



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

# TRABAJO DE TITULACION

Previo a la obtención del Título de:  
MEDICO CIRUJANO

TEMA:

“ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A  
CIRUGIA BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL  
2013 – AGOSTO DEL 2014”

AUTORES:

ZAMBRANO SANTANA ISABEL EVELYN

ZAMBRANO MENDOZA ANA ISABEL

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN  
DR. VICTOR HUGO VALLEJO SAN ANDRES

PORTOVIEJO-MANABI-ECUADOR

2013 – 2014

TEMA:

“ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUES DE LOS PACIENTES SOMENTIDOS A  
CIRUGIA BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL  
2013 – AGOSTO DEL 2014”

## DEDICATORIA

Miro atrás y parece mentira que hubiera recorrido un gran camino es por eso que dedico esta Tesis a Dios porque él me ha permitido avanzar hasta el punto en que me encuentro.

A mi familia Mamá Tere, Papi Alfredo, Mami Conchi, Tiuchis, Marita y Tere por ser parte de mi esencia, por creer en mí, dándome ejemplos de humildad, perseverancia y honestidad en el trabajo diario y constante, además de ser mis cómplices y pilares fundamentales de cada sueño y meta trazada.

A mí querida compañera Anita Zambrano por demostrarme que la amistad verdadera soporta todo.

A mis queridos compañeros y amigos por compartir historias únicas e inigualables además de aprender algo nuevo de cada uno de Uds.

A la Universidad Técnica de Manabí y todo el cuerpo docente y administrativo dedico este proyecto por brindarme los conocimientos indispensables para emprender esta profesión.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda y profesionales que laboran en esta institución porque aquí encontré, el amor y la pasión de la noble labor de la medicina

Y por último dedico este proyecto a mis queridos pacientes por ser el motor que me incentivan a ser mejor cada día.

ISABEL

## DEDICATORIA

Al cumplir unas de mis metas impuesta dedico este proyecto de tesis y mi carrera:

A Dios por ser el sendero que guía cada uno de mis pasos, aquel ser que con su bondad infinita me da la fortaleza necesaria para superar cada prueba.

A mis padres Rene y Cristina, porque son el pilar de mi formación personal y profesional motivándome a seguir y luchar por lo que en realidad he querido, demostrando con ello mis capacidades con tenacidad y dedicación.

A mi hermana Luisa por ser mi mejor amiga y confidente, animarme cada día y apoyarme en los momentos más difíciles. Gracias por estar allí.

A mi amiga Chabelita, por estar siempre en las buenas y en las malas, por saber escucharme y aguantarme mis días complicados.

A mi familia, porque de una u otra forma, con su apoyo moral me han incentivado a seguir adelante, a lo largo de toda mi vida.

ANA.

## AGRADECIMIENTO

El sueño se está convirtiendo en realidad por tal motivo mi agradecimiento infinito al Todopoderoso por la vida, por las fuerzas y energías que me ayudaron a nunca flaquear.

A mis tres mamás y papi por ser el ejemplo, la guía y el apoyo constante de cada trayecto encaminado.

A mis hermanas gracias por la ayuda y el sacrificio de soportarme en momentos de angustia y estrés.

Mi agradecimiento infinito a los miembros de este proyecto Dr. Víctor Hugo Vallejo, Lcda. Victoria Santana y Lcda. Edita Santos que con sus conocimientos e innovaciones ayudaron a que fuera un trabajo de calidad y excelencia.

Mi gratitud se extiende de igual manera al Dr. Adrian Rubinof cirujano del Hospital IESS Portoviejo y a todo el personal que labora en esta institución por la facilidad de aportarnos la información correspondiente que ayudó a la realización de esta investigación.

Y por último quiero agradecerle de todo corazón a mi futura colega Srta. Ana Zambrano por ser mi compañera; mi amiga y luchar siempre mano a mano.

ISABEL

## AGRADECIMIENTO

Este proyecto es el resultado del esfuerzo conjunto de todas las personas que de una u otra manera han colaboraron a la concepción del mismo, por ello, quiero agradecer a Dios por haberme iluminado a lo largo de todos estos años y permitirme terminar con satisfacción esta etapa impuesta.

A mis padres que sin lugar a duda son el motor de mi existencia ya que sin su apoyo y confianza no podría escribir una página más de mi vida.

A mi hermana por ayudarme y motivarme a hacer cada día mejor.

A Dr. Víctor Hugo Vallejo Director de Tesis y a las Licenciadas: Victoria Santana Sánchez y Edita Santos Miembros de tribunal, ya que con su paciencia y sabiduría me guiaron a culminar con éxito este proyecto.

A mi amiga y compañera Isabel Zambrano quien a lo largo del tiempo puso de manifiesto sus capacidades y conocimientos llevando a flote el desarrollo del proyecto propuesto.

A todas esas personas que de una u otra forma colaboraron con la ejecución de este proyecto. A todos gracias.

ANA.

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

YO, Dr. VICTOR HUGO VALLEJO SAN ANDRES Docente de la Universidad  
Técnica de Manabí en calidad de director de tesis

CERTIFICO:

Que la presente TESIS DE GRADO titulada “ESTILOS DE VIDA ANTES Y  
DESPUES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA  
BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL  
2013 – AGOSTO DEL 2014”, ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones  
de trabajo, se encuentra lista para su presentación y apta para su defensa.

Las opiniones y conceptos vertidos en esta Tesis de Grado son fruto del trabajo,  
perseverancia y originalidad de sus autoras: ISABEL EVELYN ZAMBRANO  
SANTANA Y ANA ISABEL ZAMBRANO MENDOZA siendo de su  
exclusiva responsabilidad.

Habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de un  
proyecto investigativo previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que  
puedo certificar en honor a la verdad.

-----  
Dr. Víctor Hugo Vallejo San Andrés

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TIULACION

## CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TESIS

YO, Mg. Gs. VICTORIA SANTANA SANCHEZ Docente de la Universidad  
Técnica de Manabí en calidad de director de tesis

CERTIFICO:

Que la presente TESIS DE GRADO titulada “ESTILOS DE VIDA ANTES Y  
DESPUES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA  
BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL  
2013 – AGOSTO DEL 2014”, ha sido exhaustivamente revisada en varias sesiones  
de trabajo.

Las opiniones y conceptos vertidos en esta Tesis de Grado son fruto del trabajo,  
perseverancia y originalidad de sus autoras: ISABEL EVELYN ZAMBRANO  
SANTANA Y ANA ISABEL ZAMBRANO MENDOZA siendo de su  
exclusiva responsabilidad.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisito y merito suficientes para  
ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo  
para continuar con el trámite correspondiente de la ley.

-----  
Mg. Gs. Victoria Santana Sánchez

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TIULACION

CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION  
UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA DE MEDINA

TEMA

“ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUES DE LOS PACIENTES  
SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS  
PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL 2013 – AGOSTO DEL 2014”

Sometida a consideración de las autoridades de la Universidad Técnica de Manabí,  
Facultad de Ciencias de la Salud. Como requisito previo a la obtención del título de  
Médico Cirujano de ISABEL EVELYN ZAMBRANO SANTANA y ANA ISABEL  
ZAMBRANO MENDOZA.

APROBADO POR EL TRIBUNAL

DIRECTOR DE TESIS

\_\_\_\_\_

Dr. Víctor Hugo Vallejo San Andrés

PRESIDENTA DE TESIS

\_\_\_\_\_

Mg. Gs. Victoria Santana Sánchez

MIEMBRO DE TRIBUNAL

\_\_\_\_\_

Mg. Gs. Edita Santos Zambrano

## DECLARACION DE AUTORIA

ISABEL EVELYN ZAMBRANO SANTANA y ANA ISABEL ZAMBRANO MENDOZA egresadas de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí declaro que en calidad de autoras del tema de tesis e informe final cuyo nombres es “ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL 2013 – AGOSTO DEL 2014”, certifico que el contenido del mismo a excepción de las citas de autores es producto de mi autoría y por lo tanto somos las únicas responsables de las ideas, conclusiones y recomendaciones de las mismas que constituyen un aporte original con la supervisión del Dr. Víctor Hugo Vallejo

---

ISABEL ZAMBRANO SANTANA

---

ANA ZAMBRANO MENDOZA

## CERTIFICACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA DE MEDICINA

“ESTILOS DE VIDA ANTES Y DESPUES DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA DEL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO DE AGOSTO DEL 2013 – AGOSTO DEL 2014”

### TRABAJO DE TITULACION

Sometida a consideración del Tribunal de Revisión y Evaluación designado por el Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí, como requisito previo a la obtención del título de Médico Cirujano realizado por los egresados, con el cumplimiento de todos los requisitos estipulados en el reglamento general de graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

APROBADO:

---

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.

DECANO DE LA FACULTAD (E)

---

Abg. Abner Bello Molina.

SECRETARIO ASESOR JURIDICO (E)

---

Dra. Ingebord Veliz Zevallos, MGs

PRESIDENTE COMITÉ DE INVESTIGACION

---

Dr. Victor Hugo Vallejo San Andres

DIRECTOR DE TESIS

---

Mg. Gs. Victoria Santana Sánchez

PRESIDENTA DE TESIS

---

Mg. Gs. Edita Santos Zambrano

MIEMBRO DE TESIS

## INDICE

TEMA: .....	II
DEDICATORIA .....	III
AGRADECIMIENTO .....	V
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS .....	VII
CERTIFICACION DEL TRIBUNAL DE REVISION Y EVALUACION .....	IX
DECLARACION DE AUTORIA.....	X
RESUMEN.....	1
SUMMARY .....	2
CAPÍTULO I.....	3
INTRODUCCION.....	3
JUSTIFICACIÓN.....	6
PROBLEMATIZACION .....	8
DESCRIPCION DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVOS.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	9
CAPÍTULO II .....	10
MARCO TEORICO .....	10
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES .....	30
CAPITULO III.....	40
DISEÑO METODOLOGICO .....	40
ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS .....	43
CAPITULO IV.....	117
CONCLUSIONES.....	117
RECOMENDACIONES .....	119
CAPITULO V .....	120
PROPUESTA .....	120
PRESUPUESTO .....	128
CRONOGRAMA .....	129
BIBLIOGRAFIA.....	130
ANEXOS.....	133

## INDICE DE TABLAS

GRAFITABLA N° 1: EDAD Y GENERO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....	
GRAFITABLA N° 2: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....	
GRAFITABLA N° 3: INSTRUCCIÓN Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 4: HABITOS DE LOS PACIENTES ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 5: AUTOESTIMA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....	
GRAFITABLA N° 6: ALIMENTACION DE LOS PACIENTES ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 7: ACTIVIDAD FISICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN EL AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 8: PATOLOGIA QUE LOS PACIENTES PRESENTARON ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 9: INDICE DE MASA CORPORAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 10: VALORACION CARDIOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 11: VALORACION NEUMOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N°12: VALORACION ENDOCRINOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 13: VALORACION GASTROENTEROLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	
GRAFITABLA N° 14: VALORACION NUTRICIONAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....	

GRAFITABLA N° 15: VALORACION PSIQUIATRICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 16: BIOMETRIA HEMATICA ANTES DE LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 17: QUIMICA SANGUINEA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N°18: PERFIL LIPIDICO ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....

GRAFITABLA N° 19: PERFIL HEPATICO ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....

GRAFITABLA N°20: PERFIL HORMONAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 .....

GRAFITABLA N° 21: INDICE DE MASA CORPORAL DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN EL PERIODO DE AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 22: HABITOS DE LOS PACIENTES DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014 **¡Error! Marcador no definido.**

GRAFITABLA N° 23: TIPOS DE ALIMENTACION DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 24: ACTIVIDAD FISICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 25: PATOLOGIAS PERSONALES DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 26: VALORACION CARDIOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 27: VALORACION NEUMOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 28: VALORACION ENDOCRINOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 29: VALORACION GASTROENTEROLOGIA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 30: VALORACION GASTROENTEROLOGIA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N°31: VALORACION PSIQUIATRICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014.....

GRAFITABLA N° 32: BIOMETRIA HEMATICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014. ....

GRAFITABLA N°33: QUIMICA SANGUINEA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014. ....

GRAFITABLA N°34: PERFIL HEPATICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014 .....

GRAFITABLA N°35: PERFIL LIPIDICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 –AGOSTO 2014 .....

GRAFITABLA N°36: PERFILLIPIDICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014.....

## RESUMEN

Los estilos de vida son un conjunto de pautas, actos y hábitos que consigue la persona mediante la vida cotidiana, clasificados ya sea de positiva o negativa.

La obesidad es la principal causa de muerte en pleno siglo XXI constituida por factores endógenos y exógenos; estos últimos constituidos por malos estilos de vida que si añade comorbilidades hacen que el ciclo de vida de un ser humano se acorte. En este estudio se determinaron variables como las características generales donde el sexo más vulnerable es el femenino con 62%, la edad predominante es entre los 25 -34 años con 36%, el estado civil como los casados ocupan el primer lugar con 49%, la instrucción superior ocupa un 60%, la mayoría tienen procedencia urbana con 60% Hay diferentes tratamientos para la obesidad, muchos de ellos practicados pero no todos efectivos. Un pilar fundamental en el tratamiento es la cirugía bariátrica; conjunto de procedimientos quirúrgicos usados para modificar anatómica, funcional y metabólicamente la especie humana, por lo que los parámetros después de la cirugía tuvieron un descenso de los valores tal como lo demuestra los resultados del IMC de 30 – 34,99 kg/m<sup>2</sup> con 48% y los parámetros del laboratorio con un 98- 100% tanto en la biometría hemática, química sanguínea, perfil hepático, perfil lipídico y perfil hormonal.

El universo de estudio lo conformaron los 45 pacientes sometidos a cirugía bariátrica, para la recolección de la información se aplicó una encuesta dirigida a los pacientes antes y después de ser sometidos a la cirugía bariátrica, para el análisis se utilizó medidas de tendencia central, frecuencia y porcentajes.

**PALABRAS CLAVES: ESTILOS DE VIDA, OBESIDAD, CIRUGIA BARIATRICA**

## SUMMARY

Lifestyle set of guidelines lives, actions and habits that get the person through everyday life, classified as either positive or negative.

Obesity is the leading cause of death in the XXI century constituted by endogenous and exogenous factors; the latter consisting bad lifestyles that if you add comorbidities make the life of a human being is shortened. The general characteristics where the most vulnerable sex is female 62% were determined, the predominant age between 25 -34 years with 36%, marital status as married ranks first with 49%, higher education reveals a 60%, most urban origin were 60% There are different treatments for obesity, many of them practiced but not all effective. A mainstay of treatment is bariatric surgery; set of surgical procedures used to modify anatomical, functional and metabolically human species, so that after surgery as BMI of 30 parameters - 34,99 carries the banner with 48% and laboratory parameters were in normal ranges between 98- 100% in both the blood count, blood chemistry, liver function, lipid profile and hormonal profile. The universe of study consisted of 45 patients undergoing bariatric surgery, to collect information to patients was developed as a tool according to the study variables a survey before and after undergoing bariatric surgery, the analysis was performed by measures Nivers trend, frequency and percentages.

**KEYWORDS: LIFESTYLES, OBESITY, BARIATRIC SURGERY**

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCION

El estilo de la vida es el conjunto de comportamientos y acciones que sigue de manera cotidiana los seres humanos, los cuales están regido por factores sociales, económicos y culturales.

Los factores determinantes que modifican estos estilos van a repercutir sobre el bienestar de la vida de la persona, específicamente en la salud de la misma. Dentro de la sociedad actual el estilo de vida está condicionada por los patrones de la inactividad física y el aumento de la ingesta de alimentos ricos en grasas, carbohidratos y azúcares causando así la obesidad.

Según (OPS, 2015) “La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Cada año mueren, como mínimo, 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso”.

“En Latinoamérica, Europa, África del Norte y Oriente Medio, el cociente de obesidad es elevado con IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> por país y sexo”. (Buchwald, Cirugia de la Obesidad, 2009, pág. 15)

La obesidad es el resultado de un desequilibrio a largo plazo entre el aporte de energía y su consumo, que favorece un balance energético positivo. Si el aporte de energía excede de forma crónica su consumo, el desequilibrio resultante provoca la expansión de los depósitos de lípidos del tejido adiposo y favorece la adipogenia, es decir, el incremento del número de adipocitos. La etiología de la obesidad es compleja

y de naturaleza multifactorial, y numerosos factores biológicos y de comportamiento pueden afectar la ecuación del balance energético. (Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 18)

Un desbalance entre la ingesta de comida y la falta de actividad física provoca la obesidad, la cual provoca una acumulación excesiva de tejido adiposo en los reservorios de grasa y en otras partes del cuerpo, los factores desencadenantes de la obesidad son muchos, los que van desde marcadores ambientales como el sedentarismo hasta biológicos como la genética.

(OPS, 2015)” El uso de la cirugía bariátrica en el tratamiento de la obesidad mórbida es una alternativa terapéutica establecida. La razón es que su uso revierte los efectos negativos de la obesidad”.

La problemática se basó en cuáles son los estilos de vida antes y después de los pacientes que tienen sobrepeso y/o obesidades mórbidas sometidas a cirugía bariátrica.

Teniendo como objetivo conocer los estilos de vida antes y después de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica del hospital del IESS de Portoviejo de agosto del 2013 – agosto 2014.

Este estudio fue retro – prospectivo descriptivo, el mismo que se desarrolló en el Hospital IESS Portoviejo tomando el universo el cual se constituyó de 45 pacientes. La técnica utilizada fue la encuesta estructurada y el instrumento para la recolección de la información fue la aplicación del formulario de la encuesta y la historia clínica.

La tabulación de datos se lo ingresó y realizó por método de Excel, el cual arrojó la información interpretada representándolo en los cuadros estadísticos.

## JUSTIFICACIÓN

Los Estilos de vida son una categoría socio-psicológica empleada para describir el comportamiento humano en su medio social, cultural y económico. Tiene su origen en una interacción entre factores genéticos, ambientales o conductuales originando el sobrepeso y obesidad.

De todos los factores podemos destacar aquellos que por su frecuencia, magnitud y posibilidad de intervención pueden considerarse como modificables desde un punto de vista sociocultural y sanitario, tales como hábitos dietéticos, actividad física y grado de sedentarismo, y la influencia familiar y los no modificables como edad, sexo y raza.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud concluyó que la obesidad alcanzó proporciones epidémicas a nivel mundial. La OMS estimó que cada año mueren al menos 2,6 millones de personas a causa de esa enfermedad. Si bien es cierto que esta enfermedad se presenta de mayor forma en los países desarrollados, también es verdad que su incidencia es cada vez mayor en las naciones en desarrollo.

Así, se estima que para el 2015 en el Ecuador exista un 58,3 por ciento de sobrepeso y un 21,7 por ciento de obesidad en las mujeres y un 46,5 y 8,9 por ciento en los hombres correspondientemente.

Manabí es una de las provincias que no se queda atrás, de los cuales 2 de cada 10 manabitas presentan obesidad la cual es considerada hoy en día como un grave problema de salud pública, correlacionándola con las principales morbilidades que presentan los habitantes.

La presente investigación reviste se justificó por la importancia que tiene de conocer los estilos de vida que llevaron los pacientes con sobrepeso y obesidad ya que acarrea un sin número de problemas sanitarios que inciden en la economía del estado y de la familia.

Además se constituye en un requisito previo a la obtención del título como médicos cirujanos de la República del Ecuador.

## PROBLEMATIZACION

### DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La población Ecuatoriana presenta un desequilibrio donde los estilos de vida como el sedentarismo, la alimentación basada en comida chatarra, la falta de ejercicios y toda una gama de factores intrínsecos y extrínsecos han llevado a la población a contraer uno de los problemas de salud de última generación como es el sobrepeso y la obesidad ligándola de manera directa con otras patologías metabólicas; el hospital del IESS Portoviejo dentro de la prestación de servicios tiene como misión la prevención, tratamiento y resolución de patologías clínicas y quirúrgicas a toda la población afiliada como seguro general, montepío y seguro campesino. Una de las especialidades que mayor demanda posee es la de cirugía general, la administración del hospital realizó la adquisición del equipo para cirugía laparoscopia con tecnología de punta así como también del talento humano especializado. De esta manera se dio inicio a la realización de cirugías bariátrica para pacientes que presentan obesidad y sobrepeso con el objetivo de mejorar la calidad de los usuarios.

Ante lo expuesto nos planteamos la siguiente interrogante ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes que tienen sobrepeso y/o obesidad antes y después de ser sometidos a cirugía bariátrica?

### SUBPROBLEMAS

¿Cuáles son las características generales de la población?

¿Cuáles son los parámetros previos a la cirugía bariátrica?

¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes antes y después de la cirugía bariátrica?

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Conocer los estilos de vida antes y después de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica del hospital del IESS de Portoviejo de agosto del 2013 – agosto 2014.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las características generales de la población de estudio.

Identificar parámetros previos a la cirugía bariátrica.

Indagar cuales son los estilos de vida de los pacientes antes y después de la cirugía bariátrica.

Socialización de los resultados de la investigación ante los usuarios y autoridades del Hospital IESS Portoviejo

Implementar bibliografía actualizada sobre las cirugías bariátrica.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEORICO

“En Latinoamérica, Europa, África del Norte y Oriente Medio, el cociente de obesidad es elevado con IMC mayor de 30 kg/m<sup>2</sup> por país y sexo”. (Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 15)

Según (Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 18):

la obesidad es el resultado de un desequilibrio a largo plazo entre el aporte de energía y su consumo, que favorece un balance energético positivo. Si el aporte de energía excede de forma crónica su consumo, el desequilibrio resultante provoca la expansión de los depósitos de lípidos del tejido adiposo y favorece la adipogénesis, es decir, el incremento del número de adipocitos. La etiología de la obesidad es compleja y de naturaleza multifactorial, y numerosos factores biológicos y de comportamiento pueden afectar la ecuación del balance energético.

Señala (Moreno, Monereo, & Álvarez, 2000, pág. 2):

en la actualidad el grado de obesidad se establece con relación al índice de masa corporal (IMC). Por ser este valor el que mejor correlación tiene con el porcentaje de grasa corporal. Este índice fue rescatado en 1972 por Keys de la ecuación del astrónomo belga Quetelet (1869), y pone en relación el peso expresado en kilos con la altura expresada en metros al cuadrado (peso kg/altura m<sup>2</sup>).

Según (OMS, 2014) “define la obesidad Un IMC<sup>1</sup> igual o superior a 25 determina sobrepeso. Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad”

---

<sup>1</sup> Índice de Masa Corporal

(Alarcón, 2007, pág. 24) nos menciona que:

se estima que entre el 40 y 70% de las variaciones en los fenotipos relacionados con la obesidad tiene un origen hereditario, mientras que las influencias ambientales explicarían al menos el 30% de los casos de obesidad. Existen más de 300 genes candidatos asociados a la obesidad, pero sólo unos pocos casos se deben a un origen monogénico. Por tanto, se puede considerar que la mayoría de los sujetos con obesidad tiene un origen poligénico sobre el que actúan diferentes aspectos ambientales, condicionando una mayor o menor ganancia de peso. Si consideramos que la carga genética se mantiene estable a lo largo de los años, el incremento rápidamente progresivo de las tasas de obesidad en los países desarrollados nos sugiere poderosamente que son consecuencia de un cambio radical en los estilos de vida, con un incremento de la ingestión energética y del sedentarismo.

(Moreno, Monereo, & Álvarez, 2000, pág. 25) dicen que:

la regulación de los diferentes mecanismos que afectan a la ingesta alimentaria se realiza en el sistema nervioso central y más específicamente a nivel hipotalámico. La ingesta alimentaria conlleva un comportamiento o conducta específica y diferenciada en cada individuo. El comportamiento alimentario es un fenómeno complejo influenciado por una parte de circunstancias externas o ambientales (costumbres, hábitos y decisiones personales) y por otra, por estímulos generados por reacciones bioquímicas, fisiológicas y psicosenoriales.

(MarcadorDePosición1) manifiesta que:

la obesidad originada por un solo gen disfuncional (obesidad monogénica) es rara y grave en comparación con la forma más común de obesidad, en la que numerosos genes contribuyen para determinar el fenotipo (obesidad poligénica). Aunque se han definido algunos genes candidatos para herencia monogénica en el modelo murino, no se ha podido transferir el mismo conocimiento en el humano, originando más preguntas que respuestas.

Entre otros factores como nos indica (Díaz, 2012, pág. 28)

algunas enfermedades cuya principal característica es la obesidad, como por ejemplo: el hipotiroidismo, la bulimia, el síndrome de ovario poliquístico (también llamado síndrome de Stein-Leventhal), el síndrome de Prader-Willi, el síndrome de Bardet-Biedl, el síndrome de MOMO, el síndrome de Cushing (conocido también como hipercortisolismo), el síndrome de Carpenter, el síndrome de Summit, el síndrome de Cohén, el hipogonadismo, la acromegalia, etc. Aunque se piensa que existen otros genes responsables de la obesidad que aún no han sido identificados, muchos estudiosos sostienen que en la obesidad los factores no genéticos son igualmente importantes.

“Se conocen co-morbilidades a todas las consecuencias nocivas que acarrea la obesidad mórbida. Son enfermedades asociadas a la obesidad patológica y que: Se agravan con la severidad de la obesidad, Mejoran casi siempre cuando la obesidad se trata con éxito.”  
(Baltasar A. , 2001, pág. 41)

(Baltasar A. , 2001, pág. 42) “Hay una relación directa entre obesidad e hipertensión. La obesidad causa la tercera parte de todos los casos de hipertensión arterial. La pérdida de peso reduce la tensión arterial aproximadamente en la mitad de los pacientes hipertensos”.

(Moreno, Monereo, & Álvarez, 2000, pág. 5) concluye que “la obesidad se constituye como un factor de riesgo de padecer aterosclerosis, y sobre todo, de incrementar la morbilidad y la mortalidad en enfermedades vasculares, metabólicas y otras (artromecánicas, enfermedades digestivas, cáncer, etc.).”

Además (Formiguera, 2013, pág. 98) nos define:

la alteración (dis) de los lípidos (grasas) de la fine sangre. Esta alteración puede consistir en un aumento de la cantidad de colesterol en la sangre, de los triglicéridos o de ambos a la vez. Si sólo está aumentado el colesterol hablaremos de hipercolesterolemia (el prefijo hiper significa alto o aumento). Cuando aumentan los triglicéridos hablamos de hipertrigliceridemia, y si están aumentados tanto el colesterol como los triglicéridos hablaremos de dislipemia mixta.

(Formiguera, 2013, pág. 95) indica que:

al igual que en la cardiopatía isquémica, este trastorno puede también estar relacionado con el aumento del colesterol “malo” y con fenómenos de inflamación a nivel del endotelio vascular (la capa interna de las arterias).

Sabemos que en la obesidad hay un estado de inflamación crónica de baja intensidad que cuando ocurre en el endotelio vascular ocasiona una serie de cambios en el mismo que favorecen el acumulo de colesterol y la formación de las llamadas “placas de ateroma”. Estas placas de ateroma reducen la luz vascular, favorecen la formación de trombosis y pueden llegar a obstruir totalmente el flujo sanguíneo en determinadas zonas del cerebro. Es decir, se trata de un fenómeno igual al de la angina o infarto de miocardio pero localizado en alguna zona del cerebro.

“La prevalencia de diabetes en cualquier población es función de la prevalencia de obesidad. De hecho, la obesidad es el factor de riesgo primario para la diabetes tipo 2: el 90% de todos los diabéticos tipo 2 son obesos” (Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 37)

“El asma también es con frecuencia una enfermedad concomitante a la obesidad. Se plantea la hipótesis de que la disminución del volumen de los pulmones producida por el incremento del perímetro abdominal sensibiliza el tracto respiratorio al fenómeno asmático”. (Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 38)

(Buchwald, Cirugía de la Obesidad, 2009, pág. 38) expone que:

los problemas ortopédicos producidos por la obesidad son evidentes. Los de mayor prevalencia son el dolor de espalda crónico y la enfermedad de los discos lumbosacros. Al aumentar la edad, los problemas de espalda en los obesos alcanzan una incidencia del 100%.

(Albala, Kain, Burrows, & Dias, 2000) presentan que:

la obesidad produce alteraciones del perfil lipídico y la relación que existe entre niveles séricos elevados de colesterol y enfermedades cardiovasculares. Los cambios adversos asociados con la obesidad consisten en elevación de los triglicéridos y disminución del

colesterol de HDL. Los niveles de colesterol total y de LDL pueden estar elevados o normales, pero, aunque el colesterol de LDL no se encuentre elevado, su potencial aterogénico es mayor, porque las partículas son más pequeñas y más densas. Las alteraciones lipídicas asociadas con la obesidad, empeoran con el aumento de grasa intraabdominal.

(Gómez, 2000, pág. 42) relata:

el dato característico y fundamental de la obesidad es el aumento del tejido adiposo. El tejido adiposo deriva del conectivo del embrión y está constituido por adipocitos que acumulan triglicéridos en grandes cantidades. Hay dos tipos de tejido adiposo: a) El llamado primario, formado por «grasa parda», presente ya en el embrión, y dotado de una gran actividad metabólica, y b) la grasa secundaria que se forma en las últimas fases del desarrollo fetal y en las primeras etapas de la vida extrauterina.

(Díaz, 2012, pág. 29) reitera que:

según la distribución de la grasa, distinguimos los siguientes tipos: Obesidad de tipo androide (masculina), también llamada central o abdominal (en forma de manzana): el exceso de grasa se localiza por lo general en la cara, el tórax y el abdomen. Conlleva un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y mortalidad en general.

(Ayela, 2009, pág. 86) informa que:

la obesidad se ha clasificado en tres categorías, según el peso del individuo relación con el peso ideal: leve, que se sitúa entre el 120 por 100 y el 140 por 100 del peso ideal, moderada que va del 141 por 100 al 200 por 100 del peso ideal, grave o severa, cuando el peso excede el 200 por 100 del peso ideal.

(Díaz, 2012, pág. 34) notifica que:

según la distribución corporal de la grasa, se distinguen dos tipos: Obesidad androide o de manzana: la grasa se acumula en el abdomen.

Existen dos subtipos: Obesidad abdominal subcutánea (OAS): el depósito de grasa se encuentra en el tejido celular subcutáneo.

Obesidad abdominal visceral (OAV): predomina sobre todo en la zona abdominal central y bajo vientre, llegando hasta cubrir la zona lumbar.

Obesidad de tipo ginecoide (femenina), también llamada periférica (en forma de pera): la grasa se acumula básicamente en la cadera y en los muslos y genera con frecuencia problemas de varices y artrosis de rodilla (genoartrosis). Obesidad ginecoide o de pera: la grasa se acumula en las caderas. Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo.

Según su movilidad, distinguimos los siguientes tipos: Obesidad dinámica: es aquella en la que la respuesta del tejido adiposo a una dieta restrictiva produce una fácil movilización de grasa y disminución de peso. Obesidad estática: se da en la etapa más avanzada de la enfermedad. Al hacer dieta, resulta difícil movilizar la grasa del tejido adiposo. Según la morfología o punto de vista anatómico del tejido adiposo, distinguimos estos tipos: Obesidad hiperplásica (exceso de células grasas): es aquella que aparece durante la infancia. Por lo general, el 70% de los niños obesos de 10 a 13 años siguen siéndolo en la edad adulta. Obesidad por embarazo y lactancia: durante el embarazo se produce un cambio hormonal importante que, por lo general, lleva aparejado una serie de cambios en los hábitos alimenticios que provocan un considerable aumento de peso. Durante la lactancia, la ansiedad que provoca la llegada de un hijo y el obligado reposo que deben tener las parturientas producen un aumento de peso.

Finalmente, (Díaz, 2012, pág. 34) indica que:

puede hacerse una clasificación atendiendo a criterios etnológicos, que distinguiría dos amplios grupos.

Obesidad primaria, esencial o idiopática.- Es la forma más frecuente (95%) y realmente no suele ser tan idiopática, puesto que aunque puede haber una predisposición genética, casi siempre está presente un desbalance entre la cantidad de calorías ingeridas con la alimentación y el gasto energético. Obesidad secundaria Sólo afecta a menos del 5 % de la población obesa Se distinguen las siguientes causas: De origen endocrino destacan el síndrome de

Cushing, que conlleva un incremento de peso a expensas de grasa, distribuido mayoritariamente en la región facio troncular del cuerpo, y el hipotiroidismo grave que suele cursar con una baja tasa metabólica basal

De origen hipotalámico: este tipo de obesidad es poco frecuente en los seres humanos. Puede ocurrir cuando se lesiona el núcleo ventromedial del hipotálamo, provocándose hiperfagia y secundariamente, obesidad. Se asocia a traumatismos craneoencefálicos, tumores cerebrales, infecciones, etc. De origen genético está causada por anomalías cromosómicas. Son síndromes raros, como la osteodistrofia hereditaria de Albright o los síndromes de Prader-Willi, Angelman, Bardet-Biedl, Alstrom, Cohen, Mehnmo, Simpson-Golabi-Behmei. Etc.

Por fármacos algunos pueden favorecer o aumentar el grado de obesidad, los más frecuentes, con diferencia, son los glucocorticoides, los estrógenos y glitazonas se han relacionado también con el aumento del peso corporal.

“La obesidad se valora a través de: anamnesis, análisis de los hábitos alimentarios, exploración física y antropométrica, estudio del sedentarismo, encuesta nutricional y estimación de ingesta de nutrientes, valoración del gasto energético basal y estimación de la actividad física.” (Hernandez, 2010, pág. 391)

(Díaz, 2012, pág. 34) relata que:

ante un paciente obeso se debe obtener una historia clínica completa, en la que se recojan antecedentes familiares y personales de interés. Es prescindible hacer una anamnesis dirigida, profundizar en la evolución de la obesidad a lo largo de la vida y conocer aquellos aspectos de interés en cuanto a la alimentación y los hábitos de vida. Se prestará especial atención a: a) edad de inicio de la obesidad; b) edad del rebote adiposo, señalando los periodos árticos del desarrollo del tejido adiposo (5-7 años y pubertad); c) posibles causas secundarias de obesidad; d) identificación de comorbilidades mayores o menores; e) estudio de los hábitos alimentarios, desencadenados por posibles alteraciones del comportamiento alimentario, y nivel de actividad física; f) registros de los intentos previos de pérdida de peso, los tratamientos utilizados y su eficacia, y g) motivación del niño y de la familia para enfrentarse a un nuevo programa de adelgazamiento.

En la infancia y la adolescencia (Hernandez, 2010, pág. 391) destaca que:

como factores determinantes de la obesidad los malos hábitos alimentarios. la tendencia a realizar menor actividad física y el aumento de actividades sedentarias. A menudo se preconizan dietas con exceso de calorías y grasas, con el pretexto de lograr un mejor crecimiento, en lugar de promocionar una dieta equilibrada y hábitos alimentarios adecuados.

“La disminución del ejercicio físico ocasiona menor gasto energético y menos oxidación de la grasa, provocando un desequilibrio en relación con la ingesta.” (Hernandez, 2010, pág. 392)

(Márquez, 2010, pág. 339) expuso que:

el objetivo fundamental del tratamiento de la obesidad es disminuir la masa grasa del paciente, para lo que resulta imprescindible mejorar los hábitos alimentarios e incrementar la actividad física. Pero el tratamiento no debe realizarse exclusivamente en función del sobrepeso, sino en función del riesgo asociado, por lo que este también constituye un objetivo irrenunciable.

(Márquez, 2010, pág. 340) manifestó que:

así el tratamiento deberá adaptarse a las características de cada persona, abordando de forma global los factores de riesgo y patologías asociadas. Las posibilidades terapéuticas son amplias, pueden simultanearse, sin olvidar que deben plantearse objetivos alcanzables y monitorizar la evolución del paciente para realizar los ajustes necesarios y muy especialmente para reforzar psicológicamente los logros que vaya consiguiendo, ya que el seguimiento del plan terapéutico va a representar un gran esfuerzo para el paciente, que debe ser reconocido y apoyado.

Los criterios de intervención terapéutica recogidos en el consenso SEEDO 2000 para adultos de 18 a 65 años aconsejan

En los estadios de sobrepeso grado I y II (IMC: 25-29.9 kg m<sup>2</sup>), es necesaria la valoración médica para establecer la estabilidad ponderal, distribución de la grasa

(descartar adiposidad central o androide) y la presencia de factores de riesgo cardiovascular asociado (diabetes, hipertensión, tabaquismo, dislipemias) Cuando el riesgo es moderado o alguno de estos criterios haga necesario el tratamiento, se planteará la pérdida de peso entre 5-10% mediante medidas higiénico – dietéticas, aumento de actividad física y cambios de estilo de vida Si a los seis meses no se ha conseguido bajar peso, puede estar justificado el uso de fármacos. Obesidad grado I (IMC: 30-34,9 kg/m<sup>2</sup>). Las patologías asociadas deben ser tratadas medicamente y la pérdida de peso a conseguir será del 10%. Para lo que se necesitara dieta, ejercicio, cambios de conducta y fármacos. Obesidad grado II (IMC 35-39.9 kg/m<sup>2</sup>) enfoque terapeutico es similar al de la obesidad grado I. peto debe intentarse una pérdida de peso superior al 10%. y en caso de no alcanzarse este objeto en seis meses, deberá remitirse al paciente a los especialistas para valorar otras posibilidades de tratamiento, incluida la cirugía bariátrica. Obesidad grado III y IV (IMC: > 40 kg/m<sup>2</sup>) Se debe conseguir una pérdida de peso del 20-30%. Deben remitirse a unidades especializados para utilizar medidas terapéuticas excepcionales seleccionar el tipo de cirugía bariátrica (Márquez, 2010, pág. 340)

(Arce, Catalina, & Mallo, 2006, pág. 256) determina que:

las dietas adelgazantes deben aportar una cantidad de calorías inferior a las necesidades diarias del organismo y, a la vez, una cantidad equilibrada de nutrientes, debiendo de ajustarse al sexo, edad, actividad laboral, peso inicial y posible patología asociada. La reducción del aporte calórico debe de realizarse fundamentalmente a expensas de una disminución del aporte de grasas, de alcohol y de los azúcares simples y, en las dietas que aportan menos de 1.200 kcal/día, deben prescribirse suplementos de vitaminas y minerales.

Antes de iniciar el tratamiento (Gómez, 2000, pág. 44) evaluar:

el tipo de alimentación que realiza el enfermo (qué, cómo, cuánto, dónde y hasta cuándo come) y estimar sus necesidades energéticas en función de su sexo, peso y actividad física, para identificar los factores susceptibles de corrección. El tratamiento se basa en mantener un balance calórico negativo persistente que obligue a consumir los depósitos energéticos adiposos y para ello la fórmula más eficaz es una dieta de

restricción calórica. Las dietas hipocalóricas, pueden clasificarse en: a) intensas, comprendidas entre 800 y 1.000 calorías al día; b) modernas, entre 1.200 y 1.700 calorías; c) suaves, entre 1.800 y 2.000 calorías al día.

(Alarcón, 2007, pág. 34) demuestra que:

en el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre obesidad, publicado en el año 2000, se recomienda el tratamiento farmacológico de la obesidad en todos los casos cuando el índice de masa corporal (IMC) sea igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>. o en aquellos con IMC entre 27 y 30 kg/m<sup>2</sup> y con comorbilidades susceptibles de mejoría al remitir la obesidad.

(BOTICARIO & CALVO, 2005, pág. 114) describe que los:

anorexígenos: Adrenérgicos: Los primeros derivados cercanos de la anfetamina fueron retirados del mercado por sus efectos secundarios (estimulación del SNC, taquicardia, arritmia, UTA, sudoración...) y la tolerancia que producen (taquifilaxia), de forma que su efecto supresor del apetito se agota a partir de la 12.<sup>a</sup> semana, por lo que existe el peligro de abuso y de efectos secundarios graves. Serotoninérgicos: Un subgrupo importante de los inhibidores del apetito lo constituyen los Agonistas de la Serotonina, cuyos principales representantes son la Flenfluramina, la Dexflenfluramina y la Fluoxetina; su mecanismo de acción es serotoninérgico, aumentando la producción presináptica de Serotonina, su liberación en la sinapsis e inhibiendo su recaptación. No estimulan el sistema nervioso central por lo que no producen efectos secundarios catecolamínicos ni dependencia psicológica. Sin embargo, su suspensión puede activar una depresión en personas predispuestas.

(BOTICARIO & CALVO, 2005, pág. 114) presenta:

la Flenfluramina representó un gran avance, pero fue claramente superada por la Dexflenfluramina, derivado dextrógiro de la Fenfluramina. El fármaco disminuye el apetito, acrecienta la saciedad post-comida y posee un curioso efecto selectivo negativo sobre la ingesta de hidratos de carbono y algo la grasa, por lo que se le considera un «selector dietético».

(BOTICARIO & CALVO, 2005, pág. 117) Certifica que son:

fármacos cuyo nivel de actuación es distinto del Sistema nervioso central, lo que les convierte en agentes de efectos secundarios potencialmente mucho menos peligrosos. La acarbosa es un inhibidor de la alfa-amilasa que disminuye la digestión de los hidratos de carbono, y su absorción. Utilizado en la diabetes para la disminución de la glucemia postprandial, su uso para la obesidad (en dosis elevadas) se ve limitado por los efectos secundarios digestivos (flatulencia) y por el menor rendimiento energético. La tetrahidrolipstatina (Orlistal) es un derivado oxigenado de la Lipstatina, producto natural del *Streptomyces toxitricim*. Es un inhibidor selectivo de la lipasa pancreática y gastrointestinal, que produce una disminución de digestión y absorción de un 30% de la grasa ingerida. Entre los efectos indeseables del fármaco cabe señalar la absorción reducida de vitaminas liposolubles y trastornos gastrointestinales como alteración en la consistencia de las heces. Es posible que este fármaco pueda ser de utilidad en casos seleccionados en la fase de mantenimiento del obeso dislipémico.

(BOTICARIO & CALVO, 2005, pág. 119) relata que :

en casos seleccionados, la obesidad severa es tributaria de tratamiento quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas utilizadas hoy día están encaminadas a producir modificaciones en el aparato digestivo de manera que la cantidad de nutrientes absorbidos decrezca. Esto se consigue bien disminuyendo la capacidad de reservorio gástrico de forma importante, o disminuyendo también de forma notable la superficie digestiva y absorptiva del intestino delgado. Pueden considerarse técnicas complementarias en el tratamiento quirúrgico de la obesidad las liposucciones y los abordajes plásticos para corrección de faldones y pliegues. Criterios de selección. Para que la cirugía de la obesidad sea una opción terapéutica exitosa y con el menor número posible de complicaciones, se debe ser muy cuidadoso en la selección de pacientes candidatos. Serán criterios decisivos: Obesidad mórbida o (grado III si se asocian co-morbilidades severas que ha fracasado tras intentos serios de tratamiento dietético. La Obesidad supermórbida (IMC>50) puede ser criterio de inclusión de entrada. Edad comprendida entre 18 y 50 años. Ausencia de contraindicación anestésica. Evaluación psicológica. La coexistencia de trastorno de la conducta alimentaria o alcoholismo no siempre es

una contraindicación absoluta pero si requiere una elección correcta de la técnica quirúrgica, un abordaje específico y la colaboración multidisciplinar con el psiquiatra en su manejo. Consentimiento informado del paciente.

“La denominación de cirugía bariátrica viene del griego "baros", que significa “peso” y de “iatrein”, que significa “tratamiento”. Es el tratamiento de la obesidad por medio de la cirugía.” (Baltasar A. , 2001, pág. 61)

“Se trata de técnicas encaminadas a que el paciente consiga un balance energético negativo mantenido en el tiempo, bien por una limitación de la ingesta y/o produciendo mala digestión y mala absorción.” (De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 130)

(De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 130) define:

las características que definen la técnica ideal de cirugía bariátrica son: Segura, con una morbilidad menor del 10% y una mortalidad menor del 1%, útil para al menos el 75% de los pacientes, criterios de éxito: mantener una pérdida del sobrepeso superior al 50%, duradera, que el beneficio obtenido persista al menos 5 años, reproducible por la mayoría de los cirujanos, con escasas consecuencias secundarias que limiten la calidad de vida, con pocos efectos secundarios y escasas complicaciones a largo plazo, con un índice de reintervenciones al año inferior al 2%, reversible, al menos funcionalmente.

(Guerrero & Román, 2006, pág. 87) informa que:

estudiar la etiología y los factores que condicionan la obesidad. Destacar obesidad secundaria: enfermedades genéticas, patología endocrinológica, etc. Estudiar el patrón de ingesta, descartar trastornos de la conducta alimentaria, consumo de alcohol, etc. Otros factores: sedentarismo, efecto de los fármacos, etc. Evaluar la respuesta a otros tratamientos previos para la obesidad y las causas del fracaso. Estudiar las consecuencias clínicas de la obesidad Valorar las posibilidades y los riesgos de la cirugía. Evaluación anestésica.

(Baltasar A. , 2001, pág. 83) sostiene que:

los efectos secundarios a largo plazo están relacionados con los defectos de absorción del hierro, ácido fólico y Vitamina B (anemia) y el calcio (osteoporosis). Los efectos secundarios de anemia se previenen y corrigen aportando hierro, ácido fólico y Vitamina B a los pacientes. Estos posibles efectos secundarios deben ser conocidos por los pacientes, pues no se producen a corto plazo y la mejor forma de prevenirlos es convenciendo al paciente que debe tomar calcio, hierro y vitaminas de por vida.

(Baltasar A. , 2001, pág. 83) Establece:

un compromiso concreto entre el equipo terapéutico y el propio paciente. El equipo clínico debe responsabilizarse del seguimiento del paciente y estar disponible en caso de que surgiera alguna complicación, estableciendo una comunicación fluida con otros ámbitos de asistencia clínica, como la asistencia primaria, las unidades de obstetricia, etc. El paciente, a su vez, debe conocer el tipo de cirugía que se le ha practicado, el mecanismo de acción en la pérdida de peso y las posibles complicaciones. Debe asumir que este tratamiento requiere una modificación permanente de sus hábitos alimenticios previos, que precisará un seguimiento y un tratamiento nutricional durante toda la vida. Los objetivos del seguimiento tras la CB son: Realizar las indicaciones sobre la dieta en el postoperatorio, según el tipo de cirugía y la evolución del paciente, incidir sobre los cambios en la conducta alimentaria y la actividad física a largo plazo, evaluar la evolución de la pérdida de peso y los cambios en la composición corporal, evaluar la evolución de las patologías asociadas, modificando el tratamiento si es necesario. Prevenir o diagnosticar de forma precoz posibles complicaciones médicas y quirúrgicas, incluyendo las deficiencias nutricionales.

(De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 136) reporta que:

el seguimiento tras la cirugía bariátrica se realizará en el postoperatorio inmediato y medio y largo plazo. También será necesario tener en cuenta algunas situaciones especiales, como la gestación o la presencia de patologías intercurrentes que puedan incrementar el riesgo de complicaciones. El seguimiento en el postoperatorio inmediato incluye la recuperación progresiva de la ingesta oral, la movilización,

anticoagulación, fisioterapia respiratoria. etc. Se debe prestar especial atención a la prevención y diagnóstico precoz de posibles complicaciones, como infecciones, problemas relacionados con la técnica quirúrgica, etc. La dehiscencia de sutura es la complicación más grave y requiere una actitud quirúrgica inmediata. El tipo de cirugía, el abordaje quirúrgico y la presencia o no de complicaciones determinan cuándo podrá el paciente iniciar la dieta oral. En general, se tiende a iniciar tan pronto como sea posible. No es necesario emplear nutrición artificial tras la CB. Sin embargo, si ocurre alguna complicación, el paciente no debe permanecer en dieta absoluta durante un tiempo prolongado. Ante una situación de estrés, los pacientes obesos movilizan menos grasas y más proteínas que los no obesos y presentan un riesgo de desnutrición aguda igual o superior.

(De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 137) nos orienta que:

después de la cirugía bariátrica, el paciente debe modificar sus hábitos de alimentación, que se van adaptando progresivamente a la nueva situación tras la operación, permitiendo una adecuada pérdida de peso y un mantenimiento del peso perdido y minimizando el riesgo de deficiencias nutricionales. Las recomendaciones dietéticas (Tabla 9.7) dependen en gran medida de la técnica que se ha empleado, que el paciente deberá conocer y comprender.

Dieta líquida o semilíquida: Se emplea durante los primeros días pos cirugía, para proteger las anastomosis y prevenir la dilatación del residuo gástrico. La ingesta de líquidos se realizará en pequeñas tomas a lo largo de todo el día, para mejorar la tolerancia y prevenir la deshidratación. Se recomiendan alimentos como la leche o el yogur, así como caldos, etc. Se pueden utilizar suplementos proteicos líquidos.

(De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 137) nos da a conocer que:

dieta semisólida: Poco a poco se irán introduciendo purés y alimentos semisólidos, adaptando el volumen de las tomas al tamaño del reservorio gástrico. Los purés deben contener verduras y alimentos ricos en proteínas, como pollo, carne o pescado.

Dieta con alimentos de consistencia normal. La dieta será progresivamente más variada, prestando especial atención a la educación alimentaria continuada para conseguir una adecuada pérdida de peso. La dieta a largo plazo tras la CB debe cumplir

las premisas clásicas del tratamiento de la obesidad hipocalórica, equilibrada y adecuada para cada paciente. Es importante asegurar una adecuada ingesta proteica, en torno a 1 g/kg/día, que será mayor en las técnicas con componente malabsortivo < BPCI distal. DBP). Se dará prioridad al consumo de pescado huevos, carne magra, lácteos, etc. Se puede tomar legumbre con moderación, como fuente de proteínas de origen vegetal, carbohidratos complejos y fibra, limitando sin embargo el consumo de harinas refinadas, dulces, etc.

(De Luis Román, Bellido, & García, 2012, pág. 132) informa que:

consiste en extirpar en forma vertical la porción izquierda del estómago y especialmente el fundus gástrico (4/5). En estos pacientes queda por tanto un estómago más pequeño, alrededor de 150 cc de capacidad, pero además se reduce el apetito al disminuir la concentración de ghrelina. Es una cirugía de poco riesgo y mantiene la continuidad del estómago con el resto del intestino, a diferencia del bypass gástrico. La gastrectomía tubular se ha utilizado en cirugía bariátrica como parte de técnicas más complejas, como el cruce duodenal que es una modalidad de derivación biliopancreática. En algunos pacientes con obesidad extrema, o elevado riesgo quirúrgico se propone esta técnica, que tiene un tiempo postoperatorio mucho menor y un índice de complicaciones bajo, con la posibilidad de completar en un segundo tiempo la derivación biliodigestiva si la pérdida de peso no es adecuada.

(Buchwald, Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures, 2011, pág. 211) indica que:

esta operación divide al estómago a lo largo de su longitud, lo cual resulta en un tubo angosto, con forma de banana. Se remueve el 80% del estómago. El tamaño menor de este último restringe la cantidad de alimento que pueda comerse.

Una cámara y pequeños instrumentos son introducidos a través de pequeños "agujeritos" hechos en la pared del abdomen. Se corta el estómago y ubican los Staples (ganchitos de metal). La porción cortada del estómago que no se usa se remueve.

Este procedimiento dura aproximadamente 30 minutos y ha sido reportado a inducir una pérdida de peso excesivo del 50% o más.

“La mejoría de la hipertensión, diabetes, y la apnea del sueño es similar a la de las otras operaciones restrictivas.” (Chapunoff E. , 2010, pág. 106)

(Martín, Alarcón, & Díez del Val, 2007, pág. 177) establece que:

el porcentaje de peso perdido se sitúa al año entre el 50 - 75%. El problema es el mantenimiento del peso en el tiempo, por lo que debe asociarse el 2º tiempo de la cirugía (bypass gástrico, cruce duodenal o derivación bilio- pancreática) a los 12-18 meses, o bien cuando la curva se estabiliza o no pierden el peso suficiente.

(Landa & Parrilla, 2009, pág. 407) redacta que:

los pacientes candidatos a esta técnica serían: Obesos de grados I-II, con fracaso repetido del tratamiento médico (dietas, fármacos, balón intragástrico, etcétera), que necesitan mejorar su imagen corporal. Pacientes con obesidad grado III, con más de 70 artos o con alto riesgo quirúrgico debido a alteraciones cardíacas y pulmonares, que precisan una intervención quirúrgica corta. Superobesos, como técnica puente para posteriormente realizar un bypass gástrico.

(Frantzides & Carlson, 2011, pág. 44) informa que:

los pacientes con factores de riesgo cardíaco o con un IMC superior a 60 kg / m<sup>2</sup> deben ser sometidos a una prueba de esfuerzo corazón; evaluación pulmonar también puede ser necesaria. La endoscopia se realiza de forma rutinaria para descartar esófago, úlcera de Barrett o un tumor que puede cambiar el tratamiento médico o quirúrgico de estos pacientes. Los pacientes con enfermedad de reflujo gastroesofágico grave no deben ser sometidos a una gastrectomía, ya que puede exacerbar los síntomas de reflujo. La ecografía abdominal también se lleva a cabo; si se diagnostica la coledocistitis, la colecistectomía se debe realizar al mismo tiempo. Una dieta baja en calorías se inicia varias semanas antes de la cirugía para reducir el tamaño del hígado. La preparación intestinal que consiste en 1,66 litros de polietilenglicol 3350 (NuLYTELY) y antibióticos orales (neomicina y eritromicina) se administra el día

antes de la cirugía, junto con una dieta de líquidos claros. Alternativamente, un tipo de laxante Fosfosoda también se puede utilizar. El paciente debe ser hidratada en el preoperatorio para reducir al mínimo la aparición de hipotensión intraoperatoria.

(Korenkov, 2012) presenta que:

una técnica quirúrgica por Phillippe Mognol Hay dos técnicas diferentes para la LSG. Se diferencian en que en uno de grapado se realiza después de la plena desvascularización y movilización de la curva mayor gástrica, mientras que en la otra de grapado se realiza tan pronto como se introduce el saco menor: la mayor curva se desvascularized después de la finalización completa del manguito.

“La gastrectomía laparoscópica se realiza usando en la posición francesa (piernas secuestrados con el pie cirujano entre las piernas del paciente)” (Korenkov, 2012)

“La resección de la curvatura mayor del estómago elimina el marcapasos gástrico natural y el sincitio nervio responsable de la propulsión gástrica normal.”

(Buchwald, Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures, 2011, pág. 211)

(Kushner & Bessesen, 2007, pág. 385) admite que:

pacientes que durante varias semanas tienen dificultad al comer, la incapacidad para pasar los alimentos a través de la sonda gástrica y vómitos, todo ello sin ninguna demostrable obstrucción en los estudios de contraste o examen endoscópico. Este fenómeno transitorio bien puede ser acreditado a la pérdida de la estimulación gástrica normal y propulsión.

La deficiencia de ácido fólico se produce con frecuencia más baja que la vitamina B12 o deficiencia de hierro: sin embargo, se debe considerar w gallina que evalúan un paciente que desarrolle anemia. el Ácido fólico se absorbe principalmente de la tercera proximal del intestino delgado altera alimentos glutamatos de ácido fólico poli arco

hidrolizado a monoglutamatos por conjugados de borde en cepillo intestinal. La deficiencia de ácido fólico se presenta con muchas características similares a la deficiencia de vitamina B12, incluyendo hipersegmentación de los neutrófilos, el aumento de volumen corpuscular medio (MCV), y anemia macrocítica, la ingesta de ácido fólico inadecuada primera conduce a una disminución en la concentración de ácido fólico en suero, a continuación, una disminución en la concentración de ácido fólico en eritrocitos, un aumento en la concentración de homocisteína, los cambios hematológicos clínicos entonces como se mencionó anteriormente (27). A la concentración de ácido fólico en suero de menos de 7 nmol L (3 mg ml.) Indica el balance negativo ácido fólico. Todos los pacientes sometidos a una operación bariátrica restrictiva malabsorción deben recibir dosis suplementarias de ácido fólico para prevenir la deficiencia. Los suplementos de ácido fólico son casi 100% biodisponible. Típicamente, la cantidad de ácido fólico presente en una general (400 ug) o suplemento multivitamínico prenatal (80 (1 a 1000 pg) es adecuada para prevenir la deficiencia. El calcio y la vitamina D se consideran en conjunto, como la deficiencia de ambos nutrientes puede resultar en enfermedad metabólica de los huesos y su metabolismo está interrelacionado. Un balance negativo de calcio puede resultar de la ingesta limitada de calcio y vitamina productos lácteos que contienen D-, y la reducción de la absorción intestinal fraccionada debido a quirúrgica por pase de los sitios de absorción y la deficiencia de vitamina D. Este último factor es importante porque el calcio es absorbido por un proceso de transporte activo dependiente de la acción de la 1,25-dihidroxi vitamina D (1,25 (OH) 2D), que mejora la absorción de calcio principalmente en el duodeno y el yeyuno aunque la mayor parte de la absorción se produce en el segmento inferior del intestino delgado, el íleon

(Akabas, Lederman, & Moore, 2012) refiere que:

se recomienda que los pacientes de bandas y manga gástrica ajustable consumen un multi-vitaminas y minerales, y el DR1 de calcio y 1.000 UI de vitamina D al día. Como no hay ningún cambio en la absorción, el DRI debe ser adecuado, sin embargo adicional B12: se recomienda para pacientes gastrectomía en manga, así ya que la

disminución de la producción de ácido clorhídrico dificulta la liberación de la vitamina B12 de las proteínas.

(Akabas, Lederman, & Moore, 2012) sostiene que:

La dieta postoperatoria comienza con una dieta de líquidos claros, esto incluye el agua, caldo, gelatina dieta, y descafeinado. Una vez que el paciente tolera una dieta de líquidos claros, él o ella se hace avanzar a los alimentos duros, por lo general entre día postoperatorio dos y 2-3 semanas después de la cirugía, dependiendo de las preferencias del cirujano y la tolerancia del paciente. Los pacientes pueden comprar alimentos pre-mezclado como bebé alimentos o que puedan preparar sus propios purés. Recién alimentos compuestos de su gusto pueden ayudar a aumentar cumplimiento durante este difícil período de cambio.

(Rippe, 2013, pág. 575) suscribe que: se debe aconsejar a consumir porciones pequeñas, tienen cuatro a seis comidas pequeñas al día, y asegurar una ingesta adecuada de proteína magra (60-120 g / día), frutas y verduras (más de cinco porciones por día), y toda granos. Los pacientes también deben comer despacio, masticar bien, evitar los alimentos grasos, dulces y bebidas azucaradas, y evitar la ingestión de líquidos cada 30 min de las comidas. Desafortunadamente, muchos pacientes postoperatorios no siguen las pautas recomendadas, en particular sobre el consumo de frutas y verduras y evitar los dulces y las bebidas con aporte energético.

(Rippe, 2013, pág. 575) informa que:

en muchos casos, las deficiencias de micronutrientes se pueden prevenir por la vitamina regular y suplementos minerales junto con seguimiento clínico y bioquímico superficie rutina apropiada vigilancia. Directrices de los expertos están disponibles con respecto a la vitamina recomendada y suplementación mineral después de la cirugía y la frecuencia de laboratorio de detección de deficiencia estados

(Akabas, Lederman, & Moore, 2012) nos dice que:

los pacientes gastrectomía en manga permanecen en una dieta procesada durante dos semanas. Esto permite que la hinchazón se reduzca, suturas / línea de grapas para sanar y permite que se formen cicatrices alrededor de la banda para evitar el deslizamiento o una obstrucción.

“Los pacientes con diabetes necesitan cerca controlar sus niveles de glucosa en la sangre debido a la rápida resolución de la diabetes.” (Coulston, Boushey, & Ferruzzi, 2013, pág. 469)

(Coulston, Boushey, & Ferruzzi, 2013, pág. 469) sostiene que:

los medicamentos contra la diabetes se suelen reducirse a la mitad en el alta desde el hospital, y sulfonilurea agentes-medicamentos que pueden causar hipoglucemia que se suspendió por completo. Nuevas reducciones en los medicamentos contra la diabetes se hacen sobre la base de control de la glucosa. Del mismo modo, los medicamentos antihipertensivos pueden necesitar ajustes al caer la presión arterial. Los diuréticos son descontinuados en el alta del hospital, ya que pueden conducir a la deshidratación y alteraciones electrolíticas.

(Cohn & Cohn, 2011, pág. 138) informa que:

pacientes postoperatorios que ejercen, se mostró a perder el 28% más de grasa y retenidos cuerpo 8% más de masa magra en comparación con aquellos que no hacían ejercicio. El Colegio Americano de Medicina Deportiva recomendaciones sobre los niveles de actividad física son un mínimo de 150 minutos (2,5 horas) de ejercicio de intensidad moderada por semana, indicando que puede haber ventajas para aumentar el ejercicio a tanto como 3,5 horas a la semana para mantener a largo plazo la pérdida de peso.

“La actividad física aeróbica influye positivamente en la pérdida de peso, la composición corporal.” (Cohn & Cohn, 2011, pág. 138)

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estilos de vidas antes de la cirugía bariátrica.	Es la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales.	Características generales de la población.	Edad	15-24 años 25-34 años 35-44 años 45-54 años 55-60 años
			Sexo	Femenino Masculino
			Estado Civil	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudos
			Procedencia	Rural Urbana

			Nivel de estudio	Primario Secundario Superior Ninguno
			Hábitos	Alcohol Droga Tabaco
			Actitudes	Autoestima Alta Autoestima Baja
			Tipos de alimentación	Carbohidratos Grasas Proteínas Frutas
			Actividad física	Caminata Correr Baile Gimnasio Sedentarismo

			Antecedentes Patológicos Personales	Diabetes Hipertensión Arterial Hiperlipidemia Apnea del sueño Artralgia/ Artrosis
		Parámetros para la intervención de cirugía bariátrica	Índice de masa corporal (IMC)	Obeso uno 30 a 34.99 Obeso dos 35 a 39.99 Obeso tres >40
			Valoración Cardiológica:	Valoración normal HTA Fibrilación auricular
			Valoración Respiratoria	Valoración Normal Asma Apnea del sueño
			Valoración Endocrinológica	Hipotiroidismo Hipertiroidismo Nódulos tiroideos Diabetes Dislipidemia

			Valoración Gastroenterológica	Gastritis Úlcera gástrica Tumor Duodenitis
			Valoración Nutricional	Dieta Hipercalórica Dieta Hipocalórica Dieta Hipergrasa Dieta Hipograsa Dieta Hipersódica Dieta Hiposódica
			Psiquiátrico	Euforia Autoestima Alta Autoestima Baja Ansiedad Depresivo
		Laboratorio	Hematocrito Hemoglobina Leucocitos Plaquetas Hematíes	137-47 k/ul 12-16 g/dl 4,5 10 k/ul 130.000-400.000 k/ul 3,500.000-5.000000 U

			Glucosa	70 -115 mg/dl
			Urea	10 – 50 mg/dl
			Creatinina	0,5 – 1,4 mg/dl
			Ácido úrico	3,4 – 7 mg/dl
			Colesterol	135- 200 mg/dl
			Triglicéridos	44- 200 mg/dl
			TGO	0 – 32 U/l
			TGP	0 – 33 U/l
			Bilirrubina Total	0 - 1,3 U/l
			Bilirrubina Directa	0 – 0.4 U/l
			TSH	0,27 – 4,2 U/ml
			T3	0,8 – 2,0 ng/dl
			T4	0,9 – 1,9 ng/dl

Variable	Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Escala
Estilos de vidas después de la cirugía bariátrica	Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta.	Características generales de la población	IMC	18 – 24.99 25 – 29,99 30 - 34,99 35 - 39,99 >40
			Hábitos	Alcohol Droga Tabaco
			Tipos de alimentación	Carbohidratos Grasas Proteínas Frutas
			Actividad física	Caminata Correr Baile Gimnasio Sedentarismo

		Antecedentes Patológicos Personales	Diabetes Hipertensión Arterial Hiperlipidemia Apnea del sueño Artralgia/ Artrosis
	Parámetros post – quirúrgico de la cirugía bariátrica.	Valoración Cardiológica:	Valoración normal HTA Fibrilación auricular
		Valoración Respiratoria	Valoración Normal Asma Apnea del sueño
		Valoración Endocrinológica	Hipotiroidismo Hipertiroidismo Nódulos tiroideos Diabetes Dislipidemía
		Valoración Gastroenterológica	Gastritis Úlcera gástrica Tumor Duodenitis

			<p>Valoración Nutricional</p> <p>Dieta Hipercalorica Dieta Hipocalorica Dieta Hipergrasa Dieta Hipograsa Dieta Hipersodica Dieta Hiposoodica</p>
			<p>Psiquiátrico</p> <p>Euforia Autoestima Alta Autoestima Baja Ansiedad Depresivo</p>
		LABORATORIO	<p>Hematocrito 137-47 k/ul</p> <p>Hemoglobina 12-16 g/dl</p> <p>Leucocitos 4,5 10 k/ul</p> <p>Plaquetas 130.000-400.000 k/ul</p> <p>Hematíes 3,500.000-5.000000 U</p> <p>Glucosa 70 -115 mg/dl</p> <p>Urea 10 – 50 mg/dl</p> <p>Creatinina 0,5 – 1,4 mg/dl</p> <p>Ácido úrico 3,4 – 7 mg/dl</p>

			Colesterol	135- 200 mg/dl
			Triglicéridos	44- 200 mg/dl
			TGO	0 – 32 U/l
			TGP	0 – 33 U/l
			Bilirrubina Total	0 - 1,3 U/l
			Bilirrubina Directa	0 – 0.4 U/l
			TSH	0,27 – 4,2 U/ml
			T3	0,8 – 2,0 ng/dl
			T4	0,9 – 1,9 ng/dl

## CAPITULO III

### DISEÑO METODOLOGICO

#### TIPO DE ESTUDIO

RETRO- PROSPECTIVO DESCRIPTIVO.

#### DE ACUERDO AL TIPO DE INVESTIGACION

**METODOS RETROSPECTIVOS:** Se registró los estilos de vida antes de la cirugía bariátrica en los pacientes del Hospital del IESS Portoviejo desde agosto del 2013.

**METODOS PROSPECTIVO:** Se registraron los estilos de vida después de la cirugía bariátrica en los pacientes del Hospital del IESS Portoviejo hasta agosto del 2014.

**METODO DESCRIPTIVO:** Permitió determinar la eficiencia y eficacia de los estilos de vida después de la cirugía bariátrica del Hospital del IESS Portoviejo.

#### ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se desarrolló en el Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) del cantón de Portoviejo, con los usuarios de cirugías bariátrica en el periodo propuesto

#### UNIVERSO

El universo de estudio fueron los 45 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital IESS Portoviejo Agosto 2013- Agosto 2014.

#### PERIODO DE INVESTIGACION

Agosto 2013 – Agosto 2014.

## LINEA DE INVESTIGACION

Factores de riesgo para la salud

## CRITERIOS DE INCLUSION

Todos los pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital IESS Portoviejo Agosto 2013- Agosto 2014.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

Todos los pacientes con obesidad mórbida que no cumplieron los parámetros para ser sometidos a cirugía bariátrica en el Hospital IESS Portoviejo Agosto 2013- Agosto 2014.

## TECNICA DE RECOLECCION DE INFORMACION

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la encuesta y la investigación documentada.

El instrumento que se utilizó fue el formulario de la encuesta estructurada con opciones múltiples en forma de abanico, el cual fue elaborado por las investigadoras y las historias clínicas donde se obtuvo de forma detallada los datos necesarios de cada paciente.

## PROCESAMIENTO DE DATOS

Los datos fueron tabulados y analizados, usando Microsoft Excel 2014, se presentaron los resultados en cuadros y gráficos estadísticos en porcentajes, con una explicación detallada de los mismos.

## RECURSOS

### INSTITUCIONALES

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo

Universidad Técnica de Manabí

## HUMANOS

Tribunal de trabajo de titulación

Personal médico del hospital del IESS de Portoviejo

Autores del proyecto

Usuarios de salud

## MATERIALES

Hoja de registro

Hojas bond

Computadora

Cámara fotográfica

Libretas

Impresora

Internet Banda Ancha

## ECONOMICOS:

Propios de las autoras.

## ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

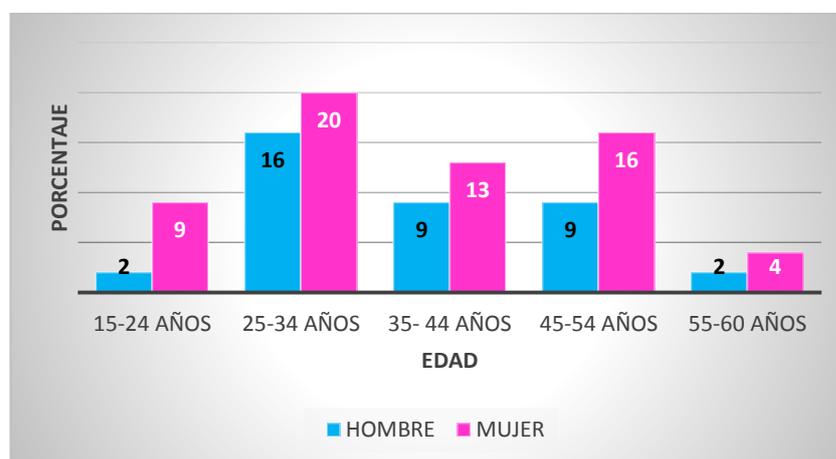
GRAFITABLA N° 1: EDAD Y GENERO DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

GENERO \	HOMBRE		MUJER	
EDAD	F	%	F	%
<b>15-24 AÑOS</b>	1	2	4	9
<b>25-34 AÑOS</b>	7	16	9	20
<b>35- 44 AÑOS</b>	4	9	6	13
<b>45-54 AÑOS</b>	4	9	7	16
<b>55-60 AÑOS</b>	1	2	2	4

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION:

El gráfico demuestra que el sexo predominante es el femenino en un 62%, la edad con mayor prevalencia oscila entre los 25-34 años de edad con un 36%, (Chapunoff E. , 2010, pág. 353) Indica que hay más mujeres obesas que hombres, pero hay más sobrepeso en hombres que en mujeres, al que en los últimos 20 años se duplicó en mujeres jóvenes entre los 25 a 34 años de edad; por ende son los grupos que se someten en mayor relevancia a la cirugía que disminuirán su obesidad.

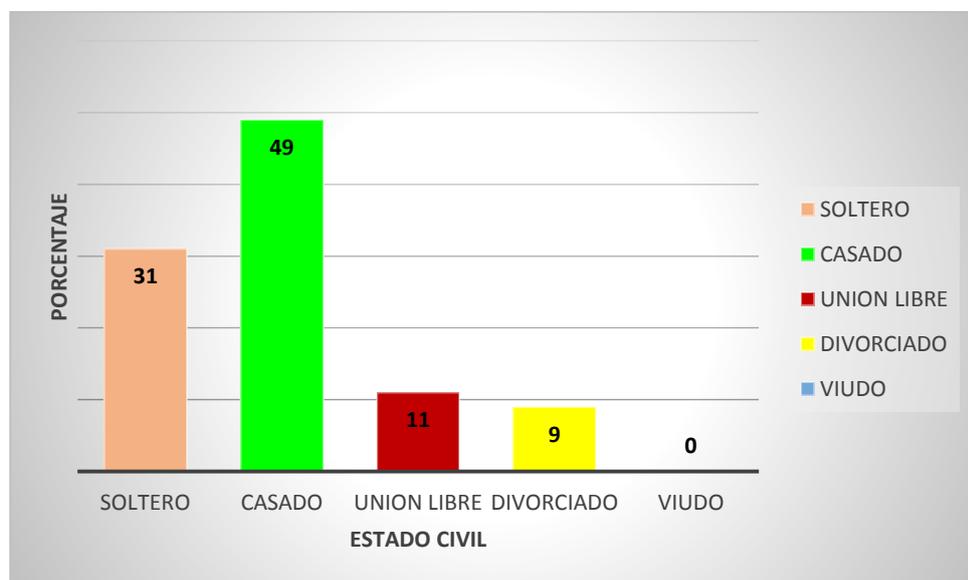
GRAFITABLA N° 2: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	%
SOLTERO	14	31
CASADO	22	49
UNION LIBRE	5	11
DIVORCIADO	4	9
VIUDO	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Los resultados en el segundo cuadro estadístico evidenció que el estado civil con un mayor porcentaje son los pacientes casados con 49%, la viudos con 0%. A diferencia del (Anuario de investigacion de la comunicación, 2009) que refiere que el estado civil preferido por la inactividad y el sedentarismo son los solteros.

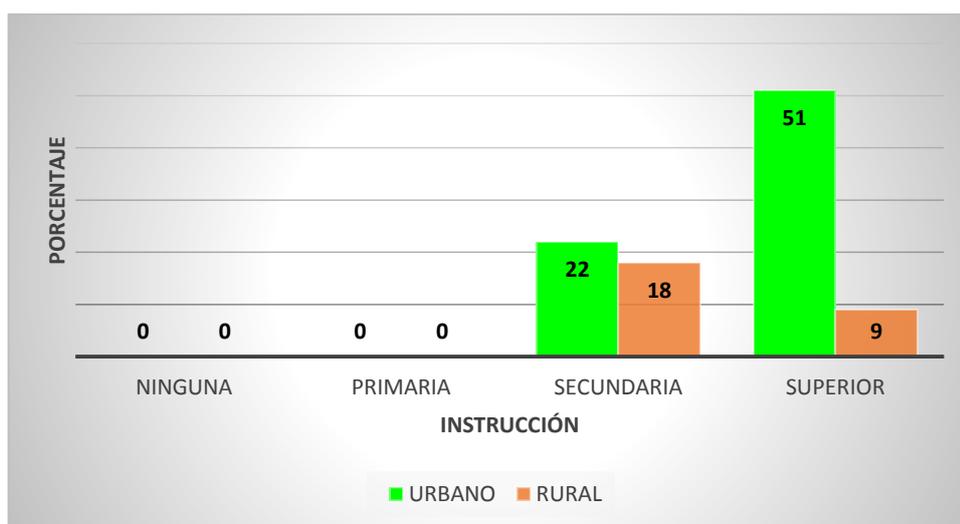
GRAFITABLA N° 3: INSTRUCCIÓN Y PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PROCEDENCIA INSTRUCCION	URBANA		RURAL	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
NINGUNA	0	0	0	0
PRIMARIA	0	0	0	0
SECUNDARIA	10	22	8	18
SUPERIOR	23	51	4	9

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Los resultados en el tercer cuadro estadístico mostró que el 60% de los usuarios tienen instrucción superior; mientras que el 73% son originarios de la zona Urbana del país. Lo

cual certifica (Hernandez A. G., Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica, 2010, pág. 420) la industrialización y la urbanización rápida y el abandono del hábitat rural tiene una clara repercusión en la sobrecarga ponderal. Al tener un índice de instrucción superior permite que alcancen trabajos con mayor remuneración y tenga una vida mayor acomodada.

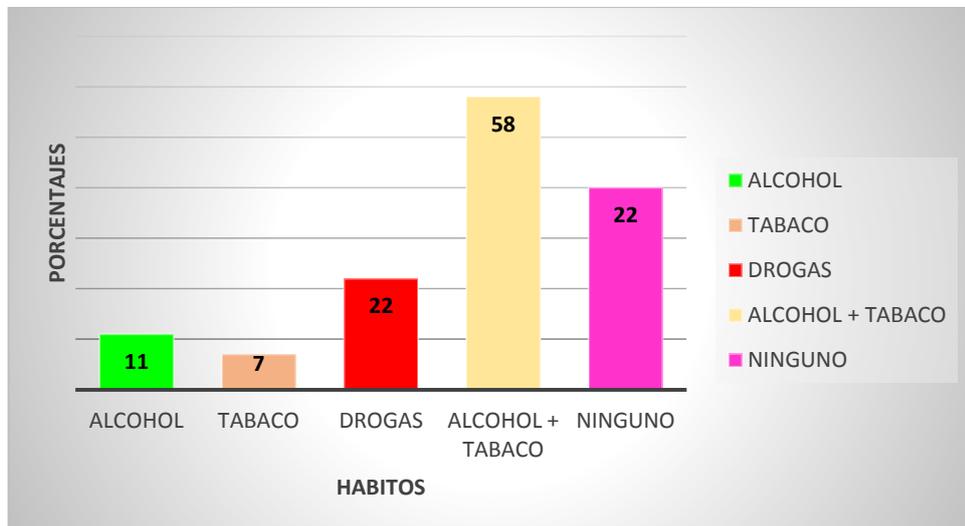
GRAFITABLA N° 4: HABITOS DE LOS PACIENTES ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

HABITOS	FRECUENCIA	%
ALCOHOL	5	11
TABACO	3	7
DROGAS	1	22
ALCOHOL + TABACO	26	58
NINGUNO	10	22
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Los resultados en el cuarto cuadro estadístico determinó que el 58% consumen alcohol + tabaco. Según (Javier Aranceta Bartrina, 2004, pág. 9) los efectos negativos del tabaco se incrementan con el número de cigarrillos diarios y la antigüedad del tabaquismo en los pacientes obesos están relacionados con cardiopatías isquémicas a diferencia de los que nunca han fumado, mientras que el consumo de alcohol provoca en estos mismos pacientes el aumento de accidentes cerebro vasculares.

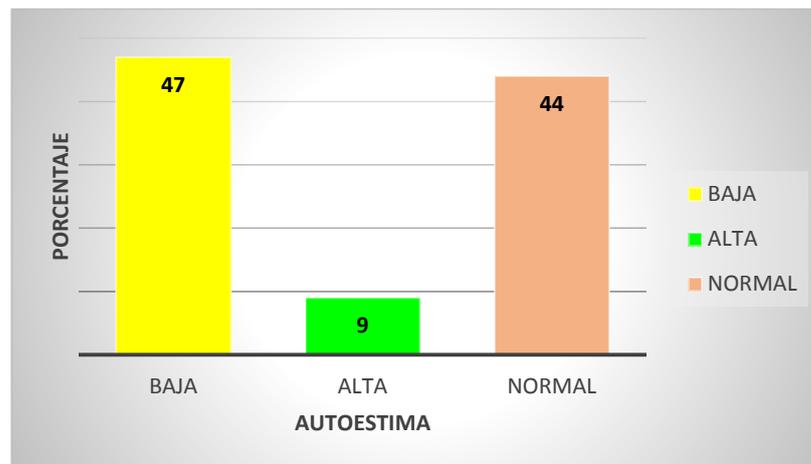
GRAFITABLA N° 5: AUTOESTIMA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

AUTOESTIMA	FRECUENCIA	%
BAJA	21	47
ALTA	4	9
NORMAL	20	44
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

Al realizar el análisis del cuadro estadístico se determinó que el 47% tiene baja autoestima mientras que el 9% presenta alta autoestima, lo que concuerda con (Meléndez,

2008, pág. 97) como los factores influyentes en la obesidad ya que la baja autoestima se ubican como inseguridad, la cual es provocada por la falta de reconocimiento por parte que quienes se encuentran a su alrededor.

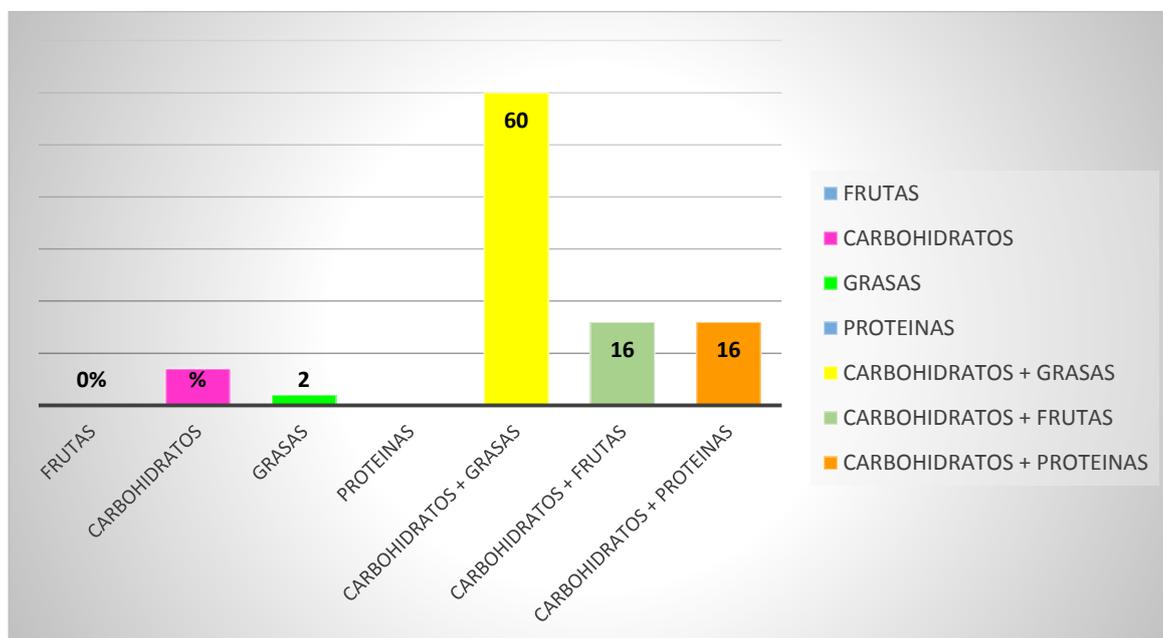
GRAFITABLA N° 6: ALIMENTACION DE LOS PACIENTES ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

ALIMENTOS	FRECUENCIA	%
FRUTAS	-	-
CARBOHIDRATOS	3	7
GRASAS	1	2
PROTEINAS	-	-
CARBOHIDRATOS + GRASAS	27	60
CARBOHIDRATOS + FRUTAS	7	16
CARBOHIDRATOS + PROTEINAS	7	16
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Los resultados del gráfico determinan que el 60% su alimentación está basada en carbohidratos + grasas, mientras que los pacientes que basan su alimentación solo en frutas y/o proteínas a pesar de considerarse en el estudio no se presenta ningún caso. Hace que sea afirmativa la teoría ((Roma), 2009, pág. 111) que durante periodos de balance energético positivo, las diferencias en carbohidratos y grasas tienen el mayor impacto sobre la regulación del peso corporal y por ende de la obesidad.

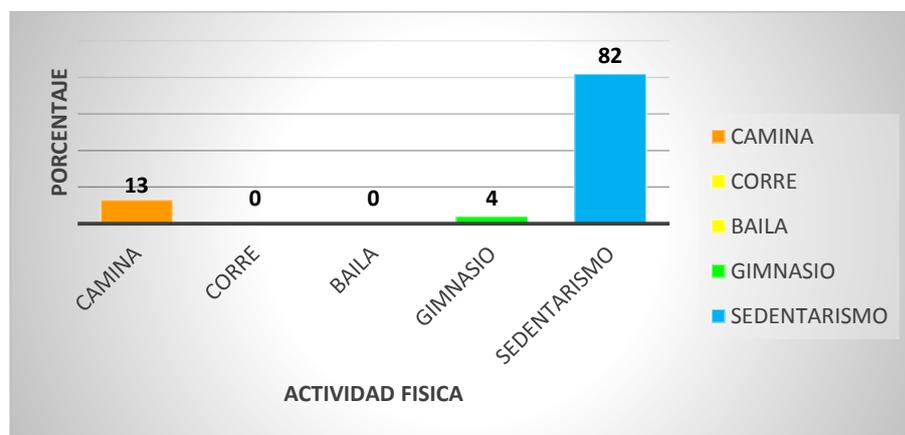
GRAFITABLA N° 7: ACTIVIDAD FISICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN EL AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

ACTIVIDAD FISICA	FRECUENCIA	%
CAMINA	6	13
CORRE	-	-
BAILA	-	-
GIMNASIO	2	4
SEDENTARISMO	37	82
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACIÓN

El siguiente gráfico arrojó como resultados que el 82% de los usuarios son sedentarios, mientras que 0% corre y/o camina. En la fisiopatología (José López Chicharro, 2006, pág.

922) el incremento de la prevalencia de la obesidad, en especial de los países desarrollados, está relacionada con la progresiva reducción en la actividad física tanto en la laboral con la propia del tiempo libre siendo esta última la más significativa.

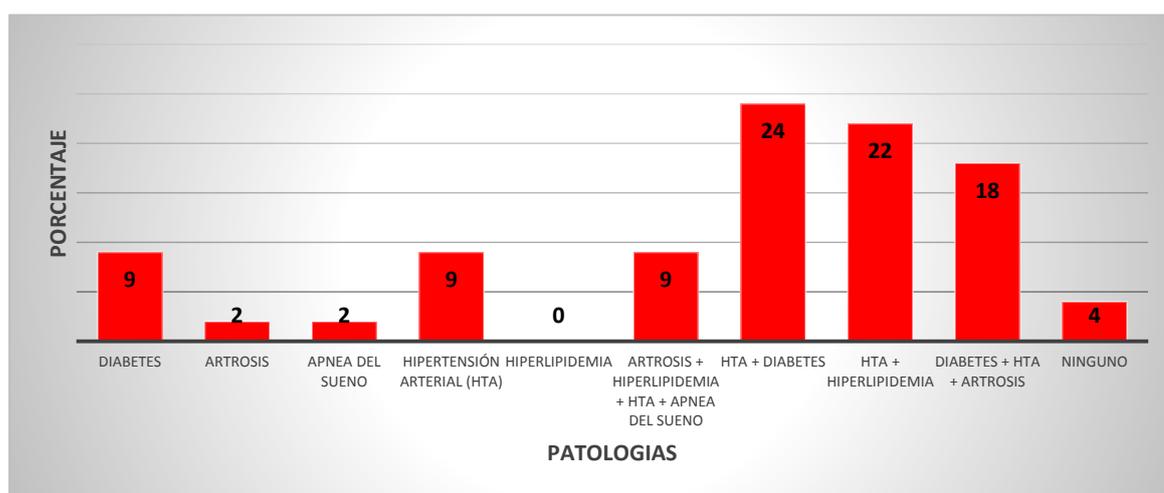
GRAFITABLA N° 8: PATOLOGIA QUE LOS PACIENTES PRESENTARON ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	%
DIABETES	4	9
ARTROSIS	1	2
APNEA DEL SUENO	1	2
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	4	9
HIPERLIPIDEMIA	-	-
ARTROSIS + HIPERLIPIDEMIA + HTA + APNEA DEL SUEÑO	4	9
HTA + DIABETES	11	24
HTA + HIPERLIPIDEMIA	10	22
DIABETES + HTA + ARTROSIS	8	18
NINGUNO	2	4
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Los resultados del octavo cuadro estadístico reflejó que el 24% de los usuarios presentaban diabetes + hipertensión arterial, y que el 0% solo presenta hiperlipidemia, según (Domingo, 2007, pág. 70) la obesidad frecuentemente se asocia a otras enfermedades, pero no de igual importancia en todos los casos, ni condicionando las mismas limitaciones, ni con la misma mortalidad. La hipertensión arterial + diabetes son de mayor importancia.

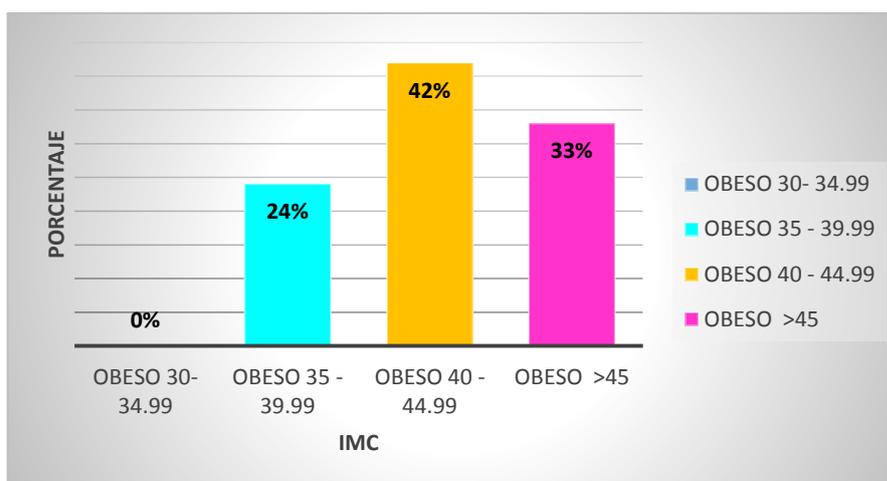
GRAFITABLA N° 9: INDICE DE MASA CORPORAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

IMC	FRCUENCIA	%
OBESO 30- 34.99	-	-
OBESO 35 - 39.99	11	24
OBESO 40 - 44.99	19	42
OBESO >45	15	33
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

Se mostró que el 42% tienen un IMC de 40- 45 ocupando el primer lugar, mientras que los pacientes con IMC de 30- 33,99 se los tomó en consideración reportando 0%. Según

(Baltasar A. , 2001, pág. 35) el IMC sirve para los cirujanos bariátricos es la medida más útil para indicar o descartar la cirugía, puesto que nos clasifica adecuadamente los grados de obesidad.

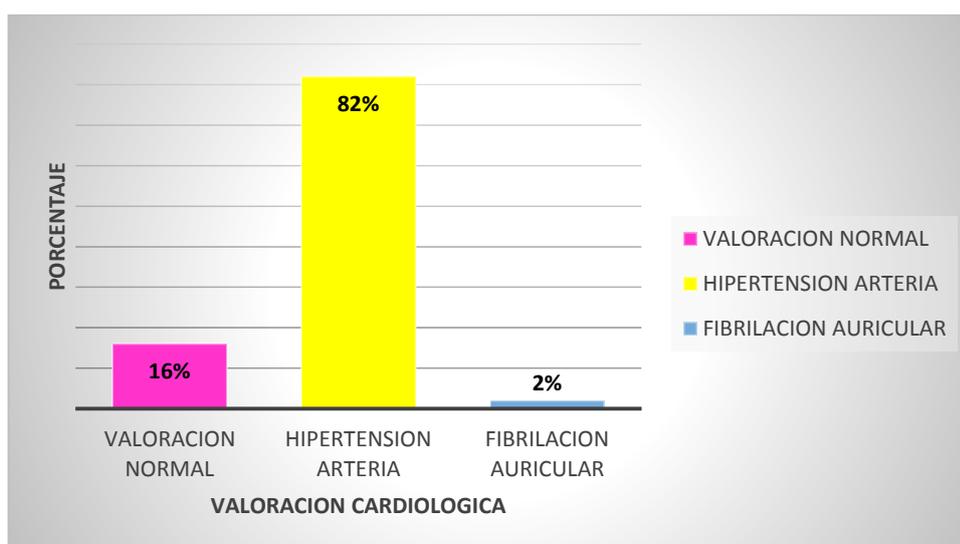
GRAFITABLA N° 10: VALORACION CARDIOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
VALORACION NORMAL	7	16
HIPERTENSION ARTERIA	37	82
FIBRILACION AURICULAR	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

El cuadro estadístico determina que en las valoraciones cardiológicas el 82% presentaba hipertensión arterial mientras que solo el 2% presentaba fibrilación auricular, lo que

coincide con el autor (Claudia Carvajal, 2004, pág. 27) que la frecuencia de la obesidad con las alteraciones cardiológicas es la hipertensión arterial lo que ha sido ampliamente documentado, tanto la presión diastólica como en la sistólica se incrementan, y esta se incrementa tres veces más en los obesos que en las personas normales, todas ellas deben encontrarse en su parámetros normales antes de la intervención quirúrgica ya sea en mejorar los niveles de sodio con la dieta o mediante medicación como los Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o Antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II).

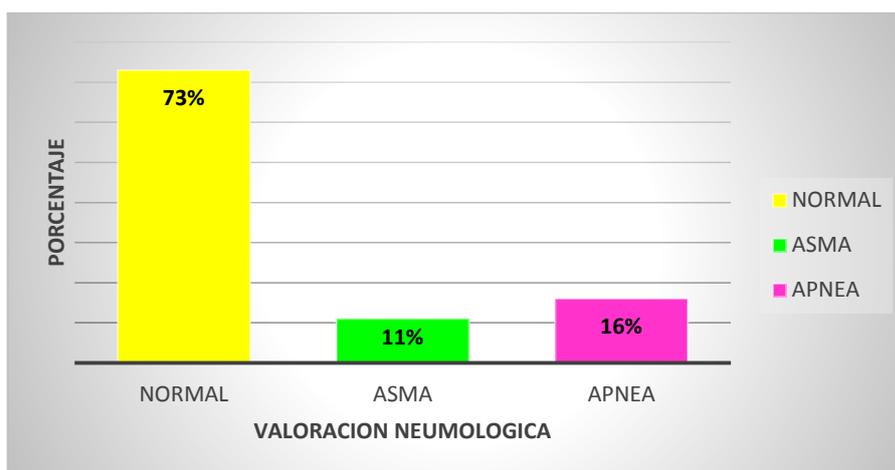
GRAFITABLA N° 11: VALORACION NEUMOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
NORMAL	33	73
ASMA	5	11
APNEA	7	16
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

Se figura en el siguiente cuadro estadístico que los pacientes presentan una valoración neumológica del 73% en los parámetros normales, mientras que el 11% presentan asma; por lo que según (Domingo, 2007, pág. 127) la obesidad hacen que el comportamiento de

los centros respiratorios tampoco resultan homogéneos lo que se refleja el estado de impulso respiratorio central y posiblemente algunos presenten un alteración primaria de los centros respiratorios, haciendo que en el momento de la cirugía provoque alteración de mínima relevancia.

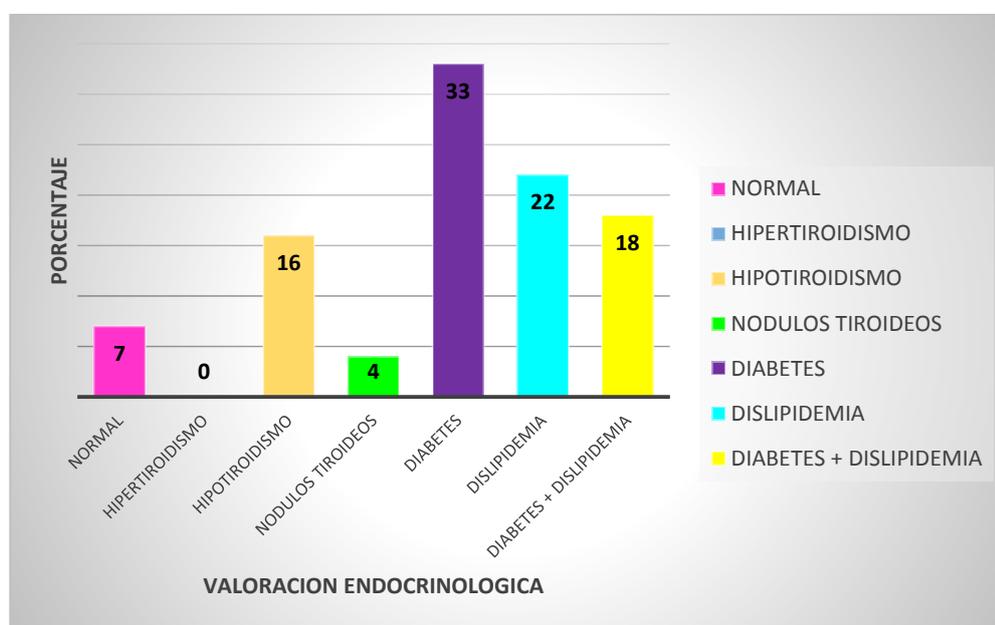
GRAFITABLA N°12: VALORACION ENDOCRINOLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
NORMAL	3	7
HIPERTIROIDISMO	-	-
HIPOTIROIDISMO	7	16
NODULOS TIROIDEOS	2	4
DIABETES	15	33
DISLIPIDEMIA	10	22
DIABETES + DISLIPIDEMIA	8	18
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Al realizar el correspondiente cuadro estadístico determinó que los pacientes en la valoración endocrinológica el 33% presentó diabetes, mientras que el último lugar con 0% es el hipertiroidismo. Coincidiendo con (García, 2011, pág. 363) existen múltiples alteraciones endocrinológicas en los obesos llevando un alto índice la diabetes y síndrome metabólico que son determinantes en el desarrollo de las posible complicaciones de dicha morbilidad y a si mismo principal causa de muerte en los obesos, no obstante que en el momento de la cirugía una vez detectados con sus patología deben tomar las medidas necesarias para valores en rango normal.

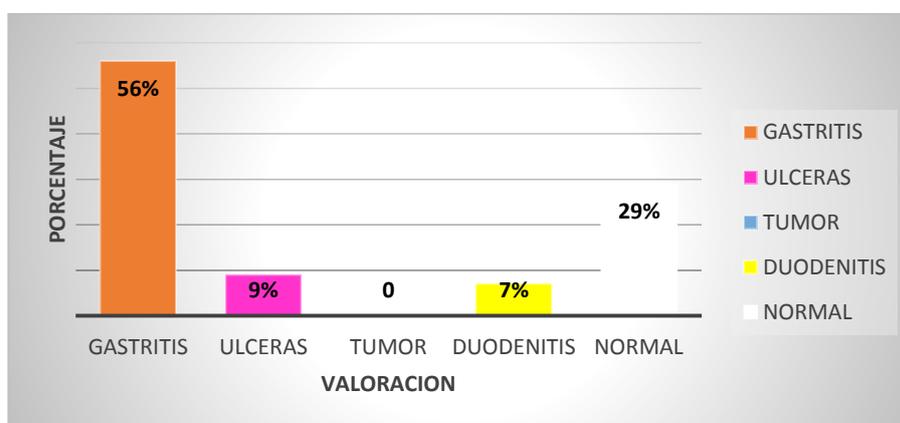
GRAFITABLA N° 13: VALORACION GASTROENTEROLOGICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACIÓN	FRECUENCIA	%
GASTRITIS	25	56
ULCERAS	4	9
TUMOR	-	-
DUODENITIS	3	7
NORMAL	13	29
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

El siguiente cuadro estadístico mostró que la alteración gastroenterológica con mayor índice representado un el 56% es la gastritis, mientras que las tumoraciones presentan un

0%, lo cual no presenta ningún riesgo en el momento perioperatorio ya que los principales según (Torres, 2004, pág. 1844) las más importantes son: la hernia de hiato, el reflujo gastroesofágico y la esofagitis de reflujo, por el riesgo de aspiración.

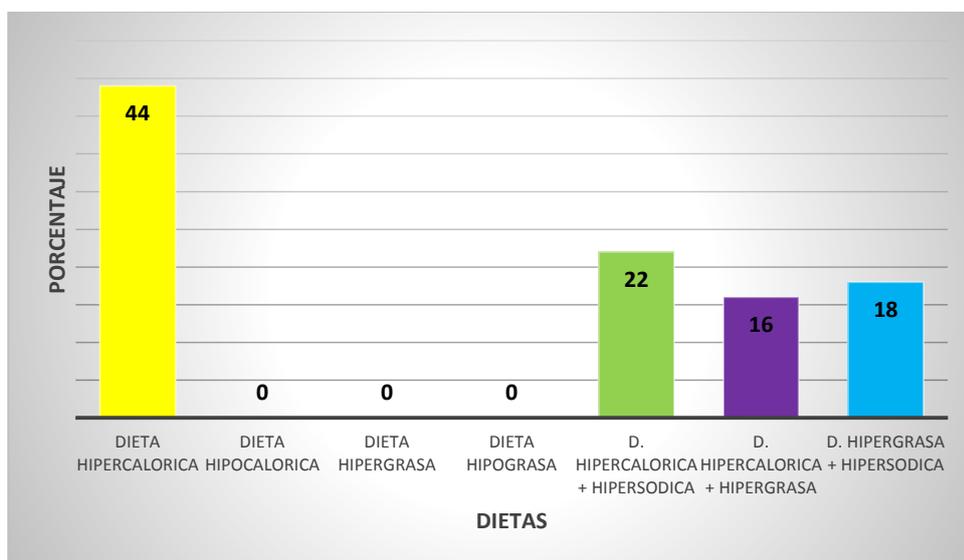
GRAFITABLA N° 14: VALORACION NUTRICIONAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACIÓN	FRECUENCIA	%
DIETA HIPERCALORICA	20	44
DIETA HIPOCALORICA	-	-
DIETA HIPERGRASA	-	-
DIETA HIPOGRASA	-	-
D. HIPERCALORICA + HIPERSODICA	10	22
D. HIPERCALORICA + HIPERGRASA	7	16
D. HIPERGRASA + HIPERSODICA	8	18
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

El siguiente cuadro el 44% de los usuarios presentaban una dieta hipercalórica al realizar su valoración nutricional, demostrando que no es impedimento para la cirugía bariátrica ya esta valoración tiene como objetivo mantener el Estado de Nutrición, según (Acharán, 2004) corregir las deficiencias nutricionales que se puedan presentar, aportar la energía y los demás nutrientes que requiere el paciente en cantidad y calidad y brindar orientación alimentaria al individuo y su familia.

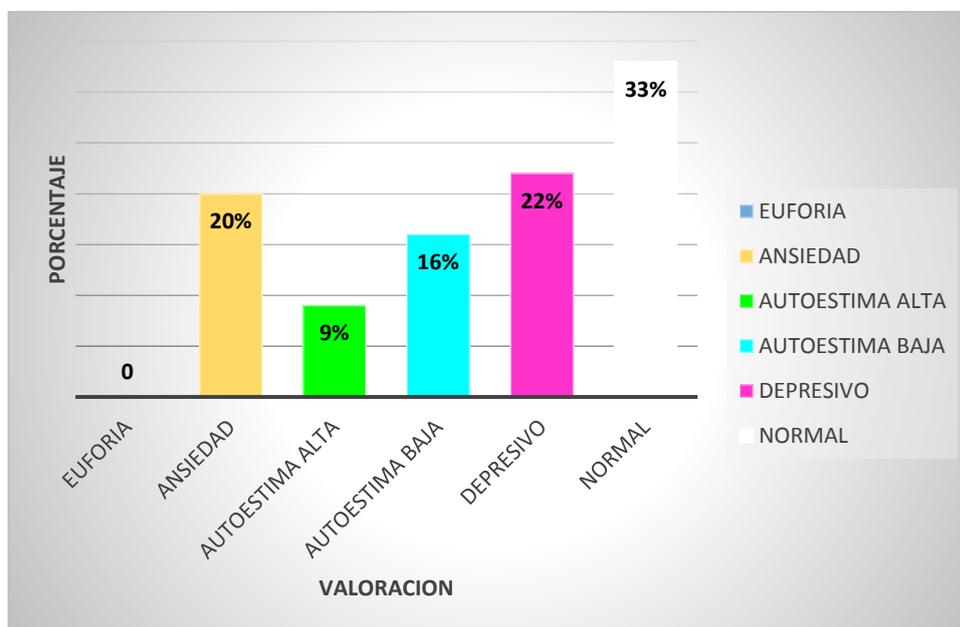
GRAFITABLA N° 15: VALORACION PSIQUIATRICA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
EUFORIA	-	-
ANSIEDAD	9	20
AUTOESTIMA ALTA	4	9
AUTOESTIMA BAJA	7	16
DEPRESIVO	10	22
NORMAL	15	33
<b>TOTAL</b>	<b>45</b>	<b>45</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

El análisis del siguiente cuadro estadístico en la valoración psiquiátrica reveló que el 33% presenta una valoración normal, mientras que el 0% es valoración eufórica. Según (Domingo, 2007, pág. 99) indudablemente en esta valoración inicial se pueden encontrar los “pacientes problemas”. Estos son los que, por parte de Salud mental, tendrían serias dificultades para entrar en el programa de cirugía bariátrica, antes de adaptarse a su nueva figura.

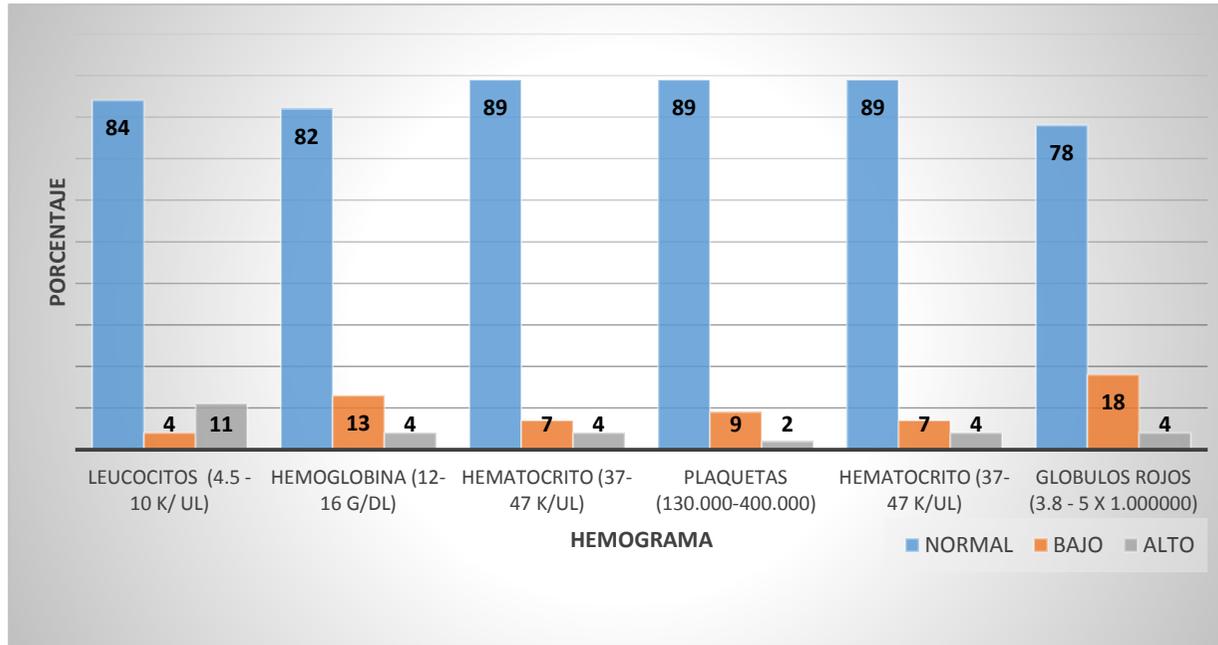
GRAFITABLA N° 16: BIOMETRIA HEMATICA ANTES DE LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PARAMETROS	LEUCOCITOS (4.5 - 10 k/ ul)		HEMOGLOBINA (12-16 g/dl)		HEMATOCRITO (37-47 k/ul)		PLAQUETA S (130.000- 400.000)		GLOBULOS ROJOS (3.8 - 5 U X 1.000000)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>RANGO</b>										
NORMAL	38	84	37	82	40	89	40	89	35	78
BAJO	2	4	6	13	3	7	4	9	8	18
ALTO	5	11	2	4	2	4	1	2	2	4
<b>TOTAL</b>	45	100	45	100	45	100	45	100	45	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

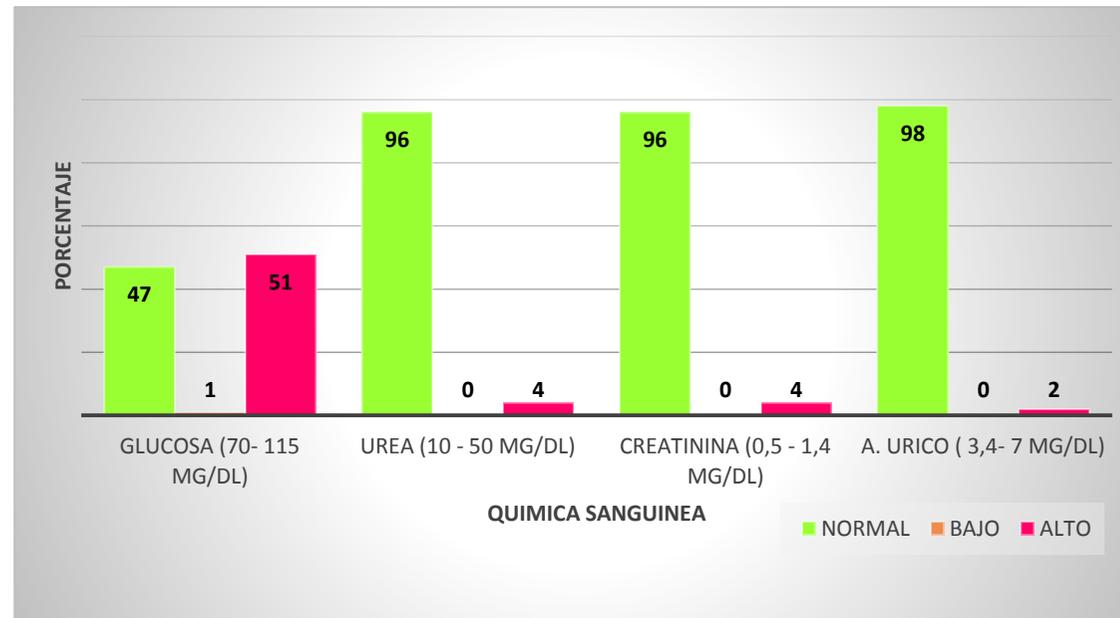
GRAFITABLA N° 17: QUIMICA SANGUINEA ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PARAMETRO	GLUCOSA (70- 115 mg/dl)		UREA (10 - 50 mg/dl)		CREATININA (0,5 - 1,4 mg/dl)		A. URICO ( 3,4- 7 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	21	47	43	96	43	96	44	98
BAJO	1	2	0	0	0	0	0	0
ALTO	23	51	2	4	2	4	1	2
<b>TOTAL</b>	45	100	45	100	45	100	45	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

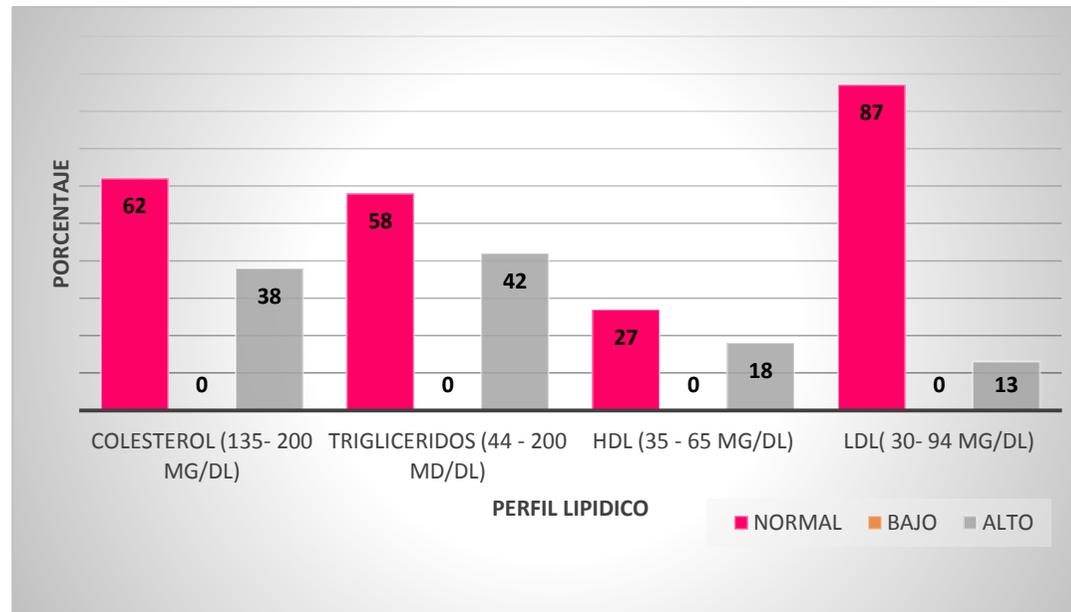
GRAFITABLA N°18: PERFIL LIPIDICO ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PARAMETROS	COLESTEROL (135- 200 mg/dl)		TRIGLICERIDOS (44 - 200 md/dl)		HDL (35 - 65 mg/dl)		LDL( 30- 94 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	28	62	26	58	27	60	39	87
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTO	17	38	19	42	18	40	6	13
<b>TOTAL</b>	45	100	45	100	45	100	45	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

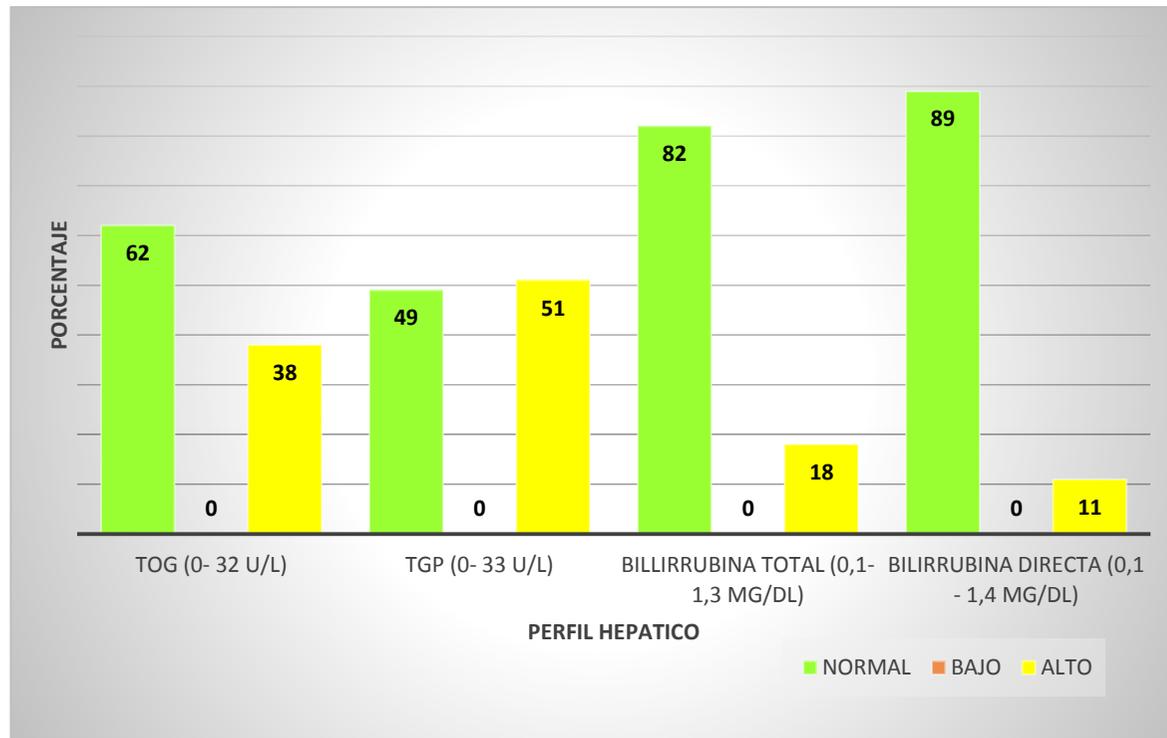
GRAFITABLA N° 19: PERFIL HEPATICO ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PERFIL HEPÁTICO	TOG (0- 32 U/L)		TGP (0- 33 U/L)		BILLIRRUBINA TOTAL (0,1- 1,3 mg/dl)		BILIRRUBINA DIRECTA (0,1 - 1,4 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	28	62	22	49	37	82	40	89
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTO	17	38	23	51	8	18	5	11
<b>TOTAL</b>	45	100	45	100	45	100	45	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

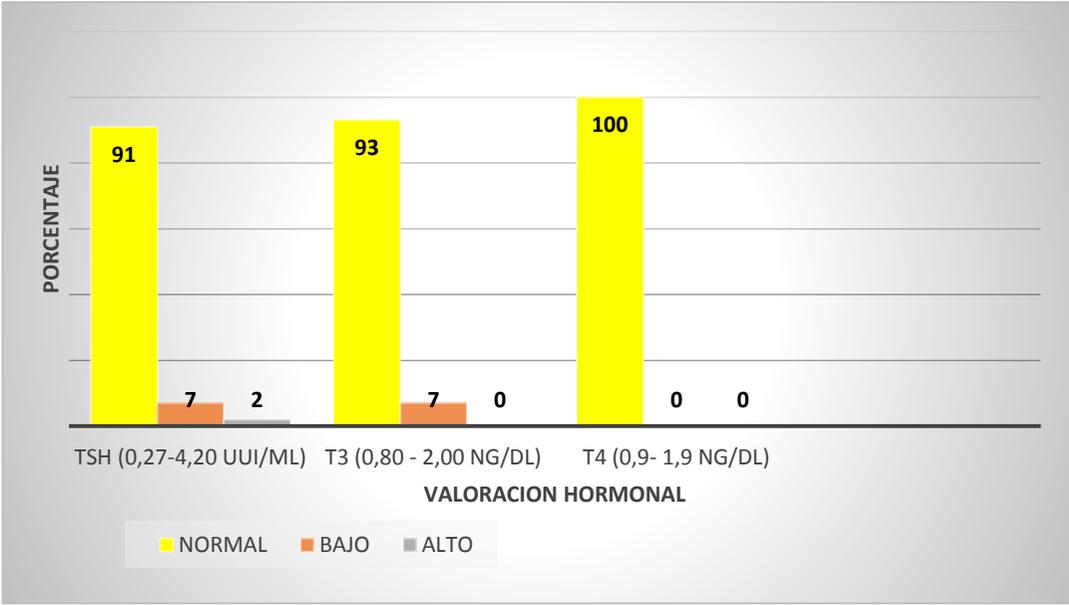
GRAFITABLA N°20: PERFIL HORMONAL ANTES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PARAMETROS	TSH (0,27-4,20 Uui/ml)		T3 (0,80 - 2,00 ng/dl)		T4 (0,9- 1,9 ng/dl)	
	F	%	F	%	F	%
<b>RANGO</b>						
NORMAL	41	91	42	93	45	100
BAJO	3	7	3	7	0	0
ALTO	1	2	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	45	100	45	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Al realizar la interpretación de los cuadros estadístico, 16, 17, 18, 19 y 20 los exámenes de laboratorio como biometría hemática, bioquímica sanguínea, perfil lipídico, perfil hepático y perfil hormonales la mayoría ocupan un 58 a 100% dentro del rango normal Según (Jaime Arias, 2004, pág. 51) la evaluación médica preoperatoria será esencial para evaluar los riesgos individuales de los pacientes, teniendo como objetivo la disminución de la morbi-mortalidad perioperatoria.

Los exámenes de laboratorio como la hemoglobina menor de 8 gr/dl haría que suspenda la cirugía o que se re programe hasta tenerla entre 10 a 12 mg/dl. Los leucocitos mayor o menor del 0,7% dentro de los parámetros nos hace sospechar de neoplasias hematológicas o infecciones severas. No existen estudios que relacione una morbi- mortalidad por elevaciones de glucosa. Ya tampoco son tan frecuentes el estudio de enzimas hepáticas ya que al haber alteración se evidencia claramente son la sintomatología. Es necesario fundamentalmente el laboratorio de función renal para la regulación de medicamentos. Los screening hormonales son para ligarlos con los otros parámetros al ver alteraciones de los mismos o que exista una patología de base.

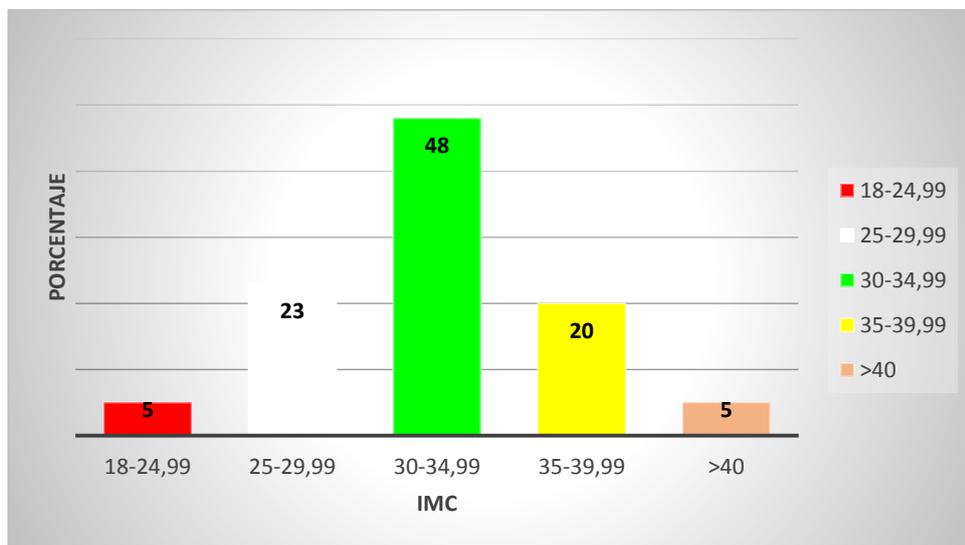
GRAFITABLA N° 21: INDICE DE MASA CORPORAL DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN EL PERIODO DE AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

IMC	FRECUENCIA	%
18-24,99	2	5
25-29,99	10	23
30-34,99	21	48
35-39,99	9	20
>40	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Al realizar la interpretación de los cuadros estadístico se evidencia que el 48% de los pacientes presentan actualmente un IMC. De 30 – 34,99 mientras que solo el 5% presentan un IMC entre 18-24,99; >40 por lo que concuerda con (Domingo, 2007, pág. 328) que todos los pacientes post- bariátricos sufren un proceso de “deshinchamiento”. Es importante escuchar las expectativas para que todos puedan alcanzar el peso deseado.

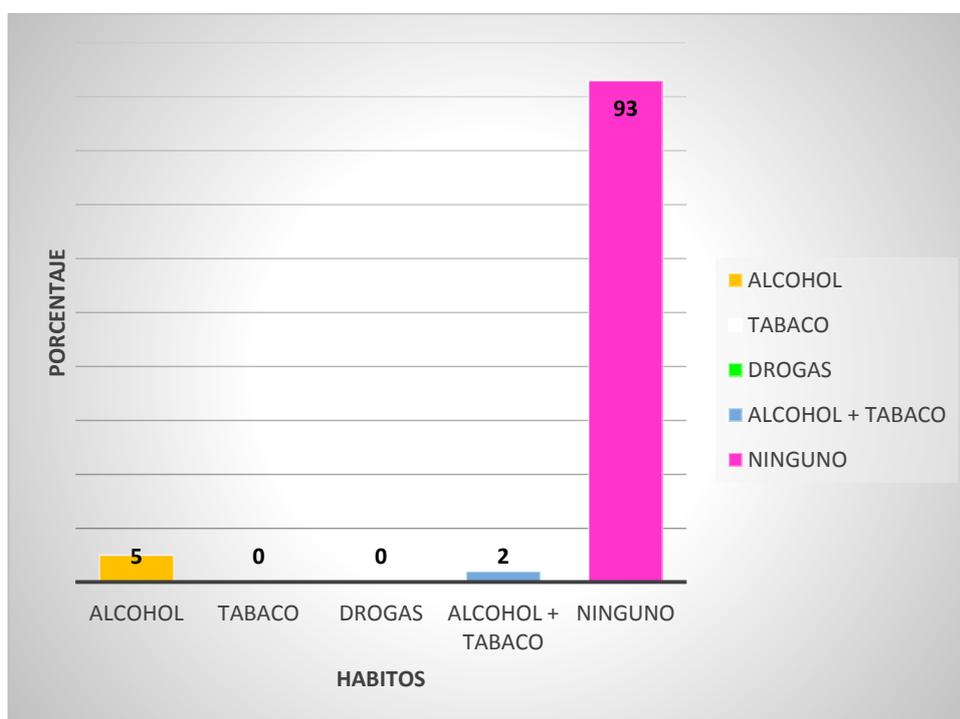
GRAFITABLA N° 22: HABITOS DE LOS PACIENTES DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

HABITOS	FRECUENCIA	%
ALCOHOL	2	5
TABACO	-	-
DROGAS	-	-
ALCOHOL + TABACO	1	2
NINGUNO	41	93
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

La siguiente información identificó que el 93% de los hábitos después de la cirugía bariátrica no presentaban ningún hábito mientras que el 0% con consumo de tabaco, drogas, alcohol + tabaco, (Basilio Moreno, 2006, pág. 298) esto se debe a las técnicas restrictivas posquirúrgica que mejoran la calidad de vida.

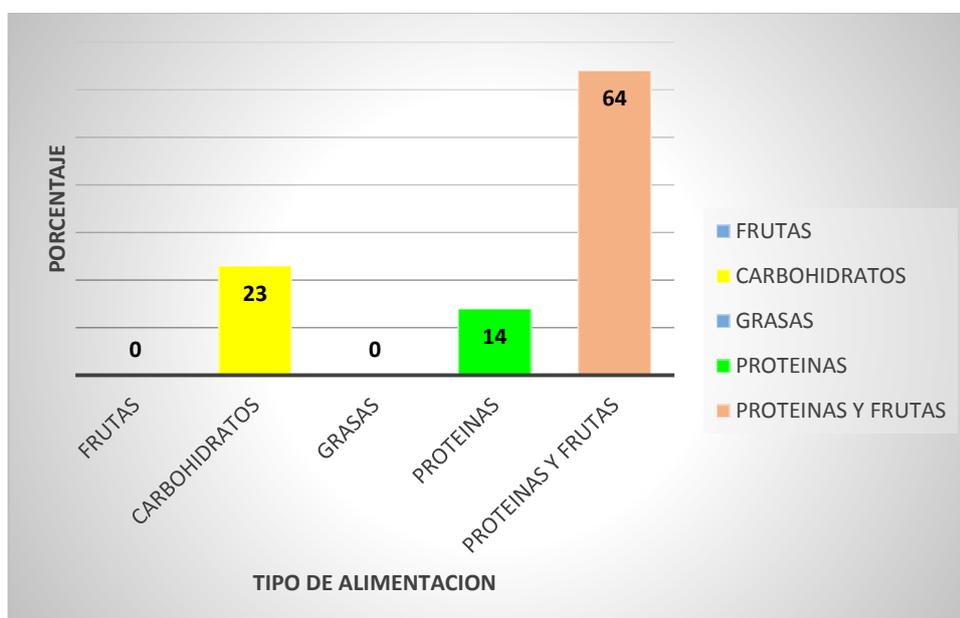
GRAFITABLA N° 23: TIPOS DE ALIMENTACION DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

ALIMENTOS	FRECUENCIA	%
FRUTAS	-	-
CARBOHIDRATOS	10	23
GRASAS	-	-
PROTEINAS	6	14
PROTEINAS Y FRUTAS	28	64
<b>TOTAL</b>	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

El vigésimo tercer cuadro estadístico presentó un 64% consumo de proteínas y frutas mientras que el 0% solo frutas y grasas. Lo que certifica (Daniel De Luis Román, 2012, pág. 137) que la dieta post-bariátrica al principio debe ser semisólida adaptando el volumen al tamaño de las tomas del reservorio gástrico, posterior a ello, la dieta será progresivamente más variada presentando especial educación a la educación alimentaria basada en mayor cantidad de proteínas, para conseguir una pérdida de peso significativa.

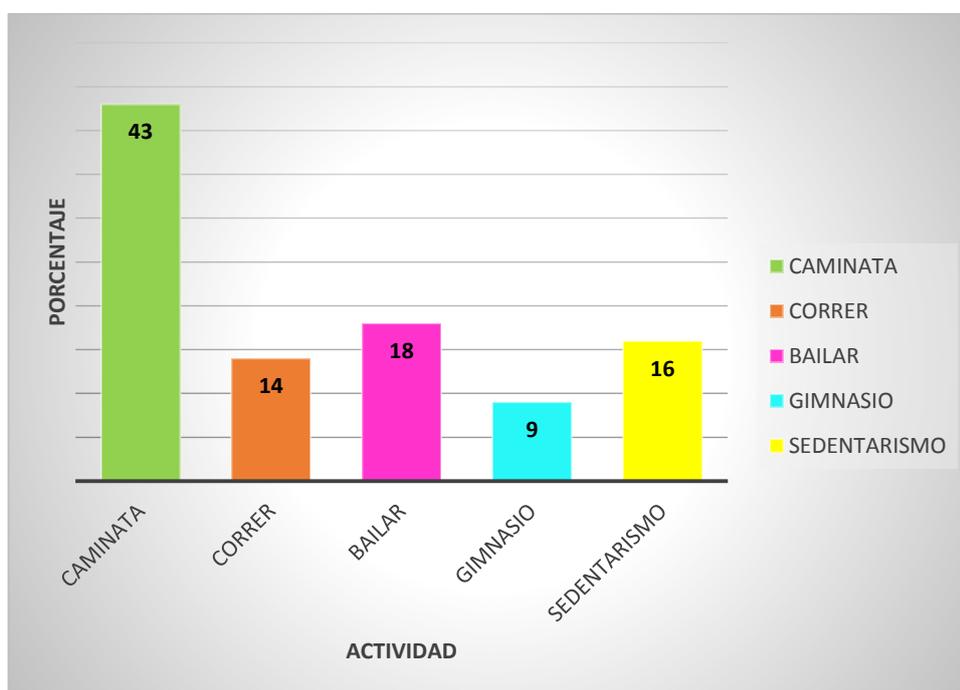
GRAFITABLA N° 24: ACTIVIDAD FISICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	%
CAMINATA	19	43
CORRER	6	14
BAILAR	8	18
GIMNASIO	4	9
SEDENTARISMO	7	16
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

La siguiente tabla nos revela que la actividad física posterior a la cirugía la caminata con 43%, mientras que los usuarios que hacían gimnasio representaba el 9%. Se aconseja (SALA, 2013) realizar actividad física orientándolos a diferenciarla entre ejercicio físico y deporte, si debe ser activo cada día y que actividades físicas o ejercicios hay que realizar.

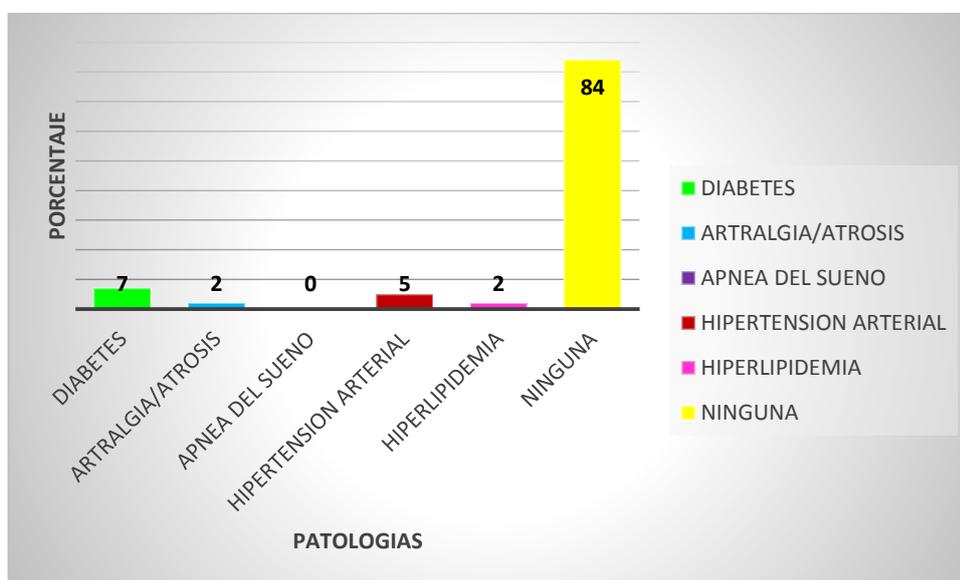
GRAFITABLA N° 25: PATOLOGIAS PERSONALES DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	%
DIABETES	3	7
ARTRALGIA/ATROSIS	1	2
APNEA DEL SUENO	-	-
HIPERTENSION ARTERIAL	2	5
HIPERLIPIDEMIA	1	2
NINGUNA	37	84
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Al realizar el análisis de este cuadro estadístico se revela que el 84% de los pacientes no presentan ninguna patología, con lo que coincide (Irene Bretón Lesmes, 2012, pág. 136) la mayor partes de las patologías asociadas a la obesidad mejoran o simplemente desaparecen tras la cirugía bariátrica; incluso la diabetes que es la patología más común mejora debido a que existe una disminución de la glucemia en ayunas y postprandial mejorando la sensibilidad de las células betas.

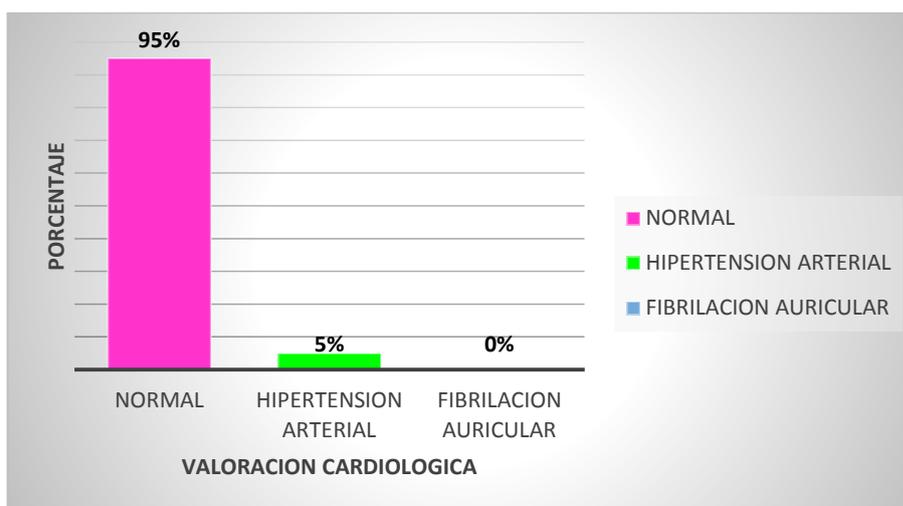
GRAFITABLA N° 26: VALORACION CARDIOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
NORMAL	42	95
HIPERTENSION ARTERIAL	2	5
FIBRILACIONAURICULAR	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

**INTERPRETACION:**

Al analizar los resultados caemos en cuenta que la valoración cardiológica de los pacientes el 95% presenta parámetros normales mientras que el 0% lo ocupa la fibrilación

auricular Acertando principalmente con (Chapunoff E. , 2010) que refiere que la hipertensión arterial mejora notablemente a pocos días o semanas de la cirugía bariátrica que los pacientes requieren muchas menos visitas a clínica, oficinas médicas y hospitalizaciones.

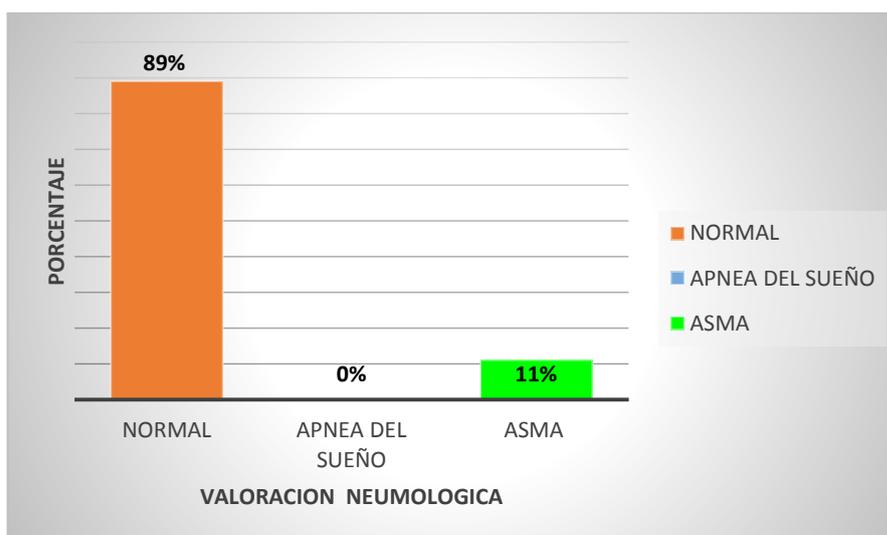
GRAFITABLA N° 27: VALORACION NEUMOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
NORMAL	39	89
APNEA DEL SUEÑO	-	-
ASMA	5	11
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

### INTERPRETACION

El análisis e interpretación de los resultados demuestran que después de la cirugía bariátrica el 89% se encontraban en los parámetros normales de la valoración

neumológica mientras que el 0% representa la ausencia del apnea del sueño. Uno de los metaanálisis, (Buchwald, Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures, 2009, pág. 39) realizados en el campo de la cirugía bariátrica analiza los resultados en cuanto al peso, la mortalidad dentro de 30 días y la resolución o mejora de las patologías entre ella el apnea del sueño.

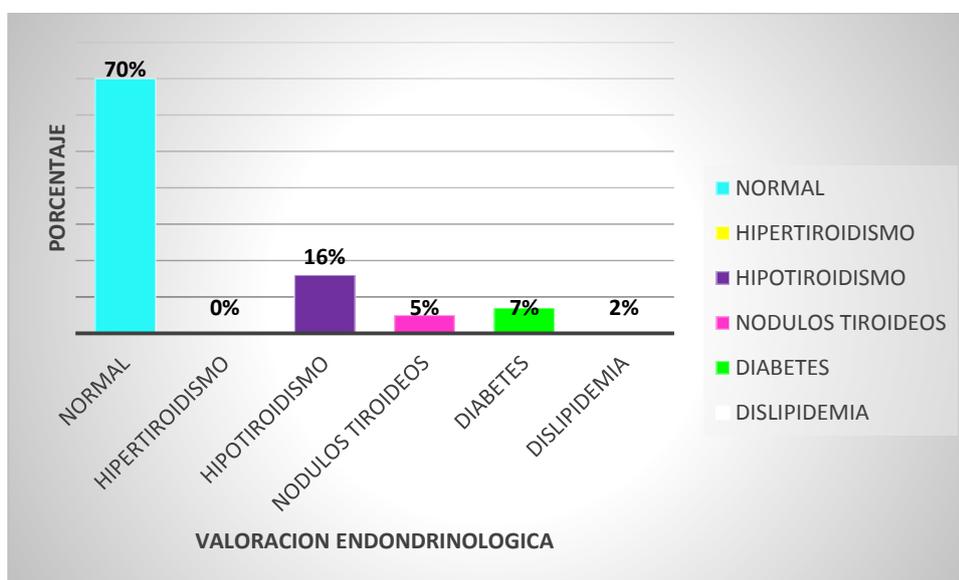
GRAFITABLA N° 28: VALORACION ENDOCRINOLOGICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO EN AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
NORMAL	31	70
HIPERTIROIDISMO	-	-
HIPOTIROIDISMO	7	16
NODULOS TIROIDEOS	2	5
DIABETES	3	7
DISLIPIDEMIA	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

La valoración endocrinológica después de la cirugía refleja que el 70% de los pacientes se encuentra en parámetros normales, mientras que el hipertiroidismo se encuentra con el 0%. Según (Francisco Javier Tébar Massó, 2014, pág. 383) que después de someterse a una cirugía gastrointestinal se experimenta una mejoría de resistencia a la insulina y concentración de glicemia, al igual.

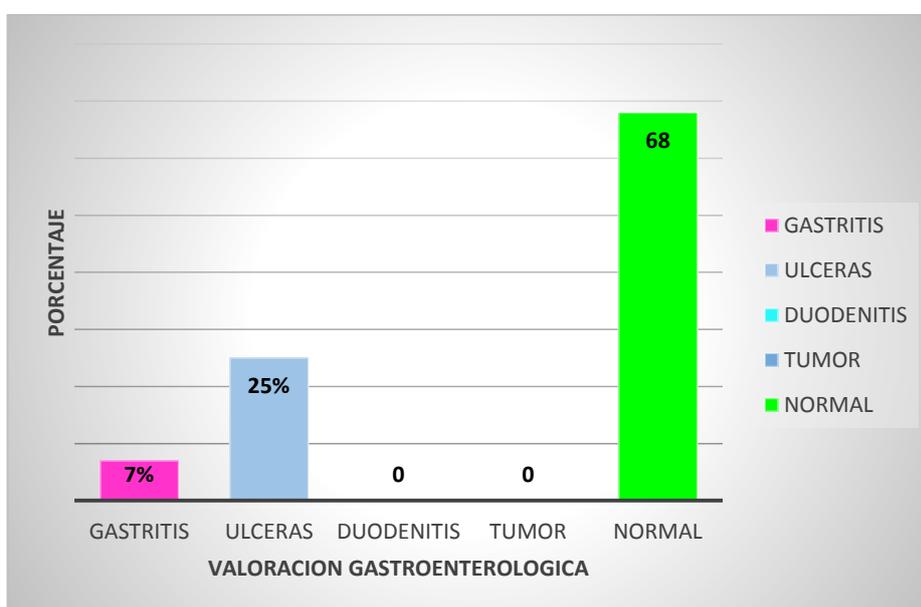
GRAFITABLA N° 29: VALORACION GASTROENTEROLOGIA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACIÓN	FRECUENCIA	%
GASTRITIS	3	7
ULCERAS	11	25
DUODENITIS	-	-
TUMOR	-	-
NORMAL	30	68
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

El 68% de los pacientes muestran con parámetros normales en la valoración gastroenterológica mientras que el 0% se encuentra la población que presenta duodenitis y/o tumor. En lo cual no coincide con (Jaime Arias, 2004) que posterior la gastrectomía vertical la erosión gástrica, la dilatación u obstrucción del reservorio, la enfermedad de reflujo gastroesofágico y la falla del control ponderal se presentan a largo plazo.

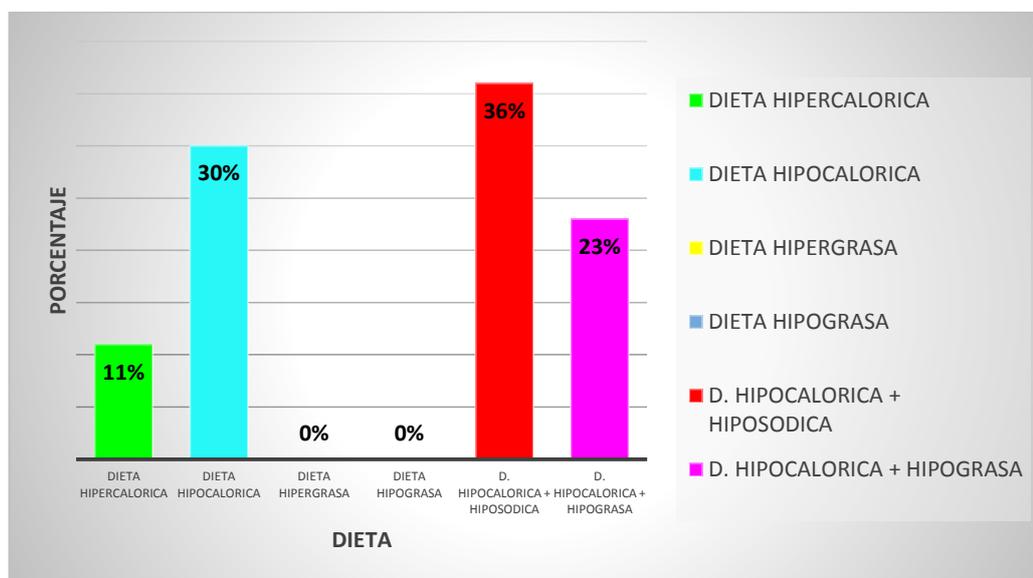
GRAFITABLA N° 30: VALORACION NUTRICIONAL DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACIÓN	FRECUENCIA	%
DIETA HIPERCALORICA	5	11
DIETA HIPOCALORICA	13	30
DIETA HIPERGRASA	-	-
DIETA HIPOGRASA	-	-
D. HIPOCALORICA + HIPOSODICA	16	36
D. HIPOCALORICA + HIPOGRASA	10	23
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

La dieta hipercalórico representa el primer eslabón posterior a la cirugía bariátrica es el 38%, mientras que el último con un 0% lo ocupa la dieta hipergrasa e hipograsa.

Una vez que se han descartado las fugas de las anastomosis, (Fuster, 2010, pág. 34) el paciente puede iniciar la hidratación oral, al mes de la cirugía y posteriormente se va introduciendo progresivamente una dieta blanda hasta una dieta hipocalórica normal de 1.200 kcal.

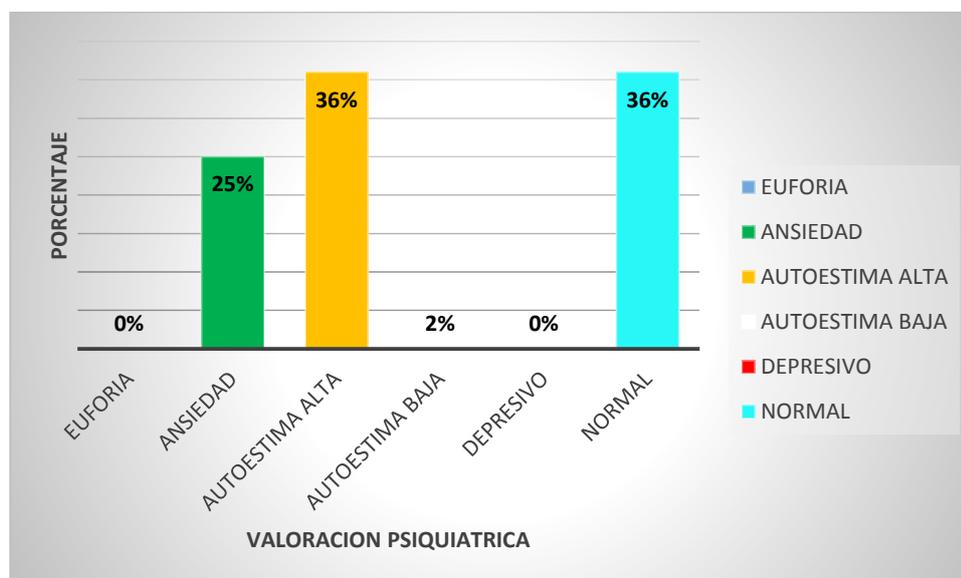
GRAFITABLA N°31: VALORACION PSIQUIATRICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO DEL 2013 A AGOSTO DEL 2014

VALORACION	FRECUENCIA	%
EUFORIA	0	0
ANSIEDAD	11	25
AUTOESTIMA ALTA	16	36
AUTOESTIMA BAJA	1	2
DEPRESIVO	0	0
NORMAL	16	36
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Según los valores determinados los parámetros presentan equidad con un 36% como es autoestima alta y valoración normal; mientras que los últimos lugares con 0% lo ocupan la euforia y el depresivo. Lo cual no coincide con (Domingo, 2007, pág. 140) que: revela que a las 48 y 72 horas posquirúrgicos puede existir trastornos confesional; a los 3 meses trastornos psiquiátricos + vómitos + pérdida de peso; a los 6 meses misma valoración de los 3; a los 12 meses realizar test repetir los test de personalidad.

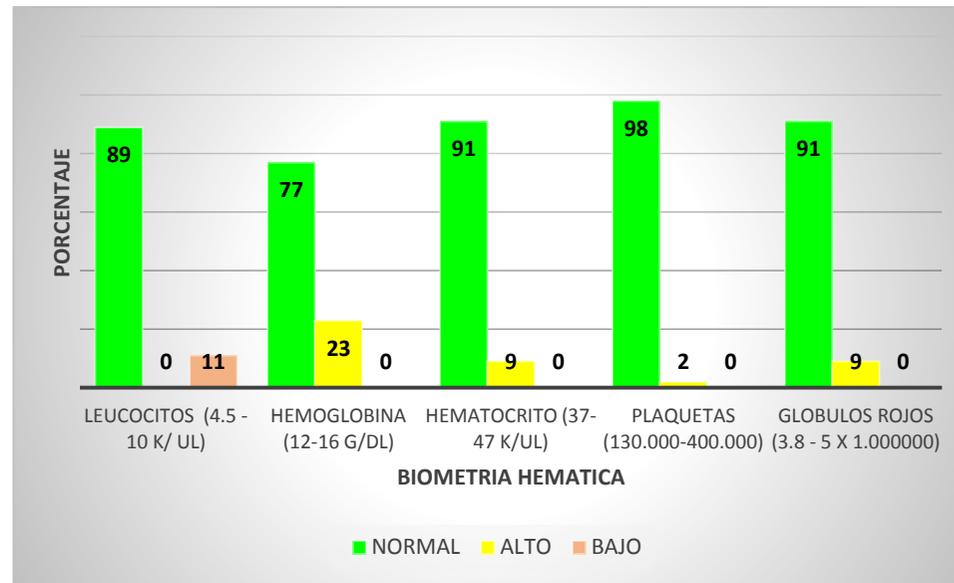
GRAFITABLA N° 32: BIOMETRIA HEMATICA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014.

PARAMETROS	LEUCOCITOS (4.5 - 10 k/ ul)		HEMOGLOBINA (12-16 g/dl)		HEMATOCRITO (37-47 k/ul)		PLAQUETAS (130.000-400.000)		GLOBULOS ROJOS (3.8 - 5 X 1.000000)	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	39	89	34	77	40	91	43	98	40	91
BAJO	0	0	10	23	4	9	1	2	4	9
ALTO	5	11	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	44	100	44	100	44	100	44	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

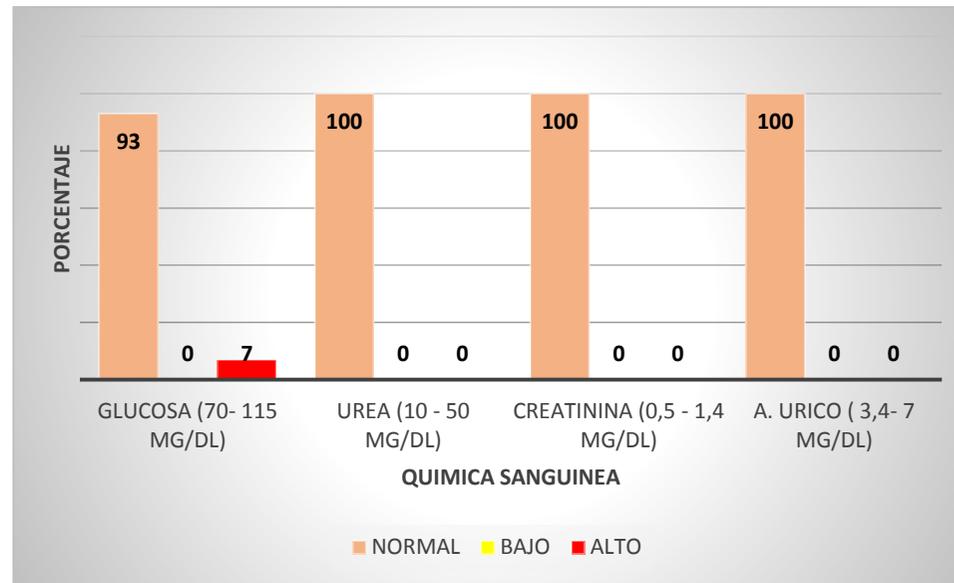
GRAFITABLA N°33: QUIMICA SANGUINEA DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014.

QUIMICA SANGUINEA	GLUCOSA (70- 115 mg/dl)		UREA (10 - 50 mg/dl)		CREATININA (0,5 - 1,4 mg/dl)		A. URICO ( 3,4- 7 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>NORMAL</b>	41	93	44	100	44	100	44	100
<b>BAJO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>ALTO</b>	3	7	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	44	100	44	100	44	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

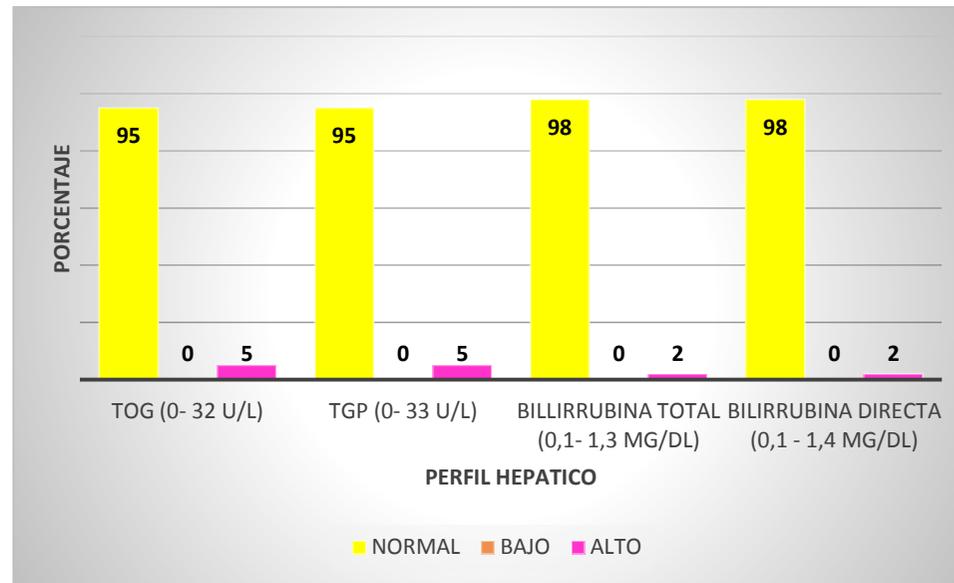
GRAFITABLA N°34: PERFIL HEPATICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014

PERFIL HEPATICO	TOG (0- 32 U/L)		TGP (0- 33 U/L)		BILLIRRUBINA TOTAL (0,1- 1,3 mg/dl)		BILIRRUBINA DIRECTA (0,1 - 1,4 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	f	%
<b>RANGO</b>								
NORMAL	42	95	42	95	43	98	43	98
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTO	2	5	2	5	1	2	1	2
<b>TOTAL</b>	44	100	44	100	44	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

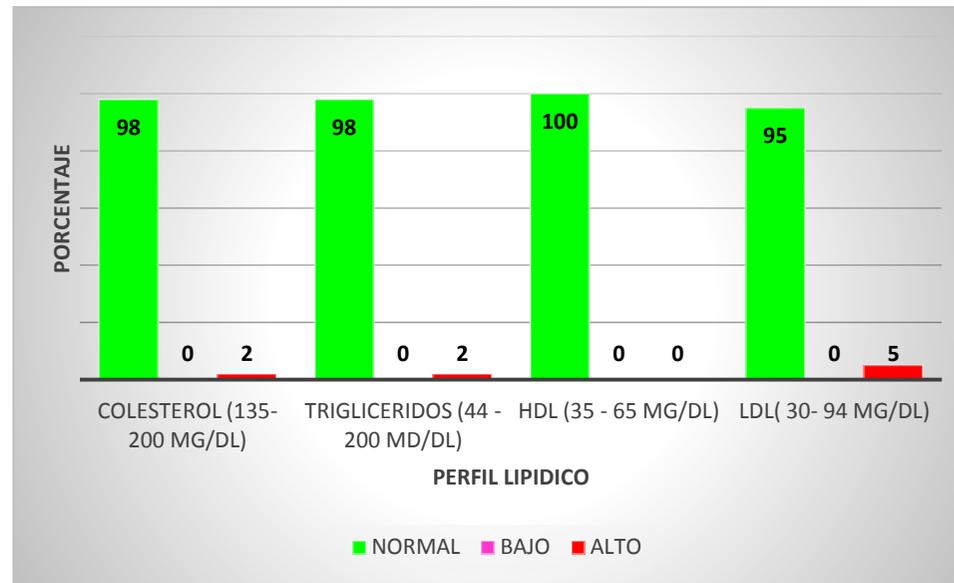
GRAFITABLA N°35: PERFIL LIPIDICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013 –AGOSTO 2014

PERFIL LIPIDICO	COLESTEROL (135- 200 mg/dl)		TRIGLICERIDOS (44 - 200 md/dl)		HDL (35 - 65 mg/dl)		LDL( 30- 94 mg/dl)	
	F	%	F	%	F	%	F	%
NORMAL	43	98	43	98	44	100	42	95
BAJO	0	0	0	0	0	0	0	0
ALTO	1	2	1	2	0	0	2	5
<b>TOTAL</b>	44	100	44	100	44	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

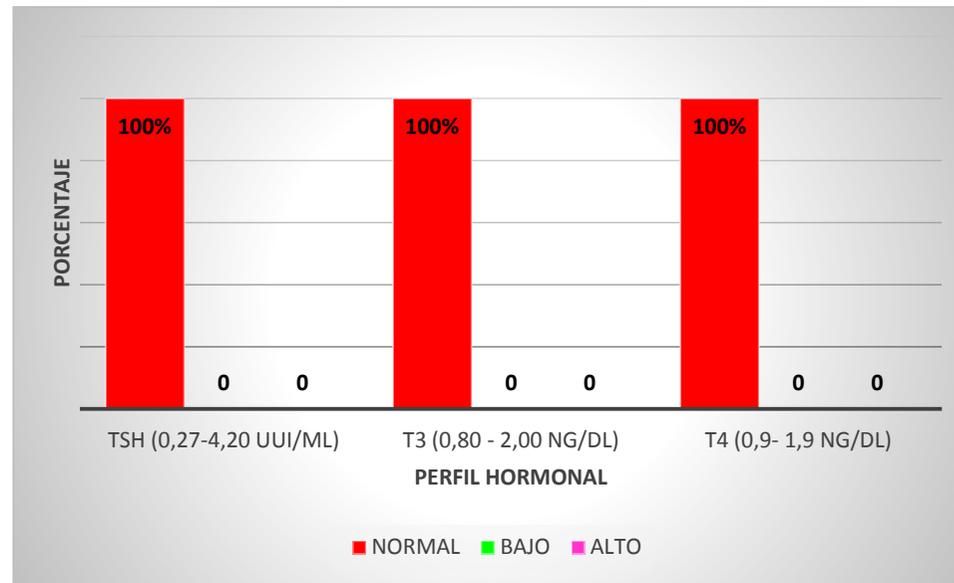
GRAFITABLA N°36: PERFILLIPIDICO DESPUES DE SER SOMETIDOS A LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL HOSPITAL IESS PORTOVIEJO AGOSTO 2013- AGOSTO 2014

P. HORMONAL	TSH (0,27-4,20 Uui/ml)		T3 (0,80 - 2,00 ng/dl)		T4 (0,9- 1,9 ng/dl)	
	F	%	F	%	F	%
<b>RANGO</b>						
NORMAL	44	100	44	100	44	100
BAJO	0	0	0	0	0	0
ALTO	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	44	100	44	100	44	100

FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana



FUENTE: Encuesta en el Hospital IESS de Portoviejo

ELABORADO POR: Ana Isabel Zambrano Mendoza

Isabel Evelyn Zambrano Santana

## INTERPRETACION

Al realizar la interpretación de los cuadros estadístico, 32, 33, 34, 35 y 36 los exámenes de laboratorio como biometría hemática, bioquímica sanguínea, perfil lipídico, perfil hepático y perfil hormonales la mayoría ocupan un 77 a 100% dentro del rango normal Según (Jaime Arias, 2004, pág. 66), se realiza el screening inmediatamente después de la cirugía y en especial a los 3 y 6 meses para saber si asimila la absorción de alimentos para descartar anemias, pero de igual manera observar las ventajas de la cirugía disminuyendo las comorbilidades como esteatosis hepáticas, hiperlipidemias, los índices de glucemia.

## CAPITULO IV

### CONCLUSIONES

Conforme a los resultados de población de estudio se determinó que los pacientes con obesidad mórbida se encuentran en la edad de 25 – 34 años representando un 36%, donde las mujeres resultaron proclives con un 62%, el estado civil predominante es el casado 49%; la procedencia con mayor índice es el sector urbano con 73% y el índice relevante del grado de instrucción es el superior con 60%.

Así mismo al determinar los parámetros previos a la cirugía las enfermedades que mayor aquejan a los usuarios son la diabetes y la hipertensión arterial con 24%; en las valoraciones la cardiológica tubo el hallazgo más importante como la hipertensión arterial con un 82%, y en menor proporción la valoración endocrinológica que arrojó un 33% siendo la diabetes el principal problema; igual que la valoración psiquiátrica el 33% se encontraba en parámetros normales. Los resultados de laboratorio llaman la atención que están en parámetros normales pero cabe recalcar que los usuarios antes de esta valoración recibieron tratamiento para reducir valores lipídicos altos, y mejorar la biometría hemática. Dentro de los estilos de vida que tenían los usuarios previos a la manga gástrica era el consumo de alcohol + tabaco representando un 58%; consumían alimentos ricos en grasas + carbohidratos reflejada un 60%; el 82% era sedentario ya que no realizaban actividades físicas, el 42% presentaba un Índice de Masa Corporal del 40 – 44,99.

Al realizarse la cirugía bariátrica se evidenció que los parámetros previo a la intervención disminuyeron, manteniéndose estable los valores de sus patologías que les aqueja, así mismo el cambio en sus hábitos alimenticios, como el consumo de alcohol, tabaco o drogas se redujo a un 93%, el 64% tiene un consumo de proteínas y frutas, la caminata se constituye en la actividad física predominante con el 43%, reduciendo el Índice de Masa corporal de nuestra población de estudio al 48% entre 30 – 34,99.

Al realizar la Socialización de los resultados de la investigación ante los usuarios y autoridades del Hospital IESS Portoviejo tuvo gran acogida demostrado por el interés de los participantes representado por una gama de preguntas e inquietudes que se trataron de responder con eficacia y excelencia por parte de las investigadoras y de los cirujanos presentes y el agradecimiento de los usuarios hacia las autoridades por la oportunidad que se les brindó al realizárseles la cirugía lo que redundó en mejorar su calidad de vida en todos los ámbitos de su vida.

Se hace entrega de bibliografía actualizada para beneficio de la población estudiantil a la biblioteca central

## RECOMENDACIONES

A la Universidad Técnica de Manabí en especial a la Facultad de Ciencias de la Salud que sigan realizando este tipo de investigación que es importantes para el desarrollo de los estudiantes.

Al Hospital del IESS Portoviejo que mantenga el equipo multidisciplinario con el fin de evitar complicaciones en el trans y post- operatorio.

A los usuarios concientizarlos a que sigan los estilos de vida saludable ya que la cirugía bariátrica no es la solución definitiva.

## CAPITULO V

### PROPUESTA

#### TITULO

Socialización de los resultados de la investigación ante los usuarios y autoridades del Hospital IESS Portoviejo.

#### JUSTIFICACION

De acuerdo a los datos previamente analizados, existe una gran cantidad de pacientes que acude al servicio de consulta externa del Hospital IESS de Portoviejo, con problemas de obesidad, debido a que se ingieren más calorías que aquellas que consume.

Entre los factores que pueden afectar su peso se incluyen la constitución genética, el exceso de comida, el consumo de alimentos ricos en grasas y la falta de actividad física.

A esto se suma que muchos pacientes obesos aumentan el riesgo de padecer enfermedades como la diabetes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, artritis y ciertos cánceres.

#### FUNDAMENTACION

En el Hospital IESS de Portoviejo es una de las patologías más común, la resolución de estos problemas se ve encaminada a la demanda de todos los pacientes pertenecientes a seguro general, montepío y seguro campesino.

La obesidad afecta a sujetos de todas las edades y sexo, presentando una prevalencia de tendencia elevada, tanto en adultos como en niños, que limitan sus expectativas de vida, con un mayor costo de salud para la población, lo cual representa un serio problema para la salud pública mundial.

Deben destacarse el deterioro de la autoimagen y las dificultades en la comunicación social. En no pocas ocasiones estas personas son social y económicamente discriminadas y por tanto tienen mayor abstención laboral.

Este aumento tiene una desigual distribución, de forma que son las mujeres las que mayor obesidad presentan y las personas con menor nivel de instrucción, por lo que nos propusimos estudiar en este trabajo personas que cumplieran con estos requisitos. Ya que estos grupos deben ser objeto de mayor atención en los programas ya sean de prevención.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL

Socialización de los resultados de la investigación ante los usuarios y autoridades del Hospital IESS Portoviejo.

### OBJEIVOS ESPECIFICOS

Elaborar un programa educativo base de charlas y trípticos dirigidos a personas que acuden a consulta externa para que conozcan cómo prevenir la obesidad y sobrepeso.

Concientizar a las personas a mejorar su estilo de vida mediante una dieta rica en fibra y actividad física.

## BENEFICIARIOS

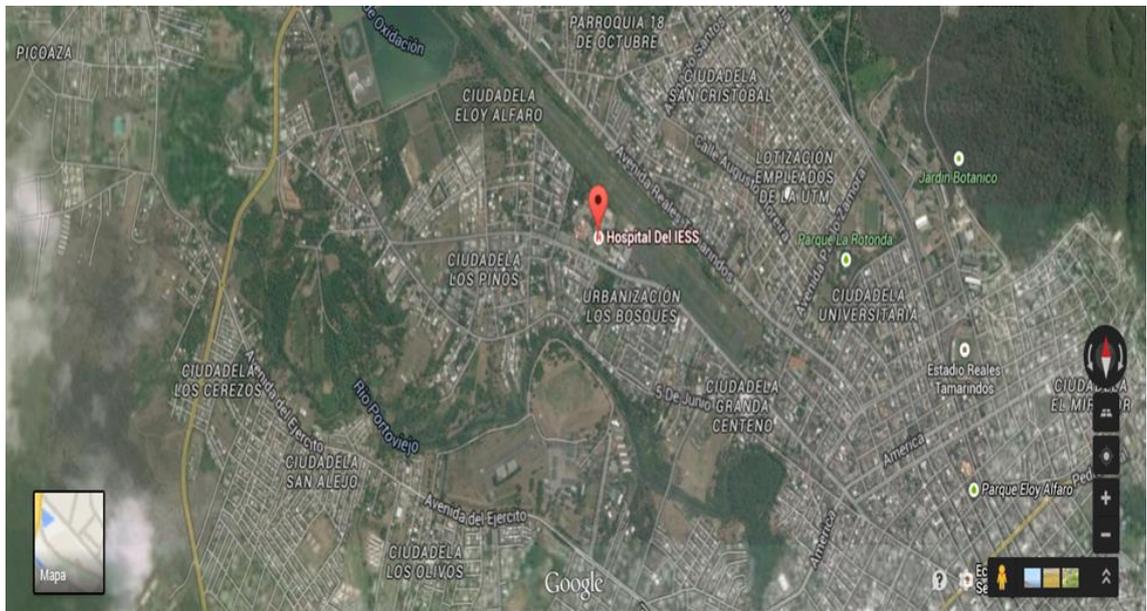
Los beneficiarios de esta propuesta serán los pacientes, médicos tratantes, licenciadas y residentes del hospital del IEES de Portoviejo.

## RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela de medicina; Srtas. Zambrano Mendoza Ana Isabel y Zambrano Santana Isabel Evelyn.

## UBICACIÓN SECTORIA Y FISICA

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital de IEES de Portoviejo en la elaboración de programa educativo en forma de tríptico dirigido a los usuarios que acuden a consulta externa del Hospital IEES de la ciudad de Portoviejo.



## FACTIBILIDAD

Esta propuesta es factible, ya que el hospital de IEES de la Ciudad de Portoviejo, se encuentra una alta prevalencia de pacientes que acude al servicio de consulta externa por problemas de obesidad y sobrepeso, y que no pueden bajar con dietas, ni actividad física, razón por la cual son sometidos a cirugía bariátrica, necesitando un año para observar si mejoran su estilo de vida después de la cirugía, contando con recursos necesarios para la atención de estos pacientes en los cuales se va a llevar a cabo esta actividad. Además se contó con la colaboración de las autoridades de esta entidad, de ahí la importancia de informar mediante charlas educativas cuáles son las diferentes patologías que desencadenan esta enfermedad.

## ACTIVIDADES

Charlas educativas a los usuarios de consulta externa.

Entrega de trípticos que permita conocer cómo mejorar los estilos de vida.

## RECURSOS HUMANOS

Consulta externa del hospital de IEES de Portoviejo.

Pacientes.

Investigadores.

## MATERIALES

Trípticos.

Computador.

## INFRAESTRUCTURA

Instalaciones del área de consulta externa del Hospital de IEES de la Ciudad de Portoviejo.

## CRONOGRAMA DE CHARLAS

ACTIVIDAD	CONTENIDO	LUGAR	RECURSOS	RESPONSABLES
Charlas educativas Entrega de trípticos		Área de consulta externa del Hospital de IEES Portoviejo	Diapositivas Trípticos	Investigadores

## IMPACTO

Con esta propuesta se pretende difundir información sobre la obesidad y el sobrepeso en pacientes y poder lograr mejorar los estilos de vida de los usuarios que acuden al Hospital IEES de Portoviejo, y actualizar los conocimientos al personal de salud, para que brinden un mejor servicio de atención medica integral, con esta patología que es muy frecuente en esta sociedad.

## ANALISIS DE INVOLUCRADOS

GRUPOS	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
--------	-----------	---------------------	----------------------

<p>Población de usuarios con esta patología</p>	<p>Manejo clínico y quirúrgico de pacientes atendidos en el Hospital IEES de Portoviejo.</p>	<p>RECURSOS: Humanos y materiales.</p> <p>MANDATOS: Diseñar estrategias para otorgar información sobre la obesidad y como mejorar su estilo de vida.</p>	<p>Genéticas. Metabólicas. Psicológicas. Socioculturales. Sedentarismo. Neuroendocrinas. Nutrición inadecuada. Multifactorial.</p>
<p>Personal de salud</p>	<p>Manejo y Tratamiento de los pacientes que presentan obesidad.</p>	<p>RECURSOS: Humanos y materiales.</p> <p>MANDATOS: Realizar revisión de protocolos sobre la cirugía bariátrica.</p>	<p>Falta de información a los pacientes de cómo llevar una alimentación saludable. Fomentar a los pacientes a realizar actividad física.</p>
<p>Comunidad</p>	<p>Implementar en los usuarios el conocimiento sobre esta patología.</p>	<p>RECURSOS: Humanos y materiales.</p> <p>MANDATOS:</p>	<p>Falta de información sobre cómo llevar una alimentación adecuada.</p>

		Fomentar información a la comunidad sobre la obesidad y cómo prevenirla.	
Autoridades de la Universidad Técnica de Manabí	Investigar sobre la obesidad, causas, tratamientos y la forma de mejorar los estilos de vida de las personas.	<p>RECURSOS:</p> <p>Humanos y materiales.</p> <p>MANDATOS</p> <p>Implementar al pensum de la Carrera de Medicina la asignatura de Nutrición.</p>	Educación limitada por falta de presupuesto y docentes
Investigadores	Mejorar las actitudes de los pacientes que presentan obesidad.	<p>RECURSOS:</p> <p>Humanos y materiales.</p> <p>MANDATOS:</p> <p>Prevenir y tratar buscando el equilibrio en la ingesta de calorías con una</p>	Falta de dialogo y seguimiento de los pacientes involucrados.

		dieta balanceada teniendo en cuenta los aportes calóricos de los alimento.	
--	--	---	--

## PRESUPUESTO

RECURSOS	VALOR
Cámara Digital	\$ 350.00
Computadoras y materiales informáticos	\$300.00
Lapiceros	\$15.00
Cuadernos	\$15.00
Flash memory	\$45.00
Hojas de papel bond	\$50.00
Impresora	\$250.00
Tinta de impresora	\$80.00
Teléfono	\$80.00
Transporte	\$150.00
Revistas médicas	\$80.00
Material bibliográfico mejorar la biblioteca	\$6000.00
<b>TOTAL</b>	<b>\$7415.00</b>

ACTIVIDADES	MESES - 2013/2015																																																														
	<b>CRONOGRAMA</b>																																																														
	OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO		
1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4								
Aprobación del tema	■																																																														
Entrega del anteproyecto					■																																																										
Primera reunión									■																																																						
Elaboración de marco teórico									■	■	■																																																				
Segunda reunión													■																																																		
Recolección de los datos del paciente													■	■	■																																																
tercera reunion																									■																																						
Tabulación de los resultados obtenidos																													■	■	■																																
Cuarta reunión																													■																																		
Elaboración y realización de los gráficos estadísticos																																	■	■																													
Quinta reunión																																																															
Elaboración de conclusiones y recomendaciones																																																															
Sexta reunión																																																															
Entrega de tesis																																																															

## BIBLIOGRAFIA

(s.f.).

(Roma), F. (2009). *Los Carbohidratos en la nutrición humana*. Roma: Food & Agriculture Org.

Acharán, M. L. (2004). *La Medicina Natural Al Alcance de Todos*. Editorial Kier.

Akabas, S., Lederman, S., & Moore, M. (2012). *Textbook of Obesity: Biological, Psychological and Cultural Influences*. USA: John Wiley & Sons.

Alarcón, A. (2007). *Cirugía de la obesidad mórbida*. Madrid: Arán.

Albala, C., Kain, J., Burrows, R., & Dias, E. (2000). *Obesidad: un desafío pendiente*. Chile: Editorial Universitaria.

*Anuario de investigación de la comunicación*. (2009). Mexico.

Ayela, M. (2009). *Obesidad: Problemas y soluciones*. España: Club Universitario.

Baltasar, A. (2001). *Obesidad y cirugía: cómo dejar de ser obeso*. España: Arán.

Baltasar, A. (2001). *Obesidad y cirugía: cómo dejar de ser obeso*. España: Arán.

Basilio Moreno, B. M. (2006). *La obesidad en el tercer milenio*. Ed. Médica Panamericana,.

BOTICARIO, C., & CALVO, S. (2005). *Nutrición y dietética II: aspectos clínicos*. MADRID: UNED.

Buchwald, H. (2009). *Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures*. Estados Unidos: Elsevier Health Sciences.

Buchwald, H. (2009). *Cirugía de la Obesidad*. España: Elsevier España.

Buchwald, H. (2011). *Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures*. Estados Unidos: Elsevier Health Sciences.

Chapunoff, E. (2010). *La Obesidad MÓrbida: ¿PermitirÁ Usted Que Le Quite la Vida?* Estados Unidos: Xlibris Corporation.

Chapunoff, E. (2010). *La Obesidad MÓrbida: ¿PermitirÁ Usted Que Le Quite la Vida?* españa: Xlibris Corporation.

Claudia Carvajal, J. D. (2004). *Obesidad: Un Enfoque Integral*. España: Universidad del Rosario.

Cohn, S., & Cohn, S. T. (2011). *Elective General Surgery: An Evidence-Based Approach*. USA: PMPH-USA.

Coulston, A., Boushey, C., & Ferruzzi, M. (2013). *Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease*. USA: Academic Press.

Daniel De Luis Román, D. B. (2012). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Ediciones Díaz de Santos.

De Luis Román, D., Bellido, D., & García, P. (2012). *Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Madrid: Díaz de Santos.

- Díaz, J. (2012). *El Libro Negro de los secretos de la obesidad*. España: Bubok.
- Domingo, J. A. (2007). *Cirugía de la obesidad mórbida*. Arán Editorial.
- Formiguera, X. (2013). *COMPRENDER LA OBESIDAD: Causas y complicaciones*. Barcelona: AMAT.
- Francisco Javier Tébar Massó, T. M. (2014). *La Diabetes en la Práctica Clínica*. Ed. Médica Panamericana.
- Frantzides, M., & Carlson, M. (2011). *Atlas De Cirugía Minimamente Invasiva*. Brasil: Elsevier Brasil.
- Fuster, G. O. (2010). *Manual de nutrición clínica y dietética*. Ediciones Díaz de Santos.
- García, J. M. (2011). *Enfermedades del sistema endocrino y de la nutrición*. Universidad de Salamanca,.
- Gómez, R. (2000). *Dietética práctica: bases de la alimentación en las enfermedades*. Madrid: Rialp.
- Guerrero, D., & Román, D. (2006). *Manual de nutrición y metabolismo*. España: Díaz de Santos.
- Hernandez. (2010). *Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica*. Argentina: Médica Panamericana.
- Hernandez, A. G. (2010). *Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica*. Ed. Médica Panamericana.
- Hernandez, A. G. (2010). *Tratado de Nutrición: Nutrición Clínica*. Ed. Médica Panamericana.
- Irene Bretón Lesmes, A. Z. (2012). *Obesidad. Tratamiento quirúrgico: Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo*. Ediciones Díaz de Santos.
- Jaime Arias, M. A. (2004). *Propedéutica quirúrgica: preoperatorio, operatorio, postoperatorio*. Editorial Tebar.
- Javier Aranceta Bartrina, J. A. (2004). *Obesidad y riesgo cardiovascular*. España: Ed. Médica Panamericana.
- José López Chicharro, A. F. (2006). *Fisiología del ejercicio*. Ed. Médica Panamericana, .
- Korenkov, M. (2012). *Bariatric Surgery: Technical Variations and Complications*. Alemania: Springer Science & Business Media.
- Kushner, R., & Bessesen, D. (2007). *Treatment of the Obese Patient*. USA: Springer Science & Business Media.
- Landa, J., & Parrilla, P. (2009). *Cirugía AEC/ AEC Surgery*. España: Ed. Médica Panamericana.
- Márquez, S. (2010). *Actividad física y salud*. España: Díaz de Santos.
- Martín, A., Alarcón, J., & Díez del Val, I. (2007). *Cirugía de la obesidad mórbida*. España: Arán.
- Meléndez, G. (2008). *Factores asociados con sobrepeso y obesidad en el ambiente escolar*. Médica Panamericana.

- Moreno, B., Monereo, S., & Álvarez, J. (2000). *Obesidad: la epidemia del siglo XXI*. España: Díaz de Santos.
- OMS. (18 de Enero de 2014). <http://www.who.int/en/>. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- OPS. (01 de 02 de 2015). <http://www.aes.es>. Obtenido de <http://www.aes.es/Jornadas2011/admin/uploads/presentacions/O-027.pdf>
- OPS. (01 de Febrero de 2015). <http://www.paho.org>. Obtenido de [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_content&view=category&id=824](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=category&id=824)
- Rippe, J. (2013). *Lifestyle Medicine*. USA: CRC Press.
- SALA, X. F. (2013). *COMPRENDER LA OBESIDAD: Causas y complicaciones*. Barcelona: Editorial Amat.
- Torres, L. M. (2004). *Tratado de anestesia y reanimación*. Arán Ediciones.

## ANEXOS

### ¿COMO MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA?

**ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR**  
Recomendación: 30 minutos al día

## DIETA EQUILIBRADA

**OCASIONALMENTE** **OCASIONALMENTE**

**A DIARIO** **A DIARIO**

**ESTO PIRÁMIDE REPRESENTA LA FORMA DE LA ALIMENTACIÓN DIARIA RECOMENDADA POR LOS ESPECIALISTAS**

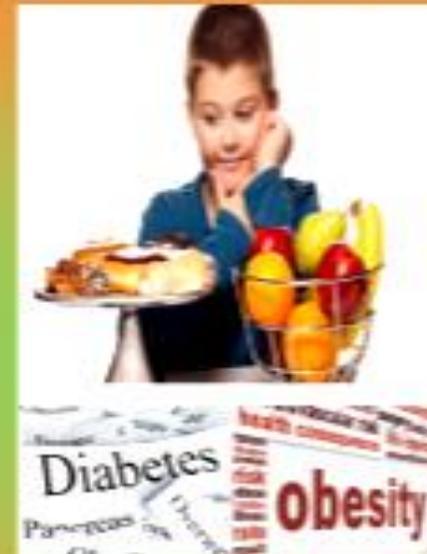
"Días no te hubiere dado la capacidad de soñar sin darte también la posibilidad de convertir tus sueños en realidad."

### CUADRO COMPARATIVO ENTRE EL ESTILO DE VIDA Y SALUD DE ADULTO Y NIÑO

Semejanzas	Diferencias
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Obesidad:</b> Generalmente se presentan casos de obesidad en adultos y niños, por esta es una situación de riesgo por la cual deberia de desaparecer.</li> <li><b>La desnutrición:</b> Tanto en niños como adultos pueden sufrir de desnutrición por diferentes causas, ya sea por mala alimentación o falta de recursos.</li> <li><b>Ejercicio:</b> Todos debemos realizar al menos 20 minutos diarios de actividad física.</li> <li><b>Tres tiempos de comidas:</b> Todos tenemos que tener los alimentos a las horas adecuadas y que procuremos que sean a una hora determinada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Actividades recreativas sedentarias:</b> Todos pueden hacer este tipo de actividades sin exceder 2 horas al día.</li> <li><b>Alimentación:</b> Generalmente los adultos se alimentan de manera mas consciente que los niños, y esto tiene que cambiar, para que los niños tengan mejores hábitos alimenticios.</li> <li><b>Higiene:</b> La higiene del niño depende de sus padres y la de los adultos de ellos mismos.</li> <li><b>Prevenir alteraciones:</b> Las personas adultas son propensas a más enfermedades mas graves debido a sus malos hábitos alimenticios en su pasado.</li> </ul>

AUTORAS:  
ZAMBRANO MENDOZA ANA ISABEL  
ZAMBRANO SANTIANA ISABEL EVELYN

UNIVERSIDAD TECNICA DE MARIACHI  
FACULTAD DE BIENESTAR DE LA SALUD



TEMA:

**OBESIDAD y COMO MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA**

## OBEESIDAD

### ¿QUE ES LA OBEESIDAD?

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible, que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa; es decir, cuando la reserva natural de energía de los humanos y otros mamíferos almacenada en forma de grasa corporal, se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida.

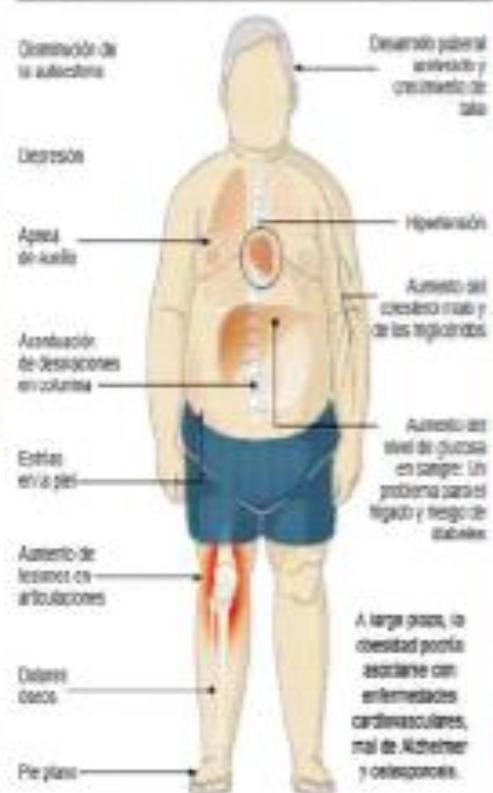
### ¿ERES OBEESO?

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define como obesidad cuando el IMC es igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup>.

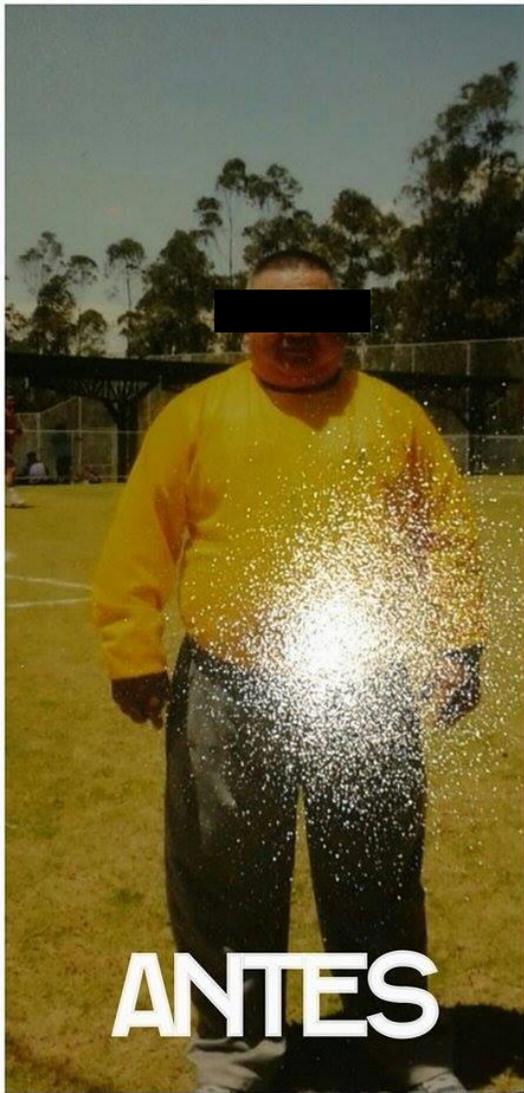
### Grados de Obesidad



### COMPLICACIONES POSIBLES EN CHICOS CON OBEESIDAD















UNIVERSIDAD TECNICA DE MANABI  
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
 CARRERA DE MEDICINA

EL OBJETIVO DE ESTA ENCUESTA ES DETERMINAR LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES ANTES Y DESPUES DE LA CIRUGIA BARIATRICA COMO REQUISITO PARA OBTENER EL TÍTULO DE MÉDICOS CIRUJANOS DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR.

**NOMBRE:**

.....

**FECHA**-----

**¿QUE EDAD TIENE? ( )**

**¿SU SEXO?:** MASCULINO ( )                      FEMENINO ( )

**¿Cuál ES SU ESTADO CIVIL?**

SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	DIVORCIADO	VIUDO

**EN QUE CANTON VIVE UD Y SU ZONA DOMICILIARIA?:**

URBANA ( )                      RURAL ( )

**¿CUAL ES SU INSTRUCCIÓN?:**

NINGUNO	PRIMARIO	SECUNDARIO	SUPERIOR

**¿UD CONSUME?:**

ALCOHOL	TABACO	DROGAS

**¿UD SE CONSIDERA QUE TIENE UNA?:**

AUTOESTIMA ALTA ( )      AUTOESTIMA BAJA ( )

**¿SU ALIMENTACIONES ES A BASE DE?:**

FRUTAS	
CARBOHIDRATOS	
GRASAS	
PROTEINAS	
CARBOHIDRATOS + GRASAS	
CARBOHIDRATOS + FRUTAS	
CARBOHIDRATOS + PROTEINAS	

**¿QUE ACTIVIDAD FISICA PRÁCTICA?:**

CAMINA	CORRE	BAILA	GIMNASIO	SEDENTARISMO

**¿PADECE DE ALGUNAS DE ESTAS ENFERMEDADES?:**

DIABETES	
ARTROSIS	
APNEA DEL SUENO	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	

HIPERLIPIDEMIA	
ARTROSIS + HIPERLIPIDEMIA + HTA + APNEA DEL SUEÑO	
HTA + DIABETES	
HTA + HIPERLIPIDEMIA	
DIABETES + HTA + ARTROSIS	
NINGUNO	

**¿SU INDICE DE MASA CORPORAL ES?**

OBESO 30- 34.99	
OBESO 35 - 39.99	
OBESO 40 - 44.99	
OBESO >45	

**¿SU VALORACION CARDIOLOGICA FUE?**

VALORACION NORMAL	
HIPERTENSION ARTERIA	
FIBRILACION AURICULAR	

**¿SU VALORACION RESPIRATORIA FUE?**

NORMAL	
ASMA	
APNEA	

**¿EN SU VALORACION ENDOCRINOLOGICA PRESENTO?**

NORMAL	
HIPERTIROIDISMO	
HIPOTIROIDISMO	
NODULOS TIROIDEOS	
DIABETES	
DISLIPIDEMIA	
DIABETES + DISLIPIDEMIA	

**¿EN SU VALORACION GASTROENTEROLOGICA QUE HALLAZGO SE ENCONTRO?**

GASTRITIS	
ULCERA GASTRODUODENAL	
TUMOR	

**¿SU VALORACION NUTRICIONAL FUE?**

Dieta Hipercalorica	
Dieta Hipocalorica	
Dieta Hipergrasa	
Dieta Hipograsa	
Dieta Hipersodica	
Dieta Hiposoodica	

**¿SU VALORACION PSIQUIATRICA DETERMINO?**

EUFORIA	ANSIEDAD	AUTOESTIMA ALTA	AUTOESTIMA ALTA	DEPRESIVO

**¿EN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO SE HALLO?**

Hematocrito	-----k/ul (37-47)
Hemoglobina	-----g/dl (12-16)
Leucocitos	----- k /ul (4.5- 10)
Plaquetas	-----k/ul (130.000- 400.000)
Glucosa	-----mg/dl (70-115)
Urea	-----md/dl (10-50)
Creatinina	-----mg/dl (0,5-1,4)
Ácido Úrico	-----mg/dl (3,4-7)
Colesterol	-----mg/dl (135-200)
Triglicéridos	-----mg/dl (44- 200)
TGO	----- U/l(0 – 32)
TGP	----- U/l(0 – 33)
BILIRRUBINA TOTAL	----- U/l (0 –1,3)
BILIRRUBINA DIRECTA	----- U/l (0 – 0.4)

TSH	-----Uul/ml (0,27 – 4,20)
T3	----- ng/dl (0,80 - 2,00)
T4	-----ng/dl (0,9 – 1,90)

DESPUES DE LA INTERVENCION QUIRURGICA MEJORO SU ASPECTO FISICO Y EMOCIONAL:

**¿EL INDICE DE MASA CORPORAL ES DE?**

18-24,99	25-29,99	30 – 34,99	35 – 39,00	>40

**¿SU TIPO DE ALIMENTACION?**

FRUTAS	
CARBOHIDRATOS	
GRASAS	
PROTEINAS	
PROTEINAS Y FRUTAS	

**¿QUE ACTIVIDAD FISICA REALIZA EN LA ACTUALIDAD?**

CAMINATA	CORRER	BAILAR	GIMNASIO	SEDENTARISMO

**¿ACTUALMENTE SUFRE DE ALGUNA DE ESTAS PATOLOGIAS?**

DIABETES	
----------	--

ARTRALGIA/ATROFIA	
APNEA DEL SUENO	
HIPERTENSION ARTERIAL	
HIPERLIPIDEMIA	
NINGUNA	

**¿EN SU VALORACION CARDIOLOGICA DESPUES DE LA CIRUGIA?**

VALORACION NORMAL	
HIPERTENSION ARTERIA	
FIBRILACION AURICULAR	

**¿EN SU VALORACION GASTROENTEROLOGICA QUE HALLAZGO SE ENCONTRO?**

GASTRITIS	
ULCERA GASTRODUODENAL	
TUMOR	

**¿SU VALORACION NUTRICIONAL ES?**

Dieta Hipercalorica	
Dieta Hipocalorica	
Dieta Hipergrasa	
Dieta Hipograsa	
Dieta Hipersodica	
Dieta Hiposodica	

**¿SU VALORACION PSIQUIATRICA DETERMINO?**

EUFORIA	ANSIEDAD	AUTOESTIMA ALTA	AUTOESTIMA ALTA	DEPRESIVO

**¿EN LOS RESULTADOS DE LABORATORIO SE HALLO?**

Hematocrito	-----k/ul (37-47)
Hemoglobina	-----g/dl (12-16)
Leucocitos	----- k /ul (4.5- 10)
Plaquetas	-----k/ul (130.000- 400.000)
Glucosa	-----mg/dl (70-115)
Urea	-----md/dl (10-50)
Creatinina	-----mg/dl (0,5-1,4)
Ácido Úrico	-----mg/dl (3,4-7)
Colesterol	-----mg/dl (135-200)
Triglicéridos	-----mg/dl (44- 200)
TGO	----- U/l(0 – 32)

TGP	----- U/l(0 – 33)
BILIRRUBINA TOTAL	----- U/l (0 – 1.3)
BILIRRUBINA DIRECTA	----- U/l (0 – 0.4)
TSH	-----Uul/ml (0,27 – 4,20)
T3	----- ng/dl (0,80 - 2,00)
T4	-----ng/dl (0,9 – 1,90)

LISTA DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA

BARRENO GARCIA JULIO ADRIAN	1309595625	
BARRENO GARCIA JULIO ADRIAN	1309595625	
MANTUANO ZAMBRANO YANDRY	1309183117	
GARCIA VERA EDISSON	1307445021	
DIAZ CEDEÑO KLIBER	1309492740	0939198739
VELEZ SAETEROS JUAN CARLOS	1309129268	
BERMUDEZ ESPINOSA JUAN CARLOS	1309614194	
JARRE MENDOZA ROBERTO	1308687274	
ARTEAGA LOOR MOISES	1304654567	0988378332
NAVIA ALAVA CLEMENTE	1308692191	0095093030
RODRIGUEZ COVEÑA ADRIAN	1312591652	0988035629
GOROZABEL LUCAS ANGEL	1303299919	091500408
QUIIJE SALTOS VICTOR	1309989224	0986469505
ALARCON IBARRA CESAR	1310520075	BB PIN
INTRIAGO CHICA EDGAR	1306205533	
VITERI ANDRADE GINO	1310826340	0990101210
FLORES LOZANO LUIS ANDRES	1309121836	0986715232
MERA CEDEÑO LUDY	1305140459	0994001695
DEMERA ANDRADE DICHA	1302080039	
MERA SORNOZA LILY	1304121732	
CARRION MIELES LINA FLORISDALBA	1303824633	
FLORES SALCEDO MICHELLE	913462115	
ERAZO MENDOZA CECILIA MARIA	1304576836	
CARRANZA CORDOVA MIRYAM	1306647528	
ZAMORA ALVAREZ ERIKA MAGDALENA	1311837163	
OLMEDO ALVARADO YULY	1306142934	
BRAVO CEDEÑO OLINDA	1306306604	
DELGADO DELAGADO REINA	1308686730	0984933321
MOREANO RIVAS YADIRA KATIUSKA	1307833606	
CEDEÑO ARTEAGA ANA MARIA	1310258049	0995858044
ARIAS SABANDO INDIRA	1310177405	0985932685
GARCIA INTRIAGO MARIA DEL CARMEN	1310192008	0990378485
SABANDO MERA, KETTY ROSALIA	1306177682	0997961253
ESCOBEDO SOLORZANO GREY	1309577656	
FUENTES MERA MARIA ALEJANDRA	1316474111	0982835395
HIDALGO MOREIRA VANESSA	1310401664	
MOREIRA MOREIRA JOSEFA ELENA	1305026161	0980474664

SAN ANDRES AMEN MARIA	1302756323	0981915762
BRIONES ZAMBRANO MARIA MERCEDES	1705354759	09997127457
AGUILAR JARAMILLO GISELA	1309181228	052637929
CEDEÑO MOLINA LAURA BERYENY	1305245928	0980218349
MENDOZA HIDROVO NANCY	1306256346	0986666040
MERA GARCIA LAURA	1305887547	09998206250
ALCIVAR MACIAS SERENA	1302108756	0986206397
VELAZQUEZ DUEÑAS CINTHIA	1303090334	0997422677