



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN LA SALUD

GRADO DE CONOCIMIENTO EN LA
PREVENCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE OBESIDAD
DE LOS MÉDICOS FAMILIARES ADSCRITOS
AL "HGZ/UMF No 8" SAN ANGELES

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. ROMERO AGUILERA SERGIO ALVARO

JURADO DE EXAMEN:
DIRECTORA: DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
ASESOR: DR. CRUZ CASTILLO FERNANDO
SINODALES: DRA. MARTHA BEATRIZ BARBERENA OLIVARES
LIC. FELICITAS ESPINOZA FIGUEROA
DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA



MÉXICO, D.F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

A MIS AMIGOS,

ELLOS QUE ESTUBIERON JUNTO CONMIGO
EN BUENAS Y MALAS, EN ALTAS Y BAJAS,
CON LOS QUE CONVIVI, BUENAS Y MALAS
EXPERIENCIAS DENTRO DEL HOSPITAL
Y QUE EN MOMENTOS DIFICILES
FUERON FIELES Y FUERTES; COMO
MIS HERMANOS:

MARIO ALBERTO GIL AGUILERA
MA DE MERCEDES CRUZ PENAGOS
CLAUDIA FUENTEVILLA GOMEZ
GRACIAS AMIGOS

A MIS PACIENTES,

QUE SIN ELLOS NO HUBIERA PODIDO CULMINAR
UNA NUEVA ETAPA DE FORMACION Y
CAPACITACION MEDICA, Y QUE FUERON PILARES
EN MI DESEMPEÑO MEDICO, HUMANISTICO,
ETICO Y PROFESIONAL.

A MIS FAMILIARES,

QUE TAMBIEN AGUANTARON DESVELOS, CRISIS,
CAMBIOS, MODIFICACIONES EN SUS ESTILOS DE VIDA
Y QUE SON PILARES PARA MI DESARROLLO
HUMANO Y PROFESIONAL.

G R A C I A S

D I O S M I O

POR TODO LO QUE ME HAS DADO.

INDICE.

1.	INTRODUCCION	1
2.	MARCO TEORICO	10
3.	MATERIAL Y METODOS	11
4.	RESULTADOS	12
5.	DISCUSION	13
6.	CONCLUSIONES	14
7.	ANEXOS	15
8.	BIBLIOGRAFIA	37

ASESORES

DRA. MARTHA BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
JEFE DE ENSEÑANZA HGZ No 8
MEDICO ESPECIALISTA EN FAMILIA

DR. FERNANDO CRUZ CASTILLO
MEDICO ESPECIALISTA EN FAMILIA ADSCRITO A
SERVICIO DE URGENCIAS EN HGZ No 8

DR. GUILLERMO SANCHEZ HUERTA
ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA Y
ENDOCRINOLOGIA ADSCRITO A GH0 No 4

LIC. EN NUTRICION
LIC. FELICITAS ESPINOZA FIGUEROA
ADSCRITA A NUTRICION HGZ No 8

DR. GILBERTO AMARO
MEDICO ESPECIALISTA EN FAMILIA Y PSIQUIATRIA
CLINICA ADSCRITO A UMF 140

RESUMEN.

El objetivo de este estudio es el de evaluar el grado de conocimiento y la aptitud clínica que tiene el médico familiar adscrito al HGZ/UMF No 8 San Ángel del IMSS.

MATERIAL Y METODOS; se construyó y validó un instrumento de 18 ITEMS, con el cual se evalúa la aptitud clínica preventiva con que cuenta el médico familiar adscrito a HGZ/UMF No 8 San Ángel, de ambos turnos y ambos sexos, para el cual se utilizaron pruebas no paramétricas.

RESULTADOS; se calificó a los médicos familiares, por grupos e edad (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49, y 50 y más); y se obtuvo que 16 (50%) están en rango de edad entre 40 a 49 años, 10 (31.3%) entre 30 y 39 años y 6 (18.8%) en rango de 50 años o más; de los cuales 21 (65.6%) son mujeres y 11 (34.4%) son hombres, De este total de la muestra 11 (34.4%) con resultados de conocimiento suficiente; emitió un concepto de obesidad de acuerdo con la NOM obesidad, 12 (37.5%) con carácter intermedio emitieron un concepto personal de obesidad, y 9 (28.1%) con carácter deficiente no emitió un concepto de obesidad.

CONCLUSIONES; la aptitud preventiva y de diagnóstico para obesidad del médico familiar adscrito al HGZ/UMF No 8; tiene carácter deficiente, por lo que sugiero en medida de lo posible que el médico familiar adopte una aptitud adecuada con respecto a la obesidad.

INTRODUCCION

Hoy en día la obesidad representa un potencial problema de salud, con forme a la información estadística que en materia epidemiológica representa en consultas de primera vez para el IMSS un total de 203 961 y 9714993 consultas subsecuentes, de las cuales 136414 son pacientes hipertensos y 117816 pacientes diabéticos (estas enfermedades relacionadas con la obesidad).

Los registros emitidos por el departamento de epidemiología del HGZ/UMF No 8 en la mayoría de los casos, los pacientes reportan sobrepeso al considerar que del 100% de los pacientes que acuden a la consulta externa, de este hospital el 60% presenta algún grado de obesidad o sobrepeso y no se tiene claro el número de consultas de pacientes obesos. Sin embargo se esta demostrando que la obesidad es promotora de enfermedades degenerativas

Conforme a la investigación realizada en la universidad de Sao pablo brasil acerca de la actitud clínica y el grado de conocimiento, del medico familiar para prevenir la obesidad se observo una falta de actitud preventiva, por realizar una labor 100% curativa y de control.

Al referirnos a la obesidad, debemos entender que consiste en; el almacenamiento excesivo de tejido adiposo, en el organismo , acompañado de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos consistentes en patología endocrina, cardiovascular, ortopédica entre otras, principalmente relacionados, con factores biológicos socioculturales, y psicológicos según la NOM-174-SSA1-1998; para el manejo integral de la obesidad.

Su etiología es multifactorial, y su tratamiento debe de ser apoyado en un grupo multidisciplinario, como es la participación de médicos familiares, nutriólogos, psicólogos, geriatras, trabajadores sociales, y difusiones publicitarias.

Al tratarse de un problema de salud publica, ya que según la OMS a nivel mundial, cerca de 1 200 000, son obesos, lo que equivale en la misma magnitud a la cantidad de personas con desnutrición en el mundo.

En la actualidad México se encuentra por encima de las cifras, de obesidad que los estados unidos de Norteamérica, ya que a partir de las ultimas 2 décadas incremento en mas de un 30% con respecto a ese país, ubicando a un 55 % de la población adulta con sobrepeso y un 22% con obesidad franca.

De acuerdo con las estadísticas de la encuesta nacional de salud en México de 1999 el 52.5% son mujeres de las cuales 21.7% son obesas y 30.8% presentan sobrepeso en comparación a las cifras que se presentaban una década antes (1988), ya que entonces del 35.1% de las mujeres, un 18.7% presentan obesidad y 16.4% sobrepeso.

Todos estos cambios podemos atribuirlos al cambio de estilo de vida, pero es aun más preocupante que los niños en edad escolar presenten en un 20 a 30% obesidad y sobrepeso.

En México la obesidad contribuye a un numero cercano de 200 000 muertes por año (3).

Diversos estudios señalan que México, se encuentra en transición epidemiológica, proceso en el cual se observa un descenso dramático de la mortalidad por enfermedades infecciosas, y un aumento modesto en la mortalidad por enfermedades crónico degenerativas.

El país ha experimentado un descenso en sus tasas de fecundidad a partir de la década de los 70, así como una reducción de la mortalidad y morbilidad por enfermedades infecciosas y un aumento relativo en enfermedades crónicas a partir de los años 50. Así mismo cabe considerar 2 factores que intervienen en este proceso; por un lado el desarrollo socioeconómico, no es homogéneo en todas las regiones del país.

De acuerdo con el índice de marginación, elaborado por el Consejo Nacional de Población; los estados del sur y del centro de la república mexicana, tienen niveles más altos de marginación, que los estados de norte y el Distrito Federal. Por otro lado, diversas regiones de México, se encuentran en distintas etapas del proceso de transición epidemiológica. Este fenómeno, conocido como polarización epidemiológica, refleja grandes disparidades en las condiciones de salud de distintos grupos sociales en el país.

En México, en general, se ha prestado mayor importancia a los problemas de desnutrición que a los problemas de mala nutrición por excesos. Sin embargo que el país ha experimentado y el proceso de transición epidemiológica por el cual atraviesa, indican que la mala nutrición por exceso también puede constituir un problema de salud importante. La creciente urbanización y el desarrollo económico producen cambios en las condiciones y en los estilos de vida. Estos cambios pueden generar modificaciones en la dieta y en los patrones de actividad física de la población, lo que puede aumentar el riesgo de obesidad.

Información procedente de países desarrollados como en desarrollo, indica que el riesgo de sufrir de obesidad no es homogéneo entre los distintos estratos socioeconómicos y educativos de la población. En los estados unidos hasta antes de 1980, la prevalencia de obesidad, de niños era mayor entre estratos socioeconómicos altos. Sin embargo recientemente se ha detectado un aumento en la prevalencia en preescolares de bajos ingresos. Del mismo modo se han encontrado prevalencias más altas entre niños de bajos ingresos hispanos o indios americanos, en comparación con las de otros grupos étnicos.

La obesidad entre adultos en los estados unidos es más frecuente entre personas de bajos recursos económicos y entre población África americana y México norteamericana. (4)

Uno de los problemas más comunes asociados al estilo de vida actual, es el exceso de peso. La obesidad y el sobrepeso son graves problemas que suponen una creciente carga económica sobre los recursos nacionales.

Afortunadamente este mal se puede prevenir en gran medida si se introducen los cambios adecuados en el estilo de vida. (3)

¿Que es el sobrepeso?

Podemos definirlo como el estado premorbid de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. (3)

¿Que es la Obesidad?

Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal en el adulto es mayor de 25 unidades.

Esta enfermedad se caracteriza por el exceso de tejido adiposo, en el organismo por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 27 y en una población de talla baja mayor de 25.

La obesidad no distingue color de piel, edad, nivel socioeconómico, sexo o situación geográfica.

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

Con excepción, de las personas que son muy musculosas, aquellas cuyo peso supera en un 20% o mas el punto medio de la escala de peso según el valor estándar peso/altura, son consideradas obesas.

La obesidad puede ser clasificada como leve (del 20 al 40% de sobrepeso), moderada (del 41 al 100% de sobrepeso) o grave (mas del 100% de sobrepeso).

La obesidad es grave solo en solamente 0.5% de las personas obesas.

La obesidad es una amenaza para la vida, es una enfermedad progresiva y crónica que propicia epidemias que afecta a todo el mundo. (4)

CAUSAS

Las causas de la obesidad hasta el día de hoy no han sido del todo comprendidas pero se sabe que existen muchos factores causantes de esta grave enfermedad; unos que parecen ser muy sencillos y otros bastante complicados.

Por mencionar las más importantes causas; tenemos las siguientes:

- genéticas, metabólicas, psicológicas, socioculturales, sedentarismo, neuroendocrinas medicamentosas, nutrición altamente calórica, multifactoriales

a) GENÉTICAS

Los genes involucrados en la obesidad pueden considerarse como predisponentes y pudieran estar actuando uno o varios de ellos en conjunto y estos son: GENE LOCALIZACION INTERVENCIONOB 7q32 Codifica para elaborar la proteína leptina OB-R P31 GEN DEL RECEPTOR DE LA PROTEINA LEPTINA Fat 11p 15.1 Interviene en la formación de la Pro insulina TUB 11P 15.4 SE PRESENTA EN OBESIDAD Y DIABETES TULP 1 6p 21.3 Obesidad y diabetes TULP 2 19q 13.1 Obesidad y diabetes AY 20q 11.2 Obesidad, diabetes y pelo amarillo

b) Metabólicas.

El uso energético de la caloría varía considerablemente entre una persona y otra. Algunas personas son más eficientes en lo que se refiere ala utilización de calorías para poder mantener la temperatura corporal y poder llevar a cabo los procesos metabólicos.

c) Psicológicas

Recientes descubrimientos han demostrado la teoría de que las causas psicológicas pueden desarrollar la obesidad, y ahora se considera que los cambios psicológicos en la obesidad, son una consecuencia y no una causa de la misma.

d) Socioculturales

Estos factores influyen fuertemente en la obesidad, sobre todo en las mujeres. En algunos países desarrollados la frecuencia de la obesidad es más del doble, entre las mujeres de nivel socioeconómico bajo, que entre las de nivel más alto.

El motivo por lo el cual los factores socioeconómicos tienen una influencia tan poderosa sobre el peso de las mujeres no se entiende por completo pero se sabe que las medidas en contra de la obesidad aumentan con el nivel social. Las mujeres que pertenecen a grupos de un nivel socioeconómico más alto tienen más tiempo y recursos; para hacer dietas y ejercicios que les permiten adaptarse a estas exigencias sociales. (13)(17)

e) Sedentarismo

La actividad física reducida es probablemente una de las razones principales para el incremento de la obesidad entre las personas de las sociedades opulentas. En algunas, los Estados Unidos por ejemplo, la obesidad es hoy dos veces mas frecuente que en el año 1900, aun cuando el terminó o medio de calorías consumidas diariamente ha disminuido en un 10%.Las personas sedentarias necesitan menos calorías. El aumento de la actividad física hace que las personas de peso normal coman más, pero puede que no ocurra lo mismo en las personas obesas. (17)

f) Neuroendocrinas

Algunos trastornos hormonales pueden causar obesidad, como son el síndrome de cushing, insuficiencia suprarrenal, la diabetes, etc. Una lesión del cerebro especialmente del hipotálamo, puede dar como resultado obesidad. (7)

g) Medicamentos

Ciertos fármacos utilizados frecuentemente causan aumento de peso, como la prednisona (un corticosteroide) y muchos antidepresivos, así como también muchos otros fármacos, que se utilizan para controlar los trastornos psiquiátricos.(8)

h) Nutrición Altamente Calórica

Aquí podemos mencionar la situación de logro-recompensa, como se suele presentar en niños obesos que después de realizar alguna actividad la madre les recompensa con alimento, convirtiendo esto en una rutina, descuidando por un lado la situación estética, inclusive la nutricional, por mejorar el aspecto emocional <y afectivo hacia los hijos.(13),(20)(21).

i) Multifactorial

Se han descrito otros predisponentes, así como los malos hábitos alimenticios, cambios en el estilo de vida, así como de residencia, el cambio de estructura familiar, etc.(21)(22)

SINTOMAS

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo, la dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada espontánea de la respiración (apnea del sueño) lo que causa somnolencia, durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas, y tobillos. Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes, dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor del cuerpo en forma eficiente; por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente así mismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causadas por la acumulación a este nivel de pequeñas a moderadas cantidades de Líquido (edemas). (12)

TIPOS DE OBESIDAD.

Según la distribución de la grasa corporal existen los siguientes:

a) Obesidad Androide, se localiza en cara cuello, tronco y parte superior del abdomen. Es la más frecuente en varones.

b) Obesidad Ginecoide; predomina en abdomen inferior, caderas, nalgas y glúteos. Es mas frecuente en mujeres.

¿Como se clasifica ala. Obesidad?

Considerando su inicio, se clasifica, como Obesidad de la Infancia o del Adulto.

Considerando la distribución del exceso de grasa corporal en obesidad del tronco y hombros, y obesidad del tronco y caderas, pero para propósitos de pronóstico y tratamiento, la obesidad se clasifica de acuerdo con el índice de masa corporal o IMC como clase I (moderada), clase II (severa), o clase III (mortal).

El IMC entre 25 y 29 es sobrepeso, excepto en personas con una estatura de 5 pies (150 cm.) o menor, donde la obesidad clase I se alcanza con un IMC de 27 y la clase III o mortal con un IMC de 35 (en vez de 40). No existe un determinado índice de masa corporal o proporción de peso-talla, en el cual podamos decir que las enfermedades asociadas que acortan la vida y la limitan van ha aparecer.

Oblviamente el riesgo de padecerlas es mayor mientras el IMC es mayor; y mientras más pronto la obesidad es corregida, mas enfermedades asociadas serán evitadas y prevenidas. Incluso esta clasificación es subjetiva, debido a que personas en clase I refieren síntomas de clase III, y presentan sus complicaciones; mientras que otros que han sido diagnosticados como clase III no los tiene, este último ejemplo, esta muy relacionado con la edad, sucede muy frecuente en gente joven, una vez en que el sobrepeso y la obesidad han aparecido, es solo cuestión de tiempo, esta es la razón por la que cada caso debe de ser diagnosticado y estudiado de forma individual, tan pronto como sea posible independientemente de sus síntomas, ya sea sin diagnostico, no se puede discutir el pronostico con el paciente, tampoco establecer un tratamiento adecuado y por lo tanto el enfermo no disfrutara de una perdida significativa y constante de peso.

¿Cómo se mide la obesidad?

La obesidad se mide a partir de indicadores de sobrepeso, como el IMC (peso en kilogramos sobre talla en metros al cuadrado), o bien por medio de indicadores de porcentaje y distribución de tejido adiposo en el organismo (como los distintos pliegues subcutáneos, o la razón de circunferencia de cintura sobre circunferencia de cadera). (9)

La prevalencia de obesidad y sobrepeso ha aumentado, tanto en países desarrollados, como los que están en vías de desarrollo. En la ciudad de México, en un estudio desarrollado en población adulta de nivel socioeconómico bajo se encontraron tasas de prevalencia de obesidad de 37% en hombres y 60% en mujeres.

Estudios en población, adulta México-Norteamericana, en los estados unidos han encontrado tasas de prevalencia de sobrepeso ajustado por edad de 39.1% en hombres y 47.2% en mujeres y es debida a problemas étnicos y a cambios en la dieta al migrar a EE.UU. (5)

- Obesidad de clase I: IMC de 30 a 34.9
- Obesidad de clase II: IMC de 35 a 39.9
- Obesidad de clase III. IMC de 40 o más

COMORBILIDAD (complicaciones)

Las personas obesas corren un riesgo mayor de enfrentar o morir por cualquier enfermedad, lesión o accidente; y este riesgo aumenta proporcionalmente a medida que aumenta su obesidad.

La obesidad abdominal se ha vinculado con un riesgo mucho mas elevado de enfermedad coronaria y con tres de sus principales factores de riesgo, la hipertensión arterial, la diabetes de comienzo en la edad adulta y las concentraciones elevadas de grasas (lípidos) en la sangre. El motivo por el cual la obesidad abdominal, incrementa estos riesgos es desconocido; pero es un hecho constatado que, en las personas con obesidad abdominal, se reducen con la pérdida notable de peso. La pérdida de peso hace bajar la presión arterial en la mayoría de las personas que tienen hipertensión arterial y permite a más de la mitad de las personas que desarrollan

diabetes del adulto suprimir la insulina u otro tratamiento farmacológico. Ciertos tipos de cáncer son mas frecuentes en los obesos que en las personas que no los son, como el cáncer de mama, de útero y de ovarios en las mujeres y cáncer de colon, recto y próstata en los varones. Los trastornos menstruales son también mas frecuentes en las mujeres obesas y la enfermedad de la vesícula biliar se produce con el triple de frecuencia en ellas. (9)

PROBLEMAS OSTEOARTICULARES

Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie Aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante. Artrosis generalizada; especialmente en rodillas, caderas y columna lumbar, atrofia muscular, gota
En niños con pie plano, genu valgus, desplazamiento de la epifisis de la cabeza femoral.

PROBLEMAS DIGESTIVOS.

Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, digestiones pesadas, dispepsia biliar con colecistitis y colé litiasis, ulcera gastroduodenal. Estreñimiento, con frecuentes hemorroides. Insuficiencia hepática en grado variable con infiltración grasa. Aumento de la frecuencia de cirrosis hepática Insuficiencia pancreática.

PROBLEMAS RENALES.

Nefrosclerosis con hipertensión arterial, albuminuria y cilindruria, retención líquida con edemas.

COMPLICACIONES DERMICAS

Cianosis por estasis vascular y talangiectasias, estrías cutáneas, lesiones por rozaduras, lesiones por maceración cutánea, intertrigo, mayor frecuencia de forúnculos y ántrax, caída de pelo, hirsutismo, exceso de sudoración, úlceras y celulitis.

COMPLICACIONES GINECOLOGICAS

Alteraciones menstruales variables, hipo menorea, hipo e hipermenorea, y en ocasiones amenorea.

COMPLICACIONES GESTACIONALES.

Mayor incidencia de toxemia, preeclampsia, mal posición fetal y partos prolongados.

COMPLICACIONES SEXUALES

Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica), compulsividad e impulsividad sexual. Problemas de orden físico para realizar el acto sexual.

COMPLICACIONES NEUROLOGICAS

Cefaleas, insomnio y múltiples trastornos psicósomáticos

COMPLICACIONES HEMATOLOGICAS

Policitemia con aumento de hemoglobina

INFECCIOSAS

Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias, peor pronostico en caso de fiebre tifoidea, neumonía y gripes.

COMPLICACIONES PARIETALES

Hernias umbilicales, inguinales y crújales.

COMPLICACIONES QUIRURGICAS Y ANESTESICAS

Aumento en general del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardiacas, metabólicas, pulmonares etc.) Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al incremento de peso Dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas (Trendelenburg) Incremento de la dificultad en la realización de venopuntura, intubación, y punción lumbar

COMPLICACIONES DE CICATRIZACION

Elevado riesgo de eventraciones posquirúrgicas Aumento de las embolias y trombosis posquirúrgicas Mayor riesgo de infecciones posquirúrgicas Incremento de la dificultad de ajuste de la dosis anestésica Hipo ventilación post anestésica

COMPLICACIONES ONCOLOGICAS

Aumento general de mortalidad por cáncer. Aumento estadístico del cáncer de próstata y colon en hombres Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de ovario endometrio y mama en la mujer

COMPLICACIONES PSICOLOGICAS

Miedo e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desorden de las conductas alimentarias, perturbación personal por hábitos de ingesta errónea, distorsión de la imagen corporal, tristeza e infelicidad, ansiedad frecuente en niños por pseudomicrope y pseudo ginecomastia, depresión, frigidez, impotencia.

COMPLICACIONES SOCIALES.

Angustia por presión social frente a su obesidad, angustia por presión social frente a su adelgazamiento, aislamiento social, dificultades para vestir, usar transporte público, sobreprotección familiar, rotura del núcleo familiar o de la pareja.

SUICIDIO: la tasa de suicidios es mayor en personas obesas; que en individuos normales o delgados. Actualmente se considera que la reducción del peso corporal entre un 5% y un 10% ya supone una importante mejora ante los factores de riesgo asociados con la obesidad.

OBESIDAD MORBIDA EXTREMA.

Un estudio demostró que los hombres de 25 a 35 años de edad, que padecen de obesidad mórbida sufren una mortalidad 12 veces mayor que sus semejantes. (10)

Otro estudio de seguimiento de 419 060 mujeres y 338 442 hombres durante 12 años, dio como resultado que la mortalidad de hombres con un 50%, de exceso de peso es del doble de los hombres con peso normal.

En el mismo grupo de peso la mortalidad aumentaba, 5 veces mas si además es diabético y 4 veces mas si padecen enfermedades digestivas,

En mujeres la mortalidad aumenta el doble; 8 veces más si eran diabéticas y 3 veces más si padecían enfermedades digestivas.

La^a obesidad esta asociada con un gran numero de complicaciones que repercuten muy desfavorablemente en la salud. (7)

¿Que esta sucediendo con la comida actual?

La respuesta es que la comida ha cambiado, pero, nuestro sistema digestivo permanece igual desde hace por lo menos 100 mil años, nuestros genes son los mismos no ha cambiado. Los consejos tradicionales de contar las calorías ya no funcionan; necesitamos aprender, a escoger la comida que consumimos entre esa inmensa diversidad de productos, en los centros de abastos en donde hay cientos de diferentes variedades y para poder escogerlos debemos de educarnos desde el punto de vista nutricional y si no tomamos parte activa de esto; seguirán en aumento las enfermedades relacionadas con la alimentación.

El comer tiene dos objetivos básicos primordiales:

a) suministrar la energía básica para todas nuestras actividades

b) suministrar los elementos necesarios para repara y renovar todas las células y tejidos de nuestro organismo.

Debemos de escoger primordialmente, alimentos que cumplan con los dos objetivos y por consiguiente es necesario la orientación nutricional profesional, y no la comercial. (16)

COMENTARIOS SOBRE LOS ALIMENTOS.

Incluso los hábitos alimenticios, son confusos, mientras que algunas personas obesas ingieren cantidades importantes de comida durante todo el día, otros no; algunos son afectados por la cantidad de alimento que consumen y otros por la calidad, sin embargo, también hay gente delgada que se pasa el día comiendo entre comidas. Otro hecho es que también, la gente difiere en la eficacia con la que utilizan y almacenan energía (en la forma de grasa). Otro factor no encontrado aun en la literatura medicas como contribuyente, y quizá el mas común en la obesidad del adulto que busca ayuda en la consulta medicas para control de peso, son los cambios en su estilo de vida, mucha gente necesita su aumento de peso después del matrimonio, una vez que termino sus estudios y se encuentra trabajando de tiempo completo o también después de los partos, en todos estos encontramos un incremento en el consumo de calorías, en los alimentos o una disminución de calorías, utilizadas en las actividades cotidianas. (16)(23)

La comida que consumimos en la actualidad es mas diferente ala comida de hace 10 o 20 años atrás, debido a que la industria alimentaria a efectuado cambios sustanciales desde el cultivo, y la preparación hasta la presentación en los centros de abasto y las enfermedades relacionadas con la alimentación también han cambiado y aumentado considerablemente. Sabemos muy bien que algunos alimentos tienen gran influencia en el desarrollo de cáncer gástrico, esofágico por mencionar algunos ejemplos, mas aun los seguimos consumiendo con toda libertad lo que hace que algunos estándares oncológicos sigan aumentado. (8)

Tres de cada cuatro personas saben muy bien que la obesidad como trastorno alimenticio, puede ser causa de diabetes mellitus ; debido a que dichos pacientes presentan afectación pancreática y resistencia a la insulina; lo que genera cambios endoteliales relacionados con el desarrollo de enfermedad vascular coronaria, hipertensión arterial, enfermedad cerebral vascular, dislipidemias. En la medida en que aumenta el peso corporal, aumenta la producción de citoquinas y ácidos grasos libres con efectos sobre la insulina, disminuye la sensibilidad a su acción y de ahí derivan alteraciones de la pared y el tono vascular, así como el metabolismo de glucidos y lípidos , que dan origen a estas terribles consecuencias. A pesar de los avances en el estudio de las alteraciones moleculares y genéticas que promueven la obesidad, de los conocimientos farmacológicos derivados de estos estudios, y de las grandes campañas de promoción de salud encaminadas a promover hábitos dietéticos saludables, y en contra del sedentarismo, el problema se incrementa y con sus complicaciones. (7)

Mas aun hoy en la actualidad se consumen un sin numero de productos Light O LOW FAT, además de que, de cada 10 personas que se encuentran en régimen dietética para bajar de peso, la obesidad persiste y va en incremento.

UNAS CUANTAS REALIDADES SOBRE LA OBESIDAD.

La famosa curva de la felicidad, se ha transformado hoy en día en la curva de la desgracia. Las modas; obedecen a una serie de motivos de utilidad, los económicos y los sexuales, combinándose en proporciones distintas según el caso. La estética, por muchos de estos motivos, ah forzado el ideal de delgadez extrema.

Tal condición ha sido aceptada por algunos autores, como el insigne Don Gregorio Marañon, quien apoya las modas de la delgadez extrema y refiere "creo que una moda como la actual, con el enorme poder sugestivo de su sentido erótico, puede hacer mas por lograr una alimentación correcta que todos los esfuerzos de los médicos" y también dijo que el cine con sus esbeltas actrices, ha contri buido mas ala esbeltez; que todas las campañas sanitarias juntas. Marañon propugnaba al hombre delgado, no gordo pero tampoco flaco.

La gran paradoja: La publicidad, que postula cánones estéticos de delgadez, al tiempo que oferta continuamente comida (se le ha definido con toda razón como la gran fabrica de obesos tristes).

Otra gran paradoja medica y humana es la llamada ceguera ala obesidad; la mayoría de los pacientes no reconocen su obesidad, no se ven como personas obesas, si acaso algo lentas o un poco mas. Pese a todo el 83.5 % de los españoles admite que el exceso de peso es un problema de salud. De ellos un 82.6 % señalan que es causa de problemas cardiacos, un 79.5 % de hipertensión arterial y un 45.8 % se relaciona con la diabetes.

También debemos tener en cuenta que en España un 53 % de la población, tiene sobrepeso y un 15 % de los adultos entre 25 y 60 años es declaradamente obeso. Y ya que hablamos de porcentajes; veamos de paso algunas estadísticas sobre obesidad en España. IMC. e ingesta, el 60 % de los pacientes obesos mienten sobre las cantidades y composiciones de su ingesta alimentaria, y para colmo de los colmos, a mayor índice de masa corporal de las persona mayor es la infla estimación de su ingesta.

IMC Y TIEMPO DE INGESTA, Globalmente los que emplean mas tiempo para comer tienen un índice de masa corporal menor.

MARCO TEORICO

Dado el carácter provisional, del conocimiento es necesario, que en cada disciplina se trabajen las herramientas que favorezcan el desarrollo de competencias para que los médicos puedan participar de manera activa, responsable, y crítica.

Los instrumentos de medición deben de realizarse con el propósito de medir el aprendizaje que el medico obtiene a través de la practica clínica y la experiencia desarrollada durante los años.

El objetivo de este estudio es el de evaluar el nivel de actitud clínica y grado de conocimiento del medico familiar adscrito al HGZ/UMF No 8, en cuanto a las medidas preventivas y diagnosticas que este tiene acerca de la obesidad.

Se construyo y valido un instrumento de medición de 28 ITEMS, de los cuales 12 valoran aptitudes preventivas y 6 aptitudes de conocimiento para prevención, diagnostico y tratamiento de obesidad, y el resto eliminados en el proceso de validación.

Los indicadores usados por dicho instrumento fueron;

- a) Integración clínica diagnostica
- b) Grado de conocimiento normativo (norma oficial de obesidad, IMC, medición diámetro cintura-cadera)
- c) Evaluación y emisión de medidas preventivas (ejercicio, régimen alimentario, apoyo nutricional)
- d) Uso de auxiliares diagnósticos

El tipo de respuestas del instrumento fue de la modalidad de cierto o falso, si y no donde la respuesta correcta suma un punto y la incorrecta resta un punto, la calificación global se obtuvo de sumar las respuestas correctas y restar las incorrectas, y se determino que el grado de conocimiento por el medico familiar, Y podría ser deficiente (3 a 7), intermedio (8 a 13) o suficiente (14 a 18).

Instrumento aplicado con carácter anónimo; bajo consentimiento, evaluó la aptitud clínica preventiva y de conocimiento de 32 médicos familiares adscritos al HGZ/UMF No 8 del IMSS, de ambos turnos y ambos sexos.

De ahí que basado en dicha metodología, y en espera de los resultados arrojados por la aplicación del mismo, y en visión de que específicamente acerca de obesidad y en especial en el IMSS, HGZ/UMF No 8; debido a que carecemos de estadísticas epidemiológicas reales acerca de su diagnostico y donde lo real es, la búsqueda, la selección, el cuestionamiento, la contratación y la confrontación de la información originada por la necesidad de resolver un problema, relacionando la información con la acción y donde la teoría proporciona elementos para recuperar la experiencia, estableciéndose caminos bidireccionales entre la practica y la teoría para construir el conocimiento.

El objetivo de este estudio y en base a los resultados arrojados por el mismo es el de proponer medidas que ayuden a los médicos familiares a adoptar una actitud adecuada con respecto a la obesidad.

Por lo tanto, es necesario construir instrumentos con atributos de validez y confiabilidad, para explorar la aptitud clínica, entendida como el mayor o menor dominio del medico familiar, para identificar situaciones problemáticas de la experiencia donde debe de discriminar y optar entre alternativas de interpretación, decisión o acción, y diferenciar las apropiadas, oportunas y útiles. A fin de poner en juego su criterio ante situaciones clínicas reales.

En nuestro país se han realizado estudios para estimar la aptitud clínica en diferentes especialidades médicas, como medicina familiar, medicina física, nuclear entre otras, sin embargo hasta el momento al parecer no se han llevado acabo estudios para determinar la aptitud clínica preventiva de la obesidad.

Los reactivos que conforman el instrumento de evaluación no exploran la totalidad de temas o problemas relacionados con el conocimiento de la obesidad, sin embargo al realizar este estudio considero que eran los más representativos. (p.996)

MATERIAL Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo; se realizo bajo un muestreo por disponibilidad; se procedió a la aplicación sistemática del instrumento de evaluación, en los 16 consultorios de medicina familiar del HGZ/UMF No 8 San Angel del IMSS, de ambos turnos (matutino y vespertino), a los médicos familiares de ambos sexos; bajo su consentimiento tanto verbal como escrito (hoja de consentimiento informado que se agrega en anexos) para participar voluntariamente en este estudio.

Se les otorgaba el instrumento de evaluación; que dependiendo del tiempo con que estos contarán y sin perturbar su que hacer diario, se dieron a la tarea de responder 18 ITEMS, de cierto, falso, sí y no, nuestro instrumento, de manera inmediata un 90% de dicha población y un 10 % nos solicitaba volver en 24 hrs. (esto por la sobrecarga de trabajo existente en ese momento).

Eliminando así a personal medico familiar que no respondió al instrumento de manera correcta o completa.

Con lo que se tratara de demostrar que el grado de conocimiento del medico familiar es suficiente (14 a 18), intermedio (8 a 13) o deficiente (3 a 7), tratando de acuerdo a los resultados arrojados por estas variables, promover actividades preventivas para obesidad, identificar complicaciones de acuerdo a grupo etario, y sexo, clasificar y estatificar, de acuerdo a la aptitud clínica de cada medico a la obesidad y así poder tener estadísticas reales acerca del diagnostico de obesidad en HGZ/UMF No 8 San Ángel del IMSS.

La muestra no probabilística obtenida por conveniencia fue de 32 médicos familiares adscritos a HGZ /UMF No 8 San Ángel del IMSS, de ambos sexos y ambos turnos y se utilizo la prueba estadística de rangos señalados de Mann, whitney; se clasifco a los médicos familiares por grupos de edad (20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 y 50 o mas); y se obtuvo que 16 (50%) están en rango de edad entre 40 y 49 años, 10 (31.3%) entre 30 y 39 años y 6 (18.8%) en rango de 50 años o mas; de los cuales 21 (65.6%) son mujeres y 11 (34.4%) son hombres.

De este total de la muestra 11 (34.4%) con resultados de conocimiento suficiente emitió un concepto de obesidad normativo, 12 (37.5%) con carácter intermedio emito un concepto personal acerca de la obesidad y 9 (28.1%) con carácter deficiente no emitió un concepto ; por lo que sugiero en medida de lo posible y de carácter urgente programas, talleres, cursos de capacitación acerca de este problema y que la necesidad del medico familiar además del conocimiento es imperante en medidas preventivas para la obesidad.

RESULTADOS

Se observo en la primera pregunta acerca del conocimiento de la norma oficial de obesidad de una muestra de 32 médicos familiares solo 26 (81.3%) conoce la norma oficial de obesidad y 6 (18.8%) desconoce dicha norma.

Se encontró que del total de médicos familiares que contestaron si saben calcular el IMC 18 (56.3%) si lo sabe calcular y 14 (43.8%) no lo sabe calcular; lo que se correlaciona con la pregunta numero 3 acerca de un individuo que mide 156 cm. y pesa 93 Kg. de los cuales 7 (21.9%), contesto que era obesidad grado I, 13 (40.6%) que el individuo tenia obesidad grado II, y 12 (37.5%) grado III.

Se observo que se desconocen los diámetros cintura-cadera en la mujer 21 (65.6%), contesto cierto y 11 (34.4%) falso, y en el hombre con 21 (65.6%) cierto y 11 (34.4%) falso, lo que era erróneo según la norma oficial de obesidad.

En cuanto a medidas preventivas y ejercicio se encontró 24 (75.0%) si indica ejercicio y medidas preventivas y que 8 (25%) no lo hace.

Se observo que la mayoría de los médicos familiares sugieren que la edad promedio para iniciar medidas preventivas para obesidad es en la infancia 16 (50%), adolescencia 10 (31.3%) y en la edad adulta 6 (18.8%).

En la quinta pregunta se observo que 24 (75%), conoce que en su ámbito laboral se realizan medidas preventivas y 8 (25%) desconoce estas.

Se analizo la conducta que debe tomar el medico familiar con respecto a la obesidad y se obtuvo que 27 (84.4%) tiene una conducta preventiva, 4 (12.5%) curativa y 1 (3.1%) ninguna. Además de analizar si en la practica diaria indican ejercicio 30 (93.8%) si lo indica y 2 (6.3%) no lo hace.

Se realizo un análisis acerca de los factores de riesgo incluyendo al tabaco y el alcoholismo para desarrollar obesidad en donde 18 (56.3%) si los considera y 14 (43.8%) no los considera factores de riesgo, además de asociarlos con diabetes e hipertensión de los cuales 27 (84.4%) si los considera a la obesidad como antesala para estos y 5 (15.6%) no los considera así. Sin embargo 23 (71.9%) considera a la obesidad como causa de depresión y baja autoestima mientras que 9 (28.1%) no la consideran.

En cuanto al régimen alimenticio y su asociación con la vida moderna 31 (96.9%) lo consideran como causa de obesidad y 1 (3.1%) no lo considera así, 29 (90.6%) considera ala vida moderna como causa y 3 (9.4%) no la considera causal.

Y se obtuvo que 32 (100%) ver ala prevención como el mejor curso de acción a seguir, además de que 24 (75%) refiere que ya existe suficiente información a cerca de prevención, diagnostico y tratamiento de obesidad mientras que 8 (25%) no lo considera así.

DISCUSIÓN *

Como se observa en este estudio y de acuerdo con los resultados obtenidos; se sabe que el conocimiento de los médicos familiares para la prevención y diagnóstico de la obesidad se estima en intermedio, que el rango de edad para los médicos familiares es de 40 a 49 años, y que el sexo predominante es el femenino. Que el 75% del total de los médicos familiares efectúa eventos preventivos, mas aun esperamos que la difusión de estos resultados entre los médicos familiares adscritos al HGZ/UMF No 8 de San Ángel, inmersos en el problema, permita que cobren conciencia en un sentido de competencias acerca de las medidas preventivas y diagnóstico de la obesidad; Favorezcan conductas sanas de gran impacto en la población que atienden.

Además de implementar en ellos, con estrategia en los programas de salud, consejería nutricional, dosificación de ejercicio, lo que sugeriría una mejoría en los estilos y la calidad de vida de los pacientes, así como la imagen corporal.

CONCLUSIONES

En dicho trabajo y con espíritu de ofrecer una referencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad, además de respetar por encima de toda condición el criterio médico, en los Médicos Familiares adscritos a la UMF No 8, se detectó que 24 médicos familiares lo que equivale al 75% del total si efectúa eventos preventivos, útiles en el control y tratamiento de los pacientes obesos, mientras que 8 médicos lo que representa el 25 % restante, solo se dedica al control de los eventos crónicos, con los que cuenta su población adscrita. La gente que sufre sobrepeso u obesidad ha sido objeto de bromas y ocasionalmente discriminación, se les ha considerado culpables de sufrir su condición mientras que la verdad es que han sido víctimas de una enfermedad que afecta no solo el aspecto físico de la vida, sino también el emocional, y el conductual; una enfermedad que ahora es considerada y tratada como una enfermedad mortal, crónica y progresiva de proporciones epidémicas. En medida de lo posible y de aumentar las medidas preventivas y diagnósticas del médico de primera línea de atención como lo es el médico familiar disminuirían considerablemente las tasas de morbilidad de enfermedades crónicas degenerativas así como ciertos estándares epidemiológicos, y se convertirían ante el diagnóstico de obesidad en estadísticas reales para nuestra institución.

Hoy en día la obesidad es considerada como una verdadera epidemia del Siglo XXI viéndose incrementada a nivel mundial.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION 3 SUROESTE DEL
DISTRITO FEDERAL.
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Para la participación en el proyecto:
GRADO DE CONOCIMIENTO EN LA PREVENCIÓN Y DIAGNOSTICO DE LA OBESIDAD
DE LOS MEDICOS FAMILIARES ADSCRITOS AL HGZ/UMF No 8 SAN ANGEL.

ANONIMO
FECHA _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado, Grado de conocimiento en la prevención y diagnóstico de la obesidad de los médicos familiares adscritos al HGZ/UMF No 8 San Ángel, en cuyo objetivo es el determinar el grado de conocimiento en la prevención y diagnóstico de la obesidad de los médicos familiares adscritos a HGZ/UMF No 8 San Ángel.

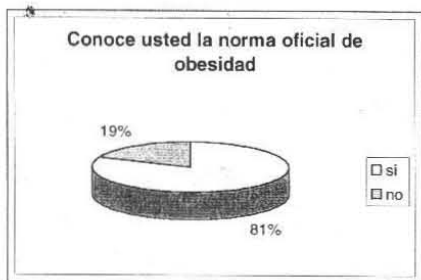
En donde se me ha informado que mi participación será solo contestar de carácter anónimo una encuesta de 18 ítems, que se respetara cada una de mis respuestas que a criterio y juicio medico yo genere.

Declaro que se me ha informado ampliamente acerca de los beneficios, inconvenientes y molestias derivados de mi participación en el estudio. Además de que el investigador principal, se ha comprometido a darme información oportuna que pudiera ser ventajosa para mi formación medica, así como responder a cualquier pregunta o duda que esta genere acerca de lo que se llevara acabo; entendiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que lo considere conveniente sin que esto afecte mi quehacer diario y mi ética medica, y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

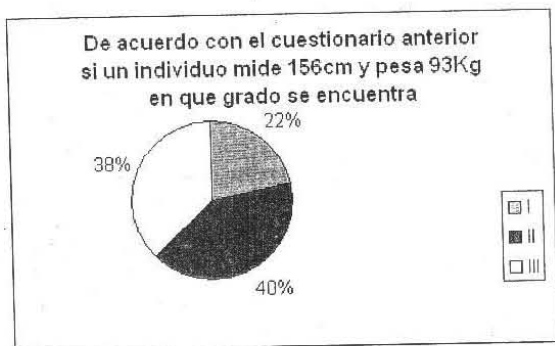
Acepto. _____

No Acepto. _____

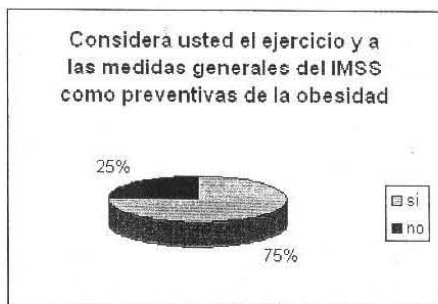
Conoce usted la NOM oficial de Obesidad	
si	26
no	6
total	32



Si un individuo mide 156cm y pesa 93Kg en que grado se encuentra	
I grado	7
II grado	13
III grado	12
total	32



Considera usted el ejercicio y a las medidas generales del IMSS como preventivas de obesidad	
si	24
no	8
total	32



Sabe usted si el ámbito laboral se realizan medidas preventivas en contra de la obesidad	
si	24
no	8
total	32

Sabe usted si en su ambito laboral se realizan medidas preventivas en contra de la obesidad

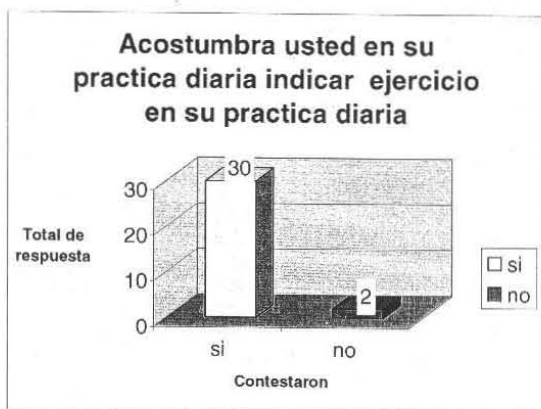


■ si
■ no

Cual considera que debe ser la conducta del Médico familiar actualmente con respecto a la obesidad	
Preventiva	27
Curativa	4
ninguna	1
total	32

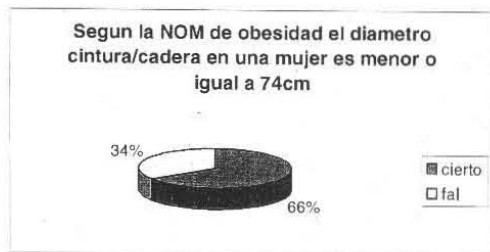


Acostumbra usted en su practica diaria indicar ejercicio en su practica diaria	
si	30
no	2
total	32



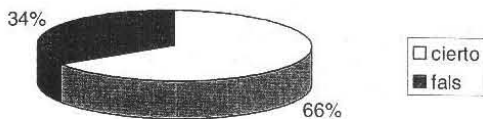
Según la NOM de obesidad el diámetro cintura/cadera en una mujer es menor o igual a 74cm

cierto	21
falso	11
total	32



Una medida de 98cm en un diámetro cintura/ cadera de un hombre es de buen pronostico	
cierto	21
falso	11
total	32

Una medida de 98cm en un diámetro cintura/ cadera de un hombre es de buen pronostico



Usted considera al tabaquismo y al alcoholismo como factores de riesgo para desarrollar obesidad	
Si	18
No	14
total	32

Usted considera al tabaquismo y al alcoholismo como factores de riesgo para desarrollar obesidad

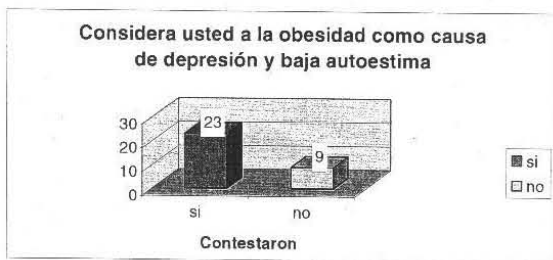


Usted cree que sea importante la prevención de la obesidad en familias con antecedentes de diabetes e hipertensión	
Si	27
No	5
total	32

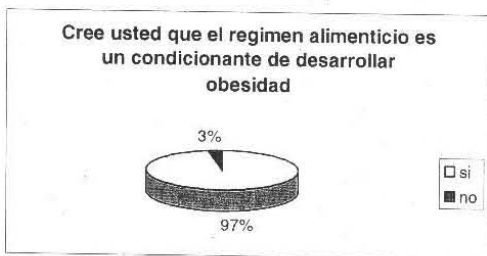
Usted cree que sea importante la prevención de la obesidad en familias con antecedentes de diabetes e hipertensión



Si	23
No	9
total	32



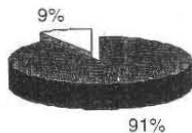
Cree usted que el régimen alimenticio es un condicionante de desarrollar obesidad	
Si	31
No	1
total	32



Considera usted que las tasas de obesidad son consecuencia de la vida moderna, el acceso a alimentos ricos al paladar altos en calorías

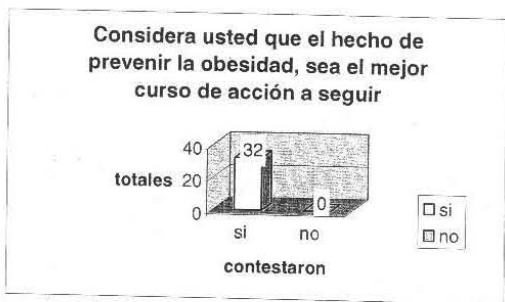
Si	29
No	3
total	32

Considera usted que las tasas de obesidad son consecuencia de la vida moderna, el acceso a alimentos ricos al paladar altos en calorías



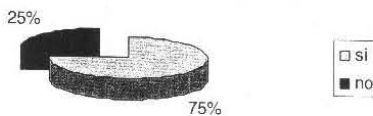
■ si
□ no

Considera usted que el hecho de prevenir la obesidad, sea el mejor curso de acción a seguir	
Si	32
No	0
total	32



Considera que hoy en día existe la suficiente información acerca de la prevención, diagnóstico y tratamientos de la obesidad	
Si	24
No	8
* total	32

Considera que hoy en día existe la suficiente información acerca de la prevención, diagnóstico y tratamientos de la obesidad



Defina la obesidad desde su propio concepto	
Concepto	11
Personal	12
No sabe	8
Total	32



Encuesta Médica.

Para contestar dicha encuesta solo marque con una "X" la respuesta que usted mas crea conveniente. (Anónimo)

1. ¿ Conoce usted la norma oficial de obesidad?
_____ SI _____ NO
2. ¿ Sabe calcular el IMC?
_____ SI _____ NO
3. ¿ De acuerdo con el cuestionamiento anterior si un individuo mide 156 cm. y pesa 93 Kg. En que grado se encuentra?
_____ I _____ II _____ III
4. ¿ Considera usted al ejercicio al ejercicio y alas medidas generales del IMSS como preventivas de obesidad?
_____ SI _____ NO
5. ¿ Sabe usted si en su ambito laboral se realizan medidas preventivas en contra de la obesidad?
_____ SI _____ NO
6. ¿Cual considera que debe de ser la conducta del Medico Familiar actualmente con respecto a la obesidad?
_____ Preventiva _____ Curativa _____ Ninguna
7. ¿ Acostumbra usted en su practica diaria; indicar el ejercicio?
_____ SI _____ NO
8. En lo que respecta a obesidad; ¿ A que edad considera usted iniciar con Las medidas preventivas?
_____ Infancia _____ Adolescencia _____ Adulta
9. ¿ Según la NOM oficial de obesidad el diámetro cintura/cadera en Una mujer es menor o igual a 74 cm.?
_____ Cierto _____ Falso
10. ¿ Una medida de 98 cm. En un diámetro cintura/cadera de un hombre Es de buen pronostico?
_____ Cierto _____ Falso
11. ¿ Usted cosidera al tabaquismo y al alcoholismo como factores de Riesgo para desarrollar la obesidad?
_____ SI _____ NO

BIBLIOGRAFIA

1. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998 para el Manejo integral de la obesidad; publicada en el diario oficial de la federación el 3 de junio de 1994.
2. Evans T., Baeglehole R., Irwin A., Prentice T., Mathers., Shibuya K., Stein C., y cols. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Forjemos el futuro de la organización mundial de la salud (OMS). 2003/15424:3-35,93-113.
3. Sara Arellano Montañón, Raúl A. Bastarrachea Sosa, Sergio Zúñiga Guajardo; y cols. La obesidad en México, Revista de endocrinología y nutrición Vol. 12, No 4 Supl. 3, octubre-diciembre 2004, pp. S80-S87.
4. Arnuard Basdevant, Michele Carruba, Nicolae Hancu, Yves Schutz, Bárbara Zahorska, y cols. Management of obesity in adults: Project for European primary care, International journal of obesity, vol. 28, 2004, S226-S231.
5. Hernández Jiménez, Sergio, Fisiopatología de la obesidad, Gaceta Medica Mexicana Vol. 140, No 2 septiembre 2004, pp. S27-S33.
6. Rodríguez Scull, Lidia Esther, La obesidad y sus consecuencias clínico metabólicas, Revista cubana de endocrinología, Vol. 15(3) marzo 2004.
7. Vincenza Show, Patricia Barry, Amir Qseem, and Kevin Weiss, pharmacologic and surgical management of obesity in primary care a clinical practice guideline from the American College of Physicians, Annals of Internal Medicine, vol. 142 No 7, abril 2005, pp. 525- 531.
8. Hernández Jiménez, Sergio, Tratamiento farmacológico de la obesidad, Gaceta Medica Mexicana, Vol. 140, No 3, octubre 2004, pp. 12-19.
9. Moreno G, Manuel, Diagnostico de Obesidad y su métodos de evaluación, Departamento de Nutrición, diabetes y metabolismo, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vol. 26, No 1, 2001.
10. Aguilar C. La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública, Revista de investigación clínica, julio-agosto 2000; 52, (4): 469-470.
11. García S, Tabeada M, García A, Evaluación del grado de control de los trastornos lipídicos en los pacientes diabéticos en una zona básica de salud. Gaceta Sanitaria. 1 diciembre 2002; 28, (11): 610-614.
12. Arteaga A, Etiopatogenia de la obesidad. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997; 26: 13-17.
13. Howart G, Hunt G, Aspectos sociales y culturales de la salud enfermedad y tratamiento. Psiquiatría General. Editorial Manual Moderno, México, edición 1996 pp. 111-123.
14. Dobler If. El expediente clínico y el consentimiento informado. Revista Médica del IMSS, 2000; 38(5): 337-339.
15. Aguilar CA, Vázquez C, Rull JA, Zúñiga Rosas, y cols. Consenso para la prevención de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. La revista de investigación clínica 2000, 52 (3): 325-363.
16. Barquera Simón, Rivera Dommarco, Juan, panorama epidemiológico evaluación clínica y tratamiento, editorial productos Medix SA de CV octubre 2002, pp. 1-21.
17. Barquera S, Rivera D, epidemiological and nutritional transition in Mexico: rapid increase of non communicable chronic diseases and obesity. Public Health Nutrition, 2002; 5 (1a): 113-122.
18. Casanueva, E., Et Al, Nutriología Medica, segunda edición, México editorial Médica Panamericana 2001; 573.
19. Campos, I, Toledo Ivor, cols. Apoyo motivacional y adherencia al tratamiento, ed-Medix, octubre 2002, pp. 115-123.
20. Flores Huerta, Samuel, Martínez Salgado, Homero, practicas de alimentación, estado de nutrición y cuidados ala salud en niños menores de 2 años en México, IMSS, agosto 2004, pp. 19-23.
21. Sarah, Kuesner, Obesidad Infantil, que podemos aprender, Preventing Chronic Diseases, Vol. 2 No 2, abril 2005.

22. Dianne O, Dunnet RD, Dhd, El uso del State Plan Index, Preventing Crhonic Diseases, Vol. 2 No 2, abril 2005.
23. Sarah S, obesidad y genética, Geonómica y prevención de enfermedades, mayo 2006. Vol. 1. Departamento de Salud.
24. Universidad de Dakota, overweigh and obesity, department health 2005.
25. Casanueva, Esther y cols. Nutriología Médica. Ed. Panamericana 2da edición Mexico
26. Cervera J. Clapes, Alimentación y dietoterapia, Ed Macgraw Hill Interamericana 3era edición Mexico.
27. Fajardo Rodríguez Alfonso. Diccionario de terminos medicos y en nutrición. Ed Auroch Mexico 1999.
28. Feldman, E. Principios en nutrición clínica.editorial manual moderno Mexico 1990.
29. Heini, AF. Weisneir RL. Nutrition journal 1997
30. Hu FB, Li TY, et al. American Journal Nutrition abril 2003
31. Peña y Bacallao, la obesidad en la pobreza, Un Nuevo reto para la salud publica. OPS, 2000, publicación científica No 576.
32. Gomez, Gomez Manuel, et al. Bases para la revision critica de articulos medicos, revista nacional de pediatría, vol 68 No 4 julio agosto 2001pp 152-159.
33. Andrade, Padilla Miguel, aptitud clinica en toxicología en residentes de pediatría, revista medica del IMSS, vol 19 primera version noviembre 2005, pp. S33-S38.
34. E. atlantis AF, MA Fiatarone, et al. Efficacy of exercisefor treating overweighthin children and adolescents: a sistematic review. International journal and obesity vol 30. 2006, pp 1027-1040.
35. Muñoz, Emilio, la cultura científica, la percepcion, y la biotecnologia, unidad de politicas comparadas Madrid, junio de 2002, trabajo 02-07. pp. 1 – 16
36. RA. Bastarrachea Sosa, et al, aspectos endocrinos, metabolicos y geneticos, de la disfuncion endotelial y su relacion con la obesidad visceral, Medicina Interna Mexico 2005 vol 21, pp 123- 153
37. Grau, Jesús, Barrera, Consuelo; la encuesta como metodo para valorar la educación intercontinental, Universidad de Jaume-1 vol 1.
38. Perez, Iglesias JI, nuevos retos para la formación medica, vol 7 No 4 barcelona, dic. 2004
39. Evaluacion psicoclinica en adultos, tes, pruebas cuantitativas, y cuallitativas, 2006
40. Karmele, et al, documento Bitolky DT 2006.01, departamento de economia aplicada y estadística al conocimiento medico.
41. Mendez, Ramirez I, et al, lineaminetos para la elaboración y analisis de un protocolo de investigación, 7ª impresión enero de 2000.
42. Alcalá; Gonzalez A, et al, aptitud clinica para la interpretación radiologica de imagenbes de torax en pediatría, Revista medica del IMSS vol 44, 2006, pp 45-49.
43. A. Bonada, et al. Conocen los medicos la nutrición enteral domiciliaria, Madrid vol 18 no 3, dic. 2003, pp 120-128.
44. a. Gomez, Genber, obesidad y su clasificacion, Madrid vol 18 No 6, 2006.