuración de las comidas, distribución de estas a lo largo del día, presencia o no de ingesta compulsiva, número de comidas o bebidas fuera de las comidas principales y composición) mediante una encuesta dietética retrospectiva (7 días) y de actividad física (registro objetivo del tiempo dedicado a conductas sedentarias y de actividad cotidiana) (21)

VI.f Análisis de los factores más importantes que pueden influir en el problema

Los factores más importantes del niño que influyen en el desarrollo de obesidad infantil son ver televisión, actividad física y gasto de energía, lactancia materna, peso alto al nacer (18). Otros factores socioeconómicos que influyen en el

desarrollo de la obesidad son educación de la madre (12), tipo de familia, tabaquismo materno en el embarazo, tipo de trabajo (estabilidad), número de horas trabajadas por semana, horarios de comida irregulares, dormir después de las 10 pm, dormir menos de 10 horas por día, cuidador principal del niño, el empleo materno obliga a hacer uso de terceras personas para el cuidado de los niños en las horas de trabajo, lo que lleva a que no se tengan horarios establecidos y estructura familiar (13).

VI.g Argumentos convincentes de que el conocimiento disponible para solucionar el problema no es suficiente para solucionarlo.

La obesidad infantil es una enfermedad crónica de origen multifactorial que está aumentando su prevalencia en los últimos años. La Atención Primaria resulta de importancia crucial a la hora de planear estrategias de detección precoz y de continuidad en la atención de estos niños. (25)

La atención del profesional de enfermería debe estar basada en modelos centrados en el cuidado de la persona, familia y comunidad y estar orientada a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía, por tal razón es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias en los niños y adolescentes (21)

Para el manejo de la obesidad, debemos descubrir causas subyacentes y tratar las diferentes enfermedades que se presentan como consecuencia de esta patología. Se debe prestar atención al seguimiento del niño y de todo el grupo familiar para lograr cambios beneficiosos tanto a corto como a largo plazo (14).

VI.h. Breve descripción de algunos proyectos relacionados con el mismo problema

B. Navarra et al (2007) realizaron un estudio retrospectivo no aleatorizado para evaluar la efectividad de la consulta programada de enfermería y el seguimiento realizado en el tratamiento de sobrepeso y obesidad en los niños. La

intervención de la enfermera para los casos consistió en el desarrollo de un programa de seguimiento y consejo basado en los siguientes aspectos: consejo sobre dieta mediterránea, consejo sobre moderación de la ingesta, consejo sobre ejercicio físico una hora al día como mínimo, consejo sobre el uso moderado de la televisión y videoconsolas; menos de dos horas al día, seguimiento mensual en consulta de enfermería programada y administración de refuerzo positivo por perder peso. Se incluyó a 115 pacientes asignados de forma alternativa y no aleatoria a dos grupos: intervención (56) o control (59). Se analizaron las características epidemiológicas y la disminución del índice de masa corporal relativo (IMCR). No se encontraron diferencias significativas en la reducción del IMCR en los diferentes grupos. Se evidenció que los pacientes más obesos al inicio presentan un mayor porcentaje de adelgazamiento. (22)

Sotomayor et al. (2010) Realizaron una búsqueda con el fin de apoyar el trabajo de enfermería en esta problemática de obesidad y sobrepeso infantil efectuada en las principales bases de datos en español, la revisión se realizó de 1999 a 2008. Los resultados de la búsqueda realizada muestran pocos estudios de corte interventivo, los cuales son de participación multidisciplinaria, no siendo evidente ni específica la participación de los profesionales de enfermería, lo cual habla de la necesidad e importancia de realizar, por parte de nuestra disciplina este tipo de estudios que incidan de manera específica en el control del sobrepeso y obesidad en la infancia. (23)

Mena (2014) Diseñaron una intervención educativa con una duración de 120 minutos enfocada a promover la salud de la familia en 3 aspectos: la mejora de hábitos alimentarios, el fomento de actividades físicas y recreativas, prevención de HAS y DM, y el control de estrés/ansiedad. Finalmente se elaboró material didáctico de consulta para reforzar la intervención, el cual fue entregado a la familia en la última sesión. La metodología se estructuró de acuerdo con las etapas del Proceso de Atención de Enfermería con el enfoque teórico del

modelo de Calgary⁹ y Friedman, de tal manera que se valoró la estructura, desarrollo y dinámica familiar a través de 5 visitas familiares. A través de esta intervención educativa de Enfermería Familiar se puede originar la modificación de conductas o comportamientos que ponen en riesgo la salud de los integrantes de la familia, también se pueden promover acciones enfocadas a prevenir y/o modificar hábitos y estilos de vida, sin embargo es necesario realizar intervenciones de reforzamiento por un mayor periodo para observar la eficacia de la educación para la salud brindada. (26)

Bernal (2012) en su estudio cuasi experimental, longitudinal, (se realizó un pre-test y un pos-test) correlacional y comparativo se formaron dos grupos uno experimental y otro de control, midieron el impacto de una intervención educativa para disminuir el sobrepeso con base en los estilos de vida en una población de escolares de 6 a 11 años de edad en una escuela primaria del DF, encontrando que el nivel de conocimientos de madres y niños sobre la nutrición era insuficiente; los estilos de vida saludables se hallaron en nivel óptimo para las madres y suficiente para los niños, sin detectarse diferencias estadísticamente significativas entre el grupo experimental y el grupo control. Posterior a la intervención, existieron diferencias significativas entre el grupo experimental de madres, aumentando los conocimientos y mejorando las actitudes, mientras que en los niños no hubo diferencias significativas. Llegando a la conclusión de que se requiere complementar la actividad física con hábitos alimenticios adecuados, reconociendo la necesidad de un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad. (29)

Brisboiset al. (2012) realizaron una tesis para evaluar los factores predictores en la primera infancia más significativos del desarrollo de la obesidad en la edad adulta. Factores que se incluyen son exposiciones o enfermedades en el período prenatal, así como variables sociodemográficas. Se realizó una

búsqueda electrónica y sistemática inicialmente resultó en 8.880 citas, se eliminaron los duplicados, se establecieron criterios específicos de inclusión y exclusión, después de dos procesos de selección, se retuvieron 135. Un total de 42 variables se asociaron con la obesidad en la edad adulta, sin embargo, de éstos, sólo siete variables pueden ser consideradas como potenciales marcadores tempranos de la obesidad sobre la base de las asociaciones reportadas. Posibles marcadores tempranos de la obesidad incluyen el tabaquismo materno y la ganancia de peso de la madre durante el embarazo. Probables marcadores tempranos de la obesidad incluyen el índice de masa corporal de la madre, los patrones de crecimiento de la infancia (crecimiento inicial rápido y rebote de adiposidad temprano), la obesidad infantil y el empleo del padre, siendo este representado por el empleo sostén de la familia, es decir fue representado por el trabajo de madre, padre o ambos, ya que el empleo de la madre era considerada como un marcador potencial, sin embargo, no apareció como una variable medida en los últimos revisados, por lo que fue incorporado en una variable donde está representada cualquiera de los padres. Se observó una asociación entre la obesidad y que el empleo de sostén sea de status bajo (12).

VI.i Descripción del tipo de información que espera obtener como resultado del proyecto y como se utilizará para solucionar el problema.

Con esta investigación se espera obtener una evaluación sobre las acciones que se deben llevar a cabo en niños con obesidad y sobrepeso por parte de la enfermera especialista en medicina familiar, ya que se cuenta con una Guía de práctica para la intervención en dichos pacientes por parte de este profesional y su ayuda como equipo multidisciplinario es esencial para el apego al tratamiento, realización de dieta y ejercicio, motivación del paciente y su familia, para realizar seguimiento del paciente, etc.

VII.- OBJETIVOS

VII. a OBJETIVO GENERAL

Conocer las acciones realizadas por la enfermera especialista en medicina de familia para el sobrepeso y obesidad en menores de 5 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar #11 del IMSS delegación Aguascalientes.

VII. b.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Caracterizar a las enfermeras especialistas de la UMF11
- 2.- Conocer si la enfermera especialista realiza acciones específicas investigando factores y antecedentes de riesgo para obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años.
- 3.- Conocer si la enfermera especialista realiza una exploración física adecuada en niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad.
- 4.- Conocer si la enfermera especialista realiza acciones específicas estableciendo objetivos y canalizando al niño menor de 5 años con sobrepeso y obesidad

VIII.- HIPÓTESIS

VIII.A.- HIPÓTESIS ALTERNA.

H1.- La enfermera especialista realiza acciones específicas investigando factores y antecedentes de riesgo para obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años.

H2.- La enfermera especialista realiza una exploración física adecuada en niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad.

H3.- La enfermera especialista realiza acciones específicas estableciendo objetivos y canalizando al niño menor de 5 años con sobrepeso y obesidad

VIII.B.- HIPÓTESIS NULA.

H0.- La enfermera especialista no realiza acciones específicas investigando factores y antecedentes de riesgo para obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años.

H0.- La enfermera especialista no realiza una exploración física adecuada en niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad.

H0.- La enfermera especialista no realiza acciones específicas estableciendo objetivos y canalizando al niño menor de 5 años con sobrepeso y obesidad

IX.- MATERIAL Y MÉTODOS.

IX. a.-Tipo de estudio.-

Estudio Observacional, Transversal y descriptivo

IX. b. Universo de Trabajo.

Todas las enfermeras especialistas que laboren en la UMF 11 en turno matutino y vespertino

IX. c. Unidad de análisis.

Enfermeras especialistas en Medicina de Familia de la UMF 11

IX.d.- Criterios de inclusión.

- Ser enfermera especialista en medicina de familia adscrita a la UMF 11
- Que quisiera participar en el estudio
- Que firmara la carta de consentimiento informado

IX.e.- Criterios de no inclusión.

- No ser enfermera especialista en medicina de familia
- No estar adscrita a la UMF 11
- No quisiera participar en el estudio
- No firmara la carta de consentimiento informado

IX.f.- Criterios de eliminación.

Quien no responda el 80%de la encuesta

IX. g.- Tipo de Muestra

Se utilizó un tipo de muestreo intencional o de conveniencia. Se tomó todo el universo de enfermeras especialistas en Medicina de Familia que laboran en la UMF 11

IX. h Logística

Previa autorización del Comité Local de investigación, se informó al director y autoridades correspondientes de UMF11 Delegación Aguascalientes sobre propósito del estudio y se dio a conocer el instrumento que se utilizó para la recolección de los datos. Esto a través de un oficio autorizado por el coordinador Delegacional de Investigación en salud. Se entrego copia de oficio y se informo sobre el tiempo estimado para la recolección de datos y estancia en la

unidad, horarios y lugar de aplicación, horarios y lugar de trabajo de observación a la enfermera especialista. Al término de la aplicación de las encuestas se procedió a realizar el concentrado de los datos para el análisis de los mismos

IX. i. Recolección de la Información

Se utilizó una lista de cotejo basada en las recomendaciones específicas de la GPC IMSS 690-13 con respecto a las acciones específicas del personal de enfermería en la promoción de la salud, diagnóstico y manejo de la obesidad en niños menores de 5 años, que constó de 58 ítems que midieron tres dimensiones las cuales fueron recolección de información, diagnóstico de enfermería basado en la exploración y establecimientos de objetivos y metas a corto, mediano y largo plazo al cual se le realizó las validaciones aparente, y de constructo, posteriormente se analizará con el programa SPSSV21.

IX. j. Validez de instrumento

Se realizó el instrumento de medición en base a las recomendaciones y evidencia de la guía de práctica clínica GPC IMSS 690-13 con respecto a las acciones específicas del personal de enfermería en la promoción de la salud, diagnóstico y manejo de la obesidad en niños menores de 5 años. Se llevó a la unidad de medicina familiar No. 11, en donde se pide a 5 enfermeras que la revisen. Siendo las preguntas entendibles se continuó hasta saturar el contenido, con el objetivo de evaluar la comprensión y viabilidad de la lista de cotejo.

IX. k. Validez aparente

Se llevó a cabo mediante el proceso de pilotaje en la Unidad de Medicina Familiar No.11, se realizó un grupo focal donde se observó una gran relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir.

IX. l. Validez de contenido

Se realizó una validez de contenido mediante un grupo de expertos, 9 para lograr un puntaje que no haya factibilidad de empate, los cuales analizaron de forma independiente y cegado el instrumento en cuestión, para analizar que las dimensiones fueran congruentes con la guía práctica GPC IMSS 690-13 con respecto a las acciones específicas del personal de enfermería en la promoción de la salud, diagnóstico y manejo de la obesidad en niños menores de 5 años, Los expertos refirieron que cada ítem correspondió a cada dimensión, de acuerdo a la guía a la que corresponde.

Todas las acciones como son Recogida de datos, exploración física y determinación de objetivos fueron medibles mediante respuestas dicotómicas si-no, de acuerdo a si se realiza o no la acción.

IX. m. Plan de Análisis

Se utilizaron comandos estadísticos descriptivos para analizar las variables de las cuales se obtuvieron frecuencias y porcentajes. Se describieron frecuencias absolutas, porcentajes y sus respectivas gráficas para las variables de estudio.

IX. n. Recursos

No se tiene apoyo externo sólo los recursos del tesista.

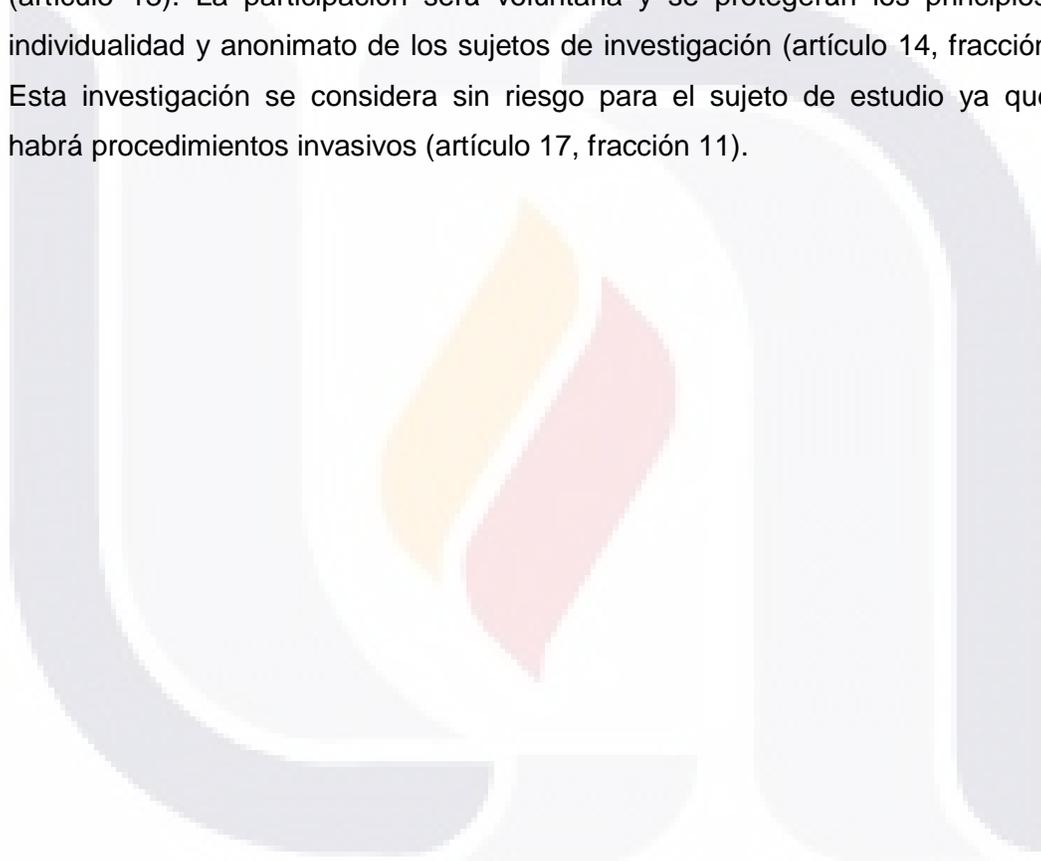
X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio será de acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación de la institución de adscripción, apegado a los criterios

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

éticos de Helsinki y sus modificaciones en Tokio, cuidando y guardando la confidencialidad, así mismo se firmará la hoja de consentimiento bajo información.

El proyecto se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley Federal de Salud en materia de investigación para la salud. El criterio que prevaleció es el de respeto a la dignidad y protección de los derechos y el bienestar de los participantes, se evitará hacer juicios o comentarios acerca de las respuestas vertidas en la lista de cotejo y se asegurará la confiabilidad de dichos datos (artículo 13). La participación será voluntaria y se protegerán los principios de individualidad y anonimato de los sujetos de investigación (artículo 14, fracción V). Esta investigación se considera sin riesgo para el sujeto de estudio ya que no habrá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11).



XI. RESULTADOS

En este estudio participaron 13 enfermeras especialistas en medicina de familia de primer nivel de atención, encontrando 12 del género femenino correspondiendo al 92.3% y 1 masculino, que corresponde a una frecuencia relativa de 7.7%, (grafico 1) los cuales se encuentran entre los 36 y 48 años de edad, con una media de 41 años. La máxima frecuencia relativa se encuentra en el grupo de 39 y 41, siendo de 15.4% respectivamente. (Gráfico 2)

Ilustración 1: Resultados de acuerdo a Género

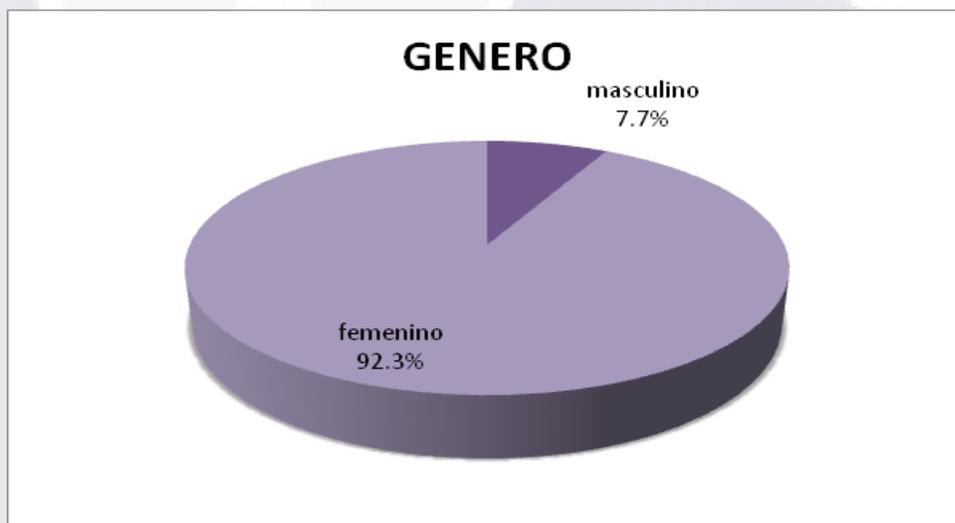
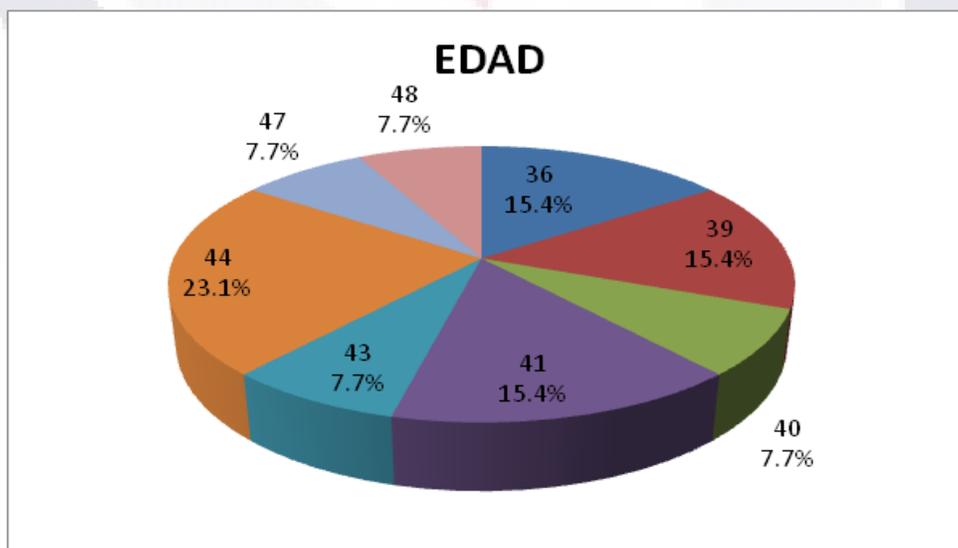
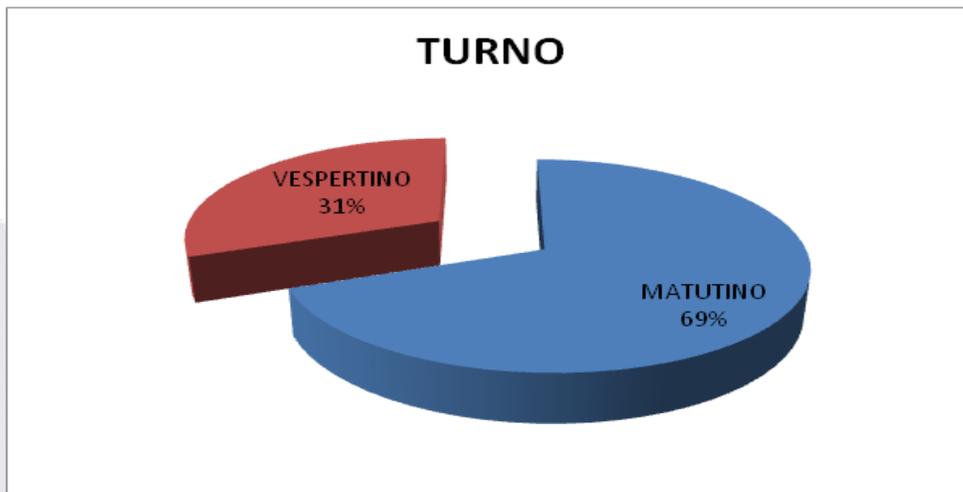


Ilustración 2 Resultados por edad



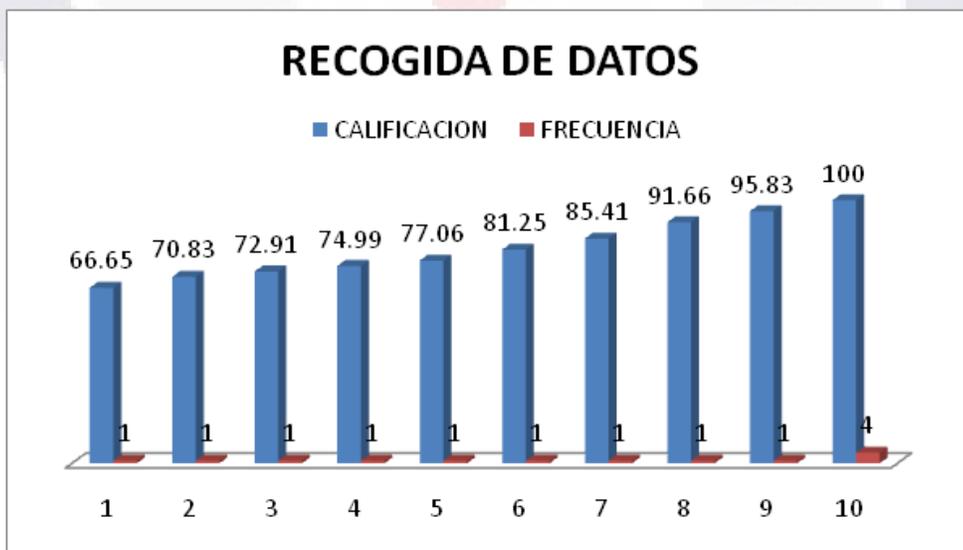
De los 13 participantes 69% laboran en el turno matutino y 31% en el turno vespertino (gráfico 3)

Ilustración 3 Resultado por turno



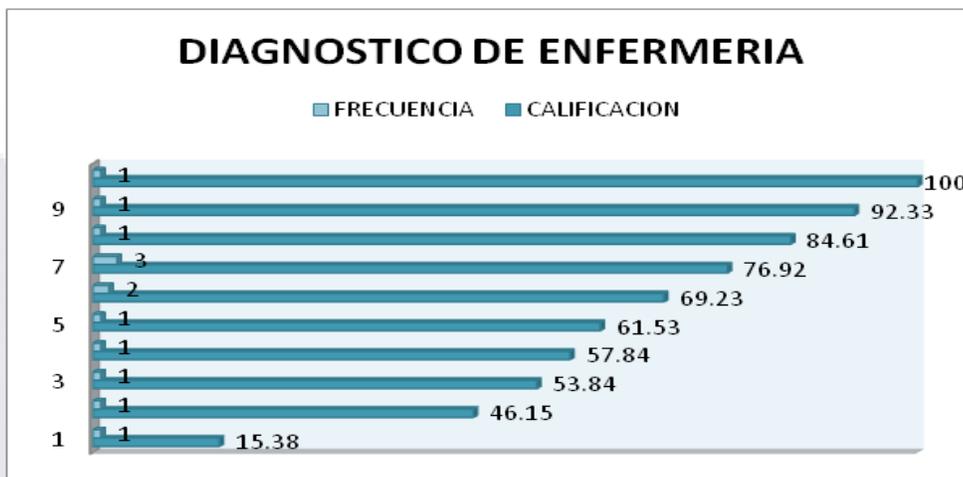
Al medir los resultados de la lista de cotejo en sus tres dimensiones para ver si las enfermeras realizan acciones o nó; en el rubro de recogida de datos encontramos una calificación mínima de 66.65 y una máxima de 100, con una media de 85.89, lo que al estar por arriba de 80 nos explica que si se llevan a cabo las acciones relacionadas a la recolección de datos. (Gráfico 4)

Ilustración 4: Recoleccion de datos



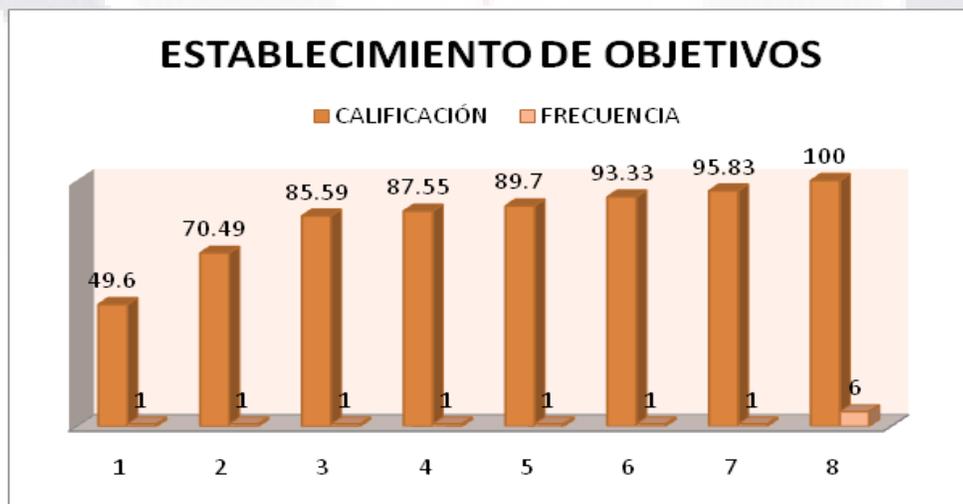
En las acciones realizadas para el diagnóstico de enfermería, que es la segunda dimensión, encontramos una calificación mínima de 15.38 y una máxima de 100, con una media de 67.76, lo cual nos habla que no se realizan satisfactoriamente todas las acciones a la hora de diagnosticar a los niños con sobrepeso y obesidad. (Gráfico 5)

Ilustración 5 Diagnóstico de enfermería



En las acciones para establecimiento de objetivos encontramos una calificación máxima de 100 y mínima de 49.6, con una media de 90.16, lo que nos permite observar que en materia de prevención se realizan la mayoría de las acciones recomendadas por la GPC, encontrando una frecuencia absoluta de 6 enfermeras que obtuvieron el 100% de la calificación. (Gráfico 6)

Ilustración 6: Establecimiento de objetivos



XII. DISCUSION

Nuestros resultados coinciden en lo que explica Piosa(S/F) sobre promover la reflexión y concientización en los profesionales de enfermería y en la población en general de la relación entre la obesidad infantil, la alimentación y el estilo de vida y a que se observa que las enfermeras obtuvieron una mayor calificación en el rubro de establecimiento de objetivos cuya finalidad es explicar a la familia sobre los hábitos dietéticos y el ejercicio, tal como menciona Hidalgo et.al (2007) sobre que prevención de la obesidad debería comenzar en la infancia, época de la vida en la que el niño adquiere los hábitos y estilos de vida que influirán sobre su comportamiento alimentario en la etapa adulta, dado que es más fácil promover la adquisición de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables durante la etapa infantil que modificar hábitos estructurados durante la vida adulta. En este sentido destacamos el impacto de la intervención sobre variables relacionadas con la dieta y la actividad física.

En el rubro de la recolección de datos encontramos una media de 85.89 lo que nos muestra que la mayoría de las enfermeras especialistas en medicina de familia lleva a cabo las recomendaciones de la GPC 690-13 en las que menciona la importancia de identificar los factores de riesgo relacionados al sobrepeso y obesidad para poder implementar una estrategia.

Rainmann (2011) menciona que se han visto efectos benéficos a corto (3 meses) y largo plazo (1 año) en niños con sobrepeso con intervenciones que combinan dieta, ejercicio y manejo conductual, asociándose con pérdidas de peso significativa, coincide con nuestro estudio sobre las acciones que realiza la enfermera donde se obtuvo una media de 90.16 respecto al establecimiento de objetivos el cual incluye enviar a nutrición, recomendaciones sobre la dieta y el ejercicio así como envió a pediatría y psicología en caso necesario.

En el análisis por rubro llama la atención que la menor calificación se obtuvo en el diagnóstico de enfermería ya que no se realizan varias acciones lo cual quizá sea por omisión o desconocimiento de las mismas, sin embargo se realiza la principal que de

acuerdo a la GPC 690-13 es la obtención del IMC con lo cual podemos identificar si el menor de 5 años presenta sobrepeso u obesidad. Estas acciones no realizadas, podrían de ser de mucha ayuda para que tempranamente se establezcan diagnósticos como hipotiroidismo, diabetes, hipertensión, dislipidemia y alguna otra falla en el crecimiento y desarrollo.

La enfermera especialista en medicina de Familia, es punto clave y mano derecha del médico, por lo que al omitir estos rubros, se deja atrás un tratamiento específico que pudo haber remitido el problema en edades tempranas.



XIII. CONCLUSIONES

Este estudio nos permitió observar si las acciones recomendadas por la GPC existente para el personal de enfermería, acerca de las recomendadas para sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años se llevan a cabo.

La unidad en la que fue realizado el estudio, tiene como atención prioritaria la prevención primaria, contando con un consultorio de medicina preventiva por cada médico familiar.

Encontramos que a pesar de que se cuenta con la infraestructura necesaria para dar atención a los pacientes, sé que carecen de baumanómetros pediátricos, por lo que se dificulta la exploración completa. Aún falta educación por parte de los derechohabientes para que acudan a la consulta con la enfermera especialista además de que aun el programa de atención integral no está funcionando en su totalidad, ya que no se realizan notas de los niños que son valorados y no se cuenta con citas programadas, lo cual impide llevar un seguimiento adecuado; sin embargo los resultados arrojan que la enfermera realiza en su mayoría las acciones recomendadas.

La falta de la exploración física completa, nos hace diagnósticos incompletos ya que se da prioridad solo al peso y la talla, y los niños que son diagnosticados con sobrepeso u obesidad son canalizados al servicio de nutrición perdiendo la consulta subsecuente y la verificación de las indicaciones, a pesar de que se les insista a los padres que regresen.

XIV. RECOMENDACIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos y la importancia del aumento del sobrepeso y obesidad en los niños menores de 5 años, es recomendable que se otorgue capacitación a la enfermera especialista en familia, con respecto a la exploración física completa, que se realicen notas en cada consulta y se tenga un mejor control en las citas; lo cual, al momento de que el programa de atención integral funcione en su totalidad, permita hacer intervenciones a nivel familiar con las visitas domiciliarias. Sería interesante poder hacer un estudio posterior a nivel de intervención que nos permita demostrar de qué manera influye la asesoría multidisciplinaria en las familias de estos niños.

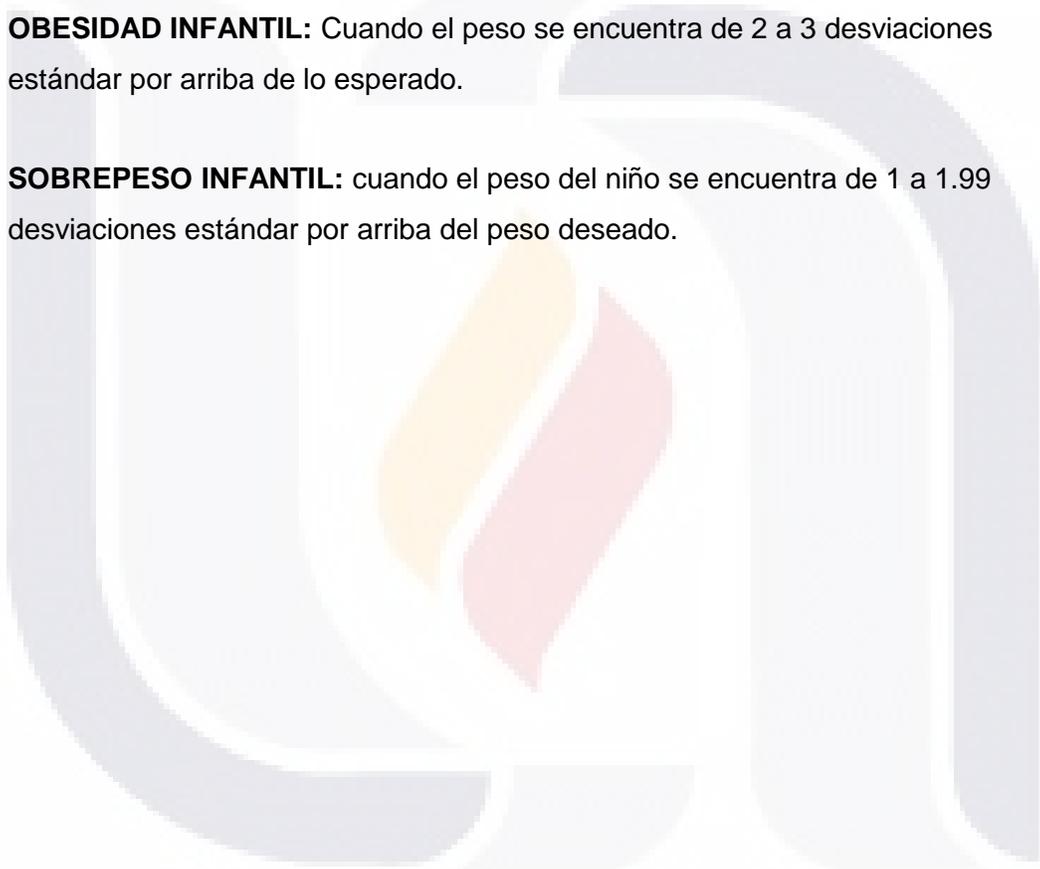


GLOSARIO

ENFERMERA ESPECIALISTA EN MEDICINA DE FAMILIA: Es la enfermera que en Unidades de Primer Nivel de Atención planea, supervisa, organiza, capacita y desarrolla actividades continuas de promoción y educación para la salud de protección específica, de detección, de curación y de rehabilitación intra y extramuros en los ámbitos, biológico psicológico, social y ambiental del paciente y su familia de cualquier edad y sexo, desde el nacimiento hasta la muerte.

OBESIDAD INFANTIL: Cuando el peso se encuentra de 2 a 3 desviaciones estándar por arriba de lo esperado.

SOBREPESO INFANTIL: cuando el peso del niño se encuentra de 1 a 1.99 desviaciones estándar por arriba del peso deseado.



BIBLIOGRAFIA

1. Portal de Gobierno del Estado de Aguascalientes. Información General. Ubicación y zona geográfica. (07 de Noviembre 2013).<http://www.aguascalientes.gob.mx/estado/Ubica.asp>
2. Organización Mundial de la Salud [base de datos] Centro de prensa. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No. 311. Mayo 2014.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Kosti R I, Panagiotakos D B. The epidemic of obesity in children and adolescents in the world. CentEur J Publ Health. 2006;14(4):151–159.
4. Secretaria de Salud. Boletín epidemiológico. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Sistema único de información. Número 9, Volumen 30, semana 9, del 24 de febrero al 2 de marzo de 2013.
5. Secretaria de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2006. Resultados por entidad federativa. Aguascalientes.
6. Norma Oficial Mexicana-008-SSA2-1993, “Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”.
7. Guías de práctica clínica para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, adolescentes y niños en Australia. Gobierno de Australia. Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica. Departamento de Salud. Octubre 2013.
8. 28va Conferencia Sanitaria Panamericana 64va Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C., EUA; 17 al 21 de septiembre del 2012. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de Salud. 2012. P.1-35.

9. 57ª Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Organización Mundial de la Salud; mayo 2004.
10. Guías de Escocia. Calidad el Progreso de Escocia. Manejo de la Obesidad. Febrero 2010
11. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. México;Secretaria de Salud, 2010.
12. Brisbois TD, Farmer AP, McCargar J L.Earlymarkers of adultobesity: a review. ObesityReviews 2012;13:347–367.
13. Pinot MC, Power C. Changing Influences on Childhood Obesity: A Study of 2 Generations of the 1958British Birth Cohort. Am J Epidemiol 2010;171:1289–1298
14. Morrissey TW,Dunifon RE, Kalil A. Maternal Employment, Work Schedules, and Children’s BodyMass Index. Child Dev. 2011;82(1):66–81
15. Ulijaszek S J. Seven Models of Population Obesity.Angiology. 2008;59(2):34-38
16. Burchinal L G y Epproght E S. Test of the Psychogenic Theory of Obesity for a Sample of Rural Girls. Am J Clin Nutr.1959;7:288-294.
17. Centers for Disease Control and Prevention [homepage on the internet](20/03/2014)<http://www.cdc.gov/obesity/childhood/basics.html>.
18. GuíaPrácticaClínica. Catalogo Maestro de Guías de Practica Clínica. IMSS/025-08 Prevención y diagnóstico de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención.
19. Guía Práctica Clínica. Catalogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS/684-13 Intervención Dietética. Paciente con obesidad.
20. Directorios IMSS [base de datos de internet] <http://www.imss.gob.mx/directorio/Pages/instalaciones.aspx>

21. Guía de Práctica Clínica. Catalogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS 690-13 Intervención de Enfermería en Obesidad y Sobrepeso Infantil.
22. Navarra B, Pinillos R, Aliaga Y, Balagué C, Galbé J, Mengual J, ¿Es efectivo el consejo de enfermería en el tratamiento de la obesidad en niños y adolescentes? *Rev. Pediatr Aten Primaria*. 2007; 9 (35):385-95.
23. Sánchez SMS, Becerril MLB, Gómez TS, Gómez GP. Sobrepeso y Obesidad Infantil. Necesidad de intervención de Enfermería. *Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. 2010; 7 (2): 32-37
24. IMSS/Contrato Colectivo de trabajo 2013-2015.
25. Segura MEF. Experiencias de tratamiento integral de la obesidad infantil en pediatría de Atención Primaria. *RevPediatr Aten Primaria*. 2005; 7(1): 35-47
26. Mena-Gómez I, Cadena-Estrada J, Troncoso-Perez D, Intervención de Enfermería en una familia mexicana con factores de riesgo para enfermedades crónico-degenerativas. *Revista Enfermería Universitaria Elsevier*. 2014;11(2):67-72
27. Camacho Toledo YunuentYuhaina. ACCIONES DE ENFERMERIA EN LA PROMOCION DE LA SALUD PARA LA PREVENCION DE LA OBESIDAD INFANTIL [tesina] México DF:UNAM;2009
28. Piosa MG. Intervención enfermería en la obesidad infantil y estilos de vida (Revista Médica Electrónica de Portales Médicos.com)Universidad de Huelva.S/F(17/10/14)<http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/intervencion-enfermera-obesidad-infantil-estilos-de-vida/5/>
29. Becerril MLB, Gomez GP, Sanchez SMS, Mejia BC. Impacto de una intervención educativa en escolares y madres de familia para la disminución de sobrepeso. *EnfNeurol* (Mex)2012 ;11:2:63-67

30. Hidalgo FJB, Blanco A, Garrido AMA. Prevalencia de obesidad infantil en Ceuta. Estudio PONCE 2005. Nutr Hosp.2007;22(4)471-7

31. Perez-Morales ME, Bacardí-Gascón M, Jimenez-Cruz A, Armendariz-Anguiano A. Intervenciones aleatorias controladas basadas en las escuelas para prevenir la obesidad infantil: revisión sistemática de 2006 a 2009. ArchLatinoamNutr. 2009;59 (3)253-59.

32. perspectivas estadísticas Aguascalientes diciembre 2011 [base de datos de internet]<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-ags.pdf>

33. Jimenez BS, Trejo MH, Becerra TL. Estrategia Educativa de Enfermería para fortalecer el autocuidado durante el control prenatal. PerinatolReprod Human 2007;21:167-77

34. Cisneros G.F. INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. Universidad del Cauca Programa de Enfermería Área de Fundamentos Tercer semestre Popayan; 2002:1-16

ANEXOS

ANEXO A. CRONOGRAMA

ANEXO B. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

ANEXO D. INSTRUMENTO

ANEXO E. CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Enero 2013	Febrero 2013	Marzo 2013	Abril 2013	Mayo 2013	Junio 2013	Julio 2013	Agosto 2013	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	octubre 2014	noviembre2014	diciembre2014	enero 2015	Diciembre 2014
Elección del tema																								
Acopio de bibliografía																								
Revisión de literatura																								
Diseño del protocolo																								
Planteamiento del Problema																								
Antecedentes																								
Justificación																								
Introducción																								
Envío del protocolo al Comité Local																								
Revisión y modificación de Protocolo																								
Registro de Protocolo																								
Aprobación de Protocolo																								
Recolección de la muestra																								
Captura y procesamiento de datos																								
Análisis de datos																								
Reporte final																								

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Definición	Dimensión	Variables	Item	Indicador
<p>Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud</p>	<p>Recogida de datos</p>	<p>Antecedentes heredofamiliares de riesgo</p>	<p>1. Investiga antecedentes familiares de obesidad</p>	<p>1.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>
			<p>2. Interroga antecedentes de hipertensión arterial</p>	<p>2.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>
			<p>3. Interroga antecedentes de diabetes mellitus tipo 2</p>	<p>3.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>
			<p>4. Interroga sobre antecedentes de dislipidemia o patología coronaria precoz</p>	<p>4.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>
		<p>Antecedentes personales no patológicos: Factores medio-ambientales, Inseguridad alimentaria, Influencia de la conducta:</p>	<p>1. Interroga hábitos dietéticos como estructuración de las comidas, distribución de estas a lo largo del día, número</p>	<p>1.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>

		Antecedentes perinatales:	<p>de comidas o bebidas fuera de las comidas principales y composición</p> <p>2. Realiza encuesta dietética retrospectiva y de actividad física</p> <p>3. Interroga sedentarismo</p> <p>4. Interroga a los padres si han llegado a culpar al niño de su sobrepeso</p> <p>5. Interroga a los padres si usan la comida como un estímulo o recompensa</p> <p>6. investiga si presenta ansiedad por comer al estar bajo una situación de estrés</p>	<p>2.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p> <p>3.- Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p> <p>4. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p> <p>5. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p> <p>6. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p> <p>1. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)</p>
--	--	---------------------------	---	---

		Antecedentes personales patológicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga peso y talla al nacer 2. Investiga si la madre presento diabetes gestacional 3. Interroga sobre lactancia materna, duración e inicio de ablactación 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó) 3. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)
	Diagnóstico de enfermería	Exploración Física:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interroga sobre enfermedades y tratamientos previos o actuales: 2. Interroga sobre el momento de inicio de ganancia ponderal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó) 2. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza inspección general para valorar distribución de tejido adiposo o signos de retraso 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)

			psicomotor	
			2. Realiza exploración de mucosas en busca de piel seca, alteraciones de pigmentación o acantosis, presencia de estrías	3. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-nó)
			3. Valora rasgos dismórficos faciales y corporales	5. Cuantitativa Nominal Dicotómica (Si-no)
			4. Inspecciona y palpa glándula tiroides	
			5. Toma y registra la presión arterial en caso necesario, con valoración de percentiles para la edad, talla y sexo	6. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)
			6. Antes de realizar la medición de	7. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)

			<p>peso identifica cualquier discapacida d física o deformidade s para evitar errores en la medición</p>	<p>8. Cuantitativ a Nominal Dicotómica (Si-no)</p>
			<p>7. Identifica la presencia de alteraciones ortopédicas como pie plano o desviación plantar</p>	<p>9.Cuantitati va Nominal Dicotómica (Si-no)</p>
			<p>8. Pesa al niño después de haber evacuado y vaciado la vejiga y de preferencia en ayuno</p>	<p>10. Cuantitativ a Nominal Dicotómica (Si-no).</p>
	Establecimie nto de objetivos:	Sobrepeso:	<p>9. En niños de más de 2 años o con más de 12 kilos el peso lo toma de pie en una báscula con estadimetro</p>	<p>11. Cuantitativ a Nominal Dicotómica (Si-no)</p>
			<p>10.En niños mayores de 2 años mide al niño</p>	<p>12. Cuantitativ a Nominal Dicotómica (Si-no)</p>

			<p>estando de pie utilizando un estadímetro</p> <p>11. Mide al niño sin zapatos y sin gorra con los talones juntos pero las puntas de los pies separados</p> <p>12. Calcula el IMC y tipifica el peso corporal excesivo en sobrepeso y obesidad mediante la utilización de tablas de crecimiento.</p> <p>13. Mide la circunferencia de la cintura</p> <p>1. Deriva al nutriólogo en caso de que el IMC aumenta más de 3 puntos en el último año</p>	<p>13. Cuantitativa Nominal Dicotómica (Si-no)</p> <p>1. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>2. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>3. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>4. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>5.</p>
--	--	--	---	--

			<p>2. Deriva al niño al servicio dental para identificar la integridad dental y la adecuada técnica de masticación</p> <p>3. Recomienda a los padres actividad física fuera del horario escolar, de acuerdo a la edad</p> <p>4. Recomienda actividad física de manera inicial por 30 minutos</p> <p>5. Recomienda una alimentación basada en el plato del buen comer</p> <p>6. Recomienda evitar el consumo de alimentos fritos y con alto contenido de azúcares</p> <p>7. Sugiere el incremento del consumo de verduras y frutas</p> <p>8. Limita el</p>	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>6. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>7. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>8. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>9. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>10. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>11. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>12. Cualitativa</p>
--	--	--	---	--

		Obesidad:	<p>consumo de azúcares refinados y sal</p> <p>9. En menores de un año recomienda la lactancia materna hasta los 6 meses</p> <p>10. Refiere a los pacientes y a sus familiares a centros deportivos:</p> <p>11. Fomenta que el niño camine, corra, brinque, nade, practique algún deporte</p> <p>12. Aconseja a los padres limitar las horas de televisión o videojuegos</p> <p>13. Recomienda fomentar actividades en casa para disminuir el tiempo destinado a la televisión</p> <p>14. Recomienda la cita subsecuente</p>	<p>Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>13. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>14. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>15. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>16. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>17. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>1. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>2. Cualitativa</p>
--	--	-----------	---	--

			<p>15. En niños menores de 1 año cada 2 meses</p> <p>16. En niños de 1 y 2 años cada 6 meses</p> <p>17. En niños de 2 a 9 años cada año</p>	<p>Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>3. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p>
			<p>1. Deriva al médico familiar a los menores de 2 años con obesidad</p> <p>2. Deriva al niño al médico familiar para valorar la referencia a pediatría con datos sugestivos de enfermedades asociadas a patologías</p>	<p>4. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>5. Cualitativa Nominal Dicotómica</p>

			genéticas o endocrinas	(si-no)
		Aspecto psico-emocional	3. Recomienda actividades grupales que favorezcan la sociabilidad del niño	6. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)
			4. Considera en coordinación con el médico familiar la realización de una valoración bioquímica, con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas para valorar la presencia de otras patologías asociadas	7. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)
			5. Informa y concientiza a los padres sobre lo que es la obesidad y sus efectos	8. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)

			<p>en la salud</p> <p>6. Promueve cambios de alimentación en los que la familia participa como: utilizar poco aceite, limitar los postres, uso de raciones y comer despacio, evitar premiar con alimentos al niño</p> <p>7. Recomienda a los padres proporcionar un desayuno saludable antes de acudir a la escuela así como refrigerios saludables</p> <p>8. Proporciona un plan de cuidados domiciliarios y asegura la continuidad de los cuidados en el hogar</p>	<p>1. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>2. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>3. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>4. Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p> <p>5.</p>
--	--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Elimina el termino gordo y otras denominaciones que pueden estigmatizar o ser agresivas al referirse a los pacientes 2. Le habla al niño de actividad física y de una alimentación variada, prestando atención a sus preferencias dejando en un segundo término los mensajes relacionados con la salud y enfermedad 3. Enfatiza no usar la comida como premio o castigo para mantener la disciplina 	<p>Cualitativa Nominal Dicotómica (si-no)</p>
--	--	--	--	---

			<ol style="list-style-type: none">4. Alienta a los padres a convertirse en modelos de alimentación saludable5. Deriva a psicología para incluir una terapia conductual como parte de tratamiento integral	
--	--	--	--	--

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLOGICA Y SERVICIOS DE SALUD

**ACCIONES REALIZADAS POR LA ENFERMERA ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE FAMILIA EN SOBREPESO Y OBESIDAD EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 11 DE
LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES.**

Manual Operacional

La obesidad infantil es un problema de salud pública. A nivel mundial, hay más de 22 millones de niños menores de 5 años con sobrepeso severo, al igual que 155 millones de niños en edad escolar, lo que implica que uno de cada 10 niños y niñas de todo el mundo tienen sobrepeso. La Atención Primaria resulta de importancia crucial a la hora de planear estrategias de detección precoz y de continuidad en la atención de estos niños.

La atención del profesional de enfermería debe estar basada en modelos centrados en el cuidado de la persona, familia y comunidad y estar orientada a mantener la salud, controlar factores de riesgo y promover la autonomía, por tal razón es indispensable la participación de la familia para el desarrollo de las estrategias en los niños y adolescentes; determinar la participación del profesional de enfermería para la prevención de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, para fortalecer el aspecto psico-emocional del niño y adolescente con riesgo de desequilibrio nutricional por exceso.

Los cuidados de enfermería se prestan a través de un proceso planificado que incluye la recogida de datos, el diagnóstico de enfermería, el establecimiento de objetivos a corto y largo plazo y los cuidados de enfermería más indicados para alcanzarlos. Las acciones tienen como finalidad ayudar al individuo en la remodelación de su relación consigo mismo y su ambiente de modo que se optimice su salud.

1. Criterios de Inclusión:

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

- Ser enfermera especialista en medicina de familia adscrita a la UMF 11
 - Que quiera participar en el estudio
 - Que firme la carta de consentimiento informado
2. Se localiza a la enfermera especialista en medicina familiar en su área de trabajo en la Unidad de Medicina familiar, se le dará una carta de consentimiento informado, se les explicará que se realizara una observación de la atención que presta a los niños menores de 5 años consta en una primera parte que es la recogida de datos, posteriormente el diagnóstico de enfermería y al finalizar el establecimiento de objetivos. Para valorar las acciones que realiza en base a la Guía de Práctica Clínica 690-13 Intervenciones de Enfermería para la prevención de Sobrepeso y Obesidad en niños y adolescentes en el primer nivel de atención. Con esto se pretende valorar si la enfermera realiza o no las acciones destinadas para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños.
 3. Se realizo una lista de cotejo basada en las recomendaciones de la GPC, consta de 58 ítems, la información que se maneja será confidencial y no le afectara en su actividad laboral.

Sección I CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE LOS MENORES DE 5 AÑOS

En esta sección la información se obtendrá de los datos obtenidos de la entrevista

Características demográficas

En las características demográficas se obtendrán de la observación de la valoración de los niños, que reúnan los siguientes criterios:

I.1 Datos personales

1.a Fecha de la observación: _____

DIA

MES

AÑO

1.b ¿cuál es su género?

Masculino ___

Femenino ___

1.c ¿Cuántos años cumplidos tiene?

___ años

LISTA DE COTEJO

RECOGIDA DE DATOS: Esto con la finalidad de valorar si identifica factores de riesgo en los niños menores de 5 años que acuden a la UMF.

Antecedentes heredofamiliares de riesgo

5. Investiga antecedentes familiares de obesidad

SI-NO

6. Interroga antecedentes de hipertensión arterial

SI-NO

7. Interroga antecedentes de diabetes mellitus tipo 2

SI-NO

8. Interroga sobre antecedentes de dislipidemia o patología coronaria precoz

SI-NO

Antecedentes personales no patológicos: Factores medio-ambientales, Inseguridad alimentaria, Influencia de la conducta:

7. Interroga hábitos dietéticos como estructuración de las comidas, distribución de estas a lo largo del día, número de comidas o bebidas fuera de las comidas principales y composición.

SI-NO

8. Realiza encuesta dietética retrospectiva y de actividad física

SI-NO

9. Interroga sedentarismo

SI-NO

10. Interroga a los padres si han llegado a culpar al niño de su sobrepeso

SI-NO

11. Interroga a los padres si usan la comida como un estímulo o recompensa

SI-NO

12. investiga si presenta ansiedad por comer al estar bajo una situación de estrés

SI-NO

Antecedentes perinatales:

4. Interroga peso y talla al nacer

SI-NO

5. Investiga si la madre presento diabetes gestacional

SI-NO

6. Interroga sobre lactancia materna, duración e inicio de ablactación

SI-NO

Antecedentes Personales Patológicos

3. Interroga sobre enfermedades y tratamientos previos o actuales

SI-NO

4. Interroga sobre el momento de inicio de ganancia ponderal

SI-NO

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA: esto con la finalidad de valorar si realiza las acciones para poder llegar a un diagnóstico y poder estadificar al niño en obesidad y sobrepeso.

Exploración física

14. Realiza inspección general para valorar distribución de tejido adiposo o signos de retraso psicomotor

SI-NO

15. Realiza exploración de mucosas en busca de piel seca, alteraciones de pigmentación o acantosis, presencia de estrías

SI-NO

16. Valora rasgos dismórficos faciales y corporales

SI-NO

17. Inspecciona y palpa glándula tiroides

SI-NO

18. Toma y registra la presión arterial en caso necesario, con valoración de percentiles para la edad, talla y sexo

SI-NO

19. Antes de realizar la medición de peso identifica cualquier discapacidad física o deformidades para evitar errores en la medición

SI-NO

20. Identifica la presencia de alteraciones ortopédicas como pie plano o desviación plantar

SI-NO

21. Pesa al niño después de haber evacuado y vaciado la vejiga y de preferencia en ayuno

SI-NO

22. En niños de más de 2 años o con más de 12 kilos el peso lo toma de pie en una báscula con estadímetro

SI-NO

23. En niños mayores de 2 años mide al niño estando de pie utilizando un estadímetro

SI-NO

24. Mide al niño sin zapatos y sin gorra con los talones juntos pero las puntas de los pies separados

SI-NO

25. Calcula el IMC y tipifica el peso corporal excesivo en sobrepeso y obesidad mediante la utilización de tablas de crecimiento.

SI-NO

26. Mide la circunferencia de la cintura

SI-NO

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS: valorar si establece objetivos y estrategias una vez que estadifica al niño en sobrepeso y obesidad.

Sobrepeso

16. Deriva al nutriólogo en caso de que el IMC aumenta más de 3 puntos en el último año

SI-NO

17. Deriva al niño al servicio dental para identificar la integridad dental y la adecuada técnica de masticación

SI-NO

18. Recomienda a los padres actividad física fuera del horario escolar, de acuerdo a la edad

SI-NO

19. Recomienda actividad física de manera inicial por 30 minutos

SI-NO

20. Recomienda una alimentación basada en el plato del buen comer

SI-NO

21. Recomienda evitar el consumo de alimentos fritos y con alto contenido de azúcares

SI-NO

22. Sugiere el incremento del consumo de verduras y frutas

SI-NO

23. Limita el consumo de azúcares refinados y sal

SI-NO

24. En menores de un año recomienda la lactancia materna hasta los 6 meses

SI-NO

25. Refiere a los pacientes y a sus familiares a centros deportivos:

SI-NO

26. Fomenta que el niño camine, corra, brinque, nade, practique algún deporte.

SI-NO

27. Aconseja a los padres limitar las horas de televisión o videojuegos

SI-NO

28. Recomienda fomentar actividades en casa para disminuir el tiempo destinado a la televisión

SI-NO

29. Recomienda la cita subsecuente

SI-NO

30. En niños menores de 1 año cada 2 meses

SI-NO

31. En niños de 1 y 2 años cada 6 meses

SI-NO

32. En niños de 2 a 9 años cada año

SI-NO

Obesidad

9. Deriva al médico familiar a los menores de 2 años con obesidad

SI-NO

10. Deriva al niño al médico familiar para valorar la referencia a pediatría con datos sugestivos de enfermedades asociadas a patologías genéticas o endocrinas

SI-NO

11. Recomienda actividades grupales que favorezcan la sociabilidad del niño

SI-NO

12. Considera en coordinación con el médico familiar la realización de una valoración bioquímica, con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas para valorar la presencia de otras patologías asociadas

SI-NO

13. Informa y concientiza a los padres sobre lo que es la obesidad y sus efectos en la salud.

SI-NO

14. Promueve cambios de alimentación en los que la familia participa como: utilizar poco aceite, limitar los postres, uso de raciones y comer despacio, evitar premiar con alimentos al niño

SI-NO

15. Recomienda a los padres proporcionar un desayuno saludable antes de acudir a la escuela así como refrigerios saludables

SI-NO

16. Proporciona un plan de cuidados domiciliarios y asegura la continuidad de los cuidados en el hogar

SI-NO

Aspecto psico-emocional

6. Elimina el termino gordo y otras denominaciones que pueden estigmatizar o ser agresivas al referirse a los pacientes

SI-NO

7. Le habla al niño de actividad física y de una alimentación variada, prestando atención a sus preferencias dejando en un segundo término los mensajes relacionados con la salud y enfermedad

SI-NO

8. Enfatiza no usar la comida como premio o castigo para mantener la disciplina

SI-NO

9. Alienta a los padres a convertirse en modelos de alimentación saludable

SI-NO

10. Deriva a psicología para incluir una terapia conductual como parte de tratamiento integral

SI-NO

INSTRUMENTO RECOGIDA DE DATOS

Antecedentes heredofamiliares de riesgo

<u>item</u>	<u>si</u>	<u>no</u>
1. Investiga antecedentes familiares de obesidad		
2. Interroga antecedentes de hipertensión arterial		
3. Interroga antecedentes de diabetes mellitus tipo 2		
4. Interroga sobre antecedentes de dislipidemia o patología coronaria precoz		

Antecedentes personales no patológicos: Factores medio-ambientales, Inseguridad alimentaria, Influencia de la conducta:

<u>item</u>	<u>si</u>	<u>no</u>
1. Interroga hábitos dietéticos como estructuración de las comidas, distribución de estas a lo largo del día, número de comidas o bebidas fuera de las comidas principales y composición.		
2. Realiza encuesta dietética retrospectiva y de actividad física		
3. Interroga sedentarismo		
4. Interroga a los padres si han llegado a culpar al niño de su sobrepeso		
5. Interroga a los padres si usan la comida como un estímulo o recompensa		
6. investiga si presenta ansiedad por comer al estar bajo una situación de estrés		

Antecedentes perinatales:

item	si	no
1. Interroga peso y talla al nacer		
2. Investiga si la madre presento diabetes gestacional		
3. Interroga sobre lactancia materna, duración e inicio de ablactación		

Antecedentes Personales Patológicos

item	si	no
1. Interroga sobre enfermedades y tratamientos previos o actuales		
2. Interroga sobre el momento de inicio de ganancia ponderal		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERIA

Exploración física

items	si	no
1. Realiza inspección general para valorar distribución de tejido adiposo o signos de retraso psicomotor		
2. Realiza exploración de mucosas en busca de piel seca, alteraciones de pigmentación o acantosis , presencia de estrías		
3. Valora rasgos dismórficos faciales y corporales		
4. Inspecciona y palpa glándula tiroides		
5. Toma y registra la presión arterial en caso necesario, con		

valoración de percentiles para la edad, talla y sexo		
6. Antes de realizar la medición de peso identifica cualquier discapacidad física o deformidades para evitar errores en la medición		
7. Identifica la presencia de alteraciones ortopédicas como pie plano o desviación plantar		
8. Pesa al niño después de haber evacuado y vaciado la vejiga y de preferencia en ayuno		
9. En niños de más de 2 años o con más de 12 kilos el peso lo toma de pie en una báscula con estadímetro		
10. En niños mayores de 2 años mide al niño estando de pie utilizando un estadímetro		
11. Mide al niño sin zapatos y sin gorra con los talones juntos pero las puntas de los pies separados		
12. Calcula el IMC y tipifica el peso corporal excesivo en sobrepeso y obesidad mediante la utilización de tablas de crecimiento.		
13. Mide la circunferencia de la cintura		

ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS

Sobrepeso

item	si	no
1. Deriva al nutriólogo en caso de que el IMC aumenta más de 3 puntos en el último año		
2. Deriva al niño al servicio dental para identificar la integridad dental y la adecuada técnica de masticación		
3. Recomienda a los padres actividad física fuera del horario escolar, de acuerdo a la edad		

4. Recomienda actividad física de manera inicial por 30 minutos		
5. Recomienda una alimentación basada en el plato del buen comer		
6. Recomienda evitar el consumo de alimentos fritos y con alto contenido de azúcares		
7. Sugiere el incremento del consumo de verduras y frutas		
8. Limita el consumo de azúcares refinados y sal		
9. En menores de un año recomienda la lactancia materna hasta los 6 meses		
10. Refiere a los pacientes y a sus familiares a centros deportivos:		
11. Fomenta que el niño camine, corra brinque, nade, practique algún deporte		
12. Aconseja a los padres limitar las horas de televisión o videojuegos		
13. Recomienda fomentar actividades en casa para disminuir el tiempo destinado a la televisión		
14. Recomienda la cita subsecuente		
15. En niños menores de 1 año cada 2 meses		
16. En niños de 1 y 2 años cada 6 meses		
17. En niños de 2 a 9 años cada año		

Obesidad

Items	si	no
1. Deriva al médico familiar a los menores de 2 años con obesidad		

2. Deriva al niño al médico familiar para valorar la referencia a pediatría con datos sugestivos de enfermedades asociadas a patologías genéticas o endocrinas		
3. Recomienda actividades grupales que favorezcan la sociabilidad del niño		

4. Considera en coordinación con el médico familiar la realización de una valoración bioquímica, con determinación de glucosa, colesterol, triglicéridos y hormonas tiroideas para valorar la presencia de otras patologías asociadas		
5. Informa y concientiza a los padres sobre lo que es la obesidad y sus efectos en la salud.		
6. Promueve cambios de alimentación en los que la familia participa como: utilizar poco aceite, limitar los postres, uso de raciones y comer despacio, evitar premiar con alimentos al niño		
7. Recomienda a los padres proporcionar un desayuno saludable antes de acudir a la escuela así como refrigerios saludables		
8. Proporciona un plan de cuidados domiciliarios y asegura la continuidad de los cuidados en el hogar		

Aspecto psico-emocional

items	si	no
1. Elimina el termino gordo y otras denominaciones que pueden estigmatizar o ser agresivas al referirse a los pacientes		
2. Le habla al niño de actividad física y de una alimentación variada, prestando atención a sus preferencias dejando en un segundo término los mensajes relacionados con la salud y enfermedad		

3. Enfatiza no usar la comida como premio o castigo para mantener la disciplina		
4. Alienta a los padres a convertirse en modelos de alimentación saludable		
5. Deriva a psicología para incluir una terapia conductual como parte de tratamiento integral		





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto "acciones de la enfermera especialista en familia en obesidad y sobrepeso en niños menores de 5 años de la UMF11" Aguascalientes, AGS, hoy ____ de _____ de 2015. El trabajo tiene el número de registro R-2014-101-14

El objetivo de este estudio es determinar las acciones realizadas por la enfermera especialista en Medicina Familiar en Sobrepeso y Obesidad en niños menores de 5 años en la Unidad de Medicina Familiar No11 de la Ciudad de Aguascalientes.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en ser observado durante mi jornada laboral para evaluar las acciones que realizo en niños menores de 5 años con sobrepeso y obesidad. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles inconvenientes y beneficios derivados de mi participación en este proyecto, que son los siguientes:

1. Inconvenientes: la observación se realizará durante toda la jornada laboral
2. Beneficios: no recibiré ningún beneficio personal por participar en este estudio , pero se me explico que el estudio permitirá valorar si las acciones realizadas son suficientes para la prevención de sobrepeso y obesidad infantil en menores de 5 años.

Entiendo que mi participación es voluntaria y que conservo el derecho a retirarme del estudio en cualquier momento que lo considere conveniente.

Cualquier información que se derive de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial y anonimato.

En caso de colección de material biológico (si aplica)

- No autorizo que se tome la muestra
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Dra. Ana Hortensia López Ramírez. Coordinadora de la especialidad en Medicina Familiar de la UMF1
R3 Medicina Familiar Martha Alejandra Silva Medina

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso bloque B de la unidad de Congreso, Colonia Doctores, México, D.F., CP 06720 Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230, Correo Electrónico: comisión.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el Consentimiento

Testigo 1 Nombre y firma

testigo2 Nombre y firma