

**ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL
DE SALUD, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ENERO 2016- SEPTIEMBRE 2016.**



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y
PUERICULTURA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



**ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL
DE SALUD, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ENERO 2016- SEPTIEMBRE 2016.**

**AUTOR(A):
Monzones Maggir**

Valencia, Octubre 2016



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PEDIATRÍA Y
PUERICULTURA
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. ÁNGEL LARRALDE”**



**ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL
DE SALUD, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE.
ENERO 2016- SEPTIEMBRE 2016.**

AUTOR(A): Monzones Maggir

Tutor Clínico: Dra. Ruth Salas

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA Y
PUERICULTURA**

Valencia, Octubre 2016



ACTA DE DISCUSIÓN DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO

En atención a lo dispuesto en los Artículos 127, 128, 137, 138 y 139 del Reglamento de Estudios de Postgrado de la Universidad de Carabobo, quienes suscribimos como Jurado designado por el Consejo de Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, de acuerdo a lo previsto en el Artículo 135 del citado Reglamento, para estudiar el Trabajo Especial de Grado titulado:

ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ENERO 2016 - SEPTIEMBRE 2016

Presentado para optar al grado de **Especialista en Pediatría y Puericultura** por el (la) aspirante:

MONZONES V., MAGGIR J.
C.I. V - 15608411

Habiendo examinado el Trabajo presentado, decidimos que el mismo está **APROBADO**.

En Valencia, a los veintitrés días del mes de noviembre del año dos mil dieciséis.

Prof. Maryelin Duno (Pdte)

C.I. 13987864

Fecha 23/11/2016

Prof. Minijay López

C.I. 6.315423

Fecha 23/11/2016

Prof. Rosa Alba Cardozo

C.I. 5494332

Fecha 23/11/16

TG: 68-16

ÍNDICE GENERAL

Índice de Cuadros.....	v
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Introducción.....	1
Objetivos.....	3
Metodología.....	4
Resultados.....	5
Discusión.....	7
Conclusión.....	9
Referencias Bibliográficas.....	10
Anexos.....	12

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil amerita tratamiento en la niñez o en la adolescencia, y si considera que se supera con el tiempo en la niñez o en la adolescencia	17
Cuadro 2: Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil es más susceptible a tratamiento en la niñez o en la adolescencia, y si considera que es causa de síndrome metabólico o de diabetes mellitus tipo 2.	18
Cuadro 3: Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil causa hiperandrogenismo, enfermedad cardíaca, síndrome de apnea del sueño y esteatosis hepática.....	19
Cuadro 4: Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil causa lesiones ortopédicas, pseudotumor cerebral, y si afecta la calidad de vida en el futuro	20
Cuadro 5: Distribución del personal de salud según las barreras percibidas de: carencia de motivación del paciente, falta de adhesión paterna, carencia de suficiente tiempo en la consulta, carencia económica y ausencia de habilidades en el tratamiento	21
Cuadro 6: Distribución del personal de salud según las barreras percibidas de: ausencia de servicios de soporte, inutilidad del tratamiento y desórdenes en los hábitos de alimentación	22
Cuadro 7: Distribución del personal de salud según las dimensiones de su nivel de habilidad para el manejo de la obesidad infantil.....	23
Cuadro 8: Distribución del personal de salud según su interés de adiestramiento adicional para el manejo de la obesidad infantil.....	24

Cuadro 9: Distribución según los métodos de educación preferidos por el personal de salud para recibir información sobre la evaluación y tratamiento de la obesidad.
.....25

ABORDAJE DE LA OBESIDAD INFANTIL POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD, EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. ÁNGEL LARRALDE. ENERO 2016- SEPTIEMBRE 2016.

Autora: Maggir Monzones

Año: 2016

RESUMEN

La obesidad es una epidemia mundial, convirtiéndose en un problema de salud pública. El manejo ideal de la misma debería reunir las siguientes características: lograr pérdida gradual y constante de peso, evitar riesgo metabólico, no modificar crecimiento normal ni desencadenar reacciones psicológicas. Tarea nada fácil que exige la suma de esfuerzos por parte de los profesionales de la salud y el entorno en general de los pacientes. **Objetivo:** Analizar el abordaje de la obesidad infantil por parte del personal de salud en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016. **Metodología:** Se realizó una investigación de tipo descriptivo, no experimental y de corte transversal en los profesionales adscritos al servicio de Pediatría y Puericultura del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde, mediante un cuestionario de los más usados a nivel internacional que consta de 46 preguntas en escala de Likert. **Resultados:** En relación a la obesidad infantil 77,4% consideró que amerita tratamiento en la niñez, 62,9% opinó que amerita tratamiento en la adolescencia; a su vez el 43,5% consideró que la obesidad infantil es más susceptible a tratamiento durante la niñez y 37,1% estimó que es más susceptible a tratamiento en la adolescencia. Con respecto a las barreras percibidas 72,6% afirmó que la principal barrera son los desórdenes alimenticios, 59,7% resaltó que hay carencia de motivación en los pacientes y 48,4% señaló falta de interés paterno. El 64,5% reconoció tener un nivel de habilidad moderado para inducir modificación de prácticas alimentarias, así mismo 56,6% afirmó tener un nivel de habilidad moderado para modificar actividades físicas. El 58,1% consideró tener un nivel moderado de intención de recibir adiestramiento adicional. 16,1% de la muestra prefirió una combinación de los diversos métodos de educación como guías, cursos nacionales, regionales, textos, videos, sitios web. **Conclusión:** El personal de salud involucrado en el desarrollo infantil siente gran interés en cuanto al fomento y toma de medidas que le lleven a formar técnicas eficaces que le permitan intervenir para transformar de manera positiva la obesidad infantil, en la cual confluyen factores hereditarios, culturales y ambientales.

PALABRAS CLAVE: Obesidad Infantil, Personal de Salud.

APPROACH TO CHILDHOOD OBESITY BY HEALTH STAFF, AT THE UNIVERSITY HOSPITAL DR. ANGEL LARRALDE. JANUARY 2016- SEPTEMBER 2016.

Author: Maggir Monzones

Year: 2016

ABSTRACT

Obesity is a global epidemic, becoming a public health problem. The ideal handling of it should have the following characteristics: to achieve gradual and steady weight loss, avoid metabolic risk, not to modify normal growth or trigger psychological reactions. Not easy task that requires combined efforts by health professionals and the general environment of patients **Objective:** Analyze tackling childhood obesity by health staff at the University Hospital Dr. Angel Larralde. January 2016- September 2016. **Methodology:** A descriptive, not experimental and cross-sectional investigation was conducted in the professionals attached to the service of Pediatrics and Child Care of the University Hospital Dr. Angel Larralde through a questionnaire of the most internationally used consisting of 46 questions in Likert scale. **Results:** In relation to childhood obesity 77.4% considered that requires treatment in childhood, 62.9% thought that requires treatment in adolescence; in turn 43.5% thought that childhood obesity is more susceptible to treatment during childhood and 37.1% felt that is more susceptible to treatment in adolescence. With respect to perceived barriers 72.6% said that the main barrier are eating disorders, 59.7% noted that there is lack of motivation in patients and 48.4% said lack of parental interest. 64.5% said they have a moderate ability to induce modification of dietary practices, also 56.6% claimed to have a moderate ability to modify physical activities. 58.1% considered to have a moderate level of intention to receive extra training. 16.1% of the sample preferred a combination of various methods of education as guides, national and regional workshops, texts, videos, web sites. **Conclusion:** The health personnel involved in child development feels great interest in promoting and taking action that will lead to form effective techniques that allow it to intervene to transform in a positive way childhood obesity, which converge hereditary, cultural and environmental factors.

KEY WORDS: Childhood Obesity, Health Personnel.

INTRODUCCIÓN

La Obesidad es considerada una epidemia mundial según la Organización Mundial de la Salud (OMS), convirtiéndose en un problema de salud pública por sus efectos negativos sobre los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) del adulto (1).

García E., la define como “una enfermedad de etiología multifactorial de curso crónico en la cual se involucran aspectos genéticos, ambientales y de estilo de vida que conducen a un trastorno metabólico”. Caracterizada por un balance positivo de energía, cuando la ingestión de calorías excede el gasto, ocasionando un aumento en los depósitos de grasa corporal y por lo tanto ganancia de peso (2,3).

La Obesidad a nivel mundial se ha duplicado entre 1980 y 2014. Cerca de 1900 millones de adultos (13% de la población mundial) tienen sobrepeso, y de ellos 600 millones son obesos (4).

Ruiz y cols, recientemente lograron determinar el alcance de esta patología. Señalaron que Venezuela está atravesando una transición nutricional atribuida a la adopción de hábitos sedentarios y dietas hipercalóricas ricas en azúcares refinados, lo que en conjunto favorece el incremento del tejido adiposo. Reportando una prevalencia de obesidad de 21 a 28% entre los 7 y 17 años de edad (5).

Numerosos estudios han demostrado la asociación entre Obesidad y factores de riesgo aterogénicos, produciendo enfermedades en la mayoría de los órganos que se presentan como complicaciones y comorbilidades. Con inicio en edades muy tempranas de la niñez, asociándose inclusive la presencia de hipertensión, hiperviscosidad sanguínea, disfunción endotelial e hiperinsulinemia (6,7).

El tratamiento debe tener como base la comprensión completa de las vías biológicas y sociales que conducen a la obesidad y estar enfocado en la prevención a través de la promoción de hábitos y conductas de alimentación saludables, un estilo de vida adecuado y el fortalecimiento de la autoestima positiva. Por ello es necesario que el abordaje sea de dos formas: individual con el fin de tener un manejo directo con el paciente y su representante, y grupal para establecer cambios alimentarios y en el estilo de vida del entorno familiar, que favorezcan y permitan que la recuperación nutricional perdure (3, 8).

El manejo ideal de la obesidad debería reunir las siguientes características: lograr pérdida gradual y constante de peso, evitar riesgo metabólico, producir saciedad, preservar masa magra, no modificar el crecimiento normal ni desencadenar reacciones psicológicas. Que sea fácil de seguir y permita llevar una actividad normal, capaz de lograr nuevos hábitos dietéticos y que prevenga la posible obesidad posterior. Tarea nada fácil que exige la suma de esfuerzos por parte de los profesionales de la salud y el entorno en general de los pacientes (3, 9).

Desde hace muchos años ha sido el pediatra el precursor de estilos de vida saludables, en 1887, L. Emmett Holt escribió en *The Disease of Infancy and Childhood*: “La Nutrición es, en su sentido más amplio, la rama más importante de la pediatría” (10).

Considerando, el grado de dificultad que impone el tratamiento del paciente pediátrico con Obesidad, la división de epidemiología de la escuela de medicina en la Universidad de Minnesota, en el 2002, el continente europeo en el 2008 y Estados Unidos nuevamente, en el 2012, consideraron evaluar a los profesionales de la salud sobre las actitudes, barreras, habilidades e interés de adiestramiento y actualización con respecto al manejo de la obesidad infantil (11, 12, 13).

Así mismo, [Michaela Vine](#) y cols., realizaron una revisión de las publicaciones hechas entre los años 2005 y 2012 para determinar la ampliación de la atención primaria en la prevención y el tratamiento de la obesidad infantil y el papel de los médicos de cabecera en cuanto a tomas de iniciativas para determinar las estrategias eficaces o prometedoras para los centros de atención primaria y de la comunidad. En la evaluación, sobre la base de 96 artículos revisados, se demuestra que los médicos de cabecera cada vez se incluyen más en las intervenciones de obesidad infantil, en consonancia con las recomendaciones actuales de las organizaciones científicas y profesionales (14).

A nivel nacional, no se encontraron registros específicos que den estimado de este contexto, por lo que es necesario conocer lo relacionado con el tema y sobretodo la percepción del personal de salud sobre esta entidad clínica, con el fin de desarrollar herramientas que nos permitan mejorar, así mismo, elaborar investigaciones que apunten al desempeño de dichos profesionales por lo que se plantea ¿Cómo es el Abordaje de la Obesidad Infantil, por parte del personal de salud en el Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” en el período de Enero 2016- Septiembre 2016?

Objetivo General

Analizar el abordaje de la obesidad infantil por parte del personal de salud en el Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Objetivos Específicos

- 1.-Determinar la conducta de los profesionales de la salud, frente al tema de la Obesidad Infantil.
- 2.-Identificar los principales impedimentos percibidos por el personal de salud en el tratamiento de la Obesidad Infantil.
- 3.-Establecer el nivel de habilidad e interés en adiestramiento adicional, considerado por el personal de salud en el tratamiento de la Obesidad Infantil.
- 4.-Señalar los métodos de educación preferidos por el personal de salud, para recibir información actualizada sobre evaluación y tratamiento de la Obesidad Infantil.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo descriptivo, no experimental y de corte transversal en los profesionales de la salud adscritos al servicio de Pediatría y Puericultura del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde (15).

La población estuvo conformada por 158 profesionales (médicos especialistas, personal de enfermería y nutricionistas) adscritos al Servicio de Pediatría y Puericultura (Hospitalización, Emergencia, Oncología, Cirugía, Unidad de Terapia Intensiva Neonatal y Reten.) y/o al Departamento de Nutrición del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde.

La muestra fue seleccionada mediante la técnica del muestreo aleatorio, estratificado y proporcional con un 90 % de confianza, sin criterios de exclusión, y quedó conformada por 62 profesionales a quienes se les aplicó un cuestionario cerrado, previamente validado, enfocado en las variables en estudio.

El cuestionario se obtuvo de los más usados a nivel internacional desarrollado por un grupo de trabajo del Comité de Expertos del Maternal and Child Health Bureau (MCHB), National Center for Education Maternal and Child Health (NCEMCH), Global Partnerships for a Healthier World (ILSI) y Harris Interactive Inc., en Estados Unidos en el 2002 (16), y por un estudio piloto realizado en España en 2008 (12), el cual se haya anexo y consta de 46 preguntas en escala de Likert, que además incluye Especialidad del profesional de la Salud, Tiempo en el ejercicio de su profesión, Peso, Talla, IMC y Sexo de los encuestados.

Los datos se procesaron con el paquete estadístico PAST versión 3.12 (software libre). Los resultados se presentan en cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas y se aplicó un análisis estadístico descriptivo univariado, en el marco de un estudio descriptivo.

RESULTADOS

La muestra estuvo constituida por 62 profesionales: 10 Pediatras y/o Subespecialistas, 2 Nutricionistas y 50 Licenciadas y/o T.S.U en Enfermería, quienes participaron voluntariamente, siendo de ella, 54 mujeres (87,1 %) y 8 hombres (12,9 %). Con respecto al tiempo ejerciendo su profesión 51,6 % (32) tenía más de 10 años, 29 % (18) tenía entre 5 y 10 años y 19,4 % (12 personas) tenían menos de 5 años ejerciendo.

En relación a la actitud del personal frente a la obesidad infantil, el 77,4 % (48) consideró que amerita tratamiento en la niñez, el 62,9 % (39) opinó que amerita tratamiento en la adolescencia. Por otra parte el 51,6 % (32) estimó que se superará con el tiempo en la niñez y el 40,3 % (25) opinó que sucederá en la adolescencia (Cuadro 1).

El 43,5 % (27) consideró que la obesidad infantil es más susceptible a tratamiento durante la niñez, mientras que el 37,1 % (23) lo estimó durante la adolescencia.

Con respecto al conocimiento de patologías asociadas a la obesidad infantil el 38,7% (24) consideró que la obesidad infantil es causa de síndrome metabólico y un 27,4 % (17) que es causa de diabetes mellitus tipo 2 (Cuadro 2). El 30,6 % (19) opinó que la obesidad infantil causa hiperandrogenismo, el 29 % (18) refirió que causa enfermedad cardíaca, el 25,8 % (16) señaló relación con síndrome de apnea del sueño y el 24,2 % (15) opinó que causa esteatosis hepática (Cuadro 3). El 33,9 % (21) consideró que la obesidad infantil causa lesiones ortopédicas, el 45,2 % (28) reconoció asociación con el pseudotumor cerebral. El 58,1% (36) señaló que la obesidad infantil afecta la calidad de vida del futuro (Cuadro 4).

Entre las barreras para el manejo de la obesidad, percibidas por el personal de salud entrevistado se reflejó lo siguiente: el 59,7% (37) resaltó que hay carencia de motivación de los pacientes, 48,4 % (30) señaló que hay falta de interés paterno, el 32,3 % (20) opinó que hay carencia de suficiente tiempo en la consulta, el 35,5 % (22) consideró que hay carencia económica y el 43,5 % (27) afirmó que existe ausencia de habilidades en el tratamiento (Cuadro 5).

El 38,7 % (24) resaltó la falta de servicios de soporte, el 32,3 % (20) dijo que el tratamiento era inútil y el 72,6 % (45) afirmó que hay desórdenes en los hábitos de alimentación (Cuadro 6).

En el cuadro 7 se presenta la distribución del personal de salud según las dimensiones de su nivel de habilidad para el manejo de la obesidad infantil, destacando que el 64,5% (40 profesionales) reconoció tener una habilidad de nivel moderado para la modificación de prácticas alimenticias. Asimismo el 56,5 % (35) afirmó tener una habilidad de nivel moderado para inducir modificación de la actividad física.

El cuadro 8 resume la distribución del personal de salud según su interés de adiestramiento adicional para el manejo de la obesidad infantil. El 58,1 % (36 profesionales) mostraron un nivel moderado de interés en ser adiestrados tanto respecto a la modificación de prácticas alimenticias como al desvío de conflictos familiares.

En el cuadro 9 se recopilaron los métodos de educación preferidos por el personal de salud para recibir información sobre la evaluación y tratamiento de la obesidad. Destaca que el 16,1 % (10 profesionales) optó por una combinación de todos los métodos posibles para su formación, incluyendo guías, cursos de educación médica continua locales, cursos de educación médica continua nacionales, textos, videos, programas computarizados, sitios web, guías gubernamentales y programas de televisión.

DISCUSIÓN

La obesidad infantil es un problema de salud que va en aumento y preocupa a los profesionales que atienden niños y adolescentes. Se han publicado varias guías sobre tratamiento y prevención de la obesidad (11,17). En muchos países se han investigado las actitudes y opiniones de los médicos generales, residentes, pediatras, enfermeras y nutricionistas, con respecto a este tema (18,19). En nuestro país no se había realizado ninguna investigación que indagara lo concerniente a esto. Sin embargo, en concordancia con estudios a nivel internacional como en el caso de Cano y cols en España año 2008 donde entrevistó a 257 pediatras (12) y el estudio de Story y cols en una muestra de 939 profesionales de la salud en el año 2002 en Estados Unidos (11), hallamos que, como el resultado del presente estudio, más de la mitad del personal encuestado (77,4%) estimó que este estado nutricional amerita toma de conducta y alineación a tratamiento en la niñez. En la adolescencia solo un 62,9% refirió considerar tratamiento, llegando a ser más altos los porcentajes en el estudio de Story y cols con 89%. En relación al nivel de susceptibilidad al tratamiento con el paso del tiempo 43,5% la consideró susceptible en la niñez y el 37,1% en la adolescencia, siendo esto similar a los porcentajes obtenidos en otros estudios con un 46,9% y 26,7% respectivamente (11).

Por otra parte, el 51,6% (32) de los encuestados estimó que la obesidad se supera con el tiempo, durante la niñez y el 40,3% (25) en la adolescencia. No obstante cifras más bajas fueron reportadas por otros estudios, donde solo un 5,06% opinó que se podía superar con el tiempo cuando se trata de obesidad en la niñez y un 1,46% en el caso de la obesidad en la adolescencia (11).

Es probable que el abordaje y la toma de conducta ante esta patología se modifique tras la percepción de comorbilidades, destacando que solo un 29,9% de los encuestados relacionaron obesidad con riesgo de enfermedades crónicas, en discordancia con estudios donde se obtuvieron cifras de hasta un 84,3%. (6,7,11). De igual modo en relación a la calidad de vida, el 58,1% (36) de los participantes señalaron que la obesidad infantil afecta la calidad de vida futura, variando la percepción de los profesionales a nivel internacional donde el reconocimiento del compromiso de la calidad de vida de estos pacientes, es cada vez mayor hasta de un 88,9% (11).

En cuanto a las barreras o impedimentos en la práctica diaria, para el abordaje de la obesidad infantil, nuestra investigación muestra que en un mayor porcentaje (72,6%) es atribuible a desórdenes en hábitos de alimentación, de igual modo que en el estudio de Cano y cols (3,8,12) donde se halla alrededor de 80-85%, a diferencia de la población de Story y cols (11) donde los trastornos en hábitos alimenticios fueron percibidos solo en un 13,3% como barrera. En segundo plano con un 59,7% la carencia de motivación del paciente, confrontando estudios internacionales donde esto es percibido como una barrera en más del 70% de los casos (11,12). En tercer lugar se encuentra la falta de interés paterno con 48,4%, siendo también más elevada en otros estudios con un promedio de 75%. La carencia de tiempo en consulta, ausencia de servicios de soporte y nivel de habilidad, se registraron entre 30 y 45% de la población, siendo estas dos primeras más altas, alrededor de 50 a 60% en otras investigaciones pero más baja en lo que respecta al nivel de habilidad percibido como una barrera estando en promedio de 25% (11,12).

En específico en este último ítem, pero interrogado como el nivel de habilidad para modificar patrones alimenticios o para lograr un cambio en la práctica de actividades físicas, se obtuvo un porcentaje de 64,5% y 56,5% respectivamente, en controversia con estudios que reportan más del 50% para el ejercicio físico y solo un 36% para las modificaciones de patrones alimenticios (3,9,12,14).

En lo que concierne al interés de adiestramiento adicional 58,1% consideró tener un nivel moderado del mismo en relación a las prácticas alimenticias y desvió de conflictos familiares. Lo que está en estrecha relación al porcentaje obtenido en otras literaturas con promedio de 57,5% (12).

CONCLUSIÓN

La obesidad infantil es reconocida a nivel mundial como un problema de salud pública, sin embargo no existen políticas efectivas en salud tanto en prevención primaria como secundaria. Éstas deberían estar enfocadas en revertir las condiciones de este estado de salud, que conlleva a un sin fin de consecuencias a mediano y largo plazo, así como a promover un estilo de vida saludable en el seno de la familia comenzando desde la infancia.

En Venezuela, se percibe el estado nutricional como eje central en la consulta del pediatra puericultor y la alimentación está encaminada por los antecedentes de la familia y sociedad tendiendo a ser poco modificables. El personal de salud involucrado en el desarrollo infantil siente gran interés en cuanto al fomento y medidas que le lleven a desarrollar técnicas eficaces que le permitan intervenir para transformar de manera positiva esta situación, en la cual confluyen los factores hereditarios, culturales y ambientales.

Es importante a su vez el reconocimiento y amplia difusión de los trastornos derivados de la obesidad en edades tempranas, cuyas repercusiones pueden llegar a ser definitivas y sin lugar a dudas disminuir la calidad de vida del adulto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. Geneva: World Health Organization; 2004. 253 p. WHO Technical Report Series 894.
- 2.- Hassapidou M, Daskalou E, Tsofliou F, Tziomalos K, Paschaleri A, Pagkalos I et al. Prevalence of overweight and obesity in preschool children in Thessaloniki Greece. *Hormones* 2015; 14(4): 615-622.
- 3.- Nutrición en Pediatría. Centro de Atención Nutricional Antímamo Caracas 1999; 1ra reedición 2009.
- 4.- Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Nota descriptiva N° 311. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2015.
- 5.- Ruiz N, Bosch V, Rodríguez V, Espinoza M. Estratificación socioeconómica, estrado nutricional y lípidos plasmáticos en escolares venezolanos. *Rev Venez Endocrinol Metab Mérida*. 2012; 10(1): 28-37.
- 6.- Must A, Strauss RS. Riesgo y consecuencia de la obesidad en el niño y adolescente. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 1999; 23(suppl 2): S2-11.
- 7.- Srinivasan SR, Myers L, Berenson GS. Predictability of childhood adiposity and insulin for developing insulin resistance syndrome (syndrome X) in young adulthood: the Bogalusa Heart Study. *Diabetes*. 2002; 51:204-209.
- 8.- Campbell K. Biological, environmental, and social influences on childhood obesity. *Pediatric Research* 2016; 79(1-2): 205-211.
- 9.- Kaufer-Horwitz M, Toussaint G. Indicadores antropométricos para evaluar sobrepeso y obesidad en pediatría. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2016 Mar 25]; 65(6): 502-518. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v65n6/v65n6a9.pdf>

- 10.- Hassink S. *Obesidad Infantil. Prevención, intervenciones y tratamiento en atención primaria. Capítulo 1. Obesidad infantil: visión global.* Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2009. pp. 4-5.
- 11.- Story M, Neumark-Stzainer D, Sherwood N, Holt K, Sofka D, Trowbridge F et al. Management of child and adolescent obesity: Attitudes, barriers, skills, and training needs among health care professionals. *Pediatrics* 2002; 110(Supl 1): 210-214.
- 12.- Cano A, Pérez I, Casares I. Obesidad infantil: opiniones y actitudes de los pediatras. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22(2): 98-104.
- 13.- Yarborough BJ, DeBar LL, Wu P, Pearson J, Stevens VJ. Responding to Pediatric Providers' Perceived Barriers to Adolescent Weight Management. *Clin Pediatr (Phila)*. 2012; 51(11):1063-1070.
- 14.- [Vine M](#), [Hargreaves M](#), [Briefel R](#), [Orfield C](#). Expanding the Role of Primary Care in the Prevention and Treatment of Childhood Obesity: A Review of Clinic- and Community-Based Recommendations and Interventions. *J Obes*. 2013; 2013: 172035.
- 15.- Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación.* (5ta. ed.). México. Mac GrawHill; 2014.
- 16.-Trowbridge FL, Sofka D, Holt K, Barlow SE. Management of Child and adolescent obesity: study design and practitioner characteristics. *Pediatrics* 2002; 110: 205-209.
- 17.- Daniels SR, Arnett DK, Eckel RH, Gidding SS, Hayman LL, Kumanyika S, et al. Overweight in children and adolescents. Pathophysiology, consequences, prevention, and treatment. *Circulation*. 2005;111:1999-2012.
- 18 .- Goldman RD, Modan-Moses D, Bujanover Y, Glasser S, Meyerovitch J. Physicians attitude toward identification and management of childhood obesity in Israel. *Clin Pediatr*. 2004; 43:737-41.
- 19.- Moyers P, Bugle L, Jackson E. Perceptions of school nurses regarding obesity in school-age children. *J Sch Nurs*. 2005; 21:86-93.

ANEXOS

República Bolivariana de Venezuela

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales

Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde”

Encuesta: _____

Especialidad:

Médico Pediatra

Subespecialidad (Especifique): _____

Licenciatura en Nutrición

Subespecialidad (Especifique): _____

Licenciada en Enfermería

(Experiencia pediátrica)

Subespecialidad (Especifique): _____

Tiempo ejerciendo su especialidad: <5 años De 5 a 10 años >10 años

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Sexo: Femenino Masculino

Responda con una “X” solo una alternativa.

Parte I: Actitud de los profesionales de la Salud, frente al tema de la Obesidad durante la infancia y adolescencia.

	La mayoría de las veces	Frecuentemente	Algunas veces	Raras veces	Nunca	Desconoce
La Obesidad en la niñez amerita tratamiento.						
La Obesidad en la adolescencia amerita tratamiento						
La Obesidad en los niños se supera con el transcurso del tiempo.						
La Obesidad en la adolescencia se supera con el transcurso del tiempo.						

	La mayoría de las veces	Frecuentemente	Algunas veces	Raras veces	Nunca	Desconoce
La Obesidad en la infancia es más susceptible (dócil) para el tratamiento que la Obesidad en el adulto.						
La Obesidad en la adolescencia es más susceptible (dócil) para el tratamiento que la Obesidad en el adulto.						
La Obesidad en la infancia es causa de Síndrome Metabólico.						
La Obesidad en la infancia es causa de Diabetes Mellitus tipo 2 e intolerancia a los hidratos de carbono.						
La Obesidad en la infancia es causa de la hiperandrogenismo.						
La Obesidad en la infancia es causa de enfermedad cardiaca.						
La Obesidad en la infancia es causa de Síndrome de Apnea del Sueño						
La Obesidad en la infancia es causa de Esteatosis hepática.						
La Obesidad en la infancia es causa de lesiones ortopédicas.						
La Obesidad en la infancia es causa de pseudo tumor cerebral.						
La Obesidad en la niñez y adolescencia afecta la calidad de vida en el						

futuro.						
---------	--	--	--	--	--	--

Responda con una "X" solo una alternativa.

Parte II: Las principales barreras percibidas por el personal de Salud en el tratamiento de la Obesidad en la niñez y adolescencia.

	La mayoría de las veces	Frecuentemente	Algunas veces	Raras veces	Nunca
Carencia de motivación del paciente.					
Falta de adhesión de los padres.					
Carencia de suficiente tiempo en la consulta.					
Carencia de recursos económicos					
Ausencia de habilidades en el tratamiento.					
Ausencia de servicios de soporte.					
Inutilidad del tratamiento.					
Desórdenes en el hábito de alimentación.					

Responda con una "X" solo una alternativa.

Parte III: Nivel de habilidad considerado por el personal de Salud en el tratamiento de la Obesidad en la niñez y adolescencia.

	Bajo	Moderado	Alto
Uso de estrategias en el manejo de las conductas alimenticias.			
Modificación de las prácticas alimenticias.			
	Bajo	Moderado	Alto

Modificación de la conducta sedentaria.			
Desvíos de los conflictos familiares.			
Asesoramiento del grado de Obesidad.			

Parte IV: Interés de un adiestramiento adicional del personal de Salud en el manejo de la Obesidad en la niñez y adolescencia.

	Bajo	Moderado	Alto
Uso de estrategias en el manejo de la conductas alimenticias.			
Modificación de las prácticas alimentarias.			
Modificación de la actividad física.			
Modificación de la conducta sedentaria.			
Guías en las técnicas que puedan utilizar los padres.			
Desvíos de los conflictos familiares.			
Asesoramiento de grado de Obesidad.			

Parte V: Métodos de educación preferidos por el personal de Salud para recibir información sobre la evaluación y tratamiento de la Obesidad en la niñez y adolescencia

Guías para profesionales.	
Cursos de Educación médica continua, en reuniones locales.	
Cursos de Educación médica continua, en reuniones profesionales a nivel nacional.	
Textos.	
Videos.	
Programas computarizados.	
Sitios Web.	
Guías gubernamentales.	
Programas de TV.	

Cuadro 1

Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil amerita tratamiento en la niñez o en la adolescencia, y si considera que se supera con el tiempo en la niñez o en la adolescencia. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Amerita tratamiento en la niñez	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	5	8,1
Algunas veces	3	4,8
Frecuentemente	6	9,7
La mayoría de las veces	48	77,4
Amerita tratamiento en la adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	1	1,6
Algunas veces	6	9,7
Frecuentemente	16	25,8
La mayoría de las veces	39	62,9
Se supera con el tiempo en la niñez	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,2
Raras veces	8	12,9
Algunas veces	32	51,6
Frecuentemente	5	8,1
La mayoría de las veces	15	24,2
Se supera con el tiempo en la adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	9,7
Raras veces	12	19,4
Algunas veces	25	40,3
Frecuentemente	13	21,0
La mayoría de las veces	6	9,7
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 2

Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil es más susceptible a tratamiento en la niñez o en la adolescencia, y si considera que es causa de síndrome metabólico o de diabetes mellitus tipo 2. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Más susceptible a tratamiento durante la niñez	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	6	9,7
Algunas veces	15	24,2
Frecuentemente	14	22,6
La mayoría de las veces	27	43,5
Más susceptible a tratamiento durante la adolescencia	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	4	6,5
Algunas veces	23	37,1
Frecuentemente	19	30,6
La mayoría de las veces	16	25,8
La obesidad en la infancia es causa de síndrome metabólico	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	4	6,5
Raras veces	4	6,5
Algunas veces	18	29,0
Frecuentemente	12	19,4
La mayoría de las veces	24	38,7
La obesidad en la infancia causa diabetes mellitus tipo 2	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	6	9,7
Nunca	2	3,2
Raras veces	8	12,9
Algunas veces	14	22,6
Frecuentemente	15	24,2
La mayoría de las veces	17	27,4
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 3

Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil causa hiperandrogenismo, enfermedad cardiaca, síndrome de apnea del sueño y esteatosis hepática. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Causa hiperandrogenismo	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	18	29,0
Nunca	3	4,8
Raras veces	9	14,5
Algunas veces	19	30,6
Frecuentemente	7	11,3
La mayoría de las veces	6	9,7
Causa enfermedad cardiaca	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	1	1,6
Nunca	6	9,7
Raras veces	12	19,4
Algunas veces	16	25,8
Frecuentemente	18	29,0
La mayoría de las veces	9	14,5
Causa síndrome de apnea del sueño	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	8	12,9
Nunca	3	4,8
Raras veces	9	14,5
Algunas veces	16	25,8
Frecuentemente	11	17,7
La mayoría de las veces	15	24,2
La obesidad en la infancia causa esteatosis hepática	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	14	22,6
Nunca	3	4,8
Raras veces	12	19,4
Algunas veces	15	24,2
Frecuentemente	11	17,7
La mayoría de las veces	7	11,3
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 4

Distribución del personal de salud según si considera que la obesidad infantil causa lesiones ortopédicas, pseudotumor cerebral, y si afecta la calidad de vida en el futuro. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Causa lesiones ortopédicas	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	2	3,2
Nunca	3	4,8
Raras veces	12	19,4
Algunas veces	12	19,4
Frecuentemente	21	33,9
La mayoría de las veces	12	19,4
Causa pseudotumor cerebral	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	34	54,8
Nunca	8	12,9
Raras veces	9	14,5
Algunas veces	6	9,7
Frecuentemente	1	1,6
La mayoría de las veces	4	6,5
Afecta la calidad de vida en un futuro	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	1	1,6
Nunca	1	1,6
Raras veces	13	21,0
Algunas veces	11	17,7
Frecuentemente	36	58,1
La mayoría de las veces	1	1,6
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 5

Distribución del personal de salud según las barreras percibidas de: carencia de motivación del paciente, falta de adhesión paterna, carencia de suficiente tiempo en la consulta, carencia económica y ausencia de habilidades en el tratamiento. Hospital Universitario Dr.

Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Carencia de motivación del paciente	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	1	1,6
Algunas veces	9	14,5
Frecuentemente	15	24,2
La mayoría de las veces	37	59,7
Falta de adhesión paterna	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	1	1,6
Algunas veces	9	14,5
Frecuentemente	30	48,4
La mayoría de las veces	22	35,5
Carencia de suficiente tiempo en la consulta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,2
Raras veces	10	16,1
Algunas veces	15	24,2
Frecuentemente	20	32,3
La mayoría de las veces	15	24,2
Carencia económica	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	3	4,8
Raras veces	3	4,8
Algunas veces	13	21,0
Frecuentemente	21	33,9
La mayoría de las veces	22	35,5
Ausencia de habilidades en el tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	3,2
Raras veces	5	8,1
Algunas veces	27	43,5
Frecuentemente	17	27,4
La mayoría de las veces	11	17,7
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 6

Distribución del personal de salud según las barreras percibidas de: ausencia de servicios de soporte, inutilidad del tratamiento y desórdenes en los hábitos de alimentación. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Ausencia de servicios de soporte	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	1	1,6
Nunca	3	4,8
Raras veces	6	9,7
Algunas veces	24	38,7
Frecuentemente	20	32,3
La mayoría de las veces	8	12,9
Inutilidad del tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Desconoce	1	1,6
Nunca	10	16,1
Raras veces	20	32,3
Algunas veces	17	27,4
Frecuentemente	6	9,7
La mayoría de las veces	8	12,9
Desórdenes en los hábitos de alimentación	Frecuencia	Porcentaje
Raras veces	1	1,6
Frecuentemente	16	25,8
La mayoría de las veces	45	72,6
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 7

Distribución del personal de salud según las dimensiones de su nivel de habilidad para el manejo de la obesidad infantil. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Uso de estrategias en el manejo de conductas alimenticias	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	25,8
Moderado	32	51,6
Alto	14	22,6
Modificación de prácticas alimenticias	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	19,4
Moderado	40	64,5
Alto	10	16,1
Modificación de la actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	22,6
Moderado	35	56,5
Alto	13	21,0
Modificación de la conducta sedentaria	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	16	25,8
Moderado	29	46,8
Alto	17	27,4
Guía en las técnicas que pueden utilizar los padres	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	35,5
Moderado	28	45,2
Alto	12	19,4
En desvío de los conflictos familiares	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	22	35,5
Moderado	24	38,7
Alto	16	25,8
Asesoramiento del grado de obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	14	22,6
Moderado	34	54,8
Alto	14	22,6
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 8

Distribución del personal de salud según su interés de adiestramiento adicional para el manejo de la obesidad infantil. Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Uso de estrategias en el manejo de conductas alimenticias	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	17,7
Moderado	29	46,8
Alto	22	35,5
Modificación de prácticas alimenticias	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	12,9
Moderado	36	58,1
Alto	18	29,0
Modificación de la actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	12	19,4
Moderado	27	43,5
Alto	23	37,1
Modificación de la conducta sedentaria	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	16,1
Moderado	33	53,2
Alto	19	30,6
Guía en las técnicas que pueden utilizar los padres	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	15	24,2
Moderado	28	45,2
Alto	19	30,6
En desvío de los conflictos familiares	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	9	14,5
Moderado	36	58,1
Alto	17	27,4
Asesoramiento del grado de obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	11	17,7
Moderado	28	45,2
Alto	23	37,1
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Cuadro 9

Distribución según los métodos de educación preferidos por el personal de salud para recibir información sobre la evaluación y tratamiento de la obesidad. Hospital Universitario

Dr. Ángel Larralde. Enero 2016- Septiembre 2016.

Métodos de educación	Frecuencia	Porcentaje
0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	10	16,1
0, 2, 3, 4, 8	3	4,8
0, 2, 4, 6, 8	3	4,8
1	3	4,8
0	2	3,2
0, 1, 3, 4, 6, 8	2	3,2
0, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8	2	3,2
0, 2, 6, 8	2	3,2
0, 3, 4, 6	2	3,2
2	2	3,2
2, 4, 6	2	3,2
0, 1	1	1,6
0, 1, 2, 3, 4	1	1,6
0, 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8	1	1,6
0, 1, 2, 3, 5, 7	1	1,6
0, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8	1	1,6
0, 1, 2, 4, 8	1	1,6
0, 1, 3, 5	1	1,6
0, 1, 3, 6, 8	1	1,6
0, 1, 4	1	1,6
0, 1, 4, 5, 7, 8	1	1,6
0, 2, 3, 4, 5, 8	1	1,6
0, 2, 3, 6, 7	1	1,6
0, 2, 4, 5, 6	1	1,6
0, 3	1	1,6
0, 3, 4	1	1,6
0, 3, 4, 5, 6	1	1,6
0, 3, 4, 6, 8	1	1,6
0, 3, 5, 6	1	1,6
0, 4, 5, 6, 8	1	1,6
0, 4, 6, 8	1	1,6
0, 5, 7	1	1,6
1, 2	1	1,6
1, 2, 4, 5, 8	1	1,6
1, 2, 6, 8	1	1,6
1, 3, 6	1	1,6
2, 3, 4, 5, 6, 8	1	1,6
2, 3, 6, 7	1	1,6
3	1	1,6
3, 6	1	1,6
Total	62	100,0

Fuente: Instrumento de recolección de datos

0 Guías para profesionales, 1 Cursos de educación médica continua locales, 2 Cursos de educación médica continua nacionales, 3 Textos, 4 Videos, 5 Programas computarizados, 6 Sitios web, 7 Guías gubernamentales, 8 Programas de Televisión