

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Tema:

“ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A MUJERES ADULTAS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CENTRO DE SALUD LA VICENTINA, TUNGURAHUA, 2016”

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

AUTORA: Dra. Carmita Geomara Martínez Muñoz.

DIRECTORA: Dra. Aliucha Díaz Curbelo, Esp.

Ambato - Ecuador

2016.

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por el Doctor José Marcelo Ochoa Egas Magíster, e integrado por los señores Doctora Martha María Scull Molina Especialista, Doctor Johny Mauricio Torres Torres Especialista, Doctor Galo Juvenal Vinueza Aguay Especialista, designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Técnica de Ambato, para receptar el trabajo de Investigación con el tema: “ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A MUJERES ADULTAS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CENTRO DE SALUD LA VICENTINA, TUNGURAHUA, 2016”, elaborado y presentado por la Doctora Carmita Geomara Martínez Muñoz, para optar el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

Dr. José Marcelo Ochoa Egas. Mg.
Presidente del Tribunal

Dra. Martha María Scull Molina, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Johny Mauricio Torres Torres, Esp.
Miembro del Tribunal

Dr. Galo Juvenal Vinueza Aguay, Esp.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: “ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A MUJERES ADULTAS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CENTRO DE SALUD LA VICENTINA, TUNGURAHUA, 2016”, le corresponde exclusivamente a: Doctora Carmita Geomara Martínez Muñoz, Autora bajo la dirección de la Doctora Aliucha Díaz Curbelo Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

Dra. Carmita Geomara Martínez Muñoz.

C.C. 0602421307

AUTORA

Dra. Aliucha Díaz Curbelo, Esp.

C.C. X007671

DIRECTORA

DERECHOS DEL AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la institución.

Cedo los Derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

Dra. Carmita Geomara Martínez Muñoz.
C.C. 0602421307

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

Portada.....	i
A la Unidad Académica de Titulación.....	ii
Autoría del trabajo de Investigación.....	iii
Derechos del Autor.....	iv
Agradecimiento.....	vii
Dedicatoria.....	viii
Resumen Ejecutivo.....	ix
Índice general de contenidos.....	v
Índice de tablas.....	vii
Índice de gráficos.....	viii
Agradecimiento.....	ix
Dedicatoria.....	x
Executive abstract.....	xiii
Introducción.....	1
CAPITULO 1. EL PROBLEMA.....	5
1.1 Tema.....	5
1.2 Planteamiento del problema.....	5
1.2.1 Contextualización.....	5
1.2.2 Análisis Crítico.....	9
1.2.3 Prognosis.....	11
1.2.4 Formulación del Problema.....	11
1.2.5 Interrogantes.....	12
1.2.6 Delimitación del Problema.....	12
1.3 Justificación.....	13

1.4	Objetivos.....	14
1.4.1	Objetivo general:.....	14
1.4.2	Objetivos específicos:.....	15
CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO.....		16
2.1	Antecedentes investigativos.....	16
2.2	Estado del arte.....	18
2.3	Fundamentación filosófica.....	25
2.4	Fundamentación Legal.....	26
2.5	Categorías fundamentales.....	28
2.6	Fundamentación teórica.....	29
2.7	Fundamentación Ética.....	29
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....		32
3.1	Tipo de Investigación.....	32
3.1.1	Enfoque de la investigación.....	32
3.1.2	Tipo y modalidad de la investigación.....	32
3.2	Población y Muestra.....	33
3.3	Operacionalización de las variables.....	35
3.4	Procesamiento y recolección de la información.....	36
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....		44
CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		58
CAPÍTULO 6. PROPUESTA.....		59
6.1	Datos Informativos.....	59
6.2	Antecedentes de la propuesta.....	60
6.3	Justificación.....	61

6.4 Objetivos.....	62
6.5 Análisis de factibilidad.....	62
6.6 Fundamentación.....	64
6.7 Metodología, Modelo operativo.....	65
6.8 Administración.....	69
6.9 Previsión de la evaluación.....	69
ANEXOS.....	70
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	70
ANEXO 2. ENCUESTA.....	71
ANEXO 3. TABLAS.....	73
BIBLIOGRAFÍA.....	76

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.Malnutridas por exceso en relación a grupos de edad. CS La Vicentina. 2016.....	44
Tabla 2.Prevalencia estimada de malnutridas por exceso. CS La Vicentina. 2016.....	45
Tabla 3.Malnutridas por exceso en relación a la escolaridad. CS La Vicentina. 2016.....	48
Tabla 4. Malnutridas por exceso en relación al seguimiento médico. CS La Vicentina.2016.....	51
Tabla 5. Malnutridas por exceso en relación a consultas de seguimiento. CS La Vicentina.2016.....	53

Tabla 6. Malnutridas por exceso en relación a solicitud de referencia. CS La Vicentina.2016.....	54
--	----

Tabla 7. Malnutridas por exceso en relación a comorbilidades. CS La Vicentina. 2016.....	55
--	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Malnutridas por exceso en relación al estado civil. CS La Vicentina. 2016.....	47
---	----

Gráfico 2.Malnutridas por exceso en relación a la vinculación laboral. CS La Vicentina. 2016.....	50
---	----

Gráfico 3. Caracterización de la atención médica recibida en relación al estado nutricional. CS La Vicentina. 2016.....	57
---	----

AGRADECIMIENTO

A mis padres, por su incondicional apoyo y comprensión,
que va más allá de lo entendible. A mi familia.

Al Dr. Rubén García por ser mi mentor en este proyecto.

A la Dra. Carmen Pacheco por su invaluable colaboración.

Al claustro de docentes, nacionales y extranjeros,
al personal de los servicios de Ginecología y Medicina
Interna del Hospital IESS Ambato, de los servicios de
Pediatria y Emergencia del Hospital Provincial Docente
Ambato, por el tiempo dedicado, por su apertura y sobre
todo por la calidad humana aportada en esta formación.

Al personal que labora en el Centro de Salud La Vicentina,
dirigidos por el Dr. Patricio Villacís, quienes siempre
estuvieron prestos a brindarme su apoyo y amistad.

A la población del barrio la Vicentina por la acogida
brindada y por creer en este nuevo modelo de salud.

A ti, David, por soportarme en mis peores momentos,
por creer en mí aun cuando yo dudaba.

A todos infinitas gracias.

DEDICATORIA

A la bendición más grande que

Dios me ha obsequiado:

Mis padres, mis pilares fundamentales,

mi fortaleza y mi debilidad.

A mis hermanos, quienes con su apoyo

me hacen cada día más fuerte.

A mis sobrinos, quienes me inspiran a ser

cada día mejor y me permiten

creer en la bondad humana.

A mi familia, por estar siempre ahí, juntos,

por mantener el legado de Don Angelito Muñoz.

Por ustedes y para ustedes siempre.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

“ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A MUJERES ADULTAS CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO. CENTRO DE SALUD LA VICENTINA, TUNGURAHUA, 2016”

AUTORA: Doctora Carmita Geomara Martínez Muñoz.

DIRECTORA: Doctora Aliucha Díaz Curbelo, Especialista.

FECHA: 08 de agosto del 2016.

RESUMEN EJECUTIVO

Introducción: La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo – transversal con el objetivo de caracterizar la atención integral de salud que reciben las mujeres adultas con malnutrición por exceso atendidas en el Centro de Salud La Vicentina, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, 2016. La muestra estuvo constituida por 94 mujeres adultas de 20 a 64 años de que presentaron malnutrición por exceso y seleccionadas de forma aleatoria estratificada.

Resultados y discusión: El 52,12 % corresponde a pacientes con sobrepeso y el 34,04 % pertenecen al grupo de 20 a 39 años. El 48,94% corresponde a las casadas, 60,63% corresponden a mujeres con nivel de

escolaridad secundario, la autoidentificación mestiza con el 88,30 %, el 11,70 % mostró atención médica adecuada y el 88,30 % inadecuada, siendo los grupos de las sobrepeso con 44,66 % y las obesas grado I con el 24,46 % las que aportan el mayor número de casos con seguimiento inadecuado.

Conclusiones y Recomendaciones: Se concluyó que la mayor prevalencia por malnutrición por exceso fue en mujeres con sobrepeso y en el grupo de 20 a 39 años. La atención médica integral recibida en la mayoría de las mujeres con malnutrición por exceso, estudiadas, resultó inadecuada. La guía de atención integral propuesta favorecerá el seguimiento, control y evolución de estas pacientes.

Palabras claves: sobrepeso, obesidad, atención médica integral.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TOPIC:

“A COMPREHENSIVE HEALTH CARE TO ADULT WOMEN WITH EXCESS MALNUTRITION. HEALTH CENTER LA VICENTINA, TUNGURAHUA, 2016”

AUTHOR: Doctor Carmita Geomara Martínez Muñoz

DIRECTOR: Doctor Aliucha Díaz Curbelo, Specialist.

DATE: August 8, 2016

EXECUTIVE ABSTRACT

Introduction: Obesity is a chronic disease of multifactorial etiology.

Methodology: A descriptive study was conducted - transversal with the aim of characterizing the comprehensive health care that adult women receive with overweight who were treated at the Health Center La Vicentina, canton Ambato, Tungurahua province, 2016. The sample consisted of 94 adult women aged 20 to 64 who presented excess malnutrition and stratified randomly selected.

Results and Discussion: 52.12% are overweight patients and 34.04% belong to the group of 20-39 years. The 48.94% are married women, 60.63% are women with secondary school level, the mestizo self-identification with 88.30%, 11.70% showed adequate medical care and inadequate with 88.30%, being groups with 44.66% overweight and obese women with grade

1 with 24.46% which bring the big number of cases with inadequate monitoring.

Conclusions and Recommendations: It is concluded that the highest prevalence of excess malnutrition was in overweight women and in the group of 20-39 years. Comprehensive medical care received in most women with excess malnutrition, studied, was inadequate. The guide comprehensive care proposal will favor the monitoring, control and evolution of these patients.

Keywords: overweight, obesity, comprehensive medical care.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la obesidad constituye la alteración nutricional más frecuente presente en el mundo desarrollado, la misma que ha alcanzado dimensiones importantes en los países en vías de desarrollo. Esta alteración tiene una relación directa con el incremento de la morbilidad y la disminución en la esperanza de vida, dicha relación no es nueva, ya en el siglo IV AC Hipócrates afirmó que: "la muerte súbita es más común en aquellos que son naturalmente gordos que en los delgados".

Las repercusiones de la obesidad sobre el estado de salud deben considerarse a partir de varias perspectivas: la magnitud total de obesidad, la dimensión de la reserva corporal de grasa, el patrón de distribución regional de grasa subcutánea y el grado relativo de acumulación de grasa intraabdominal.

La etiología de la obesidad es multifactorial, se desarrolla a partir de la confluencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. Es una enfermedad crónica que se define como el exceso de grasa en relación con el peso.¹

La obesidad es un problema de salud crónico, complejo, heterogéneo, de crecimiento y comportamiento epidémico que acorta la esperanza de vida, genera gran morbilidad y aumenta los costos socio-sanitarios. En el año 2005 más de un billón de personas en el mundo tenían sobrepeso y más de 300 millones eran obesos. El sobrepeso y la obesidad se involucran en el 44 % de los casos de diabetes mellitus, el 23 % de cardiopatía isquémica, entre el 7 y 14 % de algunos cánceres.²

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que aproximadamente 1.600 millones de personas en el mundo tienen exceso de peso y por lo

menos 400 millones de ellas son obesas. En el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos. La mayoría de la población mundial viven en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal.³

Datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) refuerzan el reconocimiento de la problemática en la Región de las Américas con 139 millones de personas con sobrepeso u obesidad (25% de la población del continente americano). En función del crecimiento epidémico que está teniendo, para el 2015 esta problemática alcanzó a 289 millones de personas (39% de la población de la Región).⁴

El Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) define de la siguiente manera la atención integral: Atención Integral a la población: es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.⁵

Teniendo en consideración este concepto queda clara la importancia de brindar atención integral a las pacientes con sobrepeso y obesidad en pro de disminuir las consecuencias que se presentarán a futuro, las mismas que implican no solo afectación en el nivel de vida de las pacientes sino que provocará un considerable incremento en los costos por atención sanitaria, lo que implica mayor inversión por parte del estado.

Es importante indicar que a pesar de la utilización frecuente del término “atención integral de salud”, no existen parámetros que avalen este tipo de

atención, no han sido determinados los rangos que permitan validar hasta qué punto los pacientes reciben una adecuada atención integral y hasta qué nivel los profesionales de la salud cumplen con este precepto.

En el desarrollo de este estudio la autora elaboró la propuesta de una guía de atención integral de salud para la evaluación y seguimiento de las mujeres con malnutrición por exceso con parámetros definidos que permitieron realizar una evaluación del tipo de atención que recibieron las pacientes, lo cual es indispensable para dar respuesta al problema en cuestión, esto además permitió dar respuesta a preguntas frecuentes presentes en la bibliografía mundial que relaciona el inadecuado manejo del paciente con malnutrición por exceso y la aparición de complicaciones.

Dentro de las normativas establecidas por el Ministerio de Salud del país existen varios programas orientados hacia lograr una alimentación adecuada, enfocadas a grupos poblacionales específicos, por ejemplo, las Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes ⁶, así como también se han elaborado las normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y el parto ⁷, sin embargo no existe un programa nutricional direccionado a las mujeres adultas con malnutrición por exceso lo que constituye una deficiencia de atención integral de salud.

El Estado ya ha aceptado que el problema de malnutrición por exceso constituye uno de los principales problemas sanitarios del país. En noviembre de 2013 se expidió el reglamento en Ecuador que obliga a poner un semáforo nutricional en los alimentos procesados y envasados y que, además, prohíbe atribuir al producto virtudes nutricionales o efectos terapéuticos. ⁸

El reconocimiento de la necesidad de un trabajo coordinado multidisciplinario, multisectorial, con participación de todos los actores implicados en la producción y resolución de la problemática del sobrepeso y la obesidad, con el fin de brindar una adecuada y completa atención integral de salud es el punto de partida fundamental para la realización de este estudio.

CAPITULO 1. EL PROBLEMA

1.1 Tema:

Atención integral de salud que reciben las mujeres adultas con malnutrición por exceso de la población del centro de Salud La Vicentina.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

MACRO

La situación global de la nutrición presenta modificaciones importantes con respecto a lo que sucedía tiempo atrás. Se estima que para el año 2020, dos tercios de la población mundial se encontrarán afectados por enfermedades no transmisibles y, principalmente, relacionadas con la dieta.¹⁰

Cada año mueren en el mundo 2,8 millones de personas debido al sobrepeso o la obesidad, los cuales aumentan el riesgo de padecer coronariopatías, accidentes cerebrovasculares isquémicos, diabetes mellitus de tipo 2 y algunos tipos de cáncer frecuentes. La prevalencia mundial de obesidad (índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m²) casi se duplicó entre 1980 y 2008, para este último año, el 10 % de los hombre y el 14 % de las mujeres eran obesos, en tanto en 1980, el 5 y el 8 % de hombres y mujeres, respectivamente, presentaban este problema nutricional. Los porcentajes más alto de individuos con sobrepeso y obesidad se encuentran

en la región de las Américas: sobrepeso 62 % en ambos sexos y obesidad en el 26 %. En tanto en la región de Asia Sudoriental presentan sobrepeso el 14 % y obesidad en el 3 % de ambos sexos.⁹

La Organización para el Desarrollo y cooperación económica (OECD por sus siglas en inglés) menciona que, por lo menos 13 países pertenecientes a dicha organización, la mitad de la población adulta se encuentra con sobrepeso y franca obesidad clínica. En algunos países, como, Japón, Corea, Francia y Suiza, estas tasas son menores, aunque últimamente se han incrementado.¹⁰

La atención integral como concepto es el saber y la práctica de la clínica, en conjunto con el saber y la práctica epidemiológica, ambas prácticas articulan una dimensión de complementariedad sin dicotomizar la acción preventiva de la curativa y sin excluir la promoción. La conceptualización sobre la integralidad en salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de la vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud, (complejos y poco estructurados) y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares que no pueden ser estandarizadas. Por lo tanto, el enfoque comunitario y la participación social en el modelo de atención del primer nivel, no se reduce a que las personas participen en la gestión de los servicios. En el mejor de los casos, es preciso que se sientan representados (as) en las Juntas de Salud, tomen decisiones colegiadas, opinen sobre la calidad de los servicios, demanden en las contralorías de servicios, etc. Todo ello en el marco de la concepción de la persona como un todo biológico y social que funciona en un contexto social y cultural determinado.¹¹

En la actualidad la mayor parte de los países han adoptado el modelo de atención médica integral. En Costa Rica lo definen de la siguiente manera: “el Modelo (se refiere al Modelo Readecuado de Atención) se caracterizará por un enfoque biopsicosocial del proceso salud enfermedad, por una atención integral y continua de la salud de las personas, con énfasis en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de Atención Primaria. El sujeto de la atención dejará de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente, a la familia y la comunidad” ¹¹

Con este enfoque dirigido a la atención de los problemas de salud presentes en la población, y por las características de epidemia con la que se enfoca el sobrepeso y la obesidad, está muy claro que su tratamiento también lleva una atención integral, sin embargo no todos los modelos de atención integral cuentan con guías o protocolos que permiten la evaluación de mujeres adultas con malnutrición por exceso. Existen guías de atención direccionadas a grupos específicos como son los niños, adolescentes y adultos, así México cuenta con una guía de atención médica integral para adultos con sobrepeso y obesidad exógena¹⁸, sin embargo, esta guía presenta un enfoque general, sin hacer la distinción respectiva con relación al sexo.

MESO

La obesidad es un problema importante en América Latina, en la que en el 2005 había aproximadamente 139 millones de personas con sobrepeso u obesidad (un total de 25% de la población del continente americano). Para el 2015 se previó que esta cifra alcanzaría los 289 millones de personas (39% de la población total de la región). El problema es más marcado en las mujeres en casi todos los países. En los niños en edad escolar (de 5 a 12 años de edad), las tasas de obesidad y sobrepeso han aumentado vertiginosamente en las últimas tres décadas y, por ejemplo, han llegado al

30% en Colombia, Ecuador y Perú, y han superado el 40% en los Estados Unidos y México.¹²

Han contribuido a este problema distintos factores como la alta prevalencia de la inactividad física, la disponibilidad y el consumo cada vez mayores de los alimentos procesados con gran cantidad de grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares y sal (por ejemplo, la comodidad de la “comida rápida”, las patatas fritas y los aperitivos salados, y las bebidas azucaradas) y el mayor tamaño de las porciones. Ante esta situación, varios países de la Región, 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.¹³

Por disposición del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), el 15 de noviembre del 2013 el presidente de la República decretó el nuevo etiquetado nutricional para alimentos procesados, denominado “Etiqueta del Semáforo Nutricional”. Esta innovación en salud consiste en representar los componentes alimenticios que un producto tiene, categorizados en color rojo, amarillo o verde, de acuerdo a los niveles nutricionales que contengan.⁸ La Etiqueta del Semáforo Nutricional se centrará en tres elementos del alimento procesado, azúcares, sales y grasas, cuyo elevado consumo se relaciona con la prevalencia de algunas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) que aquejan a la sociedad ecuatoriana como son: Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial, Dislipidemias y Obesidad.

En el Ecuador existen las Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes⁶ las mismas que proporcionan una serie de actividades orientadas a la prevención de dicho cuadro, sin embargo no existen guías para el

tratamiento de esta enfermedad, una vez que se haya instaurado, que esté orientado a ningún grupo poblacional, mucho menos existen protocolos de atención integral que estén dirigidos a la mujer adulta, a pesar de ser este uno de los grupos poblacionales más afectados.

MICRO

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) Ecuador 2012 en la provincia de Tungurahua el 41,8% de la población presenta sobrepeso y el 14,7% padece de obesidad, a nivel nacional el 37.9% de la población femenina sufre de sobrepeso y el 27,6%, de la misma población, presenta obesidad.¹⁴ Por los datos obtenidos del diagnóstico situacional¹⁵ de salud realizado en el barrio La Vicentina en el año 2014, se observó que el 13,48% de la población femenina adulta presenta dicha alteración, sin embargo es importante aclarar que este valor está subestimado debido a que muchas pacientes no saben su IMC o no consideran padecer de sobrepeso u obesidad o no acuden al médico por estos padecimientos, sino hasta que se presenta alguna complicación. Ya para el año 2015 el análisis de la situación de salud realizado ese año reporta que el 36% de la población femenina comprendida entre los 20 y 64 años de edad padecen de sobrepeso y obesidad¹⁶, dichos datos están más en relación con la problemática local y nacional que los recogidos anteriormente

1.2.2 Análisis Crítico

El incremento de la morbilidad que acompaña a la acumulación adiposa y el progresivo aumento de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad que se observa en el mundo en los últimos años, y muy especialmente en las sociedades desarrolladas, han conducido a que este cuadro de malnutrición por exceso represente en la actualidad un auténtico

problema sanitario que ha sido considerado por la OMS, con una terminología algo alarmista, como una epidemia del siglo XXI. Para que en esta necesaria lucha contra la obesidad se implique de manera decidida la atención primaria de salud resulta imprescindible que, previamente, la administración de salud sea más consciente del problema y adopte decisiones, para conseguir que esta estrategia terapéutica y preventiva sea más eficaz. Aparte de los datos ya señalados sobre el aumento de la prevalencia y del incremento de morbilidad ligados a la acumulación adiposa, existen otros factores que deben ser valorados en esta lucha necesaria contra la obesidad por parte del sistema de salud. Uno de estos factores está relacionado con las graves consecuencias que produce la obesidad en la calidad de vida de los pacientes afectados. El paciente obeso, y muy especialmente la mujer, se siente gravemente discriminado desde el punto de vista social y laboral y este hecho produce sufrimientos, injustificado deterioro de la autoestima y disminución global de la calidad de vida. Por otro lado, la obesidad, a través de gastos directos e indirectos, representa un 28 % de los costes sanitarios globales en las naciones desarrolladas.

Debido a las cifras tan alarmantes relacionadas con la prevalencia de esta alteración nutricional y ante su tendencia creciente, resulta evidente la necesaria participación de los médicos de atención primaria en esta lucha contra el sobrepeso y la obesidad, lo cual es absolutamente indispensable dada la magnitud del problema, tanto desde el punto de vista preventivo como terapéutico.

El nuevo modelo de atención presenta una visión integral del individuo, de modo que los problemas de salud no están separados conceptualmente de la persona, ni la persona está separada de su contexto. Este modelo rompe con el viejo paradigma del modelo biomédico, en que la enfermedad solía ser vista independientemente del individuo y del contexto social. Además, las

enfermedades mentales y físicas se consideraban totalmente separadas. Los problemas de salud pueden tener múltiples causas, entre ellas, componentes mentales y físicos, pero lo más importante es que pueden ser influenciadas en su curso a través de la relación médico-paciente. Entonces, la tarea del médico es comprender la naturaleza de los problemas de salud, pero también entender al paciente y el significado que tiene para este el problema de salud.

Este nuevo paradigma tiene implicaciones importantes para el método clínico y, sobre todo; cómo los médicos deben manejar su práctica y el espacio - población del cual son responsables. El término “atención médica integral” cubre todo el espectro de la medicina. Comprende el enfoque biopsicosocial de la atención en salud, a los pacientes y sus familias en el entorno comunitario, que; mediante diversas estrategias de aplicación como son promoción, educación, prevención, curación y rehabilitación, se orientan a satisfacer sus necesidades y problemas en salud.¹¹ Con este enfoque es indispensable tratar a las pacientes con malnutrición por exceso para lograr una adecuada corrección del problema presente.

1.2.3 Prognosis

Una vez conocido el problema si no logramos brindar una atención integral de salud a las mujeres adultas con malnutrición por exceso no se podrá prevenir las complicaciones futuras que puedan presentarse por la relación directa entre esta alteración nutricional y el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

1.2.4 Formulación del Problema

¿Reciben atención médica integral las mujeres adultas con malnutrición por exceso, atendidas en el Centro de Salud La Vicentina?

1.2.5 Interrogantes

¿Cuál es la prevalencia de malnutrición por exceso en las mujeres adultas?

¿Cuáles son las principales enfermedades que se presentan en las mujeres adultas con malnutrición por exceso?

¿Existe relación entre el seguimiento médico que reciben las mujeres con malnutrición por exceso y la identificación oportuna de comorbilidades asociadas?

Línea de investigación: Ciencias de la nutrición: desnutrición infantil, bulimia y anorexia, déficit y exceso nutricional, obesidad.

1.2.6 Delimitación del Problema

Campo: Salud Pública

Área: Medicina Familiar.

Aspecto: malnutrición por exceso.

Delimitación temporal: la presente investigación se realizó en el período Enero 2015 – Enero 2016

Delimitación espacial: el problema en mención analizó a mujeres adultas con malnutrición por exceso que recibieron atención en el Centro de Salud La Vicentina. Cantón Ambato. Provincia Tungurahua.

1.3 Justificación

La malnutrición por exceso constituye una enfermedad crónica, multifactorial y sistémica que actualmente es considerada una epidemia a nivel mundial, con lo cual se ha transformado en un problema de salud pública debido a las complicaciones que provoca y a los altos costos que estas reflejan en el presupuesto gubernamental. A todo esto, se suma la disminución en la calidad de vida que produce en las personas que padecen de este cuadro, así como la disminución en la sobrevida de los mismos. Por ser una enfermedad de características bio-psico-sociales es indispensable que su atención abarque todos los aspectos que se encuentran afectados recibiendo una atención médica integral.

Se ha evidenciado que las mujeres adultas que viven en el barrio La Vicentina, presentan en un 13,48 % ¹⁷ trastornos nutricionales por exceso y no reciben una atención médica integral de salud a pesar de que el nuevo modelo de atención de salud así lo establece, esta falla en la atención brindada a este grupo poblacional predispone a que las mismas presenten a futuro otras enfermedades crónicas relacionadas con el aumento de peso que ocasionarían mayores afectaciones en el estado de salud.

Por lo datos obtenidos a través del Diagnóstico de la situación de salud del barrio La Vicentina ¹⁷ se observó que las mujeres adultas amas de casa presentan mayor predisposición a padecer dicho trastorno nutricional debido a que permanecen mayor tiempo en sus hogares dedicadas al cuidado del mismo, lo cual contribuye a mantener una vida sedentaria, a diferencia de otros grupos poblacionales donde la mujer trabaja para contribuir al sustento económico de los hogares, lo que implica mayor actividad física e interacción social, esto conlleva a que dichas mujeres tengan un enfoque distinto hacia su persona y busquen mantener un mejor aspecto visual.

Se estima que el 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. En pacientes adultos, el sobrepeso y la obesidad, son responsables de cerca del 80% de los casos de diabetes mellitus tipo 2, 35 % de enfermedad cardiovascular isquémica y el 55 % de enfermedad hipertensiva, los cuales en su conjunto causan más de un millón de muertes y se estima que una de cada trece muertes anuales en la Unión Europea se relaciona con el exceso de peso. ¹⁸

Por lo tanto si se brinda una atención integral de salud a este grupo poblacional se contribuye a que las mismas adopten estilos de vida saludables, se diagnostiquen en tiempo otras enfermedades crónicas relacionadas con el exceso de peso corporal y de esta manera se elevaría la calidad de vida de ellas.

De lo anterior, se considera que la población femenina adulta del Barrio La Vicentina, al estar expuesta a la aparición de enfermedades crónicas por la falta de atención médica integral en salud, exige la implementación de una guía, para los profesionales del sistema, que facilite el manejo y seguimiento de dichas mujeres en busca de mejorar la calidad de vida de estas.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general:

Caracterizar la atención integral de salud que reciben las mujeres adultas con malnutrición por exceso atendidas en el Centro de Salud La Vicentina, cantón Ambato, provincia de Tungurahua, 2016.

1.4.2 Objetivos específicos:

1. Estimar la prevalencia de malnutrición por exceso en mujeres adultas.
2. Identificar según variables sociodemográficas a las mujeres adultas con malnutrición por exceso estudiadas.
3. Determinar el seguimiento médico que reciben las mujeres con malnutrición por exceso y la presencia de comorbilidades asociadas.
4. Proponer una guía de atención integral de salud para la evaluación y seguimiento de mujeres adultas con malnutrición por exceso.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

La obesidad es una enfermedad caracterizada por un incremento en la grasa corporal, que se acompaña de morbilidad y mortalidad elevadas. Entre los factores asociados al desarrollo de la obesidad se encuentran los factores genéticos, una dieta inadecuada y el sedentarismo, estos últimos característicos de buena parte de la población actual.¹⁹ El sobrepeso y la obesidad ya no son considerados meramente un aumento del peso corporal, hoy en día, la epidemiología del fenómeno, su correspondencia con la composición corporal, sus aspectos genéticos, su ceñida coexistencia con ciertos dismetabolismos, y especialmente el difícil enfoque clínico terapéutico la muestran como un fenómeno en avanzada, que está en el eje de la mirada médica nutricional mundial.

En la actualidad referirse al sobrepeso y obesidad implica tratar de la epidemia más importante que afecta a la humanidad en el último siglo, enfrentarla es todo un desafío desde el punto de vista científico, político y social.²⁰

En Ecuador y en varios países de Latinoamérica, el sobrepeso y la obesidad presentan un incremento notable en su prevalencia, así lo expresan los últimos datos epidemiológicos disponibles. En una encuesta realizada por el Centro de estudios de Población y Desarrollo (CEPAR) se obtuvieron los siguientes datos: distribución porcentual del IMC de 3841 mujeres no embarazadas que tenían por lo menos un hijo menor de cinco años. En esta

muestra, que es representativa de todo el país, el 40,4 % presentó sobrepeso y el 14,6 % obesidad. La prevalencia de obesidad y sobrepeso fue la misma tanto en el área urbana como en el área rural, presentando el 44,4 %. En la distribución territorial la zona Insular presentó la mayor prevalencia en donde el sobrepeso tuvo el 44,2 % y la obesidad el 17,4 %. La región Amazónica tuvo la prevalencia más baja con el 35,0 % para el sobrepeso y el 15,0 % de obesidad, también se evidenció que el estrato social no influye en la prevalencia alta de la alteración nutricional, así en la población con estrato socioeconómico bajo el sobrepeso equivale al 38,2 % y la obesidad al 12,9 % y en el estrato más alto equivalen al 47,1 % y 15,6 % respectivamente, con esto se demostró que el exceso de peso afecta tanto a mujeres con recursos económicos altos y también a las pobres. Actualmente esta situación tiene relación directa con el incremento notable de la prevalencia de síndrome metabólico y otros factores de riesgo cardiovascular que han influido en los cambios acerca de las causas de morbilidad y mortalidad que se observan en la actualidad.²¹

Se considera que en Ecuador existen nuevos patrones de malnutrición por exceso, que afectan principalmente a mujeres, la mayoría de ellas de clase social menos favorecida, esto se debería entre varias cosas a la transición nutricional que se presenta en la actualidad, que consiste en el consumo de una dieta hipocalórica, dependiente de un predominio de calorías de origen vegetal, por una dieta hipercalórica con predominio de alimentos de origen animal y azúcares refinadas. Datos recientes confirman que en varias ciudades de América Latina, con un ingreso y desarrollo medio, como Quito y Lima, con Índices de Desarrollo Humano de 0,772 y 0,773, respectivamente, las mujeres presentan una alta prevalencia de malnutrición por exceso, la misma que es mayor que en los hombres, enfermedad generada socialmente y que actualmente se considera un indicador de desventaja socioeconómica.

Anteriormente se pensaba que el exceso de peso afectaba únicamente a los sectores sociales más acomodados, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, sin embargo los datos de que disponemos actualmente no confirman esta aseveración y al contrario demuestran que afecta al menos por igual, a las clases socioeconómicas más pobres, con el agravante de que el impacto sobre su salud es más severo. El incremento de la obesidad es notorio en los países de América Latina y el Caribe, como se ve en los datos publicados por Rueda-Clausen, en los cuales se observa un crecimiento importante de la prevalencia en el periodo comprendido entre los años 2000-2005, en relación a los años 1960-1969. Según estos datos México, Paraguay, Perú y Ecuador presentan la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los países de Latino América y el Caribe: $\geq 50\%$, si se toma en cuenta un IMC $\geq 25\%$. Igualmente, Paredes-Suarez y colaboradores, en un estudio para identificar niveles de riesgo para diabetes, hipertensión arterial y cardiovascular entre 788 trabajadores (52,78% mujeres), encontraron los siguientes datos: edad promedio de la muestra: 26.8 ± 7.2 años, IMC: 25.04 ± 3.8 , 38% sobrepeso y 13% obesos, con predominio en mujeres.²¹

2.2 Estado del arte

La realidad del sobrepeso y la obesidad en la población es actualmente uno de los problemas más graves a nivel de la salud pública. En la actualidad a nivel mundial existen aproximadamente 1.600 millones de adultos con sobrepeso y de estos 400 millones han sido diagnosticados de obesos. En el 2005 se realizaron estudios que determinaron que el 46 % de la población adulta presenta problemas de sobrepeso y obesidad, siendo más afectadas, de manera importante, las mujeres. La globalización influye de manera directa debido a los cambios rápidos en el aspecto socioeconómico, demográfico y tecnológico, esto como consecuencia propia de la evolución

con su consecuente influencia en la transición nutricional. La humanidad ha sufrido cambios importantes en su estilo de vida, dentro de los cuales se encuentran la actividad física y los hábitos nutricionales, dichos cambios han influido de manera directa en el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

La modificación de dichos patrones conlleva a un incremento en el consumo de alimentos con alto contenido calórico asociado a una disminución del gasto energético. Esta situación se ha globalizado lo que ha provocado que se presenten importantes modificaciones en relación a lo que ocurría tiempo atrás. Se espera que para el año 2020, las dos terceras partes de la población mundial estarán afectados por enfermedades no transmisibles que tengan relación directa con las alteraciones dietéticas.¹⁰

2.2.1 El problema de la obesidad

El aumento de las tasas de sobrepeso y obesidad se considera un importante problema de salud pública en la actualidad. Cifras actuales indican que aproximadamente 1600 millones de adultos presenta sobrepeso y de estos cerca de 400 millones son obesos. Esta situación está presente tanto en países desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Preocupa la alta incidencia de obesidad presente en los niños. 20 millones de menores de cinco años tienen sobrepeso. Según cifras de la OMS, en el 2014 el 39 % de las personas adultas tenía sobrepeso y el 13 % eran obesas.^{3, 22, 23}

Los países con mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad son Estados Unidos y México. En el primero la prevalencia de obesidad presentó un incremento del 50 % entre 1980 y 1990. Los dos países con mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad son los Estados Unidos y México. En los Estados Unidos la prevalencia de obesidad se incrementó en 50% en la

década entre 1980 y 1990. La encuesta Nutrition Health Survey (NHANES) de 2005 – 2006, determinó que el 32,7 % de los estadounidenses mayores de 20 años presentaban sobrepeso, 34,3 % eran obesos y el 5,9 % tenían obesidad mórbida. De estos, 28 % eran hombres y 34 % mujeres, cerca del 50 % de mujeres negras no hispánicas eran obesas. La situación no era mejor en los niños y adolescentes, pues según este mismo estudio realizado entre el 2003 al 2006, se reportó una prevalencia de sobrepeso del 12,4 % en los niños de entre 2 y 5 años, de 17,0 % en los niños de entre 6 a 11 años y de 17,6 % en los adolescentes entre 12 y 19 años. Según ENSANUT, situación igualmente preocupante se presenta en México, en donde el 71,9 % de las mujeres y el 66.7 % de los hombres entre 30 y 60 años presentaban sobrepeso u obesidad. Es importante indicar que la prevalencia de obesidad se ha incrementado de manera considerable para ambos sexos. En 1993, este valor era de 21,5 %, en el 2000 estaba en 24 % y en 2006 se encontraba que la obesidad llegaba casi al 30 % de la población mayor de 20 años, en donde el 34,5 % correspondía a las mujeres y el 24,2 % a los hombres.²⁴

2.2.2 Enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.

Cáncer y su relación con la obesidad.

La aparición de enfermedades no transmisibles, relacionadas con la dieta, se presenta en épocas cuya característica es el consumo de alimentos con altos contenidos en grasas, azúcares refinados, colesterol y escasa fibra y ácidos grasos poliinsaturados, esto asociado a una disminución marcada en la práctica de ejercicio físico e incremento del sedentarismo. Esto sucede tanto en poblaciones de clases socioeconómicas altas como de bajos ingresos, siendo mayor en este último, ya que el estar delgado y esbelto implica disponibilidad de tiempo libre y recursos económicos.¹⁰

En la actualidad existe una clara evidencia de que el ritmo y la vía de crecimiento inicial es un factor de riesgo importante para el desarrollo de un grupo de enfermedades crónicas que incluyen la enfermedad cardíaca coronaria, apoplejía, diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial. Esto ha dado lugar a un nuevo modelo de "desarrollo" para estos trastornos. La llamada "hipótesis de los orígenes fetales" propone que los trastornos se originan a través de la plasticidad del desarrollo, por lo que la malnutrición durante la vida fetal, la lactancia y la primera infancia pueden cambiar permanentemente la estructura y función del cuerpo, un fenómeno conocido como "programación". Tanto el ritmo como el camino del crecimiento temprano son factores determinantes en el desarrollo de un grupo de enfermedades, que incluye la diabetes de tipo 2, la enfermedad coronaria, el infarto del miocardio y la hipertensión arterial.²⁵

A nivel global la prevalencia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición ha presentado un incremento alarmante. La OMS considera que en un futuro próximo se convertirán en las principales causas mundiales de morbilidad y mortalidad. Para el 2020, se considera que las dos terceras partes de la población general padecerán de enfermedades ocasionadas, en su mayoría, por una alimentación desequilibrada. Aproximadamente 1,8 millones de personas fallecen cada año a causa de enfermedades cardiovasculares, cuyo origen es principalmente la diabetes y la hipertensión arterial.²⁶

La Association for International Cancer Research (AICR), encontró una asociación entre los cánceres de mama, endometrio, colon, páncreas, riñón, recto, esófago y vesícula con el exceso de grasa corporal. Esta asociación hace una proyección 100.500 casos, aproximadamente, causados por obesidad al año, en Estados Unidos. Sin embargo, siempre nos preguntaremos, ¿por qué algunos cánceres se asocian a obesidad y otros

no? ¿Se debe esto a que existen diferencias en la especificidad del tejido? Por ejemplo, se sabe que antes de la menopausia hay una forma de protección, pues la presencia de grasa corporal disminuye el riesgo de cáncer de seno; sucede lo contrario en la posmenopausia, cuando el riesgo aumenta con la obesidad. Podría ser que el cáncer no esté necesariamente relacionado con el exceso de calorías, sino que los cambios metabólicos que se producen aumenten el riesgo de padecer la enfermedad. Definitivamente, la dieta es importante para prevenir el cáncer y es más importante para algunos tipos de cáncer que para otros.²⁷

Se han sugerido varios mecanismos posibles para explicar la asociación entre la obesidad y un mayor riesgo de algunos cánceres:

- El tejido adiposo produce cantidades en exceso de estrógeno, y concentraciones altas de esta hormona se han asociado con el riesgo de cánceres de seno, de endometrio y de otros.
- La gente obesa tiene con frecuencia concentraciones mayores de insulina y el factor de crecimiento como la insulina-1 (IGF-1) en su sangre (una afección conocida como hiperinsulinemia o resistencia a la insulina), lo cual puede fomentar la formación de algunos tumores.
- Las células grasas producen hormonas, llamadas adipocinas, las cuales pueden estimular o inhibir el crecimiento celular. Por ejemplo, la leptina, que abunda más en gente obesa, parece que fomenta la proliferación celular, mientras que la adiponectina, que es menos abundante en gente obesa, puede tener efectos antiproliferativos.
- Las células adiposas pueden tener también efectos directos e indirectos en otros reguladores del crecimiento de tumores, incluso la proteína cinasa activada por el blanco mamífero de

la rapamicina (*mammalian target of rapamycin, mTOR*) y por el monofosfato de adenosina, (*adenosine monophosphate, AMP*).

- La gente obesa tiene con frecuencia inflamación crónica en un grado bajo o "sub-agudo", lo cual está asociado a un mayor riesgo de cáncer.

Otros mecanismos posibles son las reacciones inmunitarias alteradas, los efectos en el sistema del factor nuclear kappa beta y el estrés oxidativo.

2.2.3 Atención integral en las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad.

El MAIS explica claramente los parámetros bajo los cuales se define la integralidad en cuanto a la atención médica que debe recibir la población, así indica que:

“Integralidad en la atención individual y familiar: como ser biopsicosocial perteneciente a una familia y a una comunidad, no sólo como el receptor de las acciones diseñadas, ofertadas y brindadas por los servicios de salud de la Red de Salud, sino también como un actor social y sujeto que define sus propias metas en la vida y por tanto toma decisiones respecto a su salud de manera consciente y sistemática. Por consiguiente, la Atención Integral a la Salud de las personas y/o grupos poblacionales son todas las acciones realizadas por el Estado y la Sociedad Civil de manera concertada y negociada tendientes a garantizar que las personas, las familias y los grupos poblacionales permanezcan sanos y en caso de enfermar, recuperen rápidamente su salud evitándoles en lo posible la ocurrencia de discapacidad o muerte”. Además nos indica que la “Atención Integral a la población: Es dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.”²⁸

Todos estos conceptos se encuentran claramente definidos sin embargo dentro de la normativa de atención integral a la población del Ecuador no existen definidos los parámetros para evaluar la atención integral que deben recibir las mujeres con malnutrición por exceso.

Siendo la obesidad un problema prioritario de salud pública y cumpliendo con lo indicado en el marco constitucional y basándose en las características del MAIS, es el primer nivel de atención médica quien tiene la responsabilidad de detectar tempranamente los problemas de sobrepeso y obesidad presente en la población.²⁹

Existen países como México, Canadá y España, entre otras, que presentan guías de atención integral para pacientes con sobrepeso y obesidad orientadas a la población en general, en el Ecuador no existe una guía de atención dirigida a la población adulta, solamente se cuenta con las Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes ³⁰, en donde se indica que el panorama de prevención y control de la obesidad debe definir distintos ámbitos de acción: sanitario, escolar, deportes y recreación, comunitario y familiar, académico y científico, urbanístico, empresarial, comunicacional, con el fin de mejorar los hábitos alimentarios, aumentar la actividad física e integrar los principios de sostenibilidad, participación social y equidad. Las acciones antes mencionadas tienen que comenzar con un criterio de focalización y priorización hacia los grupos poblacionales mayormente expuestos. Este enfoque contribuye a corregir las inequidades relacionadas con la pobreza, la discriminación de género y la falta de acceso a los servicios de salud. ³¹

Al no contar con un concepto claro para definir la atención integral a mujeres adultas con sobrepeso y obesidad, se toma en consideración los criterios

antes expuesto y se define el concepto bajo el cual se valorará dicha atención, definiéndola de la siguiente manera:

Atención integral de salud a la mujer adulta con malnutrición por exceso se considera como la continua provisión de servicios de salud, con alta calidad de atención que se oriente hacia actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, todo esto tomando en cuenta en contexto individual, familiar y comunitario, para las mujeres que presentan una condición de salud producto del desorden nutricional caracterizado por la ingestión excesiva de calorías en relación a sus necesidades energéticas o cuya condición sea producto de un desorden metabólico (endocrinopatía) que desembocan en sobrepeso y obesidad. Todo esto aplicado en las esferas biológicas, psicológicas y sociales.

2.3 Fundamentación filosófica

Según el Dr. Fluvio Rossi, Diputado de la República Chilena, se ha demostrado que la obesidad es más frecuente en los estratos socioeconómicos bajos debido a la precaria alimentación nutricional, ya que se ven forzados a consumir productos que son más baratos y menos nutritivos, consumen más alimentos ricos en grasas saturadas, azúcares que en exceso provoca problemas de salud.³²

A esto se suma la gran influencia que ejercen los medios de comunicación con las grandes campañas publicitarias de comida chatarra, a pesar de los esfuerzos que el gobierno ha venido realizando para limitar esta situación. Aún más influyente es el ritmo de vida que en la actualidad presentan las mujeres adultas, ya que la mayoría de ellas realizan una doble función al mantener el cuidado de su hogar y continuar con su trabajo fuera del mismo, lo que limita el tiempo que ellas pueden dedicar a su cuidado personal dentro

del cual se incluye la realización del ejercicio físico. Si bien es cierto actualmente las mujeres tienen un ritmo de vida más acelerado, esto no es indicativo de mayor actividad física, más aún si se considera que muchos de los trabajos desarrollados por mujeres son de aquel tipo en el cual no se requiere esfuerzo físico lo que facilita la ganancia de peso de manera continua. Además es preocupante la actitud pasiva que presentan las pacientes y en muchas ocasiones los profesionales de la salud ante esta situación.

2.4 Fundamentación Legal

Para la realización de esta investigación se tomó en consideración la Nueva Constitución Política del Ecuador, llevada a cabo en Montecristi, el 24 de Julio de 2008.³³

En los derechos del buen vivir, establece:

Art. 32.- la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y reproductiva. La prestación de servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

La Constitución del Ecuador estipula, en el capítulo II sobre los Derechos del Buen Vivir:

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas.³⁴

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (...).

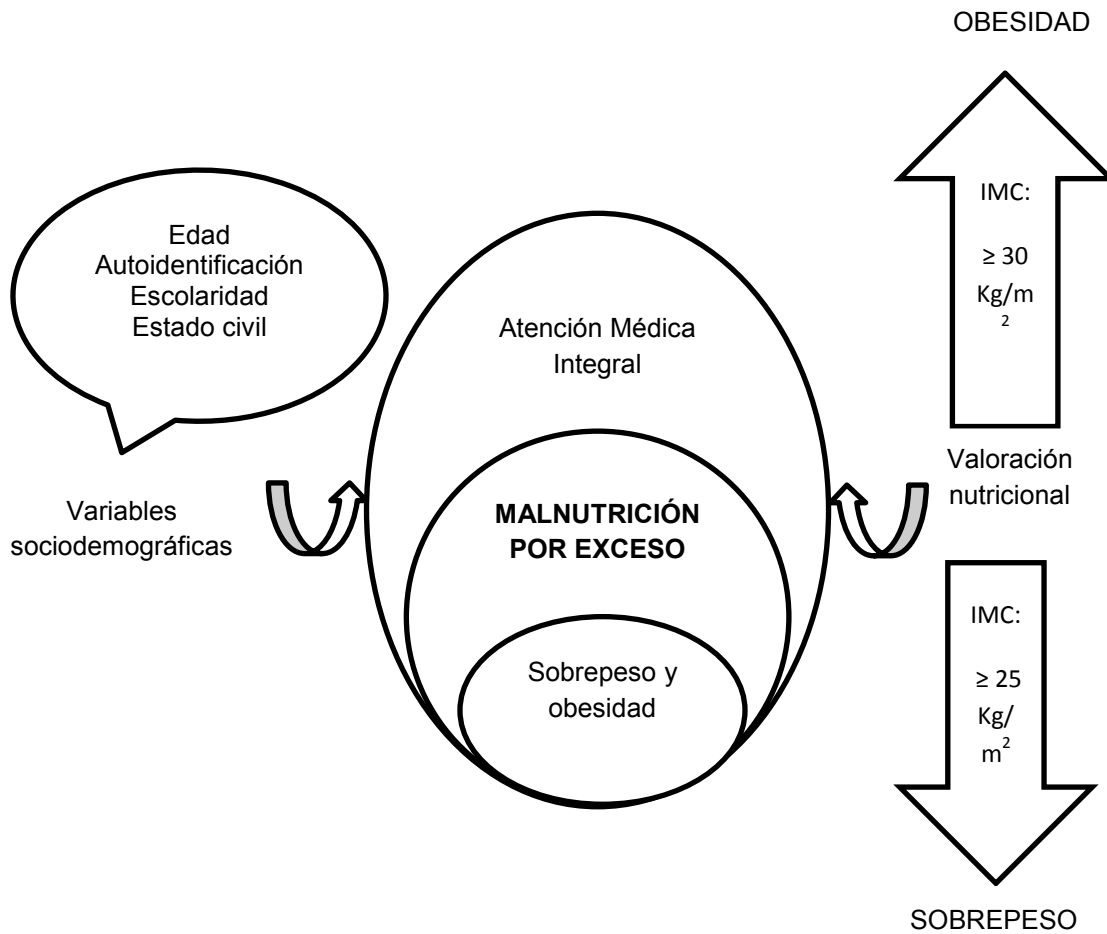
La sección sexta hace alusión a la cultura física y tiempo libre y menciona lo siguiente:

Art. 381.- El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; (...).

Art. 383.- Se garantiza el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales

para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad.³⁵

2.5 Categorías fundamentales



2.6 Fundamentación teórica

Atención médica integral: es el saber y la práctica de la clínica, en conjunto con el saber y la práctica epidemiológica, ambas prácticas articulan una dimensión de complementariedad sin dicotomizar la acción preventiva de la curativa y sin excluir la promoción.

Malnutrición por exceso: es una enfermedad caracterizada por un incremento en la grasa corporal, que se acompaña de morbilidad y mortalidad elevadas. Se clasifica en sobrepeso cuando el IMC se encuentra entre 25 a 29, 9 kg/m² y obesidad cuando este sea igual o superior a 30 kg/m².

Índice de masa corporal: es aquel que se obtiene de las medidas antropométricas (peso/talla) y calculada en kilogramos sobre metros cuadrados.

Variables sociodemográficas: son aquellas que permiten identificar la edad, la autoidentificación, la escolaridad, el estado civil, la vinculación laboral.

2.7 Fundamentación Ética

El Código de Núremberg es el documento básico de la ética médica de nuestra época, con un decálogo de reglas que deben cumplirse para experimentar en seres humanos y que pueden agruparse bajo tres conceptos fundamentales:

- El sujeto de experimentación debe dar un consentimiento voluntario y debe conservar su libertad y poder de autoconservación permanentemente.

- El experimento debe ser necesario, preparado correctamente, con riesgos muy bajos de producir daño, invalidez o muerte.
- El investigador debe ser calificado, para no producir daño y poder suspender el experimento en caso de peligro.¹

La Declaración de Helsinki, define pautas éticas para la investigación en seres humanos. Esta Declaración, con sus modificaciones posteriores, constituyó el cuerpo básico de principios que fueron incorporados desde entonces a las numerosas Normas de Investigación que han surgido en los diferentes ámbitos de la investigación biomédica, con particularidades definidas por las realidades locales de los países donde son aplicadas o de las áreas científicas involucradas en la investigación, pero sin soslayar en ninguna de ellas los principios básicos contenidos en dicha Declaración y que incluyen los siguientes, de forma resumida:

- ☐ La investigación debe responder a un diseño científico y contar con experiencias previas en animales.
- ☐ Debe responder al principio de la proporcionalidad y considerar los riesgos predecibles, en relación con los beneficios posibles.
- ☐ Debe respetarse el derecho del ser humano sujeto de investigación, debiendo prevalecer su interés por sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
- ☐ Debe obtenerse un consentimiento informado y respetarse la libertad del individuo en cualquier momento del estudio.³⁶

De lo anteriormente expuesto podemos dejar claramente establecida la importancia de que el paciente participe de una investigación cuenta con

derechos inquebrantables los mismos que deben ser puestos en conocimiento y sobre todo respetados, antes, durante y después del estudio investigativo. A cada paciente se le solicitará su consentimiento informado por escrito y la información obtenida se utilizará solamente con fines científicos y docentes.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

3.1 Tipo de Investigación

3.1.1 Enfoque de la investigación

La presente investigación tuvo un enfoque mixto, considerada porque existió la integración de los métodos cuantitativos y cualitativos, a partir de los elementos que integran la investigación. Es necesario tener en cuenta que el enfoque cuantitativo parte del estudio del análisis de datos numéricos, a través de la estadística, para dar solución a preguntas de investigación y el enfoque cualitativo parte del estudio de métodos de recolección de datos de tipo descriptivo y de observaciones para describir de manera discursiva categorías conceptuales.

3.1.2 Tipo y modalidad de la investigación

El presente proyecto se ejecutó a través de una investigación de campo.

Es un estudio observacional, descriptivo, transversal. Observacional porque no se realizó manipulación directa del objeto de estudio. Es descriptivo porque de modo sistemático se propuso describir las características de la población en estudio, básicamente no estuvo interesada en comprobar explicaciones o hacer predicciones. Transversal porque se realizó en un período determinado y corto de tiempo.

3.2 Población y Muestra

Población:

La población en estudio de esta investigación abarcó todas las mujeres adultas de 20 a 64 años de edad, que recibieron atención en el Centro de Salud La Vicentina y que fueron atendidas por las postgradistas de Medicina Familiar y Comunitaria que presentaron malnutrición por exceso y que pertenecieron a los barrios Miraflores Alto (N=305) y La Vicentina (N=315) que sumaron 620 mujeres, siendo una población real.

Muestra:

El tamaño de la muestra se calculó a través del programa EPIDAT versión 3.1 al que se le suministró la cifra de 620, que constituyó la población de mujeres de 20 a 64 años de ambos barrios, distribuidas en dos grupos de 20 – 39 años (340) y de 40 a 64 años (280), y la prevalencia de mujeres con malnutrición por exceso (36%) obtenida del ASIS para el año 2014, lo que arrojó un tamaño muestral de 94 mujeres. El muestreo es de tipo aleatorio estratificado, proporcional a los dos estratos establecidos siendo estos los barrios Miraflores Alto y La Vicentina, los mismos que coincidentemente tuvieron la misma población por lo que se constituyó la muestra con el cincuenta por ciento de cada uno de los estratos, escogiéndose aleatoriamente por orden consecutivo de dispensarización las mujeres que estuvieran con malnutrición por exceso hasta completar la cifra de 47 en cada barrio.

Criterios de inclusión:

Mujeres adultas que presenten $IMC \geq 25$ durante el tiempo que dure la investigación.

Mujeres adultas que manifiesten su deseo de participación a través del consentimiento informado.

Mujeres adultas que pertenezcan a la población atendida por las postgradistas en formación de Medicina Familiar y Comunitaria durante el tiempo que dure la investigación.

Criterios de exclusión:

Mujeres adultas que se encuentren en período gestacional.

Mujeres adultas que no tuvieran la capacidad física o intelectual para proporcionar los datos requeridos para la investigación.

Criterios éticos:

Basado en los lineamientos éticos para las investigaciones establecidos a partir de la Declaración de Helsinki.³⁶ Se estableció el consentimiento informado en las pacientes que participaron en el estudio. (Anexo 1).

3.3 Operacionalización de las variables

Variable Independiente. Atención médica integral.

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM BÁSICO	TECNICA
Acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir. ⁵	- Estado nutricional	- Peso - Talla - IMC - Procedimientos de toma de mensuraciones	¿Cuáles son los parámetros antropométricos? ¿Qué antecedentes patológicos personales refieren las participantes?	Encuesta
	- Seguimiento médico	Comorbilidades Periodicidad Referencias y contrarreferencias		

Variable dependiente. Mujeres malnutridas por exceso.

CONCEPTO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEM BÁSICO	TÉCNICA
Mujeres adultas con IMC igual o superior a 25 kg/m ²	Sociodemografía	- Edad. - Escolaridad - Estado civil - Vinculación laboral	¿cuáles son los datos de identidad personal?	Encuesta

3.4 Procesamiento y recolección de la información

Para la recolección de datos se elaboró una encuesta que constó de tres partes, la primera se dedicó a la obtención de datos generales, la segunda parte recogió los datos antropométricos y antecedentes patológicos personales de las participantes y la tercera parte en la que se recogió los datos de la revisión de las historias clínicas de las pacientes en estudio con el fin de verificar si las pacientes recibieron o no una atención médica integral.

Se calculó la prevalencia estimada por grupos de edad y clasificación de la malnutrición por exceso, tomando en cuenta la totalidad de las mujeres de estos grupos.

Para la medición de peso, talla y tensión arterial se aplicaron los procedimientos indicados en el Manual de procedimientos de antropometría y determinación de la presión arterial del Ministerio de Salud Pública del Ecuador³⁷ con instrumentos calibrados según las Normas establecidas en el país, los mismos se detallan a continuación:

3.4.1 Medición del peso en personas adultas

Se detalla a continuación las indicaciones para la adecuada medición del peso en las personas adultas tal como lo describe el manual anteriormente mencionado. Para este procedimiento se utilizó, por indicación ministerial una balanza electrónica, de piso, móvil, con botones de encendido y pantalla doble. Capacidad de 200 kg, división de 50 g con pesos menores a 150 kg, y de 100 g cuando supera los 150 kg. La balanza cuenta con cuatro soportes, los mismos que tienen sensores de estabilidad. Por lo menos tres de estos soportes deben estar en contacto con una superficie plana.

Antropometrista: informó a la persona acerca del procedimiento a realizarse.

Asistente: verificó que la persona no haya ingerido alimentos y que haya ido al baño previamente.

Antropometrista: colocó la balanza sobre una superficie plana y firme (evitando desniveles). No colocar sobre alfombra o tapetes. Puso la balanza en 0.0.

Asistente: solicitó a la paciente que use únicamente una bata de examinación y solicitó que se saque los zapatos.

Antropometrista: procedió a tomar el peso. Solicitó a la persona que se suba en la mitad de la balanza, con los pies ligeramente separados formando un ángulo de 45° y los talones juntos y mirando al frente sin moverse.

Antropometrista: se aseguró de que la paciente permanezca erguida, con la vista al frente, sin moverse y que los brazos caigan naturalmente a los lados.

Asistente: colóquese al frente de la báscula, y proceda a dar la lectura del valor. Tome la primera medida anotando los kilos y los gramos observados.

3.4.2 Preparando la medición de la talla en adultos

Las pacientes tuvieron que estar sin zapatos ni medias, así también se les pidió que se retirasen arreglos en el cabello que no permitan tomar adecuadamente la estatura.

El tallímetro fue colocado en el suelo duro y plano, contra la pared asegurándose de que no se mueva.

3.4.2.1 Medición de la talla en adultos

Asistente: pidió a la paciente que se coloque de espaldas al tallímetro, de tal manera que su cuerpo estuvo ubicado en la parte media del mismo, con los pies ligeramente separados, formando un ángulo de 45° y los talones topando el tallímetro.

Antropometrista: se colocó de lado para verificar que la parte posterior de la cabeza, omóplato, nalgas, pantorrillas y talones (cinco puntos de relación), se encontraban en contacto con la pieza vertical del tallímetro. Le indicó a la paciente que mirará al frente y con la mano derecha se deslizó el tope móvil del tallímetro sobre la cabeza del adulto, asegurándose de que presionara el cabello.

Antropometrista y asistente: verificaron la posición del adulto.

Antropometrista: cuando la posición fue la correcta, se leyó la medición en centímetros hasta el último milímetro completado.³⁷

3.4.3 Determinación de la presión arterial

La presión arterial (PA) se define como la fuerza de presión ejercida por la sangre circulante contra las paredes de los vasos sanguíneos, y se expresa como presión arterial sistólica y presión arterial diastólica.

Presión arterial sistólica (PAS)

Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared de la arteria cuando el corazón se contrae para expulsarla.

Presión arterial diastólica (PAD)

Es la fuerza ejercida por la sangre sobre la pared arterial cuando el corazón se encuentra relajado.

3.4.3.1 Instrumentos

El equipo para la determinación de la presión arterial se compone de estetoscopio y tensiómetro.

Estetoscopio

Los estetoscopios más utilizados tienen en uno de sus extremos la campana o cápsula, que captura y trasmite los sonidos de tonalidad más baja, mientras que en la otra cara de la campana se inserta el diafragma. Los auriculares del estetoscopio se ubican en el otro extremo y se encuentran comunicados con la campana a través del tubo de conexión; elemento que cumple la función de transmisión del sonido, con una extensión de aproximadamente cuarenta centímetros, resistente y capaz de aislar los demás sonidos y solamente captar aquellos del órgano o estructura que se examina.

Tensiómetro

Está constituido por las siguientes partes:

- Manómetro de mercurio o aneroide, para medir la presión de aire aplicada.
- Brazaletes estándar con bolsa inflable. (Manguito)
- Bomba de caucho, que infla con aire la bolsa ubicada dentro del brazalete. (Pera). La misma que contiene una válvula
- Tubos conectores de caucho, que unen la bomba con la bolsa, y por otro lado con el manómetro.

El tensiómetro utilizado fue el de brazo. El brazalete constó de una cámara de caucho inflable, situada en el interior de una funda de tela que la engloba y que permite un abombamiento en su parte interna. Las dimensiones del mismo son importantes de considerar, ya que un brazalete demasiado ancho dará valores anormalmente bajos de la PA, mientras que uno demasiado estrecho dará valores más altos.

3.4.3.2 Preparando la medición de la PA

Se seleccionó un ambiente tranquilo, sin ruido y con temperatura agradable.

La persona estuvo sentada, con la espalda apoyada (posición recomendada para la toma habitual). Se revisó que la persona no tuviera cruzadas las piernas, los pies estuvieron apoyados en el piso y el brazo en el que se midió la PA estuvo bien apoyado sobre una superficie plana. El paciente permaneció sin ropas que lo comprimieran, con la palma de la mano hacia arriba y colocado a nivel o altura del corazón (cuanto más elevado esté el

brazo menores son las cifras de PAS y PAD; por el contrario, si el brazo está por debajo de la altura del corazón las cifras tienden a elevarse).

La paciente reposó sentada durante 15 minutos antes de la toma.

Se indicó a la paciente que vaciara la vejiga antes de la toma, que no fumará ni ingiriera alcohol, café, comidas copiosas o realizara ejercicios físicos o tomara medicamentos ya que esto puede modificar las cifras de PA.³⁸

Los datos obtenidos fueron procesados mediante paquete estadístico EPIINFO y usando como medidas de resumen para las variables cuantitativas la media y la desviación estándar y para las variables categóricas valores absolutos y relativos (por ciento).

Posteriormente y en presencia de un grupo conformado por 5 expertos de la especialidad medicina familiar se establecieron los criterios de la consulta integral de pacientes con malnutrición por exceso como sigue:

CRITERIOS	INDICADOR	ESTÁNDAR	EVALUACIÓN
Periodicidad de la consulta de seguimiento por malnutrición por exceso.	Número de pacientes con 4 consultas al año/ total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Pesquizaje de comorbilidades	Número de pacientes con pesquizaje de comorbilidades / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Toma de medidas antropométricas	Número de pacientes con toma de medidas antropométricas / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Condiciones de la Toma de medidas antropométricas	Número de pacientes con cumplimiento de las condiciones de toma de medidas antropométricas / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Indicación médica la actividad física	Número de pacientes con indicación médica de actividad física / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Interconsulta Nutrición	Número de pacientes con Interconsulta de Nutrición / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada
Interconsulta Psicología	Número de pacientes con Interconsulta de Psicología / total de población estudiada.	95 %	Adecuada Inadecuada

De lo anterior, se establecieron como consideraciones de:

Atención Médica Integral a pacientes malnutridas por exceso **ADECUADA:**

Cuando la totalidad de criterios adecuados sea superior o igual al 95 %.

Atención Médica Integral a pacientes malnutridas por exceso **INADECUADA:**

Cuando la totalidad de criterios adecuados sea inferior al 95 %.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Según la OMS, en el 2014 se estimó que más de 1900 millones de personas mayores de 18 años tendrían sobrepeso, y de ellos más de 600 millones presentarían obesidad, esta última multiplicada entre 1980 y ese año. Un 11 % de los hombres y un 15 % de las mujeres sufrirían de obesidad y el 39 % del total de los adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de ellos un 38 % de los hombres y un 40 % de las mujeres.³⁹

Tabla 1.- Malnutridas por exceso en relación a grupos de edad. CS La Vicentina. 2016.

Grupos de edad Estado Nutricional	20 a 39 años		40 a 64 años		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	32	34,04	17	18,08	49	52,12
Obesidad grado I	12	12,76	15	15,96	27	28,72
Obesidad grado II	2	2,12	9	9,57	11	11,70
Obesidad grado III	0	0,00	7	7,44	7	7,44
Total	46	48,93	48	51,06	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

En la tabla número 1 se describen las malnutridas por exceso en relación a grupos de edad. El 52,12 % corresponde a pacientes con sobrepeso, de estos casos el 34,04 % pertenecen al grupo de 20 a 39 años. Es notable que la obesidad grado III está ausente en este grupo de edad, sin embargo

estuvo presente, con el 7,44%, en el grupo de 40 a 64 años. Resultados atribuibles, de acuerdo a la experiencia profesional, a los cambios hormonales propios del climaterio y la menopausia, el escaso seguimiento a los cuadros de malnutrición por exceso y a los cambios en los estilos de vida que presentan las mujeres con el pasar de los años.

Tabla 2.- Prevalencia estimada de malnutridas por exceso. CS La Vicentina. 2016.

Grupo de edades Estado Nutricional	20 a 39 años		40 a 64 años		Total	
	#	Prevalencia*	#	Prevalencia*	#	Prevalencia*
Sobrepeso	32	9,41	17	6,07	49	7,90
Obesidad grado I	12	3,52	15	5,35	27	4,35
Obesidad grado II	2	0,58	9	3,21	11	1,77
Obesidad grado III	0	0,00	7	2,50	7	1,12
Total	46	13,52	48	17,14	94	15,16

Elaborado por: Carmita Martínez.

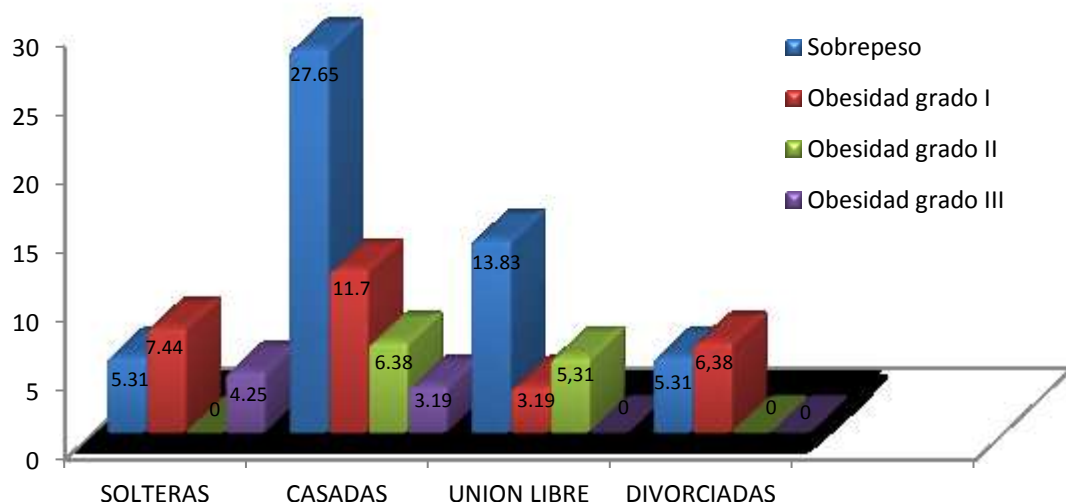
Fuente: Encuesta

*Prevalencia estimada calculada sobre la base de totalidad de mujeres para ese grupo de edad x 100.

La tabla 2, establece la prevalencia en las mujeres estudiadas. Por cada cien mujeres 7,90 sufren de sobrepeso, con predominio del grupo de 20 a 39 años. Resultados que demuestran la posibilidad de relación del estado nutricional con la edad reproductiva y los cambios en estilos de vida propios de esta etapa, sobre todo asociados a sedentarismo y malos hábitos dietéticos.

Honorato Ortiz y colaboradores en su estudio sobre la prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la comunidad de Madrid indican que la prevalencia de obesidad en la población escolarizada entre 6 y 18 años tiene predominio en el sexo masculino, aunque la evolución ha tenido una tendencia ascendente para ambos sexos y con mayor intensidad para las chicas. La prevalencia en las personas adultas de 30-74 años demostró que el sobrepeso fue superior en hombres y la obesidad abdominal en mujeres; según edad, en las mujeres la frecuencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad.⁴⁰

En la actualidad las personas casadas, en unión libre o que mantienen relaciones estables suelen presentar comportamientos poco saludables y que afectan en alguna medida su estado nutricional como un determinante de su salud, destacando dietas inadecuadas, reducción de actividad física y horas de sueño, consumo excesivo de alcohol, entre otras.



Elaborado por: Carmita Martínez
Fuente: Anexo 3 tabla 1

Gráfico 1.- Malnutridas por exceso en relación al estado civil. CS La Vicentina. 2016.

En el gráfico 1, se analizan las malnutridas por exceso en relación al estado civil. El 48,94% corresponde a las casadas, seguidas del grupo de mujeres en unión libre con el 22,34%. Menor predominio se observan en las solteras y divorciadas. Estos resultados podrían estar relacionados a la cultura propia, ya que es notable que las mujeres que tiene un compañero de vida presentan mayor predisposición a presentar estados de malnutrición por exceso.

Molina M., Ojeda, M.⁴¹ y Escobar, M.⁴² en estudios similares encontraron predominio de obesos en casados como relación significativa en la evolución

de este estado nutricional, coincidiendo con los resultados de esta investigación.

El grado de conocimiento, sobre nutrición, de una población traduce el nivel de escolaridad alcanzado por esta y en consecuencia proporciona la posibilidad de establecer transformaciones en una cultura alimentaria saludable.

Tabla 3.- Malnutridas por exceso en relación a la escolaridad. CS La Vicentina. 2016.

Estado Nutricional \ Escolaridad	Primaria		Secundaria		Superior		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	13	13,82	30	31,92	6	6,38	49	51,92
Obesidad grado I	5	5,31	19	20,21	3	3,19	27	28,71
Obesidad grado II	3	3,19	6	6,38	2	2,13	11	11,70
Obesidad grado III	5	5,31	2	2,13	0	0,00	7	7,44
Total	26	27,66	57	60,63	11	11,70	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

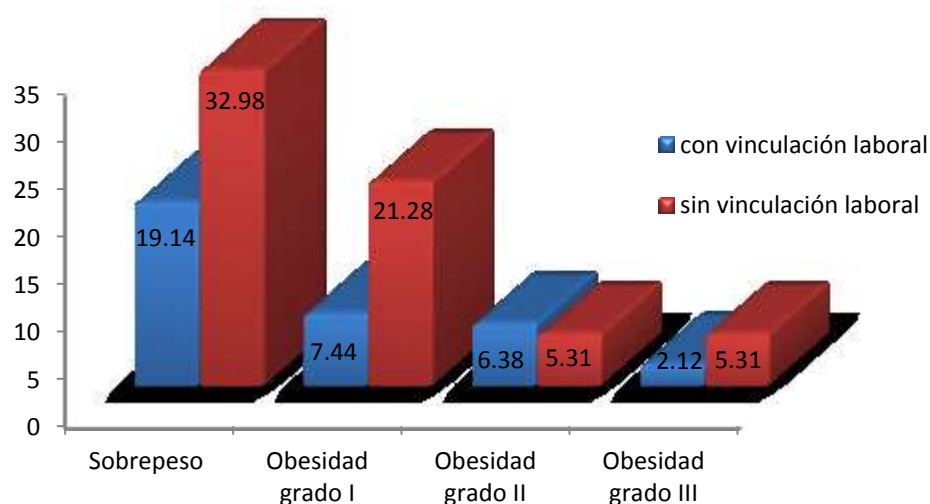
La tabla 3 muestra la relación existente entre las malnutridas por exceso y la escolaridad. El 60,63% corresponden a mujeres con nivel de escolaridad secundario y dentro de estas, a pesar que predominan los casos de sobrepeso con el 31,92%, existen un porcentaje importante de mujeres con obesidad grado I correspondiendo al 20,21%. Estos resultados están en relación a la realidad que se encuentra en la práctica médica diaria que indica que el nivel de escolaridad no es proporcional al conocimiento nutricional ni a las buenas prácticas dietéticas.

En 2010, Álvarez, L. y colaboradores, manifestaron que el nivel de educación bajo tiene relación directa con el desarrollo de obesidad, así se expuso que un porcentaje considerable de obesos eran analfabetos o había cursado solamente la instrucción primaria.⁴³

Estudios recientes han demostrado una relación directa entre el tiempo que permanece sentado un individuo en su puesto de trabajo y el estado nutricional, considerándose como riesgo más de cuatro horas de actividad sedentaria.

El gráfico 2, analiza la relación existente entre las mujeres con malnutrición por exceso y la vinculación laboral. Las mujeres sin vinculación laboral corresponden al 64,88 %, presentando mayor predominio de estos casos. Es importante destacar que de manera general la comunidad femenina que corresponde a la población atendida en el CS La Vicentina no presenta vinculación laboral por lo que no se considera que exista relación directa con el estado nutricional que presentan.

Se obtuvo además que la población predominante según autoidentificación es la mestiza con el 88,30 %, lo que coincide con los datos presentes en la distribución poblacional de la pirámide descrita en el análisis de la situación integral de salud del año 2015.



Elaborado por: Carmita Martínez.
Fuente: Anexo 3 tabla 2

Gráfico 2. Malnutridas por exceso en relación a la vinculación laboral. CS La Vicentina. 2016.

Resultados similares obtuvieron Molina, M. , Ojeda, M.⁴¹ y Piedrahita, A.⁴⁴ en los que los pacientes que permanecen sentados más de cuatro horas presentaron sobrepeso y obesidad, así como las que se ocuparon de los quehaceres domésticos.

La obesidad se constituye en un problema actual de graves proporciones en el ámbito de la salud pública, no solo por su afectación directa sobre el estado de salud, sino por sus consecuencias en el desarrollo de las actividades cotidianas. Ecuador cuenta con una normativa dirigida a la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes, considerando la importancia del actuar temprano sobre dicho problema, sin embargo no se considera la demanda actual requerida por otro

grupo de edad con afectación similar que exige acciones emergentes de atención primaria para su transformación.

Tabla 4.- Malnutridas por exceso en relación al seguimiento médico. CS La Vicentina. 2016.

Estado Nutricional Seguimiento Médico	Sobrepeso		Obesidad grado I		Obesidad grado II		Obesidad grado III		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Diagnóstico	14	14,89	12	12,77	3	3,19	5	5,31	34	31,17
Solicitud de complementarios	11	11,70	12	12,77	3	3,19	3	3,19	29	30,85
Recepción y evaluación de resultados	11	11,70	12	12,77	3	3,19	3	3,19	29	30,85
Registro de medidas antropométricas en cada consulta	32	34,04	12	12,77	6	6,38	3	3,19	53	56,38
Medición de peso y talla	2	2,12	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	2,12
Medición de peso y talla sin zapatos	46	48,94	27	28,72	11	11,70	7	7,44	91	96,80
Indicación de práctica de actividad física	21	22,34	6	6,38	3	3,19	3	3,19	33	35,11
Solicitud de referencia a psicología	0	0,00	3	3,19	3	3,19	0	0,00	6	6,38
Registro de contrarreferencia de psicología	0	0,00	3	3,19	0	0,00	0	0,00	3	3,19
Solicitud de referencia a nutrición	6	6,38	6	6,38	3	3,19	3	3,19	18	19,15

Elaborado por: Carmita Martínez.
Fuente: Encuesta

La relación existente entre las malnutridas por exceso y el seguimiento médico recibido se analiza en la tabla 4. Dentro de los casos estudiados apenas un 31,17 % presentan registro de diagnóstico del cuadro de

malnutrición. En el 56,38 % se encontró el reporte de medidas antropométricas registradas en cada consulta, sin embargo existe una relación inversa al momento de toma de dichas medidas, en donde solo el 2,12 % fueron pesadas en ropa interior o con bata de examinación, como lo indica la técnica correcta, tan solo el 96,80 % fue medida sin zapatos. Es necesario aclarar que no se encontró ningún reporte de contrarreferencia por parte de Nutrición a pesar que el 19,95% de las pacientes presentaron solicitud de referencia para dicha especialidad.

Países como México y Argentina⁴ establecen guías de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena, considerando como recomendación de buena práctica brindar una atención médica integral al paciente obeso con requerimiento de la participación de un equipo transdisciplinario (endocrinólogo, internista, psiquiatra, psicólogo, nutricionista) que permitan cumplir objetivos específicos considerando las expectativas y preferencias del paciente.

La dispensarización en la práctica de la medicina familiar es un proceso continuo que permite identificar el estado de salud de la población y determinar el seguimiento clínico para lograr la modificación de los estilos de vida que permitan mejorar la calidad de los pacientes identificados.

Tabla 5.- Malnutridas por exceso en relación a consultas de seguimiento. CS La Vicentina. 2016.

Número de Consultas Estado Nutricional	4 consultas al año		Menos de 4 consultas al año		Ninguna consulta al año		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	3	3,19	3	3,19	43	45,74	49	52,12
Obesidad grado I	0	0,00	9	9,57	18	19,15	27	28,72
Obesidad grado II	0	0,00	3	3,19	8	8,51	11	11,70
Obesidad grado III	0	0,00	3	3,19	4	4,26	7	7,44
Total	3	3,19	18	19,15	73	77,66	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

En la tabla 5 se evidencia la relación que existe entre las malnutridas por exceso y las consultas de seguimiento que han recibido al año. El 77, 66 % de los casos no han recibido ninguna consulta y el 3, 19 % cumple la norma de atención a pacientes crónicos, que indica que deben recibir cuatro consultas de seguimiento al año. Es importante indicar que quienes reciben la atención de seguimiento son pacientes con sobrepeso, sin embargo ninguna mujer con obesidad cuenta con este tipo de atención médica.

En el 2009, México⁴ desarrolla la guía de práctica clínica sobre la prevención y el tratamiento de la obesidad infantojuvenil, donde de manera acertada establece los lineamientos básicos para garantizar una atención profesional consecuente a los riesgos que implica la malnutrición por exceso. Ecuador a partir del MAIS⁵ establece un seguimiento oportuno para enfermedades crónicas donde se incluye la obesidad, sin embargo las normativas se ocupan de las edades tempranas de la vida y un tanto excluyen grupos en el que los años transcurridos han hecho estragos en su estado de salud.

La malnutrición por exceso es una enfermedad multicausal, que requiere de intervención familiar y profesional para identificar los riesgos, las causas y las inminentes consecuencias que subyacen en su evolución. Los equipos básicos ocupan un lugar estratégico ante la posibilidad de transformación generada por el propio sistema de salud, lo cual depende en gran medida de la calidad de la evaluación inicial de estos pacientes para poder definir la ayuda profesional necesaria.

Tabla 6.- Malnutridas por exceso en relación a solicitud de referencia. CS La Vicentina. 2016.

Estado Nutricional \ Solicitud de Referencia	SI		NO		No requiere		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	0	0,00	19	20,21	30	31,91	49	52,12
Obesidad grado I	3	3,19	18	19,15	6	6,38	27	28,72
Obesidad grado II	3	3,19	6	6,38	2	2,12	11	11,70
Obesidad grado III	3	3,19	2	2,12	2	2,12	7	7,44
Total	9	9,57	45	47,87	40	42,55	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

La relación que se establece entre las malnutridas por exceso y la solicitud de referencia, se refleja en la tabla 6. El mayor porcentaje, correspondiente al 47,87 %, concierne al grupo de mujeres a quienes no se les ha solicitado dicha referencia. El 42,55 % representa los casos que no requirieron dicha solicitud y solo el 9,57 % de los mismos recibieron dicha solicitud. Esto está en concordancia con la ausencia de seguimiento de los casos de malnutrición por exceso.

Investigaciones recientes demuestran, a partir de la OMS⁴⁵, que el diagnóstico de sobrepeso u obesidad no solo es un factor de riesgo sino es el camino directo a otras enfermedades que comprometen la vida de quienes la padecen. Destacan enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes y los trastornos del aparato locomotor.

Tabla 7.- Malnutridas por exceso en relación a comorbilidades. CS La Vicentina. 2016.

Comorbilidades Estado Nutricional	Hipertensión arterial		Diabetes mellitus		Hipercolesterolemia		Hipertriglicéridemia		Otras enfermedades	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	7	7,44	5	5,31	12	12,77	12	12,77	19	20,21
Obesidad grado I	5	5,31	3	3,19	9	9,57	6	6,38	12	12,77
Obesidad grado II	6	6,38	3	3,19	0	0,00	0	0,00	2	2,12
Obesidad grado III	2	2,12	0	0,00	2	2,12	2	2,12	7	7,44
Total	20	21,27	11	11,70	23	24,47	20	21,27	40	42,55

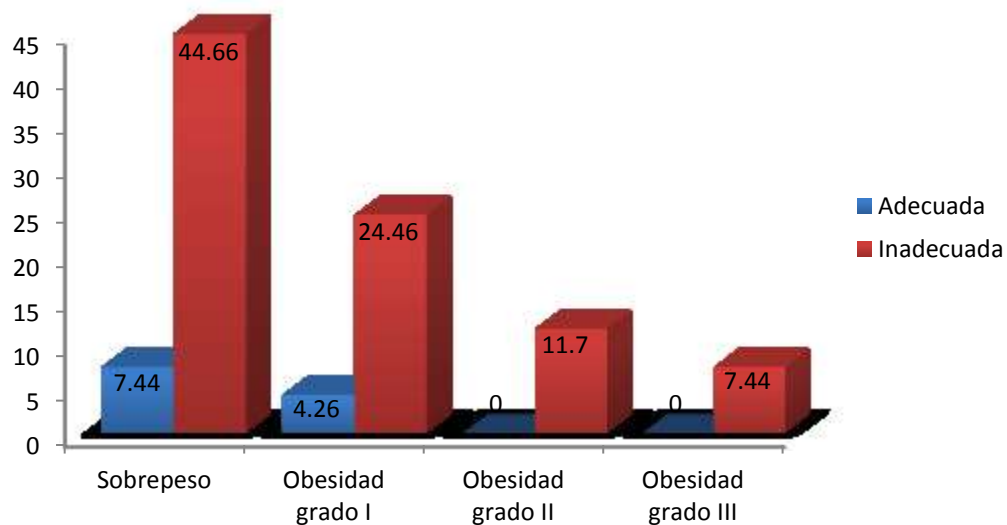
Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

En la tabla 7 se relacionan el estado de malnutrición por exceso con las comorbilidades asociadas. El 42, 55 % corresponden a otras enfermedades, que de acuerdo a la literatura y a la experiencia médica, no tiene una relación directa con el cuadro de malnutrición, tales como gastritis o vaginitis. Sin embargo el 21,27 % de las mujeres en estudio presentan hipertensión arterial, muchas de ellas en asociación a diabetes mellitus y a trastornos de los lípidos que presentan porcentajes equivalentes. Dichos resultados demuestran que existe relación entre la malnutrición en exceso y las patología analizadas.

Antonio Barrera-Cruz, Arturo Rodríguez-González, Mario Antonio Molina-Ayala al estudiar la obesidad en México revelaron que las enfermedades crónicas asociadas a la obesidad causaron el 75% del total de las muertes y el 68% de los años de vida potencialmente perdidos. Estudios de América Latina refuerzan este comportamiento epidemiológico con el 24,9 % de la prevalencia en mujeres adultas mayores de 50 años.⁴⁶

Donabedian en 2003, indica que el grado de "calidad es la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre peligros y bondades". Considera además que la ciencia y la tecnología generada con el desarrollo deberán rendir beneficios sin riesgos.⁴⁷ Por tanto, la búsqueda de la calidad significaría resolver la brecha entre la formación profesional y la práctica médica.



Elaborado por: Carmita Martínez.
Fuente: Anexo 3 tabla 3

Gráfico 3. Atención médica recibida en relación al estado nutricional. CS La Vicentina. 2016.

La atención médica recibida en las pacientes estudiadas se resume en el gráfico 3. El 11,70 % mostró atención médica adecuada y el 88,30 % inadecuada, (Anexo 3. Tabla 3), siendo los grupos de las sobrepeso con 44,66 % y las obesas grado I con el 24,46 % las que aportan el mayor número de casos con seguimiento inadecuado. Estos resultados fueron evaluados a partir de un grupo de experto quienes establecieron criterios para la definición debido a la ausencia de los mismos en el sistema nacional de salud. A partir de lo cual se posibilitó crear pautas para la elaboración de acciones orientadas a modificar dicha situación en los servicios de salud.

Carlosama, A., Farinango, D., Robalino, M., a partir de estudios realizados presentaron un protocolo de atención nutricional para pacientes adultos con sobrepeso y obesidad, en el que relacionan los parámetros a seguir coincidiendo con la lógica mantenida en esta investigación, quedando evidenciado la importancia de mantener normas y procedimientos establecidas para los adultos.⁴⁸

En el 2015 la revista clínica española publicó un estudio en el que asegura que un manejo integral de las enfermedades crónicas incluidas la obesidad y la diabetes, garantiza minimizar las complicaciones mejorando el pronóstico de su evolución.⁴⁹

CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. La malnutrición por exceso en las mujeres adultas estudiadas se evidenció en la prevalencia estimada del sobrepeso y en el grupo de 20 a 39 años.
2. En este grupo predominó la secundaria como nivel de escolaridad, las casadas y en unión libre así como las que no presentaron vinculación laboral.
3. La atención médica integral recibida en la mayoría de las mujeres con malnutrición por exceso, estudiadas, resultó inadecuada.
4. La guía de atención integral propuesta favorecerá el seguimiento, control y evolución de estas pacientes.

Recomendaciones

Realizar investigaciones similares con enfoque de riesgo de malnutrición por exceso a partir de las fortalezas culturales de las comunidades.

Evaluar los resultados obtenidos a partir de la implementación de la guía de atención integral propuesta.

CAPÍTULO 6. PROPUESTA

6.1 Datos Informativos

6.1.1. Tema:

Guía de atención integral de salud a mujeres de 20 a 64 años con malnutrición por exceso.

6.1.1.2 Institución Ejecutora

La presente propuesta se ejecutará en el Centro de Salud La Vicentina, provincia de Tungurahua.

6.1.1.3 Beneficiarios

1. Mujeres de 20 a 64 años con malnutrición por exceso.
2. Profesionales de atención primaria de salud.

6.1.1.4 Ubicaciones

- Lugar: Centro de Salud La Vicentina.
- Provincia: Tungurahua.

6.1.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución

Posterior a la defensa de la investigación, se pretende ejecutar la propuesta, dando conocimiento de la investigación y los resultados obtenidos, al director distrital correspondiente a la zona de influencia. El tiempo estimado sería de 12 meses.

6.1.1.6 Equipo Responsable

-Médicos de atención primaria de salud del Centro de Salud La Vicentina

6.1.1.7 Presupuesto

Para la ejecución de la propuesta se ha establecido un presupuesto económico de 500 dólares.

6.2 Antecedentes de la propuesta

La prevalencia mundial de obesidad casi se duplicó entre 1980 y 2008. En el 2014, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos, significando el 39 % y el 13 % respectivamente. El problema es más marcado en las mujeres en casi todos los países.

La conceptualización sobre la atención integral de salud, vista desde la perspectiva de mejoramiento de la calidad de la vida, debe comprenderse como un esfuerzo por explicar los determinantes sociales de las necesidades y problemas en salud y atenderlos según los distintos grupos sociales, dadas sus características singulares que no pueden ser estandarizadas

Luego de la investigación realizada en el Centro de Salud La Vicentina de Ambato sobre la atención integral de salud a mujeres adultas con malnutrición por exceso se obtiene resultados que indican la inadecuada atención médica integral que reciben dichas pacientes, esto fundamentado en que no existe una guía con parámetros establecidos que indiquen el seguimiento que debe realizar el médico en estos casos.

6.3 Justificación

La obesidad es un problema de salud mundial que repercute sobre los aspectos económico, social y psicosocial, además de generar enfermedades crónicas, muertes prematuras, incremento en el gasto de salud pública, disminución de la calidad de vida y estigmatización social.

La estrategia propuesta busca mejorar la calidad de atención médica integral que se brinda a mujeres con malnutrición por exceso, ya que se ha evidenciado que un importante porcentaje de estas mujeres reciben una inadecuada atención médica a pesar de que el nuevo modelo de atención de salud así lo establece.

La falta de una guía de atención dirigida a este grupo poblacional repercute de manera negativa sobre el seguimiento ofertado; la implementación de dicha guía permitirá coordinar estrategias integrales, eficientes y orientadas a identificar los factores de riesgo y potenciar los factores protectores que brinda el sistema de salud incrementando la participación coordinada entre el primer y segundo nivel de atención.

La presente propuesta es la continuación del trabajo de investigación, a través de la cual se logrará determinar los parámetros que debe cumplir la atención médica integral que reciban las mujeres adultas con malnutrición por exceso para ser considerada adecuada.

6.4 Objetivos

- 1.- Identificar los factores de riesgo y comorbilidades presentes en las mujeres adultas con sobrepeso y obesidad.
- 2.- Establecer los parámetros clínicos y antropométricos para el diagnóstico y seguimiento en estas pacientes.
- 3.- Determinar las modificaciones en el IMC a partir de la promoción de la alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico.
- 4.- Establecer los criterios de referencia a la atención médica del segundo nivel.

6.5 Análisis de factibilidad

Existe factibilidad para la aplicación de la presente propuesta ya que la provincia de Tungurahua cuenta con la infraestructura y los equipos básicos de atención de salud que desde la atención primaria están preparados para enfrentar este problema de salud, que de no ser atendido adecuadamente conllevaría a serias complicaciones no solo sobre este sector de la población sino que trascendería hacia la familia y la comunidad.

Unido a lo anterior cuenta con la fortaleza del proceso de formación de la especialización de Medicina Familiar que se ubican en los centros de salud de este territorio, con un enfoque multidisciplinario e intersectorial en el abordaje del estado de salud de la población.

Además se cuenta con la factibilidad legal basada en lo que reposa en la constitución nacional, la misma que estipula el capítulo II sobre los Derechos del Buen Vivir, Sección primera, Agua y alimentación:

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

Sección séptima. Salud

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el Buen Vivir. (...).³⁷

Art. 363.- El Estado será responsable de: 1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario (...).

La sección sexta hace alusión a la cultura física y tiempo libre y menciona lo siguiente:

Art. 381.- El Estado protegerá, promoverá y coordinará la cultura física que comprende el deporte, la educación física y la recreación, como actividades que contribuyen a la salud, formación y desarrollo integral de las personas; (...).

Art. 383.- Se garantiza el derecho de las personas y las colectividades al tiempo libre, la ampliación de las condiciones físicas, sociales y ambientales para su disfrute, y la promoción de actividades para el esparcimiento, descanso y desarrollo de la personalidad.³⁷

6.6 Fundamentación

La Atención Médica Integral garantiza la identificación y modificación de los factores de riesgo responsables de las enfermedades crónicas. En la malnutrición por exceso, esto adquiere relevancia, al considerarse una enfermedad de evolución progresiva asociada a otros trastornos propios del metabolismo y a enfermedades que le acompañan en la conducción de un estado de salud desfavorable.

El sobrepeso y la obesidad como proceso morboso, se relaciona con otras enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, dislipidemias, cánceres de mama, esófago, colon, riñón y endometrio, considerada por la OMS como la acumulación anormal o excesiva de grasa, que se identifica por el índice de masa corporal (IMC), que permite clasificar el sobrepeso cuando alcanza valores iguales o superiores a 25 y la obesidad cuando éste es igual o superior a 30.

Las investigaciones referidas al tema, aseguran que las mujeres constituyen un grupo vulnerable de esta enfermedad, lo que obliga a la adopción de medidas para asegurar su atención.

Las consideraciones anteriores conllevan al aporte de una Guía que garantice la conducción lógica de los profesionales de la salud durante la práctica médica en la atención de estas pacientes desde un enfoque de riesgo, género y multidisciplinario, para transformar su condición en el proceso salud – enfermedad.

6.7 Metodología, Modelo operativo

Guía de atención médica integral dirigida a mujeres adultas de 20 a 64 años.

DATOS GENERALES:

PROFESIONALES DE LA SALUD	• Personal de salud de atención primaria
NIVEL DE ATENCIÓN	• Primer nivel
USUARIOS	• Médicos rurales, • Médicos generales, • Médicos familiares, • Psicólogos, • Personal de enfermería.
POBLACIÓN A QUIEN ESTÁ DIRIGIDA	• Mujeres adultas de 20 a 64 años
ACTIVIDADES A REALIZAR	• Creación de espacio físico que garantice la calidad de las actividades. • Identificar factores de riesgo del sobrepeso y obesidad, causas primarias, secundarias y comorbilidades. • Determinar IMC. • Diagnosticar malnutrición por exceso. • Indicar complementarios necesarios. • Apoyo dietético y psicológico. • Modificación del estilo de vida (dieta saludable, actividad física). • Referencias necesarias. • Seguimiento continuo.
IMPACTO ESPERADO	• Prevención del sobrepeso y la obesidad. • Diagnóstico temprano. • Tratamiento integral. • Prevenir comorbilidades. • Mejorar la calidad de atención médica. • Disminuir la mortalidad prematura.
METODOLOGÍA	• Aplicación de la guía de atención médica integral dirigida a mujeres de 20 a 64 años, por especialista de Medicina Familiar.

COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA DIRIGIDA A MUJERES DE 20 A 64 AÑOS:

INTEGRAL	• Atención por equipo multidisciplinario • Atención interniveles • Atención por personal calificado • Atención con enfoque de riesgo • Atención dirigida a familias de riesgo
PRECOZ	• La atención debe iniciarse en cuanto se identifique factores de riesgo o se diagnostique malnutrición por exceso. En actividades realizadas intra y extramurales.
PERIÓDICO	• Toda mujer de 20 a 64 años que presente factores de riesgo para malnutrición por exceso deberá tener una consulta de seguimiento cada seis meses • Toda mujer de 20 a 64 años que presente sobrepeso deberá tener una consulta de seguimiento cada seis meses • Toda mujer de 20 a 64 años que presente obesidad deberá tener una consulta de seguimiento cada tres meses
OPORTUNO	• Pesquizaje a familias de riesgo • Identificación oportuna de los factores de riesgo y/o comorbilidades asociadas • Diagnóstico oportuno de malnutrición por exceso • Solicitud oportuna de complementarios necesarios • Referencia oportuna al especialista según requerimiento • Contrarreferencia oportuna del segundo nivel

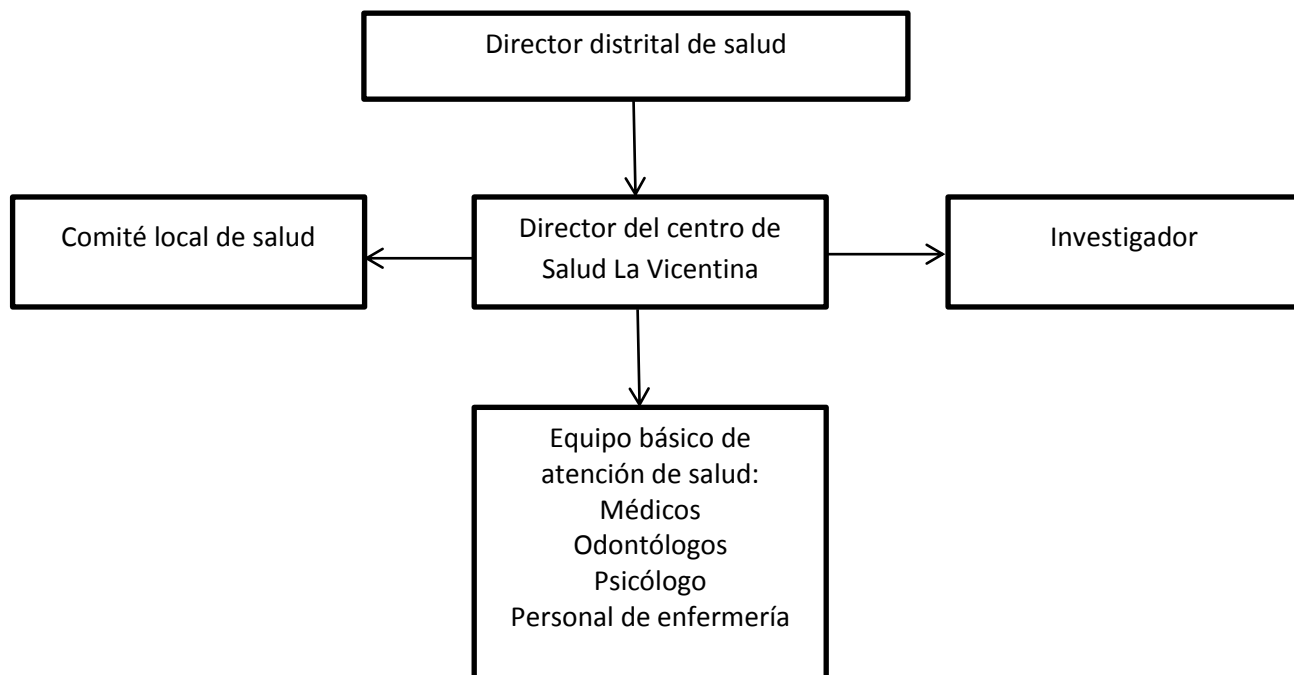
CONCEPTOS BÁSICOS:

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)	• Indicador de relación entre peso y talla. • Se calcula dividiendo el peso en kilos por el cuadrado de la talla en metros
SOBREPESO	• Aumento del peso corporal por encima de patrones establecidos. • IMC: 25 a 29,9 Kg/m²
OBESIDAD CIE 10 E66	• Acumulación anormal o excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo. • IMC: igual o superior a 30 Kg/m²
CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD POR SU CAUSA	• Obesidad exógena: producida por un régimen alimenticio inadecuado en conjunción con una escasa o nula actividad física. • Obesidad endógena: a causa de alteraciones metabólicas.
CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD DE ACUERDO AL IMC	• Obesidad grado I: 30,0 – 34,9 kg/m² • Obesidad grado II: 35,0 – 39,9 kg/m² • Obesidad grado III: $\geq 40,0$ kg/m²

ACTIVIDADES PARA EL NIVEL PRIMARIO

1.-	Medición de peso a toda mujer de 20 a 64 años	Registrar el peso en cada consulta de seguimiento (cumplir la normas establecidas por el MSP).
2.-	Medición de la talla a toda mujer de 20 a 64 años	Registrar la en cada consulta de seguimiento (cumplir la normas establecidas por el MSP).
3.-	Determinación del índice de masa corporal (IMC)	Registrar el IMC en cada consulta de seguimiento.
4.-	Determinación de la tensión arterial	Registrar la en cada consulta de seguimiento (cumplir la normas establecidas por el MSP).
5.-	Identificar cuadro de malnutrición por exceso	Reportar en la historia clínica el estado nutricional de acuerdo al IMC determinado.
6.-	Anamnesis	Realizar una anamnesis con enfoque de riesgo.
7.-	Detección de factores de riesgo	Registrar en la HCI todos los factores de riesgo identificados.
8.-	Revisión de aparatos y sistemas.	Realizar un examen físico general exhaustivo en cada consulta. Identificar las molestias presentes por cuadro de malnutrición. Brindar tratamiento a las mismas.
9.-	Diagnosticar cuadro de malnutrición por exceso	Registrar el diagnóstico de malnutrición por exceso en la HCI e informar a la paciente sobre su diagnóstico.
10.-	Indicación de práctica de actividad física	Reportar en la HCI la indicación de actividad física de acuerdo al estado de la paciente. Explicar a la paciente la indicación registrada.
11.-	Indicación de dieta de acuerdo al estado nutricional, factores de riesgo y comorbilidades asociadas	Reportar en la HCI la indicación de cambios en la dieta de acuerdo al estado de la paciente. Explicar a la paciente la indicación registrada.
12.-	Solicitud de complementarios necesarios/ Control de resultados	Solicitud de BH, QS, hormonas tiroideas y otros de acuerdo a características y edad de la paciente. Registrar la solicitud en la HCI y los resultados. Brindar tratamiento de acuerdo a los mismos.
13.-	Interconsulta con especialista de Psicología	Registrar en la HCI y realizar seguimiento de dicha interconsulta. Explicar a la paciente la indicación registrada.
14.-	Referencia al especialista de Nutrición	Registrar en la HCI y realizar seguimiento de dicha referencia. Explicar a la paciente la indicación registrada.
15.-	Referencia a especialista de segundo nivel	Realizar solicitud de acuerdo a requerimiento de la paciente. Realizar seguimiento de dicha referencia. Registrar en la HCI. Explicar a la paciente la indicación registrada.
16.-	Consejería sobre estilos de vida saludable: ejercicio, reposo, nutrición, sexualidad y recreación.	Registrar en la HCI actividades realizadas. Fomentar trabajo con la familia y con grupos de apoyo.

6.8 Administración



6.9 Previsión de la evaluación

La evaluación se realizará atendiendo a los indicadores relacionados anteriormente con una periodicidad de seis meses

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO



Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Consentimiento informado

Yo, ..., con cédula de
Identidad....., de
nacionalidad....., mayor de edad, consiento en
participar en la investigación denominada: **Atención integral de salud a
mujeres adultas con malnutrición por exceso. Centro de Salud La
Vicentina, Tungurahua, 2016.**

Afirmo que he sido informada de los objetivos de la investigación
y he recibido información relativa al propósito del estudio, modalidad de
participación, riesgos y beneficios, voluntariedad, derecho a conocer los
resultados, derecho a retirarse del estudio en cualquier momento,
confidencialidad.

Para que así conste mi aceptación firmo a continuación:

Firma: _____

ANEXO 2. ENCUESTA



Universidad Técnica de Ambato
Facultad de Ciencias de la Salud
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

Tema de investigación: Atención integral de salud a mujeres adultas con malnutrición por exceso. Centro de Salud La Vicentina, Tungurahua, 2016.

Sección I: Datos generales	
Nombre:	Fecha de nacimiento:
Edad:	Estado civil:
Escolaridad:	Ocupación:
Fecha de aplicación:	Autoidentificación:
Número de historia clínica:	Número de cédula:
Sección II: Datos antropométricos y antecedentes patológicos personales de la participante:	
Peso:	Talla:
IMC:	Valoración nutricional:
1.- Padece de HTA: SI ☐ NO ☐	2.- Padece de Diabetes mellitus 2 SI ☐ NO ☐
3.- Padece de Hipercolesterolemia: SI ☐ NO ☐	4.- Padece de Hipertrigliceridemia: SI ☐ NO ☐
5.- Padece de Cardiopatía Isquémica: SI ☐ NO ☐	6.- Padece de Cáncer de Mama: SI ☐ NO ☐
7.- Padece de Cáncer de endometrio: SI ☐ NO ☐	8.- Padece de otras enfermedades: SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?
Sección III: Datos obtenidos de la historia clínica	
1.- Diagnóstico de obesidad o sobrepeso registrado en la historia clínica SI ☐ NO ☐	1.1.- Consultas de seguimiento por el cuadro de malnutrición registradas en la historia clínica en el último año 4 consultas al año ☐ Menos de 4 consultas al año ☐ Ninguna ☐

2.- Solicitud de exámenes complementarios para la detección y seguimiento de comorbilidades en el último año registrada en la historia clínica SI ☐ NO ☐ No requiere ☐	2.1.- Recepción y evaluación de los resultados de exámenes complementarios solicitados para la detección y seguimiento de comorbilidades en el último año registrados en la historia clínica. SI ☐ NO ☐
3.- Solicitud de referencia para el especialista según requerimiento del paciente registrada en la historia clínica SI ☐ NO ☐	4.- Registro de medidas antropométricas en cada consulta de seguimiento presente en la historia clínica SI ☐ NO ☐
4.1.- Según información obtenida de la paciente: La medición de peso y talla se lo realizó : En ropa interior / Con bata de examinación SI ☐ NO ☐ Sin zapatos SI ☐ NO ☐	5.- Indicación de la práctica de actividad física registrada en la historia clínica. SI ☐ NO ☐
6.- Solicitud de referencia para el especialista de Psicología registrada en la historia clínica. SI ☐ NO ☐	6.1.- Registro de contrarreferencia de la consulta con el especialista de Psicología presente en la historia clínica SI ☐ NO ☐
7.- Solicitud de referencia para el especialista de Nutrición registrada en la historia clínica. SI ☐ NO ☐	7.1.- Registro de contrarreferencia de la consulta con el especialista de Nutrición presente en la historia clínica SI ☐ NO ☐
Caracterización de la atención médica integral recibida por la paciente: ADECUADA INADECUADA	
FIRMA DE LA PACIENTE:	FIRMA DEL EVALUADOR

ANEXO 3. TABLAS

Tabla 1.- Malnutridas por exceso en relación al estado civil. CS La Vicentina. 2016.

Estado civil Estado Nutricional	Soltera		Casada		Unión libre		Divorciada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sobrepeso	5	5,31	26	27,65	13	13,83	5	5,31	49	52,12
Obesidad grado I	7	7,44	11	11,70	3	3,19	6	6,38	27	28,72
Obesidad grado II	0	0,00	6	6,38	5	5,31	0	0,00	11	11,70
Obesidad grado III	4	4,25	3	3,19	0	0,00	0	0,00	7	7,44
Total	16	17,02	46	48,94	21	22,34	11	11,70	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

Tabla 2.- Malnutridas por exceso en relación a la vinculación laboral. CS La Vicentina. 2016.

Vinculación laboral Estado Nutricional	Con vinculación laboral		Sin vinculación laboral		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	18	19,14	31	32,98	49	52,12
Obesidad grado I	7	7,44	20	21,28	27	28,72
Obesidad grado II	6	6,38	5	5,31	11	11,70
Obesidad grado III	2	2,12	5	5,31	7	7,44
Total	33	35,08	61	64,88	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

Tabla 3.- Caracterización de la atención médica recibida en relación al estado nutricional. CS La Vicentina. 2016.

Atención Médica Estado Nutricional	Adecuada		Inadecuada		Total	
	#	%	#	%	#	%
Sobrepeso	7	7,44	42	44,66	49	52,12
Obesidad grado I	4	4,26	23	24,46	27	28,72
Obesidad grado II	0	0,00	11	11,70	11	11,70
Obesidad grado III	0	0,00	7	7,44	7	7,44
Total	11	11,70	83	88,30	94	100,00

Elaborado por: Carmita Martínez.

Fuente: Encuesta

BIBLIOGRAFÍA

¹ Kauffer-Horwitz, M., Tavano-Colaizzi, L., Ávila-Rosas, H. obesidad en el adulto. [Internet] [Consultado el 19 de mayo del 2015]. Disponible en: http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/Licenciatura/Enfermeria/ProgramaNivelacion/Gen_10b_jun11-12/A14_Op_III_Alimentacion/unidad6/lec_65_obesidad.pdf

² Urgilés, L., Bonete, B. 2013. Prevalencia del sobrepeso y la Obesidad en mujeres embarazadas, atendidas en el Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca, [Internet] 2013. [Consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5305/1/ENF141.pdf>

³ Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2016. [consultado el 26 de octubre del 2016]. Disponible en: www.who.int/mediacentre/factsheets

⁴ Guía de práctica clínica nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Ministerio de Salud. Argentina [Internet] 2012 [consultado el 15 de octubre del 2014]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf

⁵ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. [Internet] 2012. [consultado el 15 de octubre del 2014] Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

⁶ Normas de nutrición para la prevención primaria y control de sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes. [Internet] 2011. [Consultado el 14

de octubre del 2014]. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PREVEN_CION_PRIMARIA.pdf

⁷ Normas, protocolos y consejería para programas de atención nutricional durante el embarazo y el parto. [Internet] 2011. [Consultado el 14 de octubre del 2014]. Disponible en:
http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/art_practicas_integrales_parto.pdf

⁸ Ecuador aprueba el semáforo en el etiquetado de alimentos. Comunicación de Responsabilidad & Sustentabilidad Empresarial. [Internet] Publicada: 06.06.2014. [Consultado el 14 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://comunicarseweb.com.ar/?page=ampliada&id=12625>

⁹ Estadísticas sanitarias mundiales. Organización Mundial de la Salud. [Internet] 2012. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70887/1/WHO_IER_HSI_12.1_spa.pdf

¹⁰ Savino, P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. RevColomb Cir. 2011;26:180-195. [Internet] Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a5.pdf>

¹¹ Villegas O, Martínez A, Montero D, Holthuis K, Álvarez A, Freer J, Vázquez F. 2003. Bases para la Atención Médica Integral. San José, Costa Rica. [Internet] [consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en:
<http://www.cendeisss.sa.cr/modulos/AISmodulo1.pdf>

¹² Pan American Health Organization. Non-communicable Diseases in the Americas: Basic Indicators 2011 [Internet]. Washington, DC: OPS, 2011 [consultado el 14 de octubre del 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1930&Itemid=1708&lang=en

¹³ 28ava conferencia sanitaria Panamericana. 64ava sesión del Comité Regional. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de septiembre del 2012 [Internet] [consultado el 16 de octubre del 2014]. Disponible en :www.paho.org

¹⁴ Ministerio de Salud Pública. Encuesta nacional de salud y nutrición. ENSANUT-ECU 2012. [Internet] 2013. [Consultado el 20 de Abril del 2016]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf

¹⁵ Martínez, C. Diagnóstico de la situación de salud de la población del barrio La Vicentina perteneciente al subcentro de salud La Vicentina del cantón Ambato- provincia Tungurahua en el periodo marzo – mayo 2014.

¹⁶ Martínez, C. Análisis de la situación de salud de la población del barrio La Vicentina perteneciente al subcentro de salud La Vicentina del cantón Ambato- provincia Tungurahua. 2015.

¹⁷ Martínez, C. Diagnóstico de la situación de salud de la población del barrio La Vicentina perteneciente al subcentro de salud La Vicentina del cantón Ambato- provincia Tungurahua en el periodo marzo – mayo 2014.

¹⁸ Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena. [Internet] 2012. México. Secretaría de Salud. [Consultado el 14 de

Octubre del 2014]. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5305/1/ENF141.pdf>

¹⁹ Urgilés, L., Bonete, B. 2013. Prevalencia del sobrepeso y la Obesidad en mujeres embarazadas, atendidas en el Centro de Salud N°1 Pumapungo. Cuenca, [Internet] 2013. [Consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5305/1/ENF141.pdf>

²⁰ Loaiza, O. 2010. “Dieta hipocalórica y actividad física para el tratamiento del sobrepeso y obesidad en mujeres adultas, Santo Domingo de los Tsachilas 2010” ESPOCH [consultado el 12 de octubre del 2014]. Disponible en:

https://www.google.com.ec/?gws_rd=ssl#q=DIETA+HIPOCALORICA+Y+ACTIVIDAD+FISICA+PARA+EL+TRATAMIENTO+DEL+SOBREPESO+Y+OBESIDAD+EN+MUJERES+ADULTAS%2C+SANTO+DOMINGO+DE+LOS+TSACHILAS+2010%E2%80%9D

²¹ La Obesidad como pandemia del siglo XXI. 2012. Real Academia Nacional de Medicina. [Internet] [consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: [http://www.actasanitaria.com/fileset/file_La Obesidad como pandemia 51394.pdf](http://www.actasanitaria.com/fileset/file_La%20Obesidad%20como%20pandemia%2051394.pdf)

²² World Health Organization. Obesity and overweight. Geneva: WHO; 2006. [Internet] [Consultado el 3 de abril del 2015] Disponible en: <http://www.findamo.com/search.html?category=web&ch=8&q=http%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fmediacentre%2Ffactsheets%2Ffs311%2Fen%2Fprint.html>

²³ Centers for Disease Control and Prevention. NCHS – Health Estats Prevalence of overweight, obesity and extreme obesity among adults: United

States trend 1960 – 62 through 2005 – 2006. November 19, 2009. [Internet]. 2009. [Consultado el 3 de abril del 2015]. Disponible en: http://www.findamo.com/search.html?category=web&ch=8&q=%3A+http%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fnchs%2Fdata%2Fhestat%2Foverweight_adult.htm

²⁴ Centers for Disease Control and Prevention. Obesity and overweight for professionals: childhood: trends: NHANES, November 17, 2009. [Internet] [Consultado el 4 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html>

²⁵ Barker, D., Osmond, C., Kajantie, E., Eriksson, J. Growth and chronic disease: Findings in the Helsinki Birth Cohort. Ann Hum Bio. 2009; Septiembre; 36 (5): 445-58. doi: 10.1080 / 03014460902980295. [Internet]. [Consultado el 04 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19562567>

²⁶ Hossain, P., Kavar, B., El Nahas, M. Obesity and Diabetes in the developing world. A growing challenge. N Engl J Med. 2007;356:213-5. [Internet] [Consultado el 5 de abril del 2015]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17229948>

²⁷ Savino, P. Obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Rev Colomb Cir. 2011;26:180-195. [Internet] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v26n3/v26n3a5.pdf>

²⁸ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. [Internet] 2012. [consultado el 15 de octubre del 2014] Disponible en:

http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

²⁹ Asociación colombiana de obesidad y cirugía bariátrica. ACOCIB. Guía de atención integral para la obesidad. [Internet] 2011. [Consultado el 02 de marzo del 2015]. Disponible en: http://www.acocib.org/pdf/GUIASDEATENCI_NINTEGRALSOBREPESO,OBESIDADYCIRUGABARIATRICA.pdf

³⁰ Ministerio de salud pública del Ecuador. Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niños, niñas y adolescentes. [Internet] 2011. [Consultado el 13 de marzo del 2015]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PREVENCIÓN PRIMARIA.pdf

³¹ Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador. [Internet] 2012. [consultado el 15 de octubre del 2014] Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

³² Muñoz, F. El educador en el caso de la obesidad de los niños de primer año básico. [Internet] 2006. [Consultado el 27 de febrero del 2015]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/444/tesis%20TPEB%20399.pdf>

³³ Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador 2008. [Internet] 2008. [Consultado el 18 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.efemerides.ec/1/cons/>

³⁴ Collaguazo, L. Las redes del Sistema Nacional de Salud y su implicación en la gestión comunitaria. Caso centro de Salud Penipe del área #6 Guano/ Penipe, período octubre del 2011 a junio del 2012. [Internet] 2015. [Consultado el 18 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/2301/1/UNACH-IPG-GEMP-2015-0006.pdf>

³⁵ Normas de nutrición para la prevención primaria y control del sobrepeso y la obesidad en niñas, niños y adolescentes. [Internet] 2011. [Consultado el 14 de octubre del 2014]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PREVEN_CION_PRIMARIA.pdf

³⁶ Mancini Rueda, R. Normas éticas para la investigación clínica. Universidad de Chile. [Internet] 2014. [Consultado el 18 de mayo del 2015]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76992/normas-eticas-para-la-investigacion-clinica>

³⁷ Coordinación Nacional de Nutrición. 2012. Manual de procedimientos de Antropometría y determinación de la presión arterial. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Internet] [consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/MANUAL_PROCEDIMIENTOS_ANTROPOMETRIA.pdf

³⁸ Coordinación Nacional de Nutrición. 2012. Manual de procedimientos de Antropometría y determinación de la presión arterial. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. [Internet] [consultado el 11 de octubre del 2014]. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/MANUAL_PROCEDIMIENTOS_ANTROPOMETRIA.pdf

³⁹ Organización Mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. Enero de 2015. [Internet] 2015. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁴⁰ Ortiz H., Galán I., Martín R., Garrido M., zorrilla B., Gandarillas A. Prevalencia de sobrepeso y obesidad y efectos en la mortalidad atribuible en la comunidad de Madrid. [Internet] [Consultado el 30 de junio del 2016.] disponible en: <http://www.madrid.org>

⁴¹ Molina, M., Ojeda, M. Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes entre 40 y 65 años. Hospital “José Carrasco Arteaga”, 2013. [Internet] 2013. [Consultado el 04 de julio del 2016]. Disponible en: <http://revistamedicahjca.med.ec/ojs/index.php/RevHJCA/article/view/9/10>

⁴² Escobar, M. Manejo alimentario del adulto con sobrepeso u obesidad. Programa de Salud Cardiovascular. [Internet] 2012. [Consultado el 04 de julio del 2016]. Disponible en: www.minsal.gob.cl

⁴³ Álvarez, L., Goez, J., Carreño, C. Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y la pobreza. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 11 (23): 98 – 110, julio-diciembre de

2012. [Internet] 2012. [Consultado el 04 de julio de 2016]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v11n23a06.pdf>

⁴⁴ Piedrahita, A. la obesidad como factor de riesgo para diabetes mellitus 2 en pacientes que asisten a consulta externa del hospital “Alfredo Noboa”. Guaranda. noviembre 2009 – junio 2010. [Internet] 2010. [consultado el 04 de julio del 2016]. Disponible en:
<http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/3434/1/94T00097.pdf>

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso y Obesidad. [Internet] 2015. [Consultado el 06 de julio de 2016]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

⁴⁶ Barrera , A., Rodriguez, A., Molina, M. escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):292-99. [Internet] 2015. [Consultado el 06 de julio de 2016]. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>

⁴⁷ Donabedian A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press; 2003.

⁴⁸ Carlosama, A., Farinango, D., Robalino, M. Protocolo de atención nutricional para pacientes con sobrepeso y obesidad. Universidad técnica del Norte. [Internet]. 2013. [Consultado el 07 de julio del 2016]. Disponible en:
<http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/10/browse?type=advisor&order=ASC&rpp=20&value=Robalino%2C+Martha>

⁴⁹ Gómez, R. et. Colaboradores. Revista Clínica Española. Volume 215, Issue 9, December 2015, Pages 505–514. [Internet] 2015. [consultado el 07

de julio del 2016]. Disponible en:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014256515001940>