

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON  
OBESIDAD HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA  
EN UN HOSPITAL DE LIMA , 2022.**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**

**LIC. ALINA MARTHA RETUERTO AGUEDO**

**Callao, 2022**

**PERÚ**





UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 164 -2022

ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL LXVIII CICLO DE TALLER DE TRABAJO  
ACADÉMICO PARA LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL

Siendo las 14:00 horas del día miércoles siete de setiembre del dos mil veintidós, por la Plataforma Blackboard Colaborate, FCS-UNAC de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Callao, se reunió el Jurado Examinador del LXVIII Ciclo de Taller de Trabajo Académico para la obtención de Título de Segunda Especialidad Profesional; conformado por los siguientes docentes:

Dr. Hernán Oscar Cortez Gutiérrez	Presidenta
Mg. María Elena Teodosio Ydrugo	Secretaria
Lic. Esp. Yrene Zenaida Blas Sancho	Vocal

Con el fin de evaluar la sustentación del Trabajo Académico titulado “.CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRIA EN UN HOSPITAL DE LIMA , 2022.”, presentado por RETUERTO AGUEDO ALINA MARTHA, con el quórum establecido según el Reglamento de Estudios de Segunda Especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N°100-2016-CU, luego de la sustentación, los miembros del Jurado Examinador formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Examinador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa BUENO y calificación cuantitativa (15) el Trabajo Académico para la obtención del **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA**, conforme al Art. 64° de Reglamento mencionado, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 18:00 horas del mismo día.

Callao, 07 de setiembre de 2022

Dr. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIÉRREZ  
Presidenta del Jurado Sustentación

Mg. MARÍA ELENA TEODOSIO YDRUGO  
Secretaria del Jurado Sustentación

LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO  
Vocal del Jurado Sustentación

## **DEDICATORIA**

Este trabajo va dedicado a mis hijos, y a mis nietas por ser mis motores y motivo para seguir adelante en lo personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por guiarme por el buen camino

A mis estimados docentes, por compartir sus valiosos conocimientos

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao por abrirnos las puertas para nuestro crecimiento profesional y brindar así una mejor atención de calidad en salud.

# ÍNDICE

Nº .....	¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>5</b>
<b>1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....</b>	<b>5</b>
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>7</b>
<b>2. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>7</b>
2.1. <i>Antecedentes del estudio</i> .....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales.....	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	8
2.1.3. Teoría de Enfermería: .....	10
2.2. <i>Bases Conceptuales</i> .....	11
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>20</b>
<b>3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN.....</b>	<b>20</b>
3.1.1. Valoración .....	20
3.1.2. Motivo de Consulta: .....	20
3.1.3. Enfermedad Actual:.....	20
3.1.4. Antecedentes .....	21
3.1.5. Examen Físico: .....	22
3.1.6. Exámenes Auxiliares:.....	23
3.1.7. Indicación Terapéutica .....	23
3.1.8. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases.....	24
DOMINIOS .....	24
3.1.9. Esquema de Valoración .....	27
3.2. <i>Diagnóstico de enfermería</i> .....	28
3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:.....	28
3.2.2. Esquema de Diagnostico de Enfermería .....	29
3.3. <i>Planificación</i> .....	30
3.3.1. Esquema de Planificación.....	30
3.4. <i>Ejecución y evaluación</i> .....	33
3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:.....	33
<b>4. CONCLUSIONES.....</b>	<b>35</b>

<b>5. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>37</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>40</b>
Foto N° 1.....	41
Foto N° 2.....	42
Foto N° 3.....	43

## INTRODUCCIÓN

La obesidad en los niños se relaciona principalmente con una muerte prematura en la adulta conjuntamente con discapacidad en general. Sin embargo, además se hace énfasis en las complicaciones respiratorias, fracturas e hipertensión, como también enfermedades cardiovasculares y mayor resistencia a la insulina. Entre lo más importante es los efectos psicológicos.

El sobrepeso y la obesidad tanto en niños como adolescentes ha aumentado desde un 4% en 1975 a más del 18% en 2016 considerable en ambos sexos: 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016. En los años 70 era un 1% menos de obesidad en niños, hasta el 2018 incremento 124 millones tanto en niñas como en niños.

En el mundo se observa una mayor incidencia de muertes que se vinculan principalmente a la obesidad y sus complicaciones, por existir mayor número de personas con un peso mayor a lo normal. Ello lo podemos observar en todo el mundo menos en África por lo que es evidente ver gran cifras de desnutrición.

Así mismo se hace mención que en los países de ingresos bajos y medianos, que la obesidad abarca desde la etapa prenatal es decir que se considera la nutrición de la gestante que conlleva a ser inadecuada. Es por ello que están expuestos a cantidades excesivas de grasa, azúcar, sal pero pobremente en proteínas y nutrientes en general. Considerando además que es de vital importancia la actividad diaria que realizan los niños como parte de su rutina diaria, al menos 20 minutos de caminata.

El presente trabajo académico para optar la segunda especialidad titulado **“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES PEDIÁTRICOS CON OBESIDAD HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL DE LIMA, 2022”**, se desarrolló en el Servicio de Pediatría en un Hospital de Lima, siendo el grupo de población atendida personas pediátricas (5 años a 15 años) entre



varones y mujeres, con la finalidad de dar a conocer el rol del profesional de salud en los cuidados en pacientes hospitalizados en Pediatría con Obesidad. EL Hospital de Lima se localiza en el distrito de Jesus Maria - Lima, tiene como misión brindar una atención integral a todo el personal asegurado que pertenece a la jurisdicción del domicilio, tanto al paciente como a la familia.

Así mismo se desarrolla del plan de cuidados para pacientes que llegan al Servicio de Pediatría con diagnóstico de Obesidad, ha sido ejecutado y elaborado por la autora, encontrando sustento suficiente en las evidencias, además de bibliografía que apoyara a la elaboración de los casos que llegan al servicio de Pediatría.

Por otro parte, el presente trabajo académico, se encuentra dividido en tres capítulos:

Capítulo I: Se describe la situación problemática como un espacio de interrogantes que viabilice el planteamiento y resolución de los problemas encontrados.

Capítulo II: Se detallan los antecedentes internacionales y nacionales, el cual conectaran la introducción con el tema de investigación.

Capítulo III: Se desarrolla el Proceso de Atención de Enfermería, con la finalidad de prestar una atención asistencial de manera racional, lógica y sistemática, centrado en evaluar de manera sincrónica los progresos y cambios en la mejora de un estado del bienestar de la persona, familia y/o grupo a partir de los cuidados del enfermero.

Finalmente, el presente trabajo académico permite conocer la realidad problemática a nivel nacional e internacional sobre la obesidad infantil, siendo pertinente en base a ello elaborar un plan de cuidados que permita mejorar el tratamiento y la calidad de vida de los pacientes pediátricos hospitalizados en el Servicio de Pediatría.

# CAPÍTULO I

## 1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La obesidad en niños aqueja un problema de salud pública no solo en países desarrollados sino también en países en desarrollo, por el aumento de las complicaciones que lleva la misma enfermedad debido a múltiples factores que coinciden con la susceptibilidad genética y si a ello se le agrega el estilo de vida conjuntamente el entorno estamos viendo una mayor probabilidad de que el infante y adolescente adquiera un peso mayor a lo normal y que conlleve a una obesidad infantil. (Organización mundial de la salud, 2021)

A nivel mundial las cifras de sobrepeso y obesidad infantil son alarmantes más aun con la pandemia han ido incrementando en todos los grupos de edad y podemos decir que es una de las principales causas de muertes en todo América. Esto conlleva a una afectación psicológica debido a la presión de grupo que se evidencia en los colegios, sin controlar el entorno familiar que conlleva una rutina desfavorable en relación a la nutrición del infante, si a ello se suma la publicidad de alimentos como octogonos que son productos con alta densidad energética pero muy menor cantidad de nutrientes además teniendo porciones mayor a lo normal en el consumo. (organización mundial de la salud, 2021)

En América Latina y el Caribe la obesidad afecta en 3,9 millones en la etapa infantil cifra que superan los porcentajes tal cual 5,6%, principalmente e aquellos países con economías de ingresos bajos y medianos.

A nivel Nacional, no solo la anemia y la desnutrición afectan a los menores de 5 años, debido a que existe un creciente problema de salud pública que está generando preocupación como es el exceso de grasa acumulada que se manifiesta en el sobrepeso y la obesidad infantil. El sobrepeso y la obesidad en el país afectan aproximadamente a 2.5 millones (8%) de niños, menores de 5 años, señaló el director general de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud

Pública del Ministerio de Salud (Minsa), Gustavo Rosell de Almeida. (Organización panamericana de la salud, 2019)

A nivel local, en Lima, la capital gastronómica de América Latina, viven más de 839 mil niños obesos de 0 a 17 años. En donde se muestra que la obesidad infantil es una epidemia en expansión, debido a que, en los últimos diez años, se ha más que duplicado entre los menores de 5 a 9 años en el país y se muestra una tasa de 7,7% en 2008 que pasó a 19,3% en el 2018, según datos del Observatorio de Nutrición y el Estudio de Sobrepeso y Obesidad. (Ministerio de salud, 2021)

Asimismo, se hace de manifiesto que existen diferencias geográficas, en donde se muestra que los niños entre 5 y 9 años de edad provenientes de la costa sur y centro tienen mayor obesidad que los niños de la sierra norte, como se puede evidenciar cifras de Lima Metropolitana en un 28,6% de niños con obesidad. (Ministerio de salud, 2019)

Estas tendencias resultan mucho más preocupantes si se considera que el 80% de los niños gordos será obeso en el futuro y desarrollará alguna enfermedad cardiovascular o algún tipo de cáncer. (Ministerio de salud, 2019)

Pérez afirma que una de las causas de la obesidad infantil es la deficiente educación nutricional que tienen los padres, así como la falta de un buen sistema de etiquetado nutricional en los productos. (Ministerio de salud, 2019)

Existen diversos factores de riesgo que contribuyen a la obesidad en los niños y niñas, entre ellos, el caso de los hábitos alimentarios inadecuados y desordenados en cuanto al horario de ingesta, el tipo de actividad física que realizan en la escuela y fuera de ella, el nivel educativo de los padres que conllevan al desconocimiento de una alimentación saludable, por otro lado el uso de las computadoras, celulares y videojuegos se han convertido hoy en día, en los enemigos de la actividad física, favoreciendo al sedentarismo y por ende a la obesidad de los niños. En el servicio de pediatría se puede observar un aumento de casos de niños menores de 5 años

con diagnóstico médico de obesidad infantil, es por ello que se requiere realizar el estudio de investigación, tomando en cuenta dicha problemática con la finalidad de conocer los factores de riesgo que contribuyen a la obesidad infantil.

## **CAPÍTULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales**

Machado (2018) En su investigación tiene el propósito de evaluar la prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños escolares e identificar factores de riesgo. Siendo transversal. Tuvo como una población de 318 niños participantes; de los cuales el 28,3% con sobrepeso y 14,5% con obesidad; no hubo diferencia en relación al sexo, de igual forma haber tenido bajo peso al nacer, como también el tipo de alimentación en el primer año de vida. Se muestra un gran porcentaje que consumen galletas, queques, bizcochos, biscochuelos, snacks, bebidas azucaradas en el momento de la merienda y principalmente en la alimentación diaria.

Ajejas (2018) En su investigación tiene como objetivo describir los factores asociados al sobrepeso/obesidad en España según datos de la última Encuesta Nacional de Salud. Se muestra en los resultados que los niños eran gorditos en comparación de las niñas; cuyos padres tenían un grado de instrucción baja, y que no realizaban ejercicios, a pesar de percibir. Ingresos menores de 900 soles mensualmente.

Ferrero (2017) En el presente trabajo de investigación tiene como propósito de analizar la prevalencia de obesidad asociándose al nivel de escolaridad del cuidador del niño de edad escolar (de 1ero a 6to). Tiene como resultados un 30,6% niños con

obesidad, en relacion al cuidador se obtuvo un 28,5% que tienen escolaridad alta, 30,4%baja.

Fernández (2017) En su estudio tiene como proposito establecer la relación entre los indicadores sociales- económicos con sobrepeso en niños que residen en Europa. En sus resultados hace mención que la gradiente socioeconomica es inversamente proporcional al sobrepeso realizado en 5 de los 8 lugares que se propuso de estudio, de esta forma no se encontro ningun gradiente a diferencia de las 3 restantes.

Almeida (2016) En su estudio tiene como objetivo demostrar el impacto en la obesidad y el sobrepeso en los escolares. Entre los resultados se evidencia que la gran cantidad tienen servicios de salud, pero presentaban diferencias importantes al respecto el tipo de escuela siendo privada o publica; con respecto a los asegurados al IMSS son un 66.2% en comparación del ambito publico que es 46.7%. Asi mismo se demuestra que el 50% de los padres tienen estudios de primaria y secundaria habiendo un 73.1, en cambio con posgrado y grados profesionales solo un 17.7%.

Villalobos (2016) En el presente estudio tiene como propósito identificar los estilos de vida y factores de riesgo que se asocian al sobrepeso y obesidad en niños de la primera infancia; y evidenciando los resultados determina que se relaciona a factores del nacimiento como la lactancia materna, el peso alto al nacer, y tener padres con sobrepeso y obesidad.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

Peña (2020) En su estudio tiene como objetivo principal determinar la relacion de conocimientos con prevencion con respecto a la obesidad dirigido a padres de escolares que eran un total de 40 padres seleccionados con criterios de inclusion y exclusion. Siendo descriptiva cuantitativa. Hace mención que un 60% presenta

riesgo de obesidad y un 40% no; además los padres presentan entre un nivel de conocimiento bajo y alto, pero no existe relación estadística significativa.

Oras (2019) En su estudio tiene como propósito determinar los factores de riesgos que se asocian al desarrollo de la obesidad en niños. Siendo descriptiva, explicativa, de corte transversal y retrospectivo. Analizando a los 130 entre niños y niñas, concluye que el factor sociodemográfico se relaciona con la obesidad y que la persona a cargo es la abuela.

Mendoza (2019) En su presente estudio tiene como propósito determinar la relación entre el nivel socioeconómico, y la obesidad en 55 pacientes entre 3 y 14 años. Siendo prospectivo correlacional, y hace mención que los padres de los niños con obesidad tienen un nivel socioeconómico bajo y representa un 58.1%, y un 29.1% nivel medio.

Vásquez (2019) En su estudio tiene como propósito conocer los principales factores asociados a sobrepeso y obesidad en escolares. Siendo no experimental, cuantitativo descriptivo, transversal. De los 50 casos analizados se evidencia alta prevalencia de sobrepeso en los niños de 8 y 9 años siendo un 64% y un 50% con obesidad, hijos de padres con nivel educativo secundario; y que además un 92% son de colegios privados.

Tirado (2016) En su estudio tiene como propósito determinar cuáles son los factores de riesgo asociados a obesidad en niños. Siendo descriptivo correlacional, no experimental y de corte transversal. Dentro de la población el 60% de los niños no realizan actividades físicas, y el 31% solo realiza actividad física una vez a la semana durante 20 a 40 minutos. Casi el 100% hace uso de la televisión, videojuegos o computadora, cuando consumen sus alimentos en toda la semana.

Cáceres (2016) En su estudio tiene como propósito determinar la prevalencia y si la ocupación, instrucción de la madre, nivel socioeconómico, consumo de comida rápida, snacks, bebidas dulces, frutas, verduras, horas de TV, obesidad familiar,

lactancia materna, actividad física, son factores de riesgo de padecer sobrepeso y obesidad en niños de 4 y 5 años. Siendo prospectivo, explicativo de casos y controles. Hace mención que el 52.8% son madres con instrucción primaria, el 51.2% tienen un nivel socioeconómico alto, y el 90% consume snacks diariamente, el 69.1% tuvieron lactancia materna no exclusiva.

### **2.1.3. Teoría de Enfermería:**

#### **EL MODELO DE DOROTHEA OREM**

Considera al ser humano como un organismo en su aspecto biológico, racional, pensante de manera integrada con dinamismo que tiene la capacidad de utilizar sus ideas, y meditar sobre su experiencia rutinaria que va en relación a los hechos de su propio autocuidado de manera dependiente. Además considera que la salud es significativa en todos sus componentes física, estructural y funcional; por ende el servicio humano como es la enfermería se presta cuando la persona no puede autocuidarse y es capaz de solicitar apoyo debido a sus incapacidades que se dan en consecuencia a las situaciones particulares. Con respecto al entorno solo lo reconoce como un conjunto de factores externos que van a influir en el cuidado de la persona.

Así mismo el autocuidado consiste en ser las actividades que realiza la persona en determinado tiempo por su propia parte y con el interés de mantenerse sano.

El personal de enfermería brindar los cuidados en base a una relación de ayuda hacia el paciente enfocándose en: Actuar cuando el paciente no está consciente; en recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas; brindar apoyo psicológico aplicando el tratamiento indicado por el médico; promoviendo un entorno saludable que le permita desarrollarse personalmente. Para aplicar el modelo de Orem, se tiene en cuenta las siguientes pautas: se examina los factores, y los problemas de

salud, es decir recoger los datos para poder elaborar estrategias de cuidado personal y asumir el papel de cuidador contando con la participacion del paciente.

En conclusion la teoria que describe Dorothea Orem se enfatiza en brindar una atencion de calidad que relaciona con salud – enfermedad de las personas que toman desiciones sobre su salud y en cuanto a las personas no enfermas en manter o modificar sus conductas de riesgo.

## **2.2. Bases Conceptuales**

### **OBESIDAD INFANTIL:**

#### **Definición. -**

Es el aumento de grasa corporal adicional en el organismo y que se define por el incremento del tejido graso, haciendo enfasis en los factores de riesgo que a un futuro se orienta a padecer obesidad en la etapa adulta. (Tirado 2017)

#### **Etiología. -**

- **Factores hereditarios:**

La carga genetica determina el incremento de peso, por lo cual hay un mayor numero de genes que se vinculan ante la situacion. Se identifica el gen OB que realiza la codificacion en la produccion de la hormona Leptina en el tejido adiposo, y la cantidad en sangre es es alto. (Tirado 2017)

- **Sociales:**

La sociedad se muestra muy influyente en el sedentarismo debido a que existen mayor numeros de automoviles, buses, y ello a considerado disminuir la prevalencia de caminar, el ciclismo a causa del trafico, frente a una gran publicidad de tecnologia que ahorra el trabajo fisico tanto en el hogar como



en lo laboral. Los padres destinan el poco tiempo a las practicas deportivas y a la recreacion. (Tirado, 2017)

- **Culturales:**

Las creencias que se observan sobre la alimentacion durante la infancia son erroneas porque no hace mas que considerar como algo normal el sobrepeso dejando de lado la importancia que es asumir como una enfermedad.

- **Psicológicos:**

La frustracion y depresion son sentimientos que se observan en la mayoria de los niños con obesidad, impulsandose a la soledad, aislamiento y la inactividad. El hambre es innato, que se relacion con la necesidad de recibir fisiologicamente alimentos sin ser en el hoario indicado de la rutina diaria, incrementando el apetito que se relaciona con factores emocionales que fisiologicamente.

- **Otros factores:**

Podemos citar la diabetes materna en el embarazo, alto peso al nacer en relacion a la edad gestacional, rapida velocidad de ganancia de peso en el primer año de vida, recibir farmacos que favorecen el incremento de peso tales cuales como los corticoides, anticonvulsivantes, y por ultimo consumer alimentos hipercaloricos. Ocasionalmente puede observarse que niños genéticamente predispuestos pueden crecer normalmente durante la primera etapa de la niñez y luego

## **FACTORES ASOCIADOS PARA SOBREPESO Y OBESIDAD:**

### **Factores Biológicos:**

- a) **Edad y Sexo:** Depende de la edad en que el niño incrementa su peso ya sea en la infancia o adolescencia, y en cuanto al sexo las niñas tienen a presentar obesidad mas que los niños. En el primer año de vida la alimentacion con

formula predispone en un futuro sobrepeso, y a los posteriores años se evidencia un rebote como incremento de grasa corporal. (Vásquez, 2020)

- b) **Peso al nacer:** El bajo peso o elevado peso en relacion a la edad gestacional presenta mayor suceptibilidad de desarrollar obesidad a lo largo de su crecimiento y todo ello se relaciona a la alimentacion que presenta la madre.

### **Factores Socioculturales:**

- a) **Obesidad materna y paterna:** El exceso de peso durante la gestacion, la diabetes gestacional y la gestante con obesidad son factores que se relacionan con la obesidad del niño porque se transmite de generacion en generacion. (Vásquez, 2020)

Los padres con antecedentes de obesidad son un factor fuerte que predice la obesidad en la adultez, especialmente en aquellos menores de 10 años. Cuanto el niños es menor mayor es el riesgo y los episodios de descontrol alimentario en sus hijos se evidencia en un numero mayor durante la adolescencia. (Vásquez, 2020)

- b) **Estado Socioeconómico:** La situación economica alta hace referencia a un mayor numero de niños con obesidad, y las familiar de situacion economica baja presentan dificultades en la alimentacion. Esto hace relacion una alta prevalencia en paises desarrollados con tendencias a mayor obesidad. (Vásquez, 2020)

### **Factores ambientales:**

- a) **Lactancia:** La duracion de la lactancia materna y la alimentacion complementaria tiene una proteccion en relacion al exceso de tejido adiposo en la infancia, es decir se debe tener en cuenta la alimentacion con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de edad debido a que

disminuye el riesgo de sobrepeso ya que en su composición tiene una programación metabólica en el lactante que modula el tamaño de los adipocitos; y es importante tener en cuenta que la introducción de alimentos no debe ser antes de los 6 meses de edad. (Vásquez, 2020)

**b) Hábitos alimenticios:** La población consume alimentos que cuestan menos pero tienen una alta carga energética, es decir que aumenta el desarrollo de sobrepeso y obesidad. Esta alimentación empieza desde el primer año de vida junto a la lactancia materna por ser un factor protector. (Vásquez, 2020)

Asimismo se debe cumplir con el horario de introducción de alimentos debido que saltarse el desayuno sugiere ser un factor de riesgo de obesidad; es muy probable que los padres de familia ingresen alto contenido de azúcar y grasas en la alimentación diaria de sus hijos puesto que consiguen que el apetito aumente y se cree una sobreingesta y se acumula en el tejido graso. (Vásquez, 2020)

**c) Actividad física:** Realizar ejercicios durante 20 a 40 minutos diarios desarrolla calidad de vida y disminuye el riesgo de obesidad, dejando de lado el desarrollo tecnológico tales como los videojuegos, las computadoras, la televisión puesto que provoca sedentarismo y hace un menor acceso a los clubes o centros recreativos que promueven el deporte. (Vásquez, 2020)

## **CLASIFICACION:**

La obesidad se clasifica según su origen o su distribución en el cuerpo.

### **1.- Según su origen:**

- **Obesidad nutricional o exógena:**

Se enfoca a un desequilibrio de ingresos y consumo de energía entre el 95% de los niños con obesidad. (Trujillo, 2019)

- **Obesidad orgánica o Endógena:**

Se acompaña de signos y síntomas tales como trastornos endocrinos (hipotiroidismo, síndrome de Cushing, tumores en el sistema nervioso central). Es por ello que los familiares y médicos someten a los niños a diversos estudios para identificar factores que influyan en el sobrepeso y puedan recibir un tratamiento médico que sea eficaz. (Trujillo, 2019)

## **2.- Según la distribución de la grasa corporal:**

- **Tipo 1: Generalizada o difusa:**

La grasa se distribuye difusamente sin respetar límites anatómicos, y predomina en los primeros años de vida sin importar el sexo. (Trujillo, 2019)

- **Tipo 2: Tronco abdominal o androide:**

La grasa se deposita en la parte superior del cuerpo, sobre todo en la cara, cuello, tronco, flancos y región supra umbilical del abdomen. Se evidencia más en el sexo masculino.

- **Tipo 3: Visceral:**

La grasa se deposita en el parénquima visceral, y afecta la función de los órganos.

- **Tipo 4: Gluteofemoral o ginoide:**

La grasa se distribuye en la parte inferior del cuerpo, principalmente en el abdomen infraumbilical, región glútea, nalgas y muslos, es más frecuente en el sexo femenino. (Trujillo, 2019)

## **DIAGNOSTICO:**

- **Métodos directos:**

Valora posición corporal es decir el tamaño del comportamiento graso.

- **Métodos indirectos:**

Los datos antropométricos valoran la intensidad del exceso de peso de una manera indirecta. Es necesario complementar con un examen físico que diferencie la acumulación de grasa del tejido subcutáneo a la acumulación de masa magra y/o esquelética. (Trujillo, 2019)

- **Relación peso/edad:**

Es un indicador que considera a la obesidad como exceso de peso por encima del percentilo 95 o 97.

- **Relación peso/talla:**

Determina como obeso al niño cuyo peso excede del que corresponde a la talla para su edad.

- **Peso relativo:**

Relación del peso actual del niño con el peso deseable (considerar el peso que corresponde al percentil 50 para su talla).

Los valores de referencia de este índice son:

- ✓ Normal: 90- 110
- ✓ Sobrepeso: 111- 120
- ✓ Obesidad leve: 121- 130
- ✓ Obesidad moderada: 131- 160
- ✓ Obesidad grave: mayor a 130

- **Índice de masa corporal (IMC):**

El IMC relaciona el peso con la talla (peso/ talla); considera como parametro de control el percentil 50. (Trujillo, 2019)

- **Perímetros:**

La valoración de los perímetros sirve para valorar la composición y distribución de la grasa corporal, y su relacion entre el tronco, cintura, cadera, raiz de los miembros del cuerpo de los niños.

- **Pliegues cutáneos:**

Los niños que presentan pesos normales evidencian una localizacion subcutanea de la grasa corporal total, cuando se realiza la medida del pliegue en el area tricpital se hace mencion que es un buen indicador de la cantidad de grasa a nivel periferico. (Trujillo, 2019)

- **La talla:**

Representa un parámetro importante en las obesidades nutricionales y de origen endocrino, que cursan con talla baja mayormente.

- **Rasgos físicos:**

Son finos con nariz y boca relativamente pequeña y papada bajo el cuello; especialmente en la región mamaria que puede alcanzar grados notables y simular a una ginecomastia. El abdomen, prominente y péndulo, con presencia de estrías transversales de color gris o violeta claro. En los varones, los genitales externos parecen pequeños, pero en realidad están ocultos debido al tejido adiposo del pubis. En las niñas el primer ciclo menstrual suele ser temprana que en las niñas delgadas. En ambos sexos, la pubertad se inicia precozmente, debido al cierre temprano del crecimiento, produciendo una estatura definitiva inferior en relacion a los niños delgados que presentaran una maduración sexual lenta. (Trujillo, 2019)

La acumulación de grasa en la región posterior del cuello da un aspecto de “joroba de búfalo” acentua aún más la incurvación de la columna vertebral. La presión

arterial, frecuencia cardiaca, respiratoria suele ser elevada aun estando en reposo. (Trujillo, 2019)

- **Niveles de insulina:**

La incidencia de diabetes de tipo 2 es mayor en los latinos con sobrepeso que en el resto de la población infantil por cuestiones genéticas.

### **PILARES DEL TRATAMIENTO:**

El tratamiento de la obesidad se compone de tres elementos:

- Dieta.
- Educación y modificación de hábitos alimentarios.
- Ejercicio físico.

**Prevención:** Se debe enfatizar en promocionar la alimentación con lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y brindar alimentos después de 6 meses de edad.

Además de vigilar las costumbres de los niños con sobrepeso debido a que ello proviene del seno del hogar. Tener en cuenta: (Ferrero, 2017)

- Educar a las madres durante el embarazo y lactancia.
- Promocionar la lactancia materna.
- Iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses.
- No añadir cereales, miel o azúcar a los biberones.
- No responder con alimento toda vez que el niño lllore o este irritable.
- Enseñar buenos hábitos alimentarios.
- Aumentar el consumo de frutas y vegetales.
- Promover el ejercicio.
- Restringir el tiempo sedentarismo (tv, videojuegos, computación, etc).

## **PLANIFICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS:**

Para poder cumplir con los objetivos del tratamiento se dispone de diferentes pilares:

- a) Plan de alimentación
- b) Actividad física
- c) Modificación de hábitos y apoyo familiar

Un programa integrado para el tratamiento de la obesidad infantil debe contemplar las siguientes pautas:

- Permitir una velocidad de crecimiento normal
- Ser seguro desde el punto de vista nutricional
- Preservar la grasa magra
- No provocar un descenso superior al 0,1% de peso semanal
- Dar saciedad
- No afectar al niño emocionalmente

## **PLAN DE ALIMENTACIÓN EN LA OBESIDAD:**

Para poder realizar el plan alimentario a los niños obesos o con sobrepeso, es necesario pensar en dos componentes:

- a) La comida o los alimentos
- b) La personalidad del niño y su familia

## **OBJETIVOS DEL PLAN DE ALIMENTACIÓN:**

- Lograr la adecuación calórica para alcanzar un peso adecuado para la talla, al mismo tiempo que se mantiene un crecimiento y desarrollo normal.
- Mejorar la calidad de la alimentación para obtener valor de saciedad, lograr adherencia al tratamiento y prevenir futuras complicaciones.
- Hacer reeducación alimentaria, buscando cambios de hábitos y modificación de conductas



## CAPÍTULO III

### 3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA PLAN DE INTERVENCIÓN

#### PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE PEDIATRICO CON OBESIDAD

##### 3.1.1. Valoración

###### Datos de filiación:

<b>Paciente:</b>	A.C.B
<b>Sexo:</b>	Femenino
<b>Estado civil:</b>	Soltera
<b>Edad:</b>	10 años
<b>Hora:</b>	21:17 horas

##### 3.1.2. Motivo de Consulta:

Paciente ingresa al servicio de emergencia pediátrica manifestando compromiso respiratorio asociado a insuficiencia cardíaca congestiva, requiriendo apoyo ventilatorio, se controla las constantes vitales FC= 155x', FR= 38 ciclos de respiración, T° = 37°C, SatO<sub>2</sub> = 87%, y es evaluado por Médico pediatra.

##### 3.1.3. Enfermedad Actual:

Se trata de un paciente pediátrico de sexo femenino de 10 años de edad , acompañado de sus padres, ingreso al servicio de emergencia pediátrica, por presentar dificultad respiratoria, y refiere "No puedo respirar".

Pasa a la unidad de observación, recibe evaluación médica con indicaciones, se coloca máscara de reservorio a 15 litros x' y una SatO<sub>2</sub> = 90%.

Se coloca una via endovenosa periferica para iniciar fluidoterapia de Dextrosa 5% mas electrolitos a 60 cc/h.

Personal de Rayos X, acude al servicio de Emergencia pediatrica a realizar toma de placa radiografica al paciente pediatrico.

Personal de laboratorio realiza toma de exámenes auxiliares, Hgma, AGA, Bioquimica.

Medico pediatra evalua los resultados e indica hospitalizacion.

Se coordina con el servicio de pediatria para hospitalizacion.

Paciente pediatrico en compañía de su mama es conducido en camilla al servicio de pediatria con mascara de reservorio a 15 litros x'.

Se instala en su unidad y de acuerdo a la evaluacion medica recibe ventilacion mecanica convencional asistida.

#### **3.1.4. Antecedentes**

- Antecedentes perinatales: Parto Distocico
- Antecedentes familiares: Padres vivos
- Antecedentes personales:
  - o RAM alergia: Niega
  - o Antecedentes patológicos: insuficiencia cardiaca congestiva secundario a Obesidad.
  - o Cirugía: Niega
- Antecedentes Socioeconomicos y culturales: Recursos economicos medios.
- No se evalúa en emergencia

#### **3.1.5. Examen Físico:**

##### **Control de signos vitales**

<b>Presión arterial:</b>	122/80 mm Hg
<b>Frecuencia cardiaca:</b>	155 por minuto
<b>Frecuencia respiratoria:</b>	38 por minuto
<b>Temperatura:</b>	37 °C
<b>Sat. O2</b>	90 %

**Exploración céfalo caudal:**

**Cabeza:** Normocéfalo, simétrico, con movimientos activos no se evidencia adenopatías ni tumoraciones. Cabello ondulado, de color marron oscuro, en regular estado de higiene. SNC: LOTEP, Glasgow 15.

**Nariz:** Mediana, ancha, alineada y simétrica sin lesiones. Vías aéreas permeables.

**Boca:** Mucosas orales deshidratadas

**Piel:** Pálida, fría y diaforética.

**Cuello:** Normal y simetrico.

**Tórax:** Cilíndrico regular y asimétrico, respiración con apoyo ventilatorio de O2 con mascara de reservorio a 15 litros x'.

**Abdomen:** A la palpación abdomen blando, no doloroso.

**Genito urinario:** Normal, genitales femeninos acorde a su edad.

**Neurológico:** Despierto, ansiosa.

Fuerza muscular: Normal.

### 3.1.6. Exámenes Auxiliares:

Hemograma	Valor Encontrado
Leucocitos	10.00
Hematíes	5,21
Hemoglobina	11.9
Hematocrito	34.6
Linfocitos	1,27
Tiempo de protrombina	10 seg
Llenado capilar	< 2"

Bioquímica de la Sangre	Valor Encontrado
Glucosa	90
Urea	35
Creatinina	0.5
Sodio	110
Cloro	100
Potasio	4.77

Orina	Valor Encontrado
Color	Amarillo
Aspecto	Oscuro
Densidad	1.015
PH	6.5
Sangre	Negativo

### 3.1.7. Indicación Terapéutica

- Colocar tubo endotraqueal previo administracion de Midazolam y colocar a ventilador mecanico convencional.
- Colocar cateter venoso central.

- Infusion de sedoanalgesia, como Midazolam 3cc/h, Fentanilo 3cc/h.
- Infusion de inotropicos, como Dobutamina 1.5cc/h, Dopamina 1.5cc/h.
- Colocar Sonda Nasogastrica.
- Colocar Sonda Foley.
- Realizar Balance Hidrico.
- Observacion de signos de alarma.
- Exámenes de Laboratorio (Bioquimico, hematologicos).

### 3.1.8. Valoración según Modelo de Clasificación de Dominios y Clases

#### **DOMINIO I. Promoción y gestión de la salud.**

**Clase 1.** Toma de conciencia de la salud: por desconocimiento del manejo de la patologia que tiene.

**Clase 2.** Gestión de salud.

#### **DOMINIO II. Nutrición**

**Clase 1.** Ingestión: NPO

**Clase 2.** Digestión: No hay presencia de residuos gástricos

**Clase 3.** Absorción: Parcial se evidencia eliminación

**Clase 4.** Metabolismo: glucosa 90 mg/dl

**Clase 5.** Hidratación: Actualmente indicaron NPO, con vía periférica Dextrosa 5 % mas electrolitos a 60 cc/h.

#### **DOMINIO III. Eliminación**

**Clase 1.** Función urinaria: con sonda foley.

**Clase 2.** Función gastrointestinal: normal

**Clase 3.** Función tegumentaria: con edema en manos y pies.

**Clase 4.** Función respiratoria: Saturación de oxígeno 90% con ventilación mecánica convencional.

#### **DOMINIO IV. Actividad y reposo**

**Clase 1.** Reposo/sueño: con sedación.

**Clase 2.** Actividad/ejercicio: En cama

**Clase 3.** Equilibrio/energía: con sedación.

**Clase 4.** Respuesta cardiovascular/pulmonar: Se encuentra en reposo.

**Clase 5.** Autocuidado: Asistido por el personal profesional y técnico

#### **DOMINIO V: Percepción – Cognición**

**Clase 1.** Atención: con sedación.

**Clase 2.** Orientación: Bajo efectos de sedación.

**Clase 3.** Sensación-percepción: Limitación del movimiento

**Clase 4.** Cognición: Control emocional inestable

**Clase 5.** Comunicación: Bajo efectos de sedación.

#### **DOMINIO VI. Autopercepción**

**Clase 1.** Autoconcepción: Disposición para mejorar el autoconcepto

**Clase 2.** Autoestima: Riesgo de baja autoestima por la situación actual.

**DOMINIO VII. Rol/Relaciones**

**Clase 1.** Rol de cuidador: madre permanece al lado del paciente.

**Clase 2.** Relaciones familiares: Recibe visita de los padres.

**Clase 3.** Desempeño del rol: familiares comprometidos.

**DOMINIO VIII. Sexualidad**

**Clase 1.** Identidad sexual: No refiere.

**Clase 2.** Función sexual: No refiere.

**Clase 3.** Reproducción: Ninguno.

**DOMINIO IX. Afrontamiento/Tolerancia al estrés**

**Clase 1.** Respuesta post traumática: Refiere tener miedo al hospital.

**Clase 2.** Respuesta de afrontamiento: Refiere querer que su mama le acompañe.

**Clase 3.** Estrés neuro-comportamental.

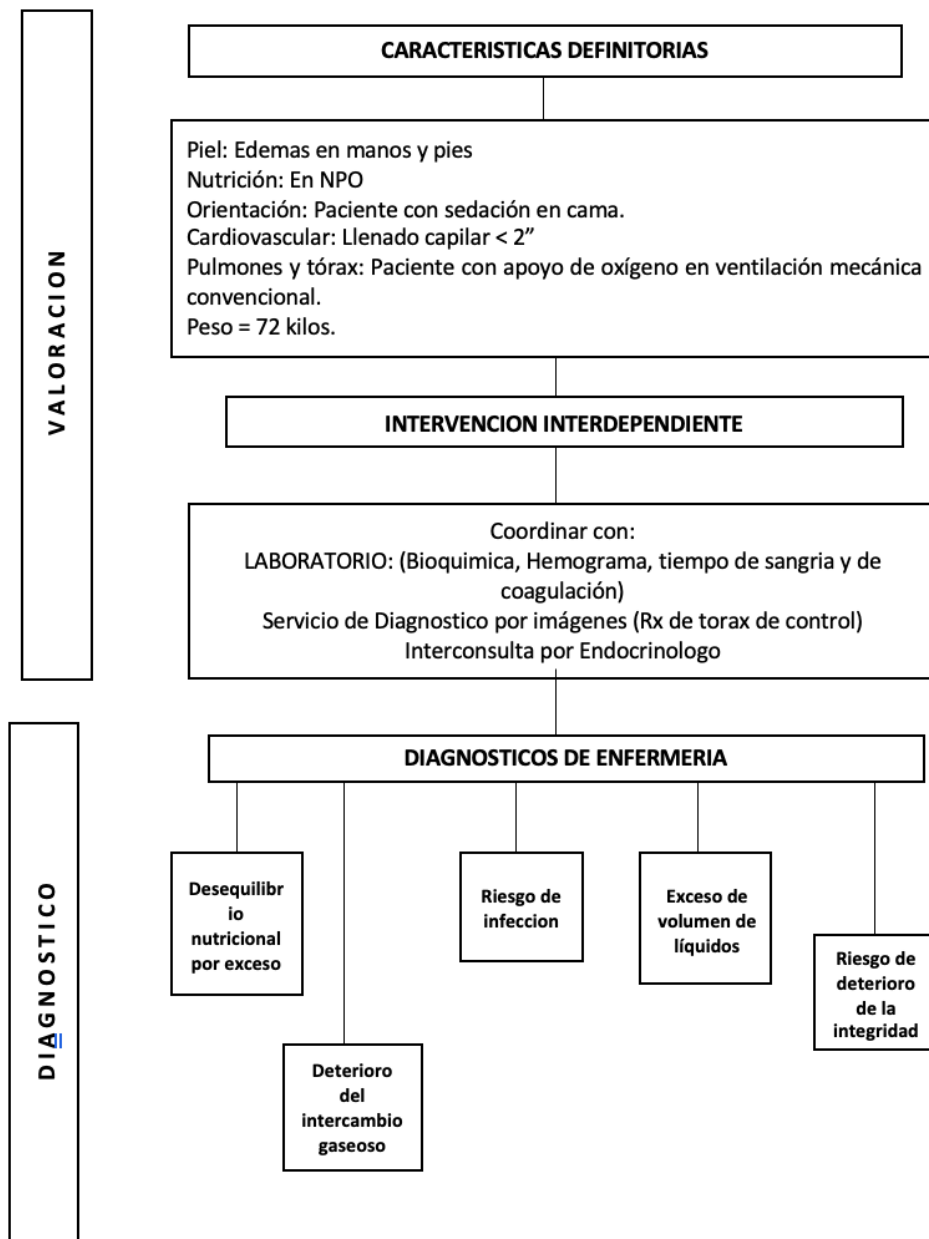
**DOMINIO X. Principios vitales**

**Clase 1.** Valores: Agradecido con personal de salud por la buena atención

**Clase 2.** Creencia: católico

**Clase 3.** Congruencia entre valores/creencias/acciones:  
Ninguno.

### 3.1.9. Esquema de Valoración





### 3.2. Diagnóstico de enfermería

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C** Edemas en manos y pies
- **Deterioro del intercambio gaseoso R/C** desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno E/P SatO = 93%.
- **Exceso de volumen de líquidos R/C** el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco E/P edemas en manos y pies.
- **Desequilibrio nutricional por exceso R/C** aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas E/P peso = 72 kilos.
- **Riesgo de infección R/C** Estancia hospitalaria.

#### 3.2.1. Diagnóstico de Enfermería según dato Significativo:

- **Deterioro del intercambio gaseoso R/C** desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno E/P SatO = 93%.
- **Desequilibrio nutricional por exceso R/C** aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas E/P peso = 72 kilos.
- **Exceso de volumen de líquidos R/C** el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco E/P edemas en manos y pies.
- **Riesgo de infección R/C** Estancia hospitalaria.
- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C** Edemas en manos y pies

### 3.2.2. Esquema de Diagnostico de Enfermería

Problema	Factor Relacionado	Evidencia	Diagnóstico
<b>Deterioro del intercambio gaseoso</b>	desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno	SatO2 = 93%.	<b>Deterioro del intercambio gaseoso R/C</b> desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno E/P SatO2 = 93%.
<b>Desequilibrio nutricional por exceso</b>	aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas.	Peso = 72 kilos	<b>Desequilibrio nutricional por exceso R/C</b> aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas E/P Peso = 72 kilos.
<b>Exceso de volumen líquidos</b>	el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco	edemas en manos y pies.	<b>Exceso de volumen de líquidos R/C</b> el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco E/P edemas en manos y pies.
<b>Riesgo de infeccion</b>	Estancia hospitalaria		<b>Riesgo de infeccion R/C</b> Estancia hospitalaria
<b>Riesgo de deterioro de la integridad cutanea</b>	Edemas en manos y pies		<b>Riesgo de deterioro de la integridad cutanea R/C</b> Edemas en manos y pies

Fuente: NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

### 3.3. Planificación

#### 3.3.1. Esquema de Planificación

Diagnóstico de Enfermería	Objetivo NOC	Intervención De Enfermería NIC	Evaluación
<p><b>Código: 00030</b></p> <p><b>Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p</b> SatO2 = 93%.</p>	<p><b>Código: 0402</b></p> <p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso. 0402</p>	<p><b>Código: 3320</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de las constantes vitales.</li> <li>• Monitoreo de parametros ventilatorios.</li> <li>• Adecuar el flujo a la concentración de oxigeno prescrita</li> <li>• Mantener la permeabilidad de las vias aereas.</li> <li>• Administrar el oxigeno suplementario, segun indicación médica.</li> <li>• Determinar si existen contraindicaciones al uso de la fisioterapia respiratoria.</li> <li>• Aspirar secreciones según necesidad del paciente.</li> <li>• Permabilizar vias aereas.</li> <li>• Cambiar corrugados cada 10 dias según estado del paciente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente mantendra una saturacion de oxigeno de 90% – 95%.</li> </ul>
<p><b>Código: 00001</b></p> <p><b>Desequilibrio nutricional por exceso r/c aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas E/P</b> Peso = 72 kilos</p>	<p><b>Código: 1612</b></p> <p><b>Control de peso</b></p>	<p><b>Código: 0200</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de las constantes vitales.</li> <li>• Efectivizar las indicaciones medicas plasmadas diariamente en la historia clinica.</li> <li>• Colocar Sonda Nasogastrica.</li> <li>• Coordinar con servicio de nutricion para la proporcion de la dieta.</li> <li>• Recibir la dieta indicada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente pediatrico mantendra una dieta estricta de acuerdo a sus necesidades metabolicas.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar nombres y apellidos, la formula indicada y el volumen.</li> <li>• Administrar la dieta por gastroclisis el volumen indicado por el medico por 20 horas.</li> <li>• Dejar en reposo gastrico por 4 horas y luego reiniciar.</li> <li>• Realizar un balance hidrico estricto.</li> </ul>	
<p><b>Código: 00026</b></p> <p><b>Exceso de volumen de líquidos r/c el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco m/p edemas en manos y pies.</b></p>	<p><b>Código: 0601</b></p> <p><b>Equilibrio hídrico.</b></p>	<p><b>Código: 4120</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesar a diario y controlar la evolución.</li> <li>• Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación.</li> <li>• Vigilar el estado de hidratación, según sea el caso.</li> <li>• Controlar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos.</li> <li>• Monitorizar signos vitales, si procede.</li> <li>• Realizar balance hidrico estricto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente disminuira edema en manos y pies.</li> </ul>
<p><b>Código: 00004</b></p> <p><b>Riesgo de infeccion Estancia hospitalaria</b></p>	<p><b>Codigo: 1842</b></p> <p><b>CONOCIMIENTO: CONTROL DE INFECCION</b></p>	<p><b>Codigo: 6540</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de constantes vitales especialmente (control de T°).</li> <li>• Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados del paciente.</li> <li>• Usar guantes estériles para manejo de la lesión.</li> <li>• Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.</li> <li>• Administración de antibióticos según prescripción medica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente pediatrico se mantendra libre de infecciones hospitalarias.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte del paciente.</li> <li>• Observar signos de alarma.</li> </ul>	
<p><b>Código: 000047</b></p> <p><b>Riesgo de deterioro de la integridad R/C edema en manos y pies.</b></p>	<p><b>Codigo: 1101</b></p>	<p><b>Codigo: 003540</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoreo de las constantes vitales</li> <li>• Asegurar una nutrición adecuada</li> <li>• Realizar cambios posturales cada 2 horas.</li> <li>• Observar la piel, prominencias óseas.</li> <li>• Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas</li> <li>• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.</li> <li>• Colocar cremas hidratantes para la piel especialmente en manos y pies.</li> <li>• Rotar sensores de saturación de oxígeno y mango de presión arterial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paciente pediátrico mantendrá piel íntegra libre de lesiones.</li> </ul>

Fuente: NANDA-North American Nursing Diagnosis Association

### **3.4. Ejecución y evaluación**

#### **3.4.1. Registro de Enfermería, SOAPIE:**

- S.** Paciente pediátrico refiere " No puedo respirar"
- O** Paciente pediátrico , bajo efectos de sedación con piel tibia, mucosas hidratadas, con vía periférica en miembro superior izquierdo con infusión de Dextrosa 5% más electrolitos a 60cc/h.
- A.** Deterioro del intercambio gaseoso R/C desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno E/P SatO = 93%.

Desequilibrio nutricional por exceso R/C aporte excesivo en relación con las necesidades metabólicas E/P peso = 72 kilos.

Exceso de volumen de líquidos R/C el compromiso de los mecanismos reguladores secundarios a la disminución de gasto cardíaco E/P edemas en manos y pies.

Riesgo de infección R/C Estancia hospitalaria.

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C Edemas en manos y pies

- P.** Realizar una valoración que incluya monitoreo respiratorio constantes, con aspiración de secreciones según necesidad para mantener permeabilidad de las vías aéreas.

Mantener una dieta estricta que permita manejar un peso ideal de acuerdo a su edad.

Mantener medidas de bioseguridad estricta que permita al paciente estar libre de infecciones.

Conservar la integridad cutánea en relación al edema en manos y pies, aplicando cuidados de la piel.

**I.** Adecuar el flujo a la concentración de oxígeno prescrita

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.

Administrar el oxígeno suplementario, según indicación médica.

Utilizar almohadas para que el paciente se apoye en la posición determinada.

Monitoreo de las constantes vitales.

Colocar Sonda Nasogástrica.

Coordinar con servicio de nutrición para la proporción de la dieta.

Administrar la dieta por gastroclisis el volumen indicado por el médico por 20 horas.

Dejar en reposo gástrico por 4 horas y luego reiniciar.

Realizar un balance hídrico estricto.

Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV.

Administración de antibióticos según prescripción médica.

Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte del paciente.

**E** Paciente hemodinámicamente estable, con ventilación mecánica manteniendo una SatO<sub>2</sub> de 90 – 95%, con permeabilidad de las vías aéreas, en nutrición enteral con dieta de gastroclisis por 20 horas y 4 horas de reposo gástrico, manteniendo una dieta estricta, con edema en manos y pies disminuidos, paciente libre de infecciones, y con piel íntegra sin lesiones.

## 4. CONCLUSIONES

1. Motivar una alimentacion saludable y actividad fisica que sea familiar, donde todos se beneficien y nadie se sentira señalado.
2. Aplicar nuevas estrategias para combatir y cambiar los malos habitos alimenticios, eliminando el sedentarismo, y mejorar la vida de las futuras generaciones.
3. Incentivar el ejercicio donde se estimule el movimiento y se mantenga activo al menos durante una hora al dia.
4. La escuela y el hogar son el medio ambiente mas acudido en donde se desenvuelven, y por ello es importante intervenir en las primeras etapas de la vida, es decir la primera infancia.
5. Disminuir el consumo de azucares refinados, golosinas, y platos precocinados.



## **5. RECOMENDACIONES**

1. Difundir la información, conclusiones encontradas con el unico fin de plantear campañas para disminuir la cantidad de niños con obesidad.
2. Capacitar a los padres de familia sobre los requerimientos nutricionales de sus hijos en relacion a su edad, con la importancia de fomentar el hábito al deporte y el beneficio en el futuro.
3. Instruir a los alumnos sobre las ventajas de la alimentacion saludable, enseñarles la pirámide de los alimentos.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machado K, Gil P, Ramos I y Pérez en su estudio “La prevalencia de sobrepeso/obesidad en niños escolares e identificar los factores de riesgo”, de la ciudad de Montevideo del país de Uruguay. Tesis 2018. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
2. Gonzales M & Prado L. (2016) La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>.
3. Ajejas, Sellán, Vázquez, Díaz y Domínguez en su estudio “factores relacionados al sobrepeso y obesidad en la ciudad de España según datos y registros de la encuesta Nacional de Salud del España. Tesis 2018. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
4. Ferrero V, en su estudio “Prevalencia de obesidad en niños de edad escolar y su asociación con la escolaridad de su cuidador, Córdoba Argentina. Tesis 2017. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
5. Fernández J, en su estudio “Establecer la relación entre los indicadores sociales- económicos y sobrepeso en niños europeos. España. Tesis 2017. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
6. Almeida C, en su estudio “Sistema alimentario como impacto en la obesidad y el sobrepeso en estudiantes escolares. México. Tesis 2016. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
7. Villalobos T, en su estudio “Estilos de vida y factores de riesgo asociados al sobrepeso y obesidad infantil en España, Madrid”. Tesis 2016. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
8. Oras J, en su estudio “Factores asociados a la obesidad en niños atendidos en Consultorios Externos del Hospital Regional de Huacho,

- Julio – Diciembre. Perú. Tesis 2019. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
9. Mendoza J, en su estudio “Nivel socioeconómico y obesidad en pacientes entre 3 y 14 años de edad. Hospital Belén de Trujillo”. Perú. Tesis 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  10. Vásquez F. en su estudio “Principales factores asociados a sobrepeso y obesidad en escolares de 8 – 12 años. Tarapoto, 2018 – 2019”. Perú. Tesis 2019. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  11. Tirado K, en su estudio “Factores de riesgo asociados a obesidad en niños de 3 a 14 años atendidos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el año. Perú. Tesis 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  12. Cáceres M, en su estudio “Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en niños de 4 y 5 años en instituciones educativas estatales del distrito de Miraflores. Arequipa” Perú. Tesis 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  13. Trujillo I, en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento sobre obesidad infantil y los factores asociados en madres de niños de 5 a 9 años, Microred “Santa Fe” – Callao” Perú. Tesis 2016. Disponible: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  14. Calizaya M. en su estudio “Factores de riesgo asociados a sobrepeso u obesidad en niños de 3 a 13 años atendidos en consultorio externo de pediatría del hospital Hipólito Unanue y hospital Daniel Alcides Carrión de Tacna en el mes de enero. Perú. Tesis 2015. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/>.
  15. Obesidad Infantil 2016. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/>.
  16. Obesidad Infantil. Organización Mundial de la Salud. 2018.
  17. Ureña, conceptos básicos de obesidad en la niñez y la adolescencia, 2018. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc>.

18. Carlos, factores desencadenantes de obesidad infantil, un problema de salud pública. Disponible en: <https://www.jonnpr.com/PDF/2542.pdf>.
19. Revista Cubana sobre factores que predisponen al sobrepeso y obesidad en estudiantes de colegios fiscales del Cantón Loja-Ecuador 2016. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/>.
20. Silva, obesidad Infantil 2017. Disponible en: <https://med.unne.edu.ar/revistas/revista>.
21. Amigo H. Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos. Cadernos de Saúde Pública 2016. Disponible en: <http://www.scielo.br/scielo.php>.
22. Cofre, El problema del sobrepeso y la obesidad infantil y sus interacciones con la actividad física, el sedentarismo y los hábitos nutricionales en Chile. 2015. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>.
23. urnes. R, Libro nutrición Infantil en situación de enfermedad. Editorial Brujas, I edición, pág.139. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>.

# **ANEXOS**

## **PACIENTE CON DX DE OBESIDAD HOSPITALIZADO**

### **FOTO N°1**



**LEYENDA: FOTOGRAFIA, SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL DE LIMA, 2022**

**FOTO N° 2**



**LEYENDA: FOTOGRAFIA, SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL DE LIMA, 2022**

**SALA DE HOSPITALIZACION PRE ESCOLAR - ESCOLAR**

**FOTO N° 3**



**LEYENDA: FOTOGRAFIA, SERVICIO DE PEDIATRIA HOSPITAL DE LIMA, 2022**