



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE.

**“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE
INDICACIONES DIETÉTICA POR LOS PACIENTES CON UN IMC
MAYOR DE 29,9 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL
SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HPDA EN DICIEMBRE 2014 -
FEBRERO 2015”**

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autor: Rubio Lalama, Diego Andrés

Tutora: Dra. Naranjo Perugachi, Jeaneth del Carmen

Ambato- Ecuador

Mayo, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICA POR LOS PACIENTES CON UN IMC MAYOR DE 29,9 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HPDA EN DICIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015” de Diego Andrés Rubio Lalama, estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Marzo del 2015

LA TUTORA

.....
Dra. Naranjo Perugachi, Jeaneth del Carmen

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICA POR LOS PACIENTES CON UN IMC MAYOR DE 29,9 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HPGDA EN DICIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015”**, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

.....
Lcdo. Nut y Diet. Rubio Lalama, Diego Andrés

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para la lectura, consulta, y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de mi tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Marzo del 2015

EL AUTOR

.....

Lcdo. Nut y Diet. Rubio Lalama, Diego Andrés

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICA POR LOS PACIENTES CON UN IMC MAYOR DE 29,9 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HPDA EN DICIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015”**, de Diego Andrés Rubio Lalama, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Mayo del 2015

.....

PRESIDENTE/A

.....

PRIMER VOCAL

.....

SEGUNDO VOCAL.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesis a Dios, a mis padres y especialmente a mis hijas.

A Dios Supremo creador, por darme la vida, por ser el ser que ilumina todo momento mi vida, cuidándome y fortaleciéndome permanentemente, para continuar en la lucha con toda entereza frente a las dificultades presentadas,

A mis padres Jorge y Teresa quienes supieron proveerme durante toda la vida de cariño, afecto, bienestar y educación, además del gran ejemplo que supieron inculcar por luchar por las cosas justas y no claudicar por alcanzar las metas planteadas.

A mis bellas hijas quienes confiaron en su padre en todo momento, inspirándome a diario por tratar de ser mejor, tratándome siempre con afecto e incluso levantándome cuando creí estar vencido.

Este nuevo logro profesional es de ustedes.

Diego Andrés.

AGRADECIMIENTO

Esta tesis es el compendio de todos quienes de una u otra forma participaron sea leyendo, opinando, corrigiendo, comprendiendo, dándome ánimo, superando las crisis en todo momento por eso agradezco a la Facultad de Ciencias de la Salud en la persona del Señor Dr. Marcelo Ochoa Dignísimo Decano de la misma.

A mi Tutora de tesis, Dra. Jeaneth Naranjo, por su apoyo desinteresado, su generosidad y por brindarme sin restricción alguna su capacidad y experiencia científico-médico en un ambiente de consideración afecto y amistad en todo momento del desarrollo y concreción del presente trabajo

Diego Andrés

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO.....	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACION DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE GENERAL.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE GRAFICOS	
RESUMEN.....	xvi
SUMMARY.....	xviii
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO 1

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	2
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN.....	2
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	6

1.2.3 PROGNOSIS.....	7
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	10
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	10
1.4 OBJETIVOS.....	12
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	14
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	15
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	16
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.....	19
RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.....	19
2.4 CATEGORÍAS FUNDAMENTALES.....	20
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	21
CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.....	21
2.4.1 MEDICINA PREVENTIVA.....	21
CONCEPTO DE SALUD.....	21
MODELO DE LAFRAMBOISE-LALONDE-DEVER (1973).....	23
SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA.....	23
SALUD PÚBLICA.....	23

MEDICINA PREVENTIVA.....	24
DETERMINANTES SALUD.....	25
ESTILOS DE VIDA.....	26
EDUCACIÓN NUTRICIONAL DE PROFESIONALES DE LA SALUD.....	27
CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA POR PARTE DE LOS MÉDICOS	27
NUTRICIÓN NORMAL.....	27
ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS	28
FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.....	29
RECORDATORIO DE 24 HORAS.....	29
VIGILANCIA NUTRICIONAL.....	29
ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS.....	29
REQUERIMIENTOS DE CALORÍAS.....	30
REQUERIMIENTO DE MACRONUTRIENTES.....	31
REQUERIMIENTOS MICRONUTRIENTES.....	31
LAS VITAMINAS.....	31
MICRONIMERALES EN EL ADULTO.....	34
COMBINACIÓN DE LOS ALIMENTOS.....	35
TRATAMIENTOS DIETÉTICOS.....	36
TIPO DE DIETAS TERAPEUTICAS UTILIZADAS EN EL SECTOR CLÍNICO	37
DIETA NORMAL	37
DIETA LÍQUIDA ESTRICTA.....	38

DIETA LÍQUIDA AMPLIA.....	39
DIETA GÁSTRICA.....	40
DIETA HIPOGRASA.....	41
DIETA BLANDA INTESTINAL	42
DIETA HIPOCALÓRICA.....	43
DIETA HIPOSÓDICA.....	44
DIETA DE LA GOTA.....	45
TRATAMIENTO DIETÉTICO DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA.....	48
4.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE.....	50
FACTORES SOCIECONÓMICOS.....	50
LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS	50
SEGMENTACIONES DEL CONSUMIDOR.....	50
NIVEL SOCIOECONÓMICO.....	51
¿CÓMO SE MIDE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO?	51
ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES.....	52
LOS DIEZ INDICADORES DE LA REGLA 10X603.....	52
NIVEL EDUCACIONAL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD.....	54
¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA EDUCACIÓN PARA UNA ECONOMÍA?	55
LAS PROVINCIAS Y SU POBLACIÓN OCUPADA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	55
NIVELES EDUCATIVOS Y DESEMPLEO.....	56
MODO Y ESTILO DE VIDA	56

REPERCUSIÓN DEL MODO Y ESTILO DE VIDA EN EL PROCESO	
SALUD-ENFERMEDAD	58
SOBREPESO Y OBESIDAD.....	59
OBESIDAD.....	59
NIVEL DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICAS.....	62
2.5 HIPÓTESIS.....	64
2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.	64

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 ENFOQUE	66
3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	66
3.3 NIVELES O TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	67
3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA	67
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	67
3.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	67
3.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	67
3.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	68
3.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	68
3.8 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	71

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	107
---------------------------------------	-----

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES.....	109
5.2 RECOMENDACIONES.....	111

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS.....	112
6.1.1 TÍTULO.....	112
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA	113
6.3 JUSTIFICACIÓN.....	113
6.4 OBJETIVOS.....	114
6.4.1 GENERAL.....	114
6.4.2 ESPECÍFICOS.....	114
6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD.....	114
6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – CIENTÍFICA.....	115
6.7 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA.....	115
6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.....	115
BIBLIOGRAFÍA.....	117

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO # 1 NECESIDADES DIARIAS DE VITAMINAS EN ADULTOS.....	32
---	----

CUADRO # 2 NECESIDADES DIARIAS DE MINERALES.....	33
CUADRO # 3 COMBINACIÓN DE LOS ALIMENTOS.....	36
CUADRO # 4 FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS.....	97

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO # 1. PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES RESPECTO A SUS CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA.....	76
GRÁFICO #2 FUNCIÓN POR NIVEL EN QUE PROVIENEN SUS CONOCIMIENTOS DE NUTRICION Y DIETETICA	77
GRÁFICO # 3 QUE TIENE USTED EN CUENTA PARA ESTIMAR LOS REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES	79
GRÁFICO #4 HA INTERCONSULTADO A ALGÚN NUTRICIONISTA?	80
GRÁFICO # 5 PREGUNTAS CON MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS EN NUTRICIÓN	81
GRÁFICO #6 PREGUNTAS CON MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS INCORRECTAS EN NUTRICIÓN	82
GRÁFICO# 7 PREGUNTAS CON MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS CORRECTAS EN DIETÉTICA	83
GRÁFICO # 8 PREGUNTAS CON MAYOR NÚMERO DE RESPUESTAS INCORRECTAS EN DIETÉTICA	84
GRÁFICO # 9 EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA POR FUNCIÓN.....	85
GRÁFICO # 10 DESEARÍA ACTUALIZAR SUS CONOCIMIENTOS EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	87

GRÁFICO # 11 IMC POR NIVEL DE ESCOLARIDAD DE PACIENTES.....	89
GRÁFICO # 12 CONOCE USTED QUE PRESENTA OBESIDAD?	91
GRÁFICO #13 LE SUGIRIERON BAJAR DE PESO POR IMC	92
GRÁFICO # 14 LE INDICARON COMO BAJAR DE PESO POR IMC	93
GRÁFICO # 15 ENTENDIO LAS INDICACIONES POR IMC.....	94
GRÁFICO # 16 TIEMPOS DE COMIDA POR IMC	103
GRÁFICO 17 ALGUNA VEZ A REALIZADO DIETA O ALGUNA ACTIVIDAD FÍSICA PARA BAJAR DE PESO?	104
GRÁFICO # 18 ¿QUÉ TIPO DE EJERCICIO REALIZA?	105
GRÁFICO # 19 CÓMO CONSIDERA LOS CONOCIMIENTOS DE SU MÉDICO EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	106
ANEXOS.....	121

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA MEDICINA

“NIVEL DE CONOCIMIENTOS DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y GRADO DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICA POR LOS PACIENTES CON UN IMC MAYOR DE 29,9 QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HPDA EN DICIEMBRE 2014 - FEBRERO 2015”

Autor: Rubio Lalama, Diego Andrés

Tutora: Dra. Naranjo Perugachi, Jeaneth del Carmen

Marzo, 2015

RESUMEN

La Obesidad entidad patológica que en los últimos años ha mostrado un incremento en su incidencia razón por la que ha sido tomada en cuenta en nuestro país desde el 2008 como una de las diez causas de morbilidad, el identificar, el grado de obesidad, el tratar adecuadamente en busca de la prevención de complicaciones es fundamental, por esa razón se planteó el presente estudio que buscó conocer la relación que existe entre el nivel de conocimiento de Nutrición y Dietética del personal de salud y el grado de comprensión por parte de los pacientes a las indicaciones de dieta emanadas por su tratante. El presente estudio se realizó en el Servicio de Consulta Externa de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, en el periodo Diciembre 2014 – Febrero 2015, con un universo de 18

profesionales de la salud entre Especialistas, residentes, enfermeras y Nutricionista. Por los pacientes, fueron 123, los cuales presentaron Obesidad 1, 2 y 3.

Para los Pacientes, los datos fueron obtenidos de historias clínicas calculando su IMC previo a la consulta y luego de la misma se aplicó la respectiva encuesta y En tanto a los profesionales de la salud se aplicó la encuesta de conocimientos de Nutrición y dietética luego de la presentación de un caso clínico y a quienes no asistieron se los ubicó en días posteriores en el servicio.

El adecuado control de la obesidad en estos pacientes a través de una dirección dietética es clave para evitar complicaciones graves que determinen mayores complicaciones.

PALABRAS CLAVES: OBESIDAD, COMPLICACIONES, MORBILIDAD, DIETA, NUTRICIÓN.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

MEDICINE CARRER

LEVEL OF KNOWLEDGE OF DOCTORS AND NURSES ON NUTRITION AND DIETETIC AND LEVEL OF UNDERSTANDING OF DIETARY GUIDELINES FOR PATIENTS WITH A BMI GREATER THAN 29.9 ATTENDING OUTPATIENT INTERNAL MEDICINE SERVICE HPDA IN DECEMBER 2014 – FEBRUARY 2015.

Author: Rubio Lalama, Diego Andrés

Tutor: Dra. Naranjo Perugachi, Jeaneth del Carmen

March, 2015

SUMMARY

The Obesity, pathological entity that has shown an increment in their incidence. For this reason it has been taken into account for our country since 2008 as one of the ten morbidity causes. It is fundamental to identify the obesity degree and to try at all cost to research prevention for its complications. This is the main focus for this study, which looked into understand the relationship existing between the Health personnel's Nutrition and Dietetics knowledge and the degree of understanding of the patient as far as to the indications given by their physician. This study was carried out in the Service of External Consultation of Internal Medicine of the Educational Provincial Hospital Ambato, between December 2014 and February 2015. It was part taken by eighteen Health professionals: Specialists, residents, Nurses and Nutritionists. Also, 123 patients presenting Obesity 1, 2 and 3 took part of this study.

The data taken for the patients was obtained from clinical records and Calculating their previous BMI previous their consultation. The respective survey followed. As far as the Health professionals, they were given the Nutrition and Dietetics knowledge survey after the presentation of a clinical case. Those who didn't attend were accommodated to a later date.

The appropriate control of obesity in these patients through a dietary direction, is key to avoid serious situations that could determine bigger complications.

KEY WORDS: OBESITY, COMPLICATIONS, MORBIDITY, DIET, NUTRITION.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una patología ampliamente incidente en nuestro país que al no ser controlada adecuadamente, puede ser la causa del desencadenamiento de las denominadas enfermedades crónico- metabólicas o también conocidas como fácilmente prevenible con dieta entre las que están presentes enfermedades cardiovasculares, Hipertensión Arterial, Dislipidemias, Hiperuricemias, Síndrome Metabólico, entre otras determinando que los individuos que la padecen tengan una menor esperanza de vida y también la disminución de sus años de vida productiva, ya que entendamos que esta se asocia a una mayor probabilidad de eventos cerebrovasculares y lesiones isquémicas.

La obesidad es un factor importante a tomar en cuenta con si queremos ser ente activos no solo en el tratamiento de patologías sino también en la prevención de complicaciones. Por eso el principal objetivo de la presente investigación fue llegar a determinar el nivel de conocimientos de médicos y enfermeras en temas de nutrición y dietética y y relacionar con el nivel de comprensión que los pacientes tienen ante sus indicaciones de dieta.

Conoceremos entonces cual es el nivel de conocimientos y lo confrontaremos con lo evaluación que el paciente hace de los mismos.

CAPITULO I

1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

1.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“Nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre Nutrición y Dietética y grado de comprensión de indicaciones dietética por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015”

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Contextualización.

La Inseguridad Alimentaria por la que atraviesan grandes sectores del mundo a quienes se los ha denominado víctimas de la pobreza que se encuentran en África

38%, Asia 35%, Sudamérica 26% y Centroamérica 23%,(1) predisponen a las poblaciones de estos lugares a desarrollar problemas por malnutrición ya sea déficits nutricionales así como excesos o sobrecargas de determinados nutrientes. Diego, R. (2000).

Además la mala distribución de la riqueza, la desocupación o bajos salarios, la inseguridad alimentaria, la poca disponibilidad de alimentos, el inadecuado consumo de alimentos determinando que la alimentación de la familia Ecuatoriana y específicamente de la provincia de Tungurahua en su cantón Ambato no cumpla con los cuatro principios de una alimentación completa y estos son **Completa, Equilibrada, Suficiente y Adecuada (CESA)**, lo que conlleva a la manifestación de enfermedades crónico metabólicas.

Las enfermedades metabólicas son un grupo de patologías que han presentado un importante incremento a nivel mundial siendo entre las principales Obesidad, hipertensión arterial, hiperuricemia, diabetes mellitus, entre otras.

En el país de acuerdo a los datos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador a nivel de la provincia de Tungurahua según las diez primeras causas de morbilidad están Hipertensión arterial ubicada como cuarta patología más frecuente, manteniéndose así desde 2008 ; luego se encuentra la Diabetes mellitus que en el año 2008, se ubicó en sexto lugar para a partir del 2009 ubicarse en el quinto lugar hasta el momento, lo que es llamativo es que la obesidad en el 2008 no aparece entre la diez primeras causas de morbilidad, para el año 2009 está ubicada

en décimo lugar y para el 2010 ya está en noveno lugar, digo que llama la atención porque en menos de tres años se ubica ya como una de las diez causas de morbilidad situación que muchos no damos mayor importancia y creo que es responsabilidad de todos los que hacemos salud en el país implicarnos directamente en la búsqueda de la prevención y evitar mayor incidencia de esta patología que es causa desencadenante de la mayor parte de enfermedades crónicas – metabólicas. Arrivillaga, M. C. (2006).

Otras patologías importantes clasificadas dentro de este grupo como es de vuestro conocimiento son las dislipidemias sean hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia o dislipidemias mixtas.

Hipócrates Padre de la medicina dijo 400 años antes de Cristo en uno de sus tratados **“que tu alimento sea tu medicamento y que tu medicamento sea tu alimento”** definiendo la importancia de la alimentación tanto en la prevención como en el tratamiento de patologías (Diego, R. (2000).) Pero que se pueda en nuestra población incluir una alimentación balanceada y equilibrada dista mucho de la realidad y esto está condicionado por un sinnúmero de factores que determinarán el incumplimiento de este principio universal de buen vivir.

Es común en el diario vivir dentro del hospital Provincial General Docente Ambato escuchar a los pacientes consultar a sus médicos sobre la patología que están padeciendo que deben comer?, con que agua deben tomar sus medicinas?

Entre otras preguntas, esperando una orientación valedera de los cambios que deben hacer en sus hábitos alimentarios, pero no encuentran una explicación sino que reciben respuestas como:

- Deje de comer
- Coma menos
- La nutricionista le da indicaciones
- Haga una dieta de 1200 calorías o de tantas calorías.
- Haga una dieta blanda, entre otras respuestas tan variadas

Y de igual manera el paciente al escuchar estas respuestas no le queda otra opción que hacer lo que puede o imaginar lo que quería decir su tratante con la indicación dietética.

Las licenciadas de enfermería que hacen la post consulta también deben brindar una orientación oportuna y clara a los pacientes sobre lo que significa hacer dieta y las características de las mismas para procurar mejorar la salud de los pacientes y evitar la manifestación de complicaciones futuras.

Así la malnutrición por exceso como es el sobrepeso y la obesidad y sus consecuencias las enfermedades crónico–metabólicas no son solamente un problema de salud o social, entendiendo, como lo manifesté al inicio este es un problema multicausal donde quienes trabajamos en el sector tenemos la obligación ética y moral de aportar con conocimientos valederos en pro de

mejorar o mantener estado nutricional y de salud de nuestros pacientes en búsqueda de prevenir complicaciones futuras.

De este breve análisis se plantea el presente estudio con el que buscamos:

“Nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre Nutrición y Dietética y grado de comprensión de indicaciones dietética por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015”

1.2.2 Análisis crítico

El sobrepeso y la obesidad, así como sus complicaciones las enfermedades crónico-metabólicas, se han convertido, en un gran problema de salud a nivel mundial, sobre todo porque las mismas se manifiestan tardíamente, y su detección mucho más aún, y no se presta mucha atención especialmente en la manera de prevenir las mismas.

Siendo estos factores de riesgo la diabetes y la hipertensión arterial (HTA), comprendiéndose epidemiológicamente que el aumento de estas patologías, haga que sus complicaciones sean también importantes puesto que las limitaciones que marcarán posteriormente al paciente le provocarán mayores problemas tanto fisiológicos como físicos que determinan una clara disminución de los años de vida útil.

Reconociendo factores importantes de parte del paciente, como; la edad (mayores de 65 años de edad), de bajo nivel socio económico, de bajo nivel educacional (a menos años de educación), consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, exceso en el consumo de sal, exceso en el consumo calórico, falta de educación sobre su enfermedad, negación de la enfermedad.

Factores correspondientes a los profesionales de salud como son la utilización de fármacos como; las interacciones medicamentosas, los efectos adversos, la multifarmacia, el costo de los medicamentos. Además, aquellos factores que están relacionados con el estilo de vida y el modo de vida, como acceso a servicios básicos y de salud, la producción de alimentos, la disponibilidad, el consumo, aislamiento geográfico, relacionada con la inadecuada asistencia sanitaria y por supuesto la innegable inseguridad alimentaria así como la pobre o nula educación nutricional de la que han sido objeto.

Como propósito está determinar la aceptación y asimilación de los consejos dietéticos, la forma como los indican y por supuesto los conocimientos que tiene el profesional de salud con respecto a la nutrición y a la dietética e informar acerca del cumplimiento y prevención de complicaciones y mejorar su estilo de vida.

1.2.3.- Prognosis

La importancia de conocer la manera de prevenir el sobrepeso y la obesidad y la aparición de enfermedades crónico-metabólicas es fundamental y sobre todo evitar la Aparición de complicaciones pero. ¿Le damos importancia al control del sobrepeso y obesidad con cambios simples en los hábitos alimentarios o con su estilo de vida?, No en verdad no lo hacemos y por eso la preocupación en plantear este tema.

Simplemente nos conformamos con decir al paciente baje de peso, tiene que controlar su peso, porque conocemos las complicaciones, es más se le dice lo que puede suceder en caso de no mejorar su estado nutricional, pero estamos preparados para asesorarlo realmente en ¿cómo mejorar su estado nutricional?

La forma como llegamos con nuestras explicaciones y más aún ¿la capacidad del paciente para entender y asimilar nuestras explicaciones le permitirán tener una mejor calidad de vida?

Si no lo hacemos nosotros haciendo su caso nuestro, ¿cómo lograremos tener un resultado alentador en lo que esperamos de nuestro paciente, luego él será, el/la culpable de haber mejora su estado nutricional y/o de la aparición de complicaciones.

1.2.4.- Formulación del problema

¿El nivel de conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras del servicio de medicina interna influirá en el nivel de comprensión de las indicaciones dietéticas por pacientes con un IMC mayor de 29,9 en consulta externa del HPDA en diciembre 2014- Febrero 2015?

1.2.5.- Preguntas directrices

- ¿Cuál es el nivel de conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras del servicio de medicina interna para brindar asesoría a sus pacientes?
- ¿El paciente tiene un adecuado patrón alimentario?
- ¿Qué conocimientos tienen los pacientes los conocimientos sobre su enfermedad y el nivel de comprensión de las indicaciones médicas respecto a la dieta, para el tratamiento de su patología y la prevención de complicaciones?
- ¿Influye el nivel socioeconómico y educacional de los pacientes en la comprensión y aplicación de las indicaciones médicas para la prevención de las enfermedades crónico metabólicas y sus complicaciones?

1.2.6.- Delimitación del problema

Delimitación de contenido

Campo Carrera de medicina.

Área Medicina - nutrición.

Aspecto Pacientes con enfermedades metabólicas y su respuesta frente a indicaciones medico nutricionales por parte de los médicos

Delimitación espacial:

Esta investigación se realizará en el servicio de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Delimitación temporal:

Este problema será estudiado en Diciembre del 2014 - Febrero del 2015

1.3 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación nos permitirá conocer la realidad que viven nuestros pacientes luego de una indicación médica de tratamiento dentro de las medidas generales contemplando éste ítem la dieta e Informar al personal de salud acerca de si los pacientes con IMC mayor a 29,9 serán capaces de controlar sus patologías y prevenir futuras complicaciones manejando adecuadamente las diferentes indicaciones dietéticas - nutricionales en base a parámetros establecidos internacionalmente. Además, de poder educar a los pacientes al determinar sus factores de riesgo para evitar sus complicaciones y mejorar su estilo y calidad de vida.

Es conveniente realizar este estudio porque nos acerca a la realidad que viven nuestros pacientes al momento de tener que realizar cambios en sus estilos de vida

y sus hábitos alimentarios así como determinar los conocimientos de nutrición y dietética de los profesionales de salud.

Esta investigación es fundamental para conocer con respecto a sus costumbres, y la forma como entienden su enfermedad, la manera como la enfrentan y sobre todo como aceptan e incluyen las indicaciones del médico con respecto a los cambios en el estilo de vida.

Es factible realizar esta investigación puesto que la accesibilidad tanto de profesionales médicos como pacientes es adecuada para la aplicación de encuestas y sobre todo porque esta investigación si será representativa del sentir de los pacientes y del conocimiento por parte de los profesionales de la salud.

Del resultado de la investigación se plantearán propuestas como: la realización de un manual de dietas e incluso un software de dietas para uso de los profesionales médicos.

OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

- Evaluar el nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética y el grado de comprensión de indicaciones dietética por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar el nivel de conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras del servicio de Consulta externa de medicina Interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015
- Identificar a los pacientes con IMC mayor de 29,9 que se atienden en consulta externa de medicina Interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015

- Describir hábitos y patrones alimentarios de los pacientes con IMC mayor de 29,9 que se atienden en consulta externa de medicina Interna del HPDA.
- Verificar si el paciente postconsulta comprende las indicaciones dietéticas y de cambios en su estilo de vida para la prevención de enfermedades crónicas.
- Diseñar una guía instruccional para médicos y enfermeras respecto a dietoterapia para el paciente con un IMC mayor de 29,9.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Hasta el momento nadie ha tenido el detenimiento de preguntarse si las indicaciones emanadas por el médico tratante, la enfermera y el restante personal de salud de una casa de salud son las adecuadas tanto en bases científicas y sobre todo en facilidad de comprensión y asimilación por parte de los pacientes así como también la factibilidad de realización conforme su nivel económico social y cultural.

Además el conocimiento de factores predisponentes a desarrollar enfermedades crónico - metabólicas y la prevención de las mismas, es importante, en la búsqueda de un mundo bien alimentado, sano y sin limitaciones funcionales.

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La investigación que presento a continuación está basada en el paradigma Crítico-Propositivo porque tiene como finalidad la comprensión de los determinantes que influyen en el conseguir metas del control y prevención de la obesidad y las complicaciones de las enfermedades crónico-metabólicas que presentan los pacientes que acuden a consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato,

La visión de la investigación es saber si los pacientes con obesidad y enfermedades crónico-metabólicas conocen sobre lo importante que es el adecuado aporte de la dieta en el control de sus patologías y la prevención de posibles complicaciones.

Siendo el propósito, el de tener una interacción entre el paciente y médico para conocer su estilo de vida y su modo de vida, para ayudar a mejorar las mismas. Y así, brindar al paciente un aporte ético profesional acerca de las dietas indispensables para cada paciente.

Es necesaria la generalización científica debido a que se va a explicar el contenido del formato o documento a responder, por lo expuesto anteriormente se concluye en que, el presente trabajo es una investigación con objetivo informativo.

2.3.- FUNDAMENTACIÓN LEGAL

Dentro del marco legal y de acuerdo a lo que reza la constitución política del estado como ley máxima de nuestra patria, y en especial en el Título II, correspondiente a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, manifiesta en su sección séptima: En el artículo 32 que dice textualmente lo siguiente:

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional⁸.

En el capítulo tercero,

Referente a los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, manifiesta:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad Nacional, A. (s.f.). *Constitución del Ecuador..*

Capítulo tercero

Sección primera

Adultas y adultos mayores

Art. 38.- Estado tomará medidas de:

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. Nacional, A. (s.f.). *Constitución del Ecuador.*

En el título VII de la Constitución del Ecuador. Respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero, en su Sección segunda. Salud:

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con

base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. Nacional, A. (s.f.). *Constitución del Ecuador*..

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. Nacional, A. (s.f.). *Constitución del Ecuador*..

Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

Así también La ley Orgánica de la Salud, en el acápite pertinente correspondiente a los derechos de los pacientes señala lo siguiente:

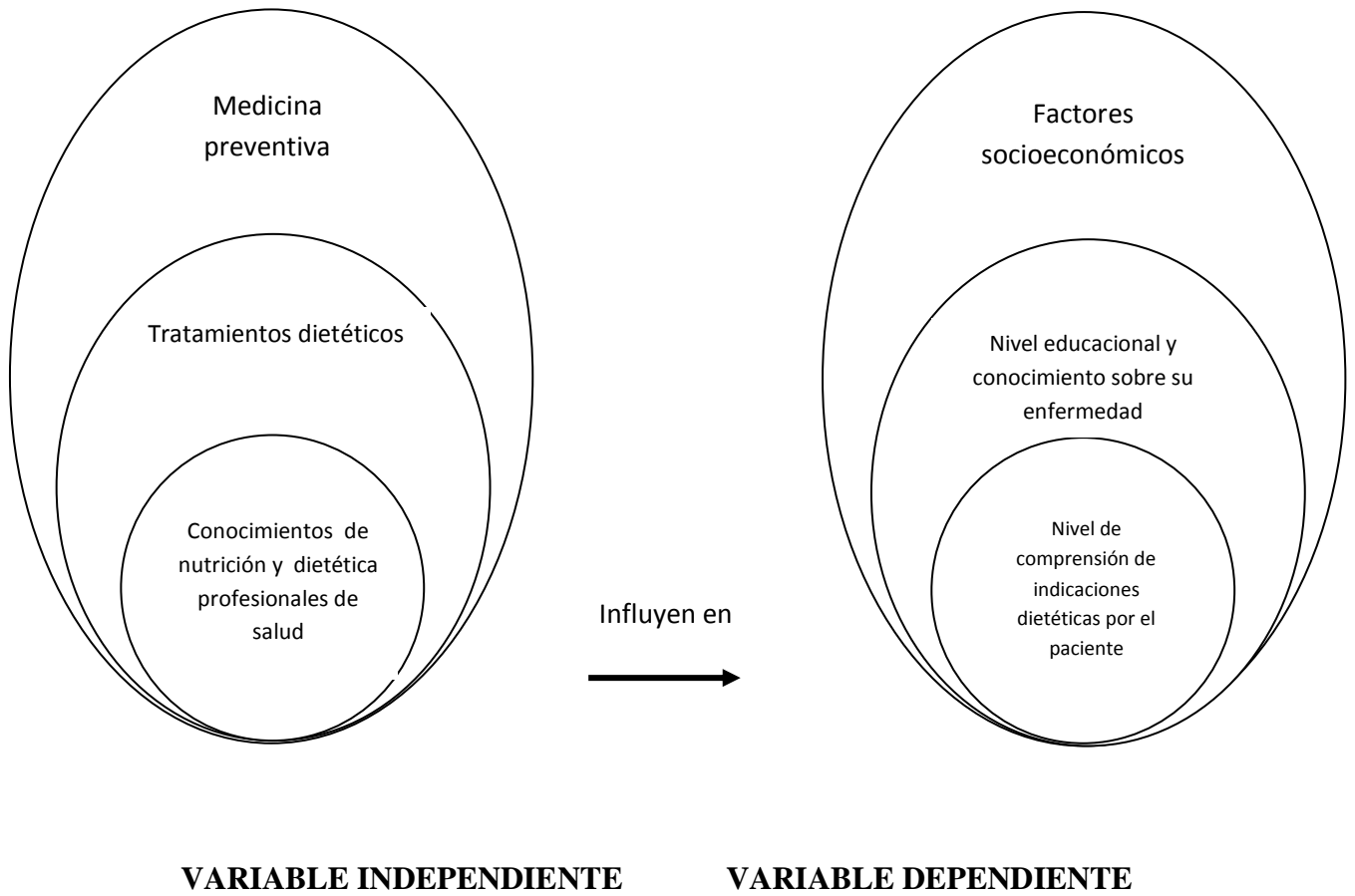
RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando quiera referencia a otro médico.

RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

2.4.- CATEGORÍAS FUNDAMENTALES



2.4.1. Variable independiente

Conocimientos de Nutrición y Dietética

2.4.1.1. Medicina Preventiva

CONCEPTO DE SALUD

Para analizar el concepto de salud debemos tomar muy en cuenta las diferentes definiciones que existen respecto a este importante y muy debatido tema, así tenemos las siguientes:

a) estáticas:

-Clásica: Ausencia de enfermedad.

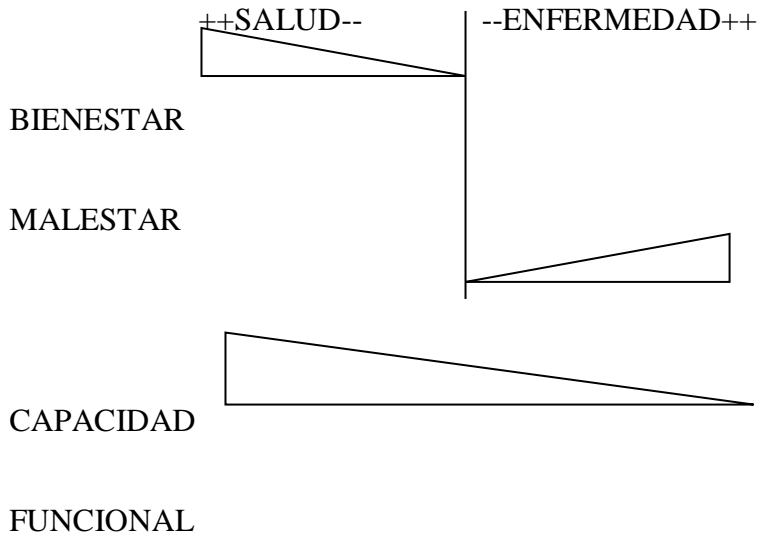
Es una definición en negativo por lo que no es muy válida.

-Según la OMS: completo estado de bienestar físico, mental y social (def que toma de Stampar). Es estática, subjetiva y demasiado idealista: nadie tiene ese estado “completo”.

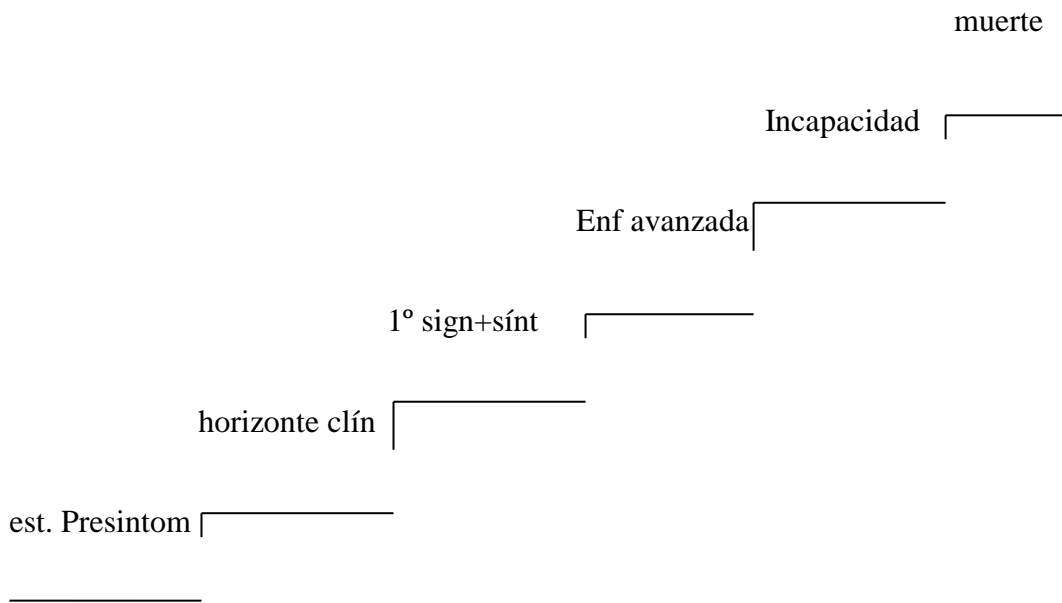
b) dinámicas:

Comienzan ya con Milton Terris que retira la palabra “completo” y además de ese polo subjetivo de la de la OMS añade a la definición un polo objetivo y por tanto medible: ” y además máxima capacidad de funcionamiento”. *Medicina prevenmtiva un analisis.* (s.f.).

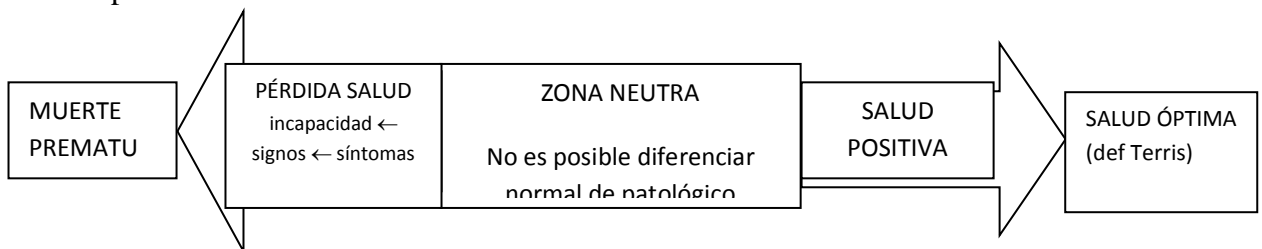
Otro aspecto importante de Terris es que define en su obra el continuo salud-enfermedad como podemos ver en este esquema:



Por tanto con la obra de Terris cambió el esquema sobre la salud desde una representación anterior escalonada:



a una representación continua en forma de flecha:



DETERMINANTES DE LA SALUD.

Son aquellos factores que en la representación anterior nos llevan desde la zona neutra hacia la derecha.

Han sido estudiados en distintos momentos a lo largo de la historia (si bien no se hablaba de “determinantes de salud”) así por ejemplo en las culturas asirio-babilónicas se hablaba del shêrtu o castigo divino, la medicina hipocrática hablaba de causas internas (equilibrio humores) y externas),...

El modelo que más nos interesa de los distintos propuestos y sobre el que vamos a profundizar es el siguiente:

MODELO DE LAFRAMBOISE-LALONDE-DEVER (1973):

*Laframboise era director de planificación en Canadá.

Elaboró un informe que relacionaba la mortalidad con:

-Estilo de vida y conductas de salud:

·tabaco: 1/3 pobl España.

·alcohol: 2/3.

·ejercicio físico: ponderado y adaptado a las características del sujeto.

-drogas ilegales

-hábitos alimentarios: tb pueden ser determ enf.

-Medio ambiente:

- social.
 - físico.
 - psicológico.
- } Existe contaminación física, química, biológica, psicosocial y socio-cultural

-Biología:

- maduración y envejecimiento.
- sistema interno=constitución.
- herencia.

-Sistema de cuidados de la salud:

- prevención.
- rehabilitación.

} Mortalidad por mala praxis, mala organización enfermería,...

SALUD PÚBLICA Y MEDICINA PREVENTIVA

SALUD PÚBLICA

Al hablar de salud pública entendemos que existe una gama de evidentes soluciones que individualmente no consolidan este principio que busca preservar la salud de los pueblos, por eso creemos que la definición más exacta de lo que es salud pública es la siguiente: Aplicación del método científico a los problemas de salud-enfermedad que toma como sujeto de conocimiento la comunidad integrando los aspectos biológicos y ambientales del hombre, para promocionar la

salud, detectar o curar las enfermedades o rehabilitar de sus secuelas con el esfuerzo organizado de la comunidad. Intervención por ello dirigida a la población en general por parte de medios públicos: Ayto, concejalías de Sanidad, Ministerios,...

MEDICINA PREVENTIVA

Ciencia que se ocupa de impedir en el individuo, familia o grupo de población la aparición, desarrollo y prolongación de la enfermedad, basándose en los conocimientos de la ciencia médica. Actúa a nivel individual o de pequeños grupos y está hecha por médicos, farmacéuticos, enfermeras,... Es por ello más restringido que la salud pública. *Medicina preventiva un analisis.* (s.f.).

Las medidas a aplicar por ambas son según Gordon:

- a) universales: a toda la población por su buen balance beneficio/riesgo: consejos de dieta equilibrada, higiene dental,...
- b) selectivas: a determinados grupos poblacionales por su alto riesgo específico debido a su edad, sexo, trabajo,... (ej: vacunación tbc para personal sanitario).
- c) Individuales.

DETERMINANTES SALUD:

Los determinantes de la salud son importantes elementos y actividades del diario vivir que nos permite interrelacionar en el medio donde nos desenvolvemos así temenos:


ESTILOS DE VIDA

Definición: conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera de vivir de un individuo o grupo.

Se producen como una interacción entre lo aprendido durante el proceso de socialización y las condiciones de vida de ese individuo o grupo.

Estilo de vida saludable: es aquél que genera o mantiene la salud, haciendo menos probable la aparición de enfermedad e incapacidades; es decir, “añade años a la vida y calidad de vida a los años”.

Factores determinantes de los estilos de vida:

- Cada uno engloba al anterior
- 
- características individuales.
 - entorno microsocia: vecinos, amigos, familia, ambiente laboral o escolar...
 - entorno macrosocia: inst oficiales, estruct socioeconóm, grupo económ, cultura, sistema educativo, medios de comunicación...
 - medio físico y geográfico.

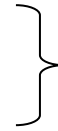
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

-Atmosférica:

·smog gris (derivados del óxido de azufre). En las grandes ciudades.

·smog fotoquímico (óxidos de nitrógeno).

Alteraciones
respiratorias



-Acústica: por encima de 75 dB relacionado con presbiacusia y deterioro intelectual.

-Radiactiva: natural (la mayoritaria s/t en nuestra zona eminentemente granítica) o artificial (de mayor a menor: rótulos y TV>uso médico>centrales nucleares y armas).

Educación Nutricional de Profesionales de la salud

Conocimientos de nutrición y dietética por parte de los médicos

Recibió el médico tratante adecuada información durante su formación profesional con respecto a la nutrición y dietética

Nutrición normal

Hay diferencias según los niveles de ingresos económicos. La enfermedad lleva a ingresos pequeños que impiden mantener una buena calidad de vida.

ESTADO NUTRICIONAL DE LOS ADULTOS

El índice de masa corporal es el porcentaje de grasa corporal de una persona (IMC, en sus siglas inglesas BMI) es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y el peso, el rango más saludable de peso que puede tener una persona. Contreras, M. (2005).

El Índice de Masa Corporal (IMC) es la ecuación: peso por altura al cuadrado, el peso debe ser expresado en kilogramos y la talla en metros.

PESO EN KILOGRAMOS

IMC = -----

TALLA EN METROS 2

PARAMETROS

Menor de 17	Delgadez Excesiva
Entre 17 y 18	Delgadez
Entre 19 y 25	Normal
Entre 25 y 28	Sobrepeso,
Hasta 32	Obesidad Grado 1
Hasta 40	Obesidad Grado 2
Mayor a 40	Obesidad Grado 3
Mayor de 50	Obesidad Grado 4, Discapacidad severa

1. Frecuencia de consumo de alimentos

La frecuencia de consumo de alimentos es un método más aplicado a nivel familiar o individual sirve para medir la frecuencia que consume un alimento esta puede ser diaria, semanal, quincenal y mensual y constituye una forma eficaz para determinar variaciones en el patrón alimentario

2. Recordatorio de 24 horas

Las encuestas de recordatorio de alimentos es un método que se lo aplica en forma individual, en el cual se le pregunta a la persona que se le va a realizar que comió el día anterior, la desventaja de este método es que puede que la persona encuestada no recuerde con exactitud lo que se sirvió el día anterior.

Vigilancia Nutricional

La vigilancia nutricional es el monitoreo continuo del estado nutricional, la vigilancia al ser continuo se puede identificar problemas de nutrición para corregirlos a tiempo. Diego, R. (2000).

ALIMENTACIÓN EN LOS ADULTOS

Alimentación de los adultos

El papel de la alimentación es el de aportar al organismo la energía y los nutrientes necesarios para su correcto funcionamiento. Durante la esta etapa las necesidades nutricionales son elevadas, ya que la mayoría de las transformaciones son fisiológicas (aumento del peso y la estatura, maduración sexual...). Se requiere, por tanto, un correcto control de la alimentación para evitar carencias que podrían traer consigo trastornos de la salud. Para esto es necesario conocer los cambios que se producen en esta etapa y cómo modifican las necesidades energéticas y nutricionales.

En realidad la buena alimentación es muy sencilla la complicamos y la dañan con todos esos condimentos y sabores artificiales que lo único que hacen es aumentar las enfermedades a nuestro organismo.

El éxito personal, mental y físico será inevitablemente si aprendemos a corregir nuestros malos hábitos alimentarios, si aprendemos a comer por salud y no por placer, si aprendemos a darle a nuestro organismo todas las sustancias nutricionales que él necesita.

Requerimientos de calorías

Las calorías no son otra cosa que la energía, es el resultado final del metabolismo de los alimentos en nuestro organismo, y son las que el cuerpo utiliza para mantenerse con vida. Se considera que una persona en reposo (durmiendo) utiliza una caloría por kilogramo de peso ideal por hora. Por ejemplo un individuo que

pesa 70 kilogramos deberá consumir en reposo 1 caloría por 70 kilogramos por 24 horas que nos da como resultado 1680 calorías.

Para calcular las calorías que necesita diariamente el organismo existe algunos parámetros que debemos tomar en cuenta, como la digestión de los alimentos que requiere consumo de energía, más o menos del 10 % de las calorías que gastamos en reposo, también se toma en cuenta la actividad diaria que realizamos, se quema energía alrededor del 30 %, para las actividades ligeras, 50% y para actividades fuertes es el 100 % como los deportistas. En el caso en el ejemplo que tenemos anteriormente tuvimos 1680 calorías más el 10 % (168 calorías) más el 30 % (554,4 calorías) por la actividad ligera es igual a 2402.6 calorías. Esto sería un cálculo sencillo para calcular las calorías requeridas de un individuo que necesita diariamente, las mujeres necesitan del 8 al 10 % menos de calorías que los hombres. Palavecino, N. (2005).

Requerimiento de Macronutrientes

Requerimientos Micronutrientes

LAS VITAMINAS

Las vitaminas son sustancias orgánicas que nuestro cuerpo necesitan en cantidades muy pequeñas, pero que no puede producir por sí mismo. Por lo tanto, le debe ser suministrada con la alimentación.

Cuadro # 1 NECESIDADES DIARIAS DE VITAMINAS EN ADULTOS

Vitaminas	Hombres	Mujeres	Varias Fuentes
Vitamina A (retinol)	1000 Er o 5000UI	800 Er o 4000 UI	Hígado de res, zanahoria, hortalizas, huevo
Vitamina D (calciferol)	5 Mcg o 200 UI	5 Mcg o 200 UI	Leche, camarones, verduras, pescado, aceites
Vitamina E (tocoferol)	10 Mg o 15 UI	8 Mg o 12 UI	Espinaca, germen de trigo, aceite de girasol, etc.
Vitamina K (metionina)	80 Mcg	65 Mcg	Nabos, brócoli, col, guayaba, etc.
Vitamina C (ácido ascórbico)	60 Mg	60 Mg	Naranja, fresas, brócoli, guayaba, etc.
Vitamina B1 (tiamina)	1.5 Mg	1.1 Mg	Maní, hígado de res, germen de trigo, verduras etc.
Vitamina B2 (riboflavina)	1.7 Mg	1.3 Mg	Lácteos, aguacate, col, hortalizas, etc.
Vitamina B3	19 Mg	15 Mg	Pollo, res, maní,

(niacina)			papas, arroz, etc.
Vitamina B5 (ácido pantoténico)	4 a 7 Mg	4 a 7 Mg	Cereales, leguminosas, pollo, verduras, etc.
Vitamina B6 (piridoxina)	2 Mg	1.6 Mg	Plátanos, aguacate, pollo, pescado, verduras.
Vitamina B9 (ácido fólico)	200 Mcg	180 Mcg	Espinaca, naranja, hígado de pollo, lenteja, etc.
Vitamina B12 (Cobalamina)	2 mcg	2 Mcg	Lácteos, pollo, almejas, hígado de res, etc.

Er = Equivalentes de Retinol

UI = Unidades Internacionales

Mg = miligramos

Mcg = Microgramos

Fuente: Oficina de Nutrición y Alimentación del Instituto de Medicina de los
Estados unidos 1990

LOS MINERALES

Los minerales constituyen el 5 % del peso del cuerpo. En nuestro organismo, los minerales están renovándose continuamente, cada día se eliminan con la orina, las heces, el sudor y otras secreciones. Las fuentes más importantes de minerales son los alimentos de origen vegetal en su estado natural.

Cuadro # 2 NECESIDADES DIARIAS DE MINERALES Y MICRONIMERALES EN EL ADULTO

Minerales y Microminerales	Cantidad	Fuente Alimentaria
Calcio	1000 Mg	Quesos, leches, yogurt, anonas, pinaca, etc.
Cloruro	750 Mg	Sal de mesa, y todos los alimentos
Fósforo	700 Mg	Hígado de res, pollo, yogurt
Potasio	2000 Mg	Aguacate, plátanos, papas, leche, frijoles, camote, tomate, etc.
Sodio	500 Mg	Sal de mesa, y todos los alimentos
Cromo	50 a 200 Mcg	Maíz, manzanas, camotes, huevos, carne de res, etc.
Cobre	1.5 a 3 Mg	Langosta, ostiones, papas, aguacate, hígado de res, etc.
Yodo	130 a 150 Mcg	Huevos, leche, queso, nueces, sal yodada
Hierro	10 a 15 Mg	Espinaca, pasas, alfalfa, huevos (

		yema), hígado de res etc.
Manganeso	2.5 a 5 Mg	Pasa, te, zanahoria, brócoli, espinaca,
Molibdeno	75 a 250 Mcg	Frijoles, espinaca, nabos, leche, maíz , etc.
Selenio	55 a 70 Mcg	Mariscos, pollo, carne de res, nueces, etc.
Zinc	12 a 15 Mg	Ostiones, frijoles, almendras, pavo, res etc.

Mg = miligramos

Mcg = Microgramos

Fuente: Oficina de Nutrición y Alimentación del Instituto de Medicina de los Estados Unidos 1990

Combinación de los alimentos

Normalmente la alimentación diaria de un individuo está distribuida de la siguiente manera con es el desayuno, almuerzo y merienda, la combinación de los alimentos para tener una alimentación sana es de la siguiente forma como se explica en el cuadro siguiente

Cuadro # 3 Combinación de los alimentos

Alimentos fuentes de	Alimentos fuente de	Combinación
Carbohidratos	Carbohidratos	Buena
Carbohidratos	Proteínas	Mala
Proteínas	Proteínas	Buena
Proteínas	Grasas	Buena
Grasas	Carbohidratos	Moderada
Frutas dulces	Frutas dulces	Buena
Frutas dulces	Frutas ácidas	Moderada
Frutas dulces	Proteínas	Mala
Frutas dulces	Semiácidas	Buena
Frutas dulces	Carbohidratos	Mala
Frutas ácidas	Frutas ácidas	Buena
Frutas ácidas	Proteínas	Moderada
Frutas ácidas	Carbohidratos	Mala
Frutas neutras	Todos los alimentos	Buena
Verduras	Todos los alimentos	Buena

FUENTE: Cuanto Pesas Como Comes

Tratamientos dietéticos

TIPO DE DIETAS TERAPEUTICAS UTILIZADAS EN EL SECTOR

CLINICO⁵

DIETA NORMAL

Esta es una dieta terapéutica que está indicada para pacientes que no tiene ningún tipo de patología presente, es decir goza de un buen estado de salud.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Esta dieta tiene como objetivo conservar y preservar su estado salud de las persona

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total	2300 a 2500 kilocalorías
Proteínas	11 a 14 %
Grasa	25 a 28 %
Hidratos de carbono	60 a 65 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia	variada
Volumen	3 tomas
Residuos	normales
Temperatura	Normal

INDICACIONES

Esta dieta está indicada para personas que no tengan ninguna perturbaciones en el aparato digestivo.

ALIMENTOS PERMITIDOS

Leches, queso, huevos, carnes, leguminosas, cereales pan, tubérculos entre otros.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

En esta dieta no hay ningún alimento que esté prohibido.

DIETA LIQUIDAS ESTRICTA

Es una dieta terapéutica

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible

Evitar enfermedades asociadas

ASPECTO NUTRIOOGICO

Valor calórico total 1000 kilocalorías

Proteínas insuficiente

Grasa insuficiente

Hidratos de carbono insuficiente

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia líquida

Volumen 3 a 5 tomas

Residuos escasos

Temperatura templada

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades: pre y post operatorio no más de 48 horas.

ALIMENTOS PERMITIDO

Azúcar, gelatina, consomé desgrasado, infusiones.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Todo los alimentos de consistencia sólida

DIETA LIQUIDA AMPLIA

Es una dieta terapéutica

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible

Evitar enfermedades asociadas

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total	1500 a 1600 kilocalorías
Proteínas	14 %
Grasa	26 %
Hidratos de carbono	60 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia	liquida
Volumen	5 tomas

Residuos modificados

Temperatura templada

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades:
enfermedades de boca, faringe. Esófago.

DIETA GASTRICA

Es una dieta terapéutica esta dieta es la que aporta alimentos integrados de consistencia blandos y que va a proteger la mucosa gastrointestinal.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible

Evitar enfermedades asociadas

Ayudar a disminuir la secreción gástrica

Neutralizar la hiperacidez.

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total 2000 a 2200 kilocalorías

Proteínas 14 %

Grasa 30 %

Hidratos de carbono 56 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia semilíquida

Volumen	5 tomas
Residuos	disminuidos
Temperatura	templada

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades:
gastritis, hiperclorhidria, ulceras.

ALIMENTOS PERMITIDO

Leche, carnes, tubérculos, huevos cocidos, cereales, pan, hortalizas, frutas

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Frituras, café, té, condimentos irritantes

DIETA HIPOGRASA

Es una dieta terapéutica que se caracteriza por su bajo concentración de grasas.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible

Evitar enfermedades asociadas

Mantener los niveles de colesterol y triglicéridos en los valores normales.

ASPECTO NUTRIOOGICO

Valor calórico total	2000 kilocalorías
Proteínas	14 %
Grasa	20 %
Hidratos de carbono	66 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia	variada
Volumen	3 tomas
Residuos	disminuidos
Temperatura	Normal

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades: en diarreas, afecciones de las vías biliares y cirrosis hepáticas.

ALIMENTOS PERMITIDO

Leche descremada, carnes magras, clara de huevo, hortalizas, cereales, frutas, tubérculos.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

yema de huevo, mantequilla, manteca y frituras.

DIETA BLANDA INTESTINAL

Es una dieta terapéutica que contiene alimentos de fácil digestión.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible

Evitar enfermedades asociadas

Evitar el trabajo gástrico

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total	2000 kilocalorías
----------------------	-------------------

Proteínas	12 %
Grasa	20 %
Hidratos de carbono	68 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia	blanda
Volumen	3 tomas
Residuos	sin celulosa
Temperatura	variada

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades: afecciones intestinales, diarreas, intolerancias a la lactosa.

ALIMENTOS PERMITIDO

Clara de huevo, quesillo, pollo sin piel, carnes, pescados cocidos y vegetales.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

leche, crema de leche. Queso maduro, frituras.

DIETA HIPOCALORICA

Es una dieta terapéutica que contiene alimentos en altos en fibra y de bajo valor calórico.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible.

Evitar enfermedades asociadas

Fomentar y provocar la pérdida de peso.

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total 1500 a 1800 kilocalorías

Proteínas 11 a 15 %

Grasa 20 a 25 %

Hidratos de carbono 50 a 60 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia sólida

Volumen 5 tomas

Residuos aumentados

Temperatura Normal

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades: obesidad, diabetes arteriosclerosis e hiperlipidemias.

ALIMENTOS PERMITIDO

Leche, queso, huevo, carnes magras, tubérculos, hortalizas pan 1 unidad en el día, frutas.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Disminuir arroz, fideo, leguminosas, grasas, dulces, condimentos

DIETA HIPOSODICA

Es una dieta terapéutica que contiene alimentos bajo en cloruro de sodio.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente.

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible.

Evitar enfermedades asociadas.

Mantener la presión arterial en sus valores normales.

ASPECTO NUTRIOLÓGICO

Valor calórico total	2000 kilocalorías
Proteínas	14 %
Grasa	26 %
Hidratos de carbono	60%

ASPECTO DIETOLÓGICO

Consistencia	sólida
Volumen	3 tomas
Residuos	normales
Temperatura	Normal

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tienen las siguientes enfermedades: afecciones cardíacas, hipertensión arterial, neuropatías.

ALIMENTOS PERMITIDOS

Quesillo, leche, carnes magras, huevos, frutas, tubérculos, cereales, hortalizas.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Pescados, mariscos, embutidos, enlatados, conservas y condimentos

DIETA DE LA GOTA

Es una dieta terapéutica para el tratamiento de la uricemia.

OBJETIVOS DE LA DIETA

Mantener y recuperar el estado nutricional del paciente.

Proporcionar los nutrientes necesarios para la convalecencia en menor tiempo posible.

Evitar enfermedades asociadas.

ASPECTO NUTRIOLOGICO

Valor calórico total	2000 kilocalorías
Proteínas	11 %
Grasa	25 %
Hidratos de carbono	64 %

ASPECTO DIETOLOGICO

Consistencia	variada
Volumen	3 tomas
Residuos	modificados
Temperatura	Normal

INDICADA

Esta dieta está indicada para pacientes que tiene las siguientes enfermedades:
hiperuricemia.

ALIMENTOS PERMITIDO

Todos excepto altos en contenido en purinas.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

Anchoas, sesos, vísceras, leguminosas secas

Tratamiento dietético

Hipercolesterolemia

Basado en las recomendaciones del Panel de Expertos del Programa Nacional de Educación en Colesterol de los EEUU, el tratamiento dietario se realiza en 2 etapas,

Estas dietas están diseñadas para reducir en forma progresiva la ingesta de ácidos grasos saturados, colesterol y también promover una baja de peso en aquellos pacientes con sobrepeso, a través de la eliminación de un exceso de calorías totales. Aristizabal, D. (2007).

Ingesta recomendada

Dieta etapa 1 Dieta etapa 2

Grasa total \leq 30% de las calorías totales

Ácidos grasos 8-10% de < del 7% de **saturados** las calorías las calorías

Totales.

Ácidos grasos Hasta 10% de **poliinsaturados** las calorías totales

Ácidos grasos Hasta 15% de **monoinsaturados** las calorías totales

Hidratos de carbono 55% de las calorías totales, aprox.

Proteínas 15% de las calorías totales, aprox.

Colesterol < 300 mg/día < 200 mg/día

Fibra* 20 - 35 g

Calorías totales Las necesarias para alcanzar y mantener el peso deseable

Tratamiento dietético de la hipercolesterolemia

La dieta etapa 1 recomienda:

- consumir menos del 30 % de las calorías totales como lípidos;
- disminuir el consumo de grasas saturadas, aumentando las grasas monoinsaturadas hasta un 15%,
- consumir menos de 300 mg de colesterol/día,
- reducir las calorías totales si hay sobrepeso;
- suprimir azúcar refinado (sacarosa) y limitar el consumo excesivo de alcohol y fructosa en caso de hipertrigliceridemia;
- aumentar el consumo de fibra soluble,

Esta dieta no difiere de la recomendación nacional de hábitos de vida saludable

salvo en que deberá ser supervisada por nutricionista, quien verificará la adherencia a estas indicaciones.

Para alcanzar una ingesta diaria de fibra dentro de los rangos recomendados, se debe consumir 5-6 porciones de frutas o verduras más alimentos del grupo de los cereales, papas y leguminosas, ricos en fibra. Con fines prácticos se puede considerar que aproximadamente entre 1/4 y 1/3 del total del contenido de fibra de un alimento equivale a fibra soluble.

La dieta etapa 1 constituye el primer paso del tratamiento dietético y básicamente consiste en **disminuir las fuentes más obvias de grasas saturadas y colesterol**. Si estas medidas no son suficientes para alcanzar la meta propuesta o si el paciente ya estaba siguiendo estas recomendaciones sin haber alcanzado la meta del Col-LDL, se pasa a la **dieta etapa 2**. Los pacientes con enfermedad coronaria establecida y aquellos con un riesgo CV máximo deben iniciar su tratamiento con la dieta etapa 2 y mantenerla, estén o no en tratamiento con fármacos.

La dieta etapa 2 recomienda:

- consumir menos del 30 % de las calorías totales como lípidos;
- disminución del consumo de grasas saturadas a menos de un 7%, con aumento proporcional de los ácidos grasos monoinsaturados, hasta un 15%;
- consumir menos de 200 mg de colesterol/día;
- reducir las calorías totales si hay sobrepeso;
- suprimir azúcar refinado (sacarosa) y limitar el consumo excesivo de alcohol y

fructosa en caso de hipertrigliceridemia.

- aumentar el consumo de fibra soluble.

2.4.2. Variable Dependiente

2.4.2.1. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

LOS NIVELES SOCIOECONÓMICOS

El nivel socioeconómico es una segmentación del consumidor y las audiencias que define la capacidad económica y social de un hogar.

Esta regla es un índice que clasifica a los hogares en seis niveles, considerando nueve características o posesiones del hogar y la escolaridad del jefe de familia o persona que más aporta al gasto.

El nivel socioeconómico representa la capacidad para acceder a un conjunto de bienes y estilo de vida.

SEGMENTACIONES DEL CONSUMIDOR

DEMOGRÁFICA

- Etapa de vida
- Género
- Región/plaza

PSICOLÓGICA

- Personalidad
- Arquetipos

PSICOSOCIALES

- Valores
- Actitudes

ESTILO DE VIDA

- Consumo
- Consumo cultura

ÉTNICO-CULTURALES

- Raza
- Identidades

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Nivel Socioeconómico es la mediación de factores demográficos, sociales, tecnológicos y mediáticos que determinan una **DINÁMICA SOCIAL COMPLEJA** que determinara los estilos de vida.

¿CÓMO SE MIDE EL NIVEL SOCIOECONÓMICO?

La regla 10X6

El índice de nivel socioeconómico utilizado hasta ahora, conocido como *Regla 13x6*, clasifica a los hogares en seis niveles a partir de un árbol de asignaciones considerando 13 variables:

INDICADORES REGLA AMAI 13X6

- 1 Escolaridad del jefe del hogar
- 2 Número de habitaciones
- 3 Número de baños con regadera
- 4 Tipo de piso

- 5 Número de focos
- 6Auto
- 7Boiler o calentador
- 8Lavadora de ropa automática
- 9Videocasetera
- 10Tostador de pan
- 11 Aspiradora
- 12Horno de microondas
- 13Computadora personal.

REGLA AMAI 10X605

A fin de incrementar la validez y confiabilidad del índice de Nivel Socioeconómico AMAI a partir de 2008 se actualizó la Regla AMAI

OBJETIVOS

- Identificar y actualizar las posesiones y variables que mejor determinan el NSE
- Actualizar el algoritmo de cálculo del NSE
- Dar una base conceptual a la definición de NSETAMBIEN
- Establecer la comparabilidad de la nueva regla con la regla anterior, estableciendo un plan de sustitución

Establecer la comparabilidad y homologación de la regla AMAI con los principales indicadores de bienestar y pobreza

Establecer la comparabilidad de la regla AMAI con los indicadores de otras regiones.

ACTUALIZACIÓN DE INDICADORES

Los indicadores del índice de Nivel Socioeconómico fueron actualizados considerando 5 aspectos:

- Indicadores incluidos en otros modelos
- Indicadores correlacionados con ingreso familiar

- Indicadores con mayor capacidad predicativa del ingreso
- Dimensiones conceptuales de NSE y Calidad de Vida
- Comparabilidad con Regla AMAI actual

¿En función de que características se definen los Niveles Socioeconómicos?

Capital Humano Planeación y Futuro

Tecnología y Entretenimiento

Infraestructura Práctica

Infraestructura Sanitaria

Infraestructura Básica

LOS DIEZ INDICADORES DE LA REGLA 10X603

TECNOLOGÍA	Y	
ENTRETENIMIENTO		<ul style="list-style-type: none"> •NÚMERO DE TELEVISIÓN A COLOR •COMPUTADORA
INFRAESTRUCTURA PRACTICA		<ul style="list-style-type: none"> •NÚMERO DE FOCOS •NÚMERO DE AUTOS •ESTUFA
INFRAESTRUCTURA SANITARIA		<ul style="list-style-type: none"> •BAÑOS •REGADERA
INFRAESTRUCTURA BÁSICA		<ul style="list-style-type: none"> •TIPO DE PISO •NÚMERO DE HABITACIONES

CAPITAL HUMANO

•EDUCACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Los planteamientos teóricos de la economía siempre han destacado la importancia de la educación y cualificación de las personas, esta condición del recurso humano está asociada al desempeño económico de un país

Según el Índice de Desarrollo Humano Ecuador se ubica en una posición intermedia respecto a los países de la región. Durante la última década, Ecuador ha experimentado el aumento sostenido de su PBI cercano al 66,6% (FMI, 2012).

El crecimiento económico ha sido acompañado por la reducción en la desigualdad en la distribución de ingresos (CEPAL, 2011) y la notable disminución de la pobreza. En efecto, a mediados de la década más de la mitad de la población ecuatoriana no tenía ingresos suficientes para acceder a la canasta básica de bienes y servicios, y al finalizar la década esta proporción se redujo al 35,4% (CEPAL, 2011).

Asimismo, la esperanza vida aumentó y la mortalidad de los niños menores de 5 años se redujo en forma considerable.

2.4.2.2. NIVEL EDUCACIONAL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD

En términos educativos, la tasa neta del nivel primario asciende al 92% y la tasa neta del nivel medio ronda actualmente el 79% (SITEAL, 2011).

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA EDUCACIÓN PARA UNA ECONOMÍA?

Varias interpretaciones y evidencia se han planteado entorno al aporte y beneficios que representa el nivel de educación y conocimiento de las personas en la economía.

De acuerdo a estos trabajos (Mincer [1958, 1974]; Schultz [1961]; Becker [1962]) los sistemas educativos y su influencia en la cualificación y la especialización del recurso humano, determina en parte las relaciones laborales de las personas. Con mayor detalle, las cuestiones a tratar hacen referencia a que una mayor educación significa necesariamente condiciones favorables en la economía para las personas

Estas afirmaciones se recogen de forma más detallada en la obra de Mincer (1974) *Escolaridad, experiencia e Ingresos*² que destaca que, las personas invierten en su formación hoy para esperar rendimientos futuros que garanticen condiciones favorables en cuanto a empleo e ingreso, aunque no siempre suceda de esa manera, ya que la relación educación – economía depende mucho de la productividad de los sectores económicos. Se puede decir también que, existe planteamiento que toman a la educación como una especie de credencial para los sectores productivos, es decir, los niveles de educación en las personas son señales de un posible rendimiento favorable al momento de incluir a estas personas en el recurso humano.

LAS PROVINCIAS Y SU POBLACIÓN OCUPADA CON ESTUDIOS UNIVERSITARIOS

A nivel provincial, en Ecuador, la proporción de personas con instrucción superior muestra que quienes deciden invertir en su formación universitaria están siendo ocupados. Como se puede apreciar, la provincia de Pichincha tiene el más alto porcentaje de ocupados con instrucción superior con el 37.92%, seguido del Azuay con el 28,22%, Loja con el 25,32% y Guayas con el 25.13%. En contraste,

las provincias que ocupan menos personas con estudios superiores son de la región amazónica; Morona Santiago con el 12,09%, Sucumbíos con el 9.86% y Orellana con el 8.31%.

NIVELES EDUCATIVOS Y DESEMPLEO

El desempleo también se puede caracterizar teniendo en cuenta el nivel de instrucción que tienen las personas. En teoría, mayores niveles de educación reducen la posibilidad de desempleo en las personas. El análisis para Ecuador demuestra que esta realidad es aplicable, observando no obstante algunas características propias de nuestro sistema de educación.

MODO Y ESTILO DE VIDA

Los conceptos de modo y estilos de vida comienzan a ser objeto de las ciencias médicas en la segunda mitad del siglo XX, a partir del redimensionamiento del concepto de salud y por lo tanto, de los determinantes de la salud. Estos conceptos han contribuido a la mejor comprensión y operacionalización de los elementos no biológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad y que son parte integrante de la medicina social característica de nuestro siglo.¹

El camino generalizado para arribar a estos nuevos conocimientos en medicina se produjo a partir del cambio del estado de salud en poblaciones con desarrollo socioeconómico avanzado, donde las muertes y enfermedades se asocian cada vez menos con enfermedades infecciosas y se comienza a prestar atención a aquellos elementos que inciden en estas muertes y enfermedades, a saber: inadecuación del sistema de cuidados de la salud existente, factores conductuales o estilos de vida poco sanos, riesgos ambientales para la salud y factores biológicos.

De esta forma, se comenzó a concebir que la determinación de la salud es un proceso complejo, multifactorial y dinámico, en que los factores enunciados interactúan no solo para deteriorar la salud, sino también para incrementarla y preservarla. (Gonzales, L. (2008). Diego, R. (2000).

Para caracterizar el modo de vida como determinante de salud se han utilizado múltiples criterios, en los que la epidemiología y las ciencias sociales han hecho grandes aportes, al establecer relaciones entre las condiciones materiales y la forma en que los grandes grupos sociales se organizan y se realizan productivamente en esas condiciones. Por ejemplo: servicios de salud y su utilización, instituciones educacionales y nivel educacional de la población, tipos de vivienda, condiciones o hacinamiento, abasto de agua e higiene ambiental, etc. (Gonzales, L. (2008).)

Esta categoría resulta pues, imprescindible en la comprensión no solo del estado de salud de una población, sino además en la confección de políticas sanitarias y estrategias de promoción de salud, ya que su campo abarca los grandes grupos sociales en su conjunto. Gonzales, L. (2008).

El modo de vida refleja la médula de la formación económico-social, desde el punto de vista del sujeto del progreso histórico, de la actividad humana, ya sea productiva, de consumo, sociopolítica, cultural y familiar. En este sentido, el modo de vida refleja lo social en lo individual.

El socialismo industrial promueve el saneamiento del medio que rodea al hombre, el crecimiento del bienestar material con el desarrollo de las necesidades espirituales de los hombres y de sus potencialidades creadoras. En otras palabras, el socialismo enriquece infinitamente la vida de los hombres, saturándola de un contenido creador.

El modo de vida socialista se caracteriza por el optimismo social, que emana de la firme confianza del hombre en su futuro, al garantizar el crecimiento constante del bienestar popular; además, garantiza a los trabajadores amplios derechos sociales, entre estos, el derecho al trabajo y a la instrucción. Presupone además la gran actividad social de los miembros de la sociedad, su conciencia de la responsabilidad por el colectivo y por la sociedad en su conjunto (*Fernández Caballero E, et al. Gerencia de salud. Selección de Temas. MINSAP; 1999.p.89-93*).

El estilo de vida es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano, y por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. En la actualidad, se considera que la familia, como grupo particular con condiciones de vida similares, posee un estilo de vida propio, que determina la salud del grupo familiar y sus miembros, por lo que se concibe, además, la categoría de estilo de vida familiar. Gonzales, L. (2008).

Repercusión del modo y estilo de vida en el proceso salud-enfermedad

El estilo de vida y la actividad cotidiana pueden condicionar la salud y la enfermedad del hombre, ya sea por el trabajo que realiza, por las características de su nutrición, por su vida sexual, entre otras actividades. Las formas de actividad concreta que integran el modo de vida de la población nos pueden facilitar conocimientos que contribuyan a elaborar estrategias y programas para el desarrollo del bienestar social, del trabajo higiénico-epidemiológico y la promoción de salud. Lo mismo sucede con las actividades del estilo de vida del individuo y su utilidad para el diagnóstico, el tratamiento y pronóstico. Gonzales, L. (2008).

El modo de vida ha sido afectado de diferentes formas según la problemática de cada sociedad, pero en casi todas ha repercutido sobre la salud. En las grandes ciudades desarrolladas son comunes algunos problemas: la violencia, la pornografía, las drogas o el alcoholismo, los cuales afectan el modo de vida y repercuten sobre la salud, a la vez que favorecen un alto nivel de estrés y de enfermedades crónicas degenerativas. En los países subdesarrollados se manifiestan otros problemas, tales como los efectos del endeudamiento, el desempleo, el aniquilamiento de la escasa seguridad social, la reducción de los presupuestos para la educación y la salud, un retraso educacional, la malnutrición, la falta de higiene, las enfermedades profesionales por falta de protección al obrero, el incremento de la mortalidad infantil y una baja esperanza de vida. Aristizabal, D. (2007).

Estos fenómenos han transformado el modo de vida de muchas naciones con independencia de los deseos y necesidades de sus pueblos. El modo de vida de una comunidad rural en un país subdesarrollado, condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades parasitarias e infectocontagiosas, pues las actividades del modo de vida, la pobreza, la malnutrición y la escasez de cuidados médicos, acercan y exponen a dicha comunidad a los agentes biológicos y la hacen más vulnerable. Gonzales, L. (2008).

El mismo mecanismo de determinación de la enfermedad, pero mediante actividades y contenidos diferentes, se puede observar en una ciudad populosa de un país con alto desarrollo, donde el modo de vida también condiciona un cuadro de morbilidad específico, caracterizado por enfermedades no transmisibles, pues el estrés, la vida contra reloj, el sedentarismo, la contaminación, la inseguridad y otros males, inciden sobre las personas, alteran su regulación psiconeuroinmunológica y facilitan alteraciones funcionales que tienden a degenerar y a transformarse en crónicas (enfermedades crónico-degenerativas)

Hay evidencias que permiten señalar que diversas entidades nosológicas están relacionadas con el estrés de origen social. Una de ellas es la hipertensión arterial llamada esencial.

Sobrepeso y Obesidad

Obesidad

La obesidad es un exceso tejido graso sobre la composición corporal normal, que depende de la edad, la talla y el sexo. Desde siempre se ha creído que la causa de la obesidad es una dieta rica en grasas, pero también intervienen otros factores de tipo genético, sociales, familiares, etc. Antonio, M. J. (2010).

De todos estos factores, durante la adolescencia influyen especialmente la predisposición genética (en lo referente al número de adipocitos, que son las células del organismo que almacenan la grasa) y los hábitos alimentarios.

Las consecuencias de esto son las mismas que para un adulto: problemas cardiovasculares, respiratorios, del aparato locomotor, etc. Además de aumentar el riesgo de otros problemas de salud como serían: cáncer, problemas psicológicos y sociales... Antonio, M. J. (2010).

Está claro que no se puede hacer nada para luchar contra la predisposición genética, pero no ocurre lo mismo con los hábitos alimentarios. En muchos casos, cuando los adolescentes se encuentran en esta situación, acuden, al igual que los adultos a dietas restrictivas, aumento de la actividad física y control de la voluntad para elegir los alimentos. Estos comportamientos pueden ser buenos si no se llevan a cabo de forma exagerada.

En cualquier caso, para tratar la obesidad en la adolescencia hay que seguir unas pautas generales, que serían:

- Establecer una dieta adecuada a las necesidades nutricionales del adolescente en cantidad y calidad. Las dietas no deben ser muy restrictivas.
- Regular los hábitos alimentarios. Los adolescentes deben aprender a elegir los alimentos más adecuados, sobre todo cuando están fuera de casa. Deben evitar los fritos, los productos de repostería, las salsas, y, en general, cualquier producto con un elevado contenido en grasas. Siempre que se pueda elegir entre frutas y verduras.

- Utilización si es necesario de algunos fármacos, pero siempre bajo un estricto control médico.
- Practicar algún deporte, si es posible aeróbico.

También es muy importante:

Recibir una buena educación nutricional. Esta cuestión es especialmente importante, ya que el desconocimiento suele ser la causa de la mayoría de los trastornos.

La **obesidad** (especialmente de distribución tóraco-abdominal) y el hábito sedentario, son importantes **factores de riesgo condicionantes**. Esto significa que actúan principalmente favoreciendo la aparición de los factores de riesgo mayores: diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. La resistencia a la insulina es a menudo el denominador común a todas estas condiciones, conocida con el nombre de síndrome plurimetabólico o síndrome X, y considerado como una de las principales causas de la aterosclerosis.

Los individuos con intolerancia a la glucosa, si bien no tienen riesgo de desarrollar las complicaciones específicas de los diabéticos, tienen aumentado su riesgo CV.

Aunque estas patologías o condiciones no han sido incluidas en la categorización del riesgo CV global, su reconocimiento y tratamiento son importantes porque su mejoría modifica positivamente los factores de riesgo asociados antes señalados.

Una reducción discreta, entre un 5 a 10 % del peso corporal en obesos disminuye

significativamente la resistencia insulínica, las cifras de presión arterial y los niveles de los lípidos o facilita su control.

NIVEL DE COMPRENSIÓN DE INDICACIONES DIETÉTICAS.

Los patrones de consumo en Latinoamérica depende fundamentalmente de su situación de pobreza, marginación y escaso nivel de educación. Su estructura de consumo está dada habitualmente por un alimento básico (maíz, trigo, arroz, o azúcar) y dos o tres alimentos complementarios como raíces y tubérculos y algunas leguminosas (o papas, grasas vegetales, y leche).

Se puede deducir que el aporte calórico es bajo, alrededor de 2000 calorías y los niveles de proteína relativamente adecuados, pero a base de proteínas de origen vegetal. Es importante tener presente que las mezclas de dos alimentos vegetales puede aumentar el valor proteico de la dieta, por la complementación de aminoácidos, lo que debe estimularse.

Las dietas son muy monótonas y poco variadas y en algunas áreas solo se consume una comida al día, lo que es muy inadecuado, especialmente para niños, madres embarazadas y lactantes.

Los hábitos alimentarios, distribución de la tierra, tecnificación de la misma, influyen directamente en los patrones de consumo

Los regímenes alimentarios están relacionados directamente con el consumo, el consumo de alimentos, a su vez, está directamente relacionado con la selección, preparación y conservación doméstica de los alimentos. Estas actividades son el

reflejo de factores de carácter económico (distribución de los ingresos, capacidad de compra) y sociocultural (estatus, preferencias, composición familiar).

El consumo se produce gracias a la acción mediante la cual se da uso a los bienes y/o servicios producidos por las unidades de producción y adquiridos a través del pago de un precio establecido. El consumo alimentario es el momento en el cual nos llevamos un alimento a la boca, y, “el hombre es el reflejo de lo que come o lo que puede comer de acuerdo a su condición social y estilo de vida”.

Se debe tomar en cuenta también que el consumo alimentario individual o familiar está condicionado por diversos factores que pueden ser agrupados en tres condiciones de accesibilidad:

1. Acceso físico o disponibilidad de los alimentos. Que corresponde a la disponibilidad material de los alimentos al alcance de la población producidos en las UPA's (Unidades de Producción Agrícola) y puestos al alcance de las personas a través del sistema de comercialización.
2. Acceso económico o capacidad de compra. Que es la capacidad de adquirirlos cuando están físicamente accesibles a través del pago de un precio establecido, siempre y cuando se cuente con el ingreso para ello.

3. Acceso social o decisión sobre la adquisición o uso de alimentos. De acuerdo al conocimiento de hábitos culturales que marcan la decisión de obtener y usar determinados alimentos cuando se dan las otras dos accesibilidades.

2.5. HIPÓTESIS

El nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética, influyen en el grado de comprensión de la indicaciones dietéticas por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA durante Diciembre 2014 a Febrero 2015.

2.5.1 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES DE LA HIPÓTESIS.

Unidades de observación:

Pacientes con IMC mayor de 29,9 que acuden a Servicio de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato

Variable independiente:

Nivel de Conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética

Variable dependiente:

Grado de comprensión de indicaciones dietéticas por los pacientes con IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en diciembre 2014 – febrero 2015.

Termino de relación:

Influyen.

CAPITULO III

2. METODOLOGÍA

3.1.- Enfoque

Esta investigación está guiada predominantemente por el paradigma cualitativo porque busca la comprensión como los factores relacionados directamente con los conocimientos del médico y enfermeras y la prevención de sobrepeso y obesidad de la aparición de enfermedades crónico metabólica.

3.2.- Modalidad Básica de la Investigación

Investigación de Campo: esta investigación es de campo porque se va a estudiar y conocer los conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras y cómo influyen los mismo en la prevención de sobrepeso y obesidad y enfermedades crónico metabólicas en sus pacientes en consulta externa del HPDA en Febrero del 2015.

3.3.- Niveles o Tipo de Investigación

Descriptivo: apoyados en el análisis estadístico con el propósito de determinar de qué manera influyen los conocimientos de nutrición y dietética en la prevención de la aparición de enfermedades crónico metabólicas, en la población de estudio a partir de una muestra.

Prospectivo.- Se registra información según van ocurriendo los fenómenos. Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, se controla el sesgo de medición.

Asociación de Variables: va a permitir hacer una medición más clara entre los sujetos a estudiar y saber si los factores relacionados directamente con el médico enfermeras y paciente son la principal causa que influye en la aparición de enfermedades crónico metabólicas.

3.4.- Población y Muestra

La población en estudio de esta investigación abarca todos los pacientes diagnosticados con IMC mayor a 29,9, que acuden a los servicios de consulta externa del Hospital Provincial Docente Ambato en Diciembre 2014 – Febrero 2015. Sabiendo que la prevalencia es en promedio día laborable de pacientes que acuden este servicio, es de 3 - 4 personas con estas patologías por día.

3.5 Criterios de inclusión y exclusión.

3.5.1 Criterios de inclusión

Para la presente investigación, se incluirán a todos los pacientes con IMC de 29,9 diagnosticada.

Y que hayan firmado el consentimiento informado

3.5.2 Criterios de exclusión.

Se excluye a todos aquellos pacientes con normo peso y que no hayan firmado el consentimiento informado.

O aquellas personas que traten de obtener beneficios por los datos brindados.

3.6 Aspectos éticos

En el presente estudio se tomaran datos específicos de los pacientes) para lo cual cada uno tendrá absoluta privacidad y anonimato utilizando como medio de identificación, un código que será dado por la fecha y hora de atención de cada individuo, al servicio de consulta externa de HPDA, con el fin de resguardar y proteger su identidad e intimidad al no permitir por ningún motivo el libre acceso a dicha investigación por personas ajenas a la realización de este proyecto.

3.7.- Operacionalización de Variables

3.7.1. Variable independiente: conocimientos nutrición y dietética del médico tratante

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
<p>La calidad y cantidad de los conocimientos que los profesionales de la salud conocen respecto a temas de nutrición y dietética, contemplando las fuentes de energía, manejo de calorías y las funciones, fuentes y requerimientos de proteínas, grasa, carbohidratos, vitaminas, minerales y agua, para poder recomendar sus usos en sus pacientes</p>	<p>Nivel de conocimientos</p> <p>9.0 a 10.0 excelente</p> <p>8.0 a 8.9 muy bueno</p> <p>7.0 a 7.9 bueno</p> <p>5.5. A 6.9 regular</p> <p>< a 5.5 malo</p>	<p>Recomendaciones nutricionales por grupo etáreo</p> <p>Recomendaciones dietéticas de restricción y reducción.</p> <p>Conocimientos de dietas especiales</p> <p>Lista de intercambio de alimentos</p> <p>Gramos = porciones caseras</p>	<p>Cuántas calorías hay en un gramo de proteína, grasa y carbohidrato respectivamente?</p> <p>Aproximadamente cuántas calorías/ Kg/ día necesitaría un hombre?</p> <p>Aproximadamente cuántas calorías por día necesitaría un hombre de 70 kg ?</p> <p>Los carbohidratos (CHO) se dividen según su composición en:</p> <p>Seleccione los aminoácidos (AA) esenciales para el cuerpo humano:</p>	<p>Observación y encuestas</p>

3.7.1. Variable dependiente: Comprensión de indicaciones dietéticas por el paciente con IMC < de 29.9

Conceptualización	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Capacidad del paciente para comprender, reconocer y aplicar las recomendaciones dietética, además de gestionar cambios en el estilo de vida gracias a la comprensión y aplicación de indicaciones médicas mejorando su estado nutricional y previniendo la aparición de enfermedades crónico metabólicas	El nivel de comprensión de los pacientes Alto Medio Bajo	Recomen daciones dietéticas Cambios estilo de vida Comprensión de las indicaciones médicas Manejo adecuado de la dieta Anamnesis nutricional Frecuencia de consumo de alimentos Patrón alimentario Aceptación e inclusión de indicaciones dietéticas	1. Conoce usted su enfermedad? 2. Si b. no 3. Sabe usted que tiene obesidad 4. Si b. No 5. El médico o equipo de salud que le atendió le sugirió bajar de peso? Si b. no En caso de ser positiva usted entendio las indicaciones a. si b. no 6. Su médico o el equipo de salud le indico como bajar de peso? Si b no En caso de ser positiva usted entendio las indicaciones a. si b. no 7. Su médico o el equipo de salud le hablo de los problemas posteriores que puede presentar en caso de no bajar su peso? Si b no En caso de ser positiva usted entendio las indicaciones a. si b. no	Encuestas Antropometría

3.8 Plan de recolección de información

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué?	Identificar si los pacientes comprenden las indicaciones dietéticas dictadas por el personal de salud.
2. ¿De qué personas?	Pacientes con IMC mayor a 29,9
3. ¿Sobre qué aspectos?	Como influyen los conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras en la comprensión de indicaciones dietéticas
4 ¿Quién?	El investigador Diego Andrés Rubio Lalama
5 ¿Cuándo?	En Diciembre 2014 – Febrero 2015
6 ¿Dónde?	En consulta externa del HPDA
7 ¿Cuántas veces?	Encuestas aplicadas 1 sola vez
8 ¿con que técnica?	Encuesta dirigida a médicos, enfermeras y pacientes Consulta de historias clínicas
9 ¿con que?	Registro de lo manifestado por los encuestados

3.9.- Procesamiento y análisis

Los datos recogidos, sobre si, “Los conocimientos de nutrición y dietética de los médicos y enfermeras ayudan a prevenir enfermedades crónico-metabólicas en Pacientes con IMC mayos a 29,9%, que asisten al Servicio de consulta externa del

Hospital Provincial Docente Ambato” se transforman siguiendo ciertos procedimientos:

Sobre la base de los objetivos propuestos y tipo de variables, se detallara y presentara como cuantitativa, pues servirán como datos estadísticos, identificando en porcentajes a cada uno de estos, relacionando cual es mayor o menor. Registrando solo los datos positivos que presente cada paciente para que ayudándonos a representar cada uno de estos datos mediante gráficos de barra, con su respectivo análisis al pie del mismo.

La aplicación de las encuestas se realizó de la siguiente manera:

Validación de las encuestas, se realizó mediante la aplicación de la encuesta a médicos y pacientes del servicio de emergencia del HPDA.

Para los Profesionales de la salud, luego de solicitar el correspondiente permiso a la dirección médica del hospital, nos pusimos de acuerdo con el jefe del área de Medicina Interna y llegamos al acuerdo de aplicar las encuestas al personal luego de la presentación de casos clínicos que el servicio lo tiene programado para los días martes a las 7:30 am.

En el caso de los pacientes, luego de revisar las historias clínicas e identificar a los pacientes que presentan un IMC mayor de 29,9 se esperaba a que el paciente sea

atendido por parte del médico tratante consultado y se realizaba el correspondiente abordamiento para que responda las preguntas

CAPÍTULO IV

4. ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para la interpretación de los resultados obtenidos presentaremos de forma estadística y porcentual las notas obtenidas en la encuesta de conocimientos, es menester indicar que para la primera variable de la investigación, conocimientos de nutrición y dietética, se ha dividido en tres segmentos que nos llevaran a la realidad de lo que sucede en nuestros hospitales; situación ésta que para muchos es conocida pero que nadie ha tenido la responsabilidad civil de plasmarlo en blanco y negro y demostrar que existen problemas el momento de asesorar adecuadamente a nuestros pacientes.

Entonces el análisis de la encuesta de conocimientos de nutrición y dietética se ha dividido así:

1.- Percepción personal del profesional respecto a sus conocimientos de Nutrición y dietética y a la utilización de los mismos como herramienta del que hacer médico, corresponde a las preguntas 1 a 11.

2.- La segunda parte comprende los conocimientos sobre nutrición básica, que enmarca a las preguntas 12 a 33.

3.- Y finalmente los conocimientos sobre bases dietéticas en patologías comunes que puede referir o presentar el paciente, preguntas de la 34 a 52, y en este grupo se incluye una última que demuestra el interés por conocer algo más acerca del tema consultado.

La segunda parte del presenta análisis, respecto al nivel de comprensión por parte de los pacientes, también lo dividimos en tres segmentos:

1.- Nivel de educación y el IMC.

2.- Hábitos y Patrón alimentario

3.- Conocimiento de su enfermedad, comprensión de indicaciones y percepción del nivel de conocimientos por parte de los médicos.

Obtenido esto presentaremos finalmente un cuadro estadístico que relacione las dos variables.

Gráfico # 1. Percepción de los profesionales respecto a sus conocimientos de nutrición y dietética

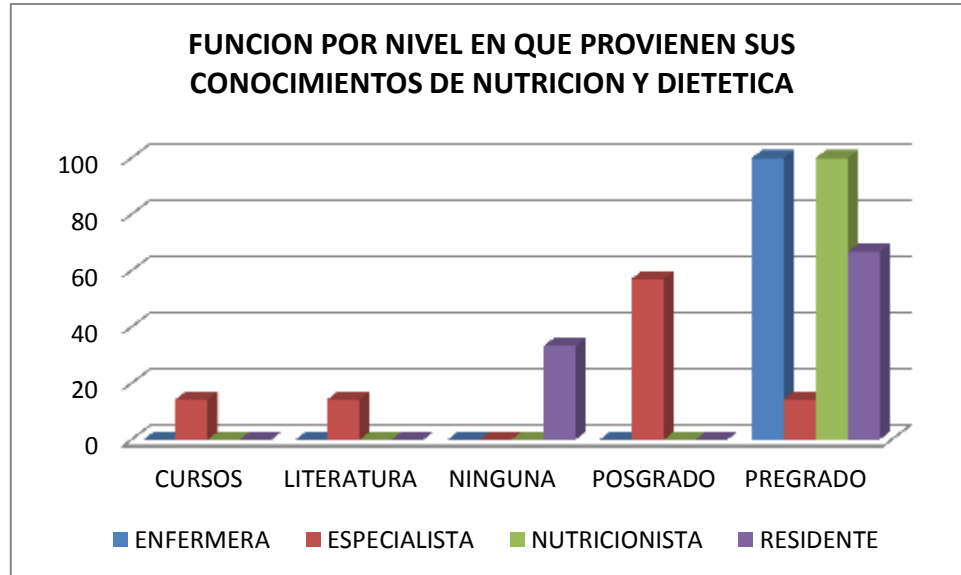


Elaborado por Diego Andrés Rubio Lalama Investigador.

En el gráfico numero 1 podemos observar como los profesionales en 88,9% considera tener conocimientos de nutrición y dietética; en tanto que el 61,1% dice tener en cuenta estos conocimientos al prescribir las indicaciones; en forma decreciente el 44,4% refiere estar capacitado e incluir requerimientos energéticos y proteicos en sus indicaciones, y un 61,1% ha mencionado asistir a congresos y cursos sobre nutrición.

Como hemos podido ver los profesionales han manifestado tener conocimientos en el área de estudio pero veremos más adelante si la concepción o criterio propio son acertados y si esos mismos conocimientos los aplican de forma rutinaria para buscar la prevención de patología crónico metabólicas.

Grafico #2 FUNCIÓN POR NIVEL EN QUE PROVIENEN SUS CONOCIMIENTOS DE NUTRICION Y DIETETICA



Elaborado por Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

En el presente gráfico podemos observar como los profesionales de la salud han determinado el origen de sus conocimientos de nutrición y dietética, recordemos que en el gráfico anterior manifestaron mayoritariamente tener conocimientos en el área del presente estudio.

Ahora nos indican tanto enfermeras como nutricionista que recibieron estos conocimientos en un 100% en el pregrado, mientras que los residente han indicado que el 66,6% de ellos lo recibió en el pregrado y un 33,3% indican que no tuvieron ninguna instrucción respecto a nutrición; en tanto que los especialistas el 57,1% manifestaron que recibieron estos conocimientos en el

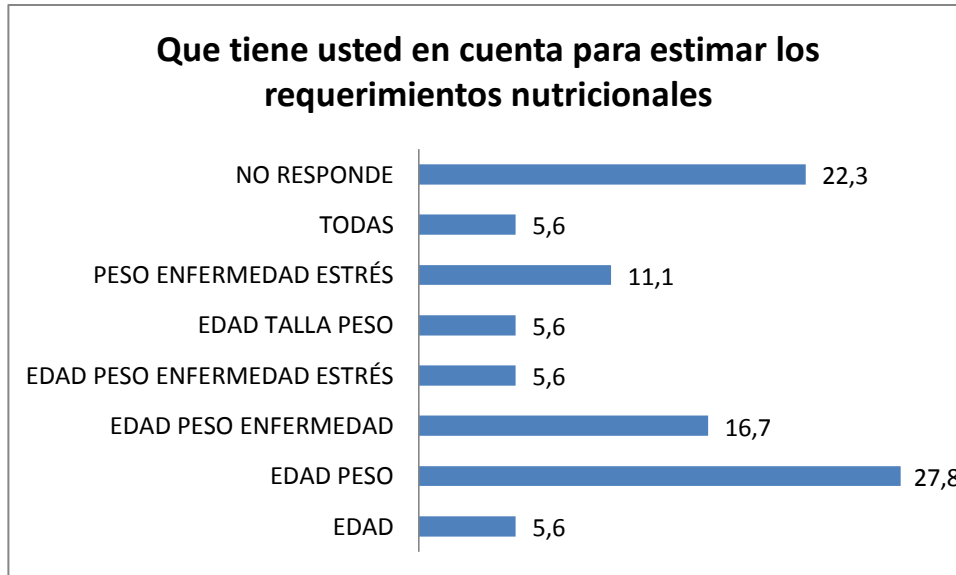
posgrado, y con el 14,3% han indicado que han adquirido sus conocimientos en el pregrado, mediante literatura especializada y asistiendo a cursos respectivamente.

Es importante resaltar que si analizamos en forma global en los profesionales médicos tanto residentes como especialistas no han recibido estos conocimientos en el pregrado el 61,5% lo que es sumamente importante resaltar, y solamente el 38,5% refieren haber recibido esos conocimientos en pregrado.

El estudio denominado “La enseñanza de la nutrición en las facultades de medicina: situación actual” y publicado en la revista de nutrición hospitalaria, indica que los profesionales y estudiantes de las ciencias de la salud coinciden al resaltar la importancia que tiene la nutrición y la dietética para el cuidado de los pacientes, pero que a pesar de esto, la enseñanza de nutrición en las facultades de medicina en países europeos y americanos sigue siendo escasa. desarrollado en el año 2003 por Sánchez, García – Lorda,

Así mismo, la American Medical Association Council on Foods and Nutrition recomienda a las facultades de medicina designar un comité para el desarrollo de un programa de enseñanza de nutrición para los estudiantes de medicina (Sánchez, 2003). Si embargo de esta recomendación durante mi formación profesional se retiró del pensum de estudio esta importante materia quizá eso se refleja en ese 33,3% de residentes que manifiestan no haber adquirido estos conocimientos.

Gráfico # 3 Que tiene usted en cuenta para estimar los requerimientos nutricionales



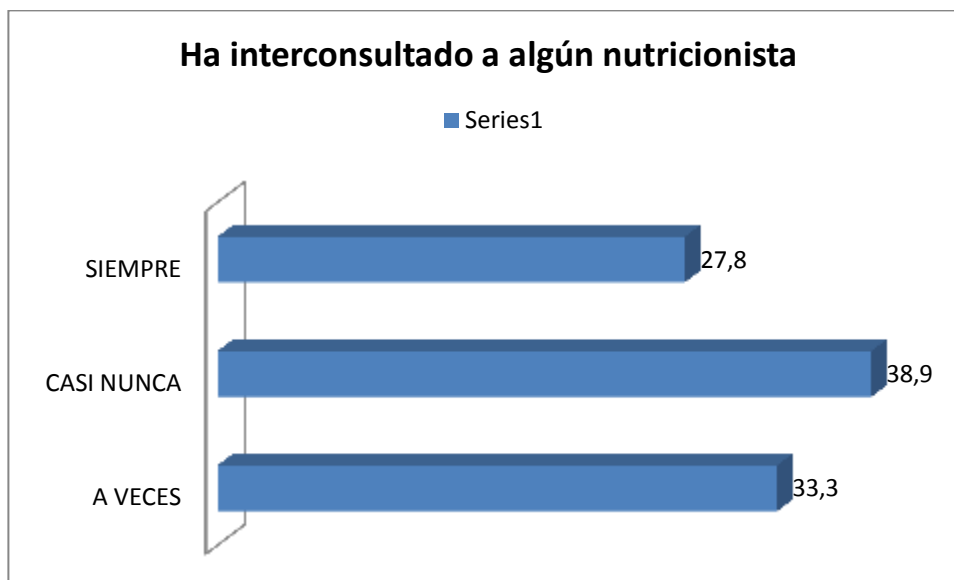
Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama, Investigador

En el presente gráfico se puede evidenciar la diversidad de respuestas que dan los profesionales de la salud respecto a cómo estimar los requerimientos nutricionales frente a una pregunta que permitía marcar las que considere necesarias, siendo la opción edad-peso la de mayor frecuencia con el 27,8%; la siguiente opción más relevante es no responde con el 22,3%; mientras que la opción correcta Edad-talla-peso apenas un 5,6% la construyeron.

Para un buen número de profesionales la patología, el estrés, son fundamentales, y tienen mucha razón pero para calcular los requerimientos nutricionales, existen fórmulas importantes que deben utilizarse.

Tal es el caso de la fórmula de Harris Benedict que contempla peso, talla y edad para este fin utilizada ampliamente a nivel mundial

Gráfico #4 Ha interconsultado a algún nutricionista?



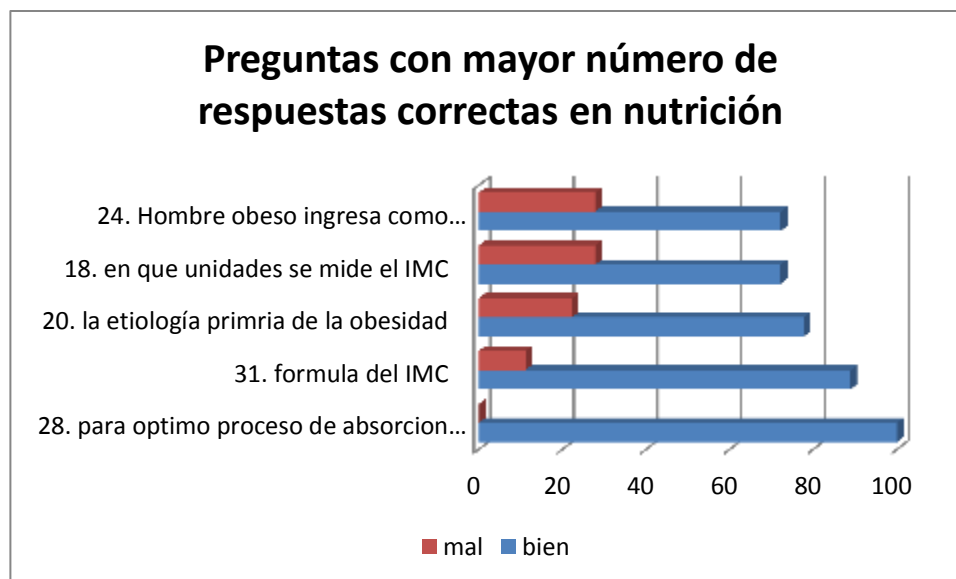
Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el presente gráfico podemos ver como los profesionales de la salud refieren en un 27,8% requerir siempre el apoyo de la profesional de Nutrición y dietética; en tanto que el 33,3% refiere que a veces solicita el contingente de la profesional; y el 38,9% dice que casi nunca ha requerido realizar una interconsulta nutricional.

Este gráfico es importante porque nos acerca a la realidad por la que atraviesan nuestros pacientes cuando no reciben un adecuado apoyo en el área nutricional,

En países desarrollados entendamos que en el equipo de salud está presente siempre el nutricionista que sea un puntal en la modificación de hábitos especialmente del orden alimentario

Gráfico # 5 Preguntas con mayor número de respuestas correctas en nutrición

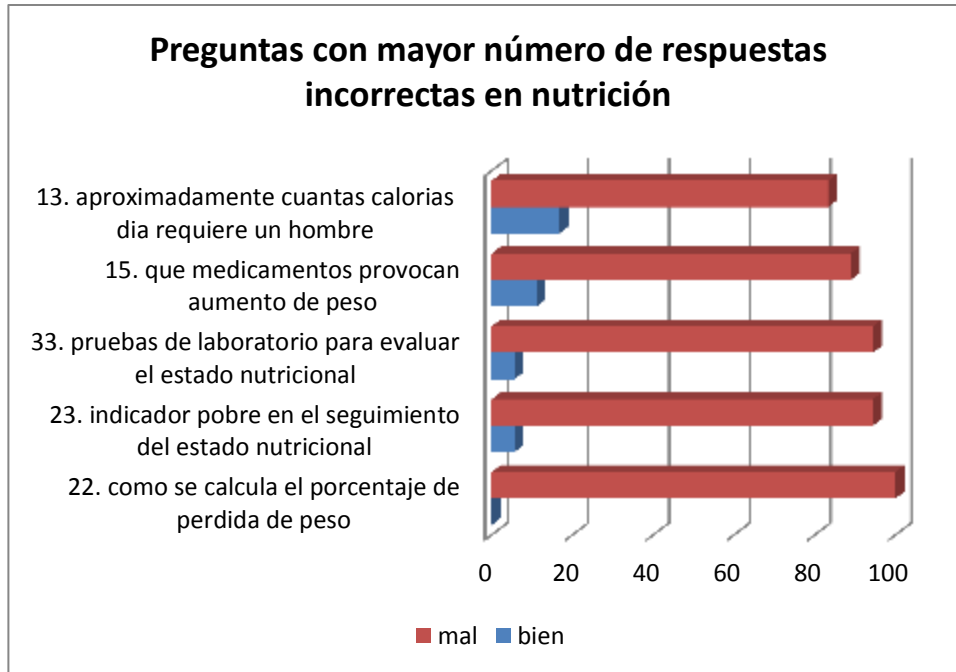


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama ; Investigador

Continuando con el análisis nos corresponde la segunda parte correspondiente a conocimientos de nutrición básica, obteniendo las siguientes respuestas como las de mayor puntuación: con el 100% para el óptimo proceso de absorción de Calcio es necesaria vitamina D; el 88,9% indico adecuadamente la fórmula del IMC; el 77,7% indicó correctamente cual es la etiología primaria de la obesidad; y con el 72,2% respondió adecuadamente en que medidas se mide el IMC.

Aquí debo realizar un análisis a mi modo de ver importante, pues aparentemente nos mecanizamos al realizar nuestras actividades pues la esencia de las preguntas 31 y 18 hacen referencia al IMC, cuando en la que deben mencionar la fórmula lo hacen la gran mayoría, mientras que cuando se les pregunta en que se mide el porcentaje disminuye en un 16,7%.

Gráfico #6 Preguntas con mayor número de respuestas incorrectas en nutrición



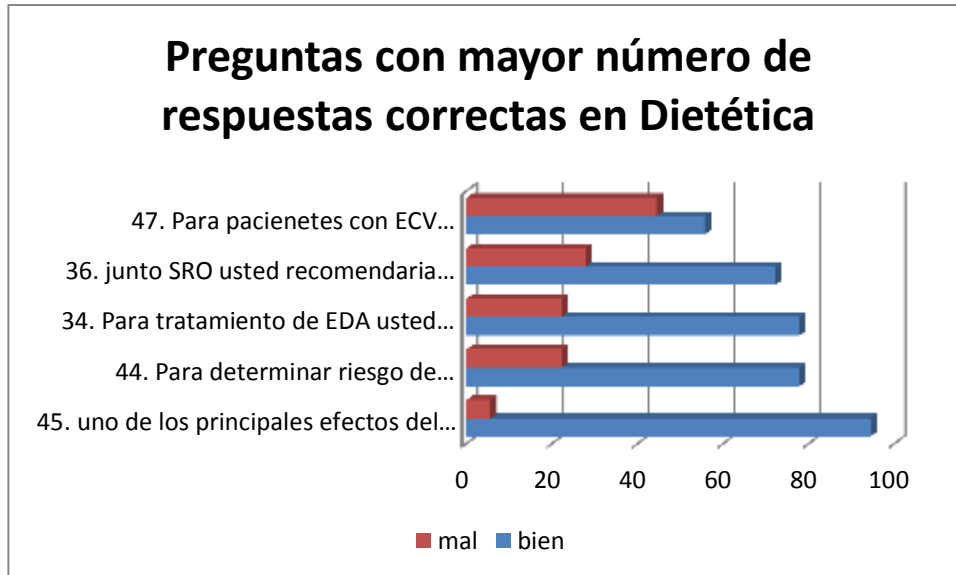
Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el gráfico # 5 podemos ver como existen preguntas en las que los encuestados no tienen un conocimiento adecuado dando los siguientes resultados: el 100% no conoce cómo se calcula el % de cambio de peso y lógicamente su importancia; cuales son los indicadores pobres del estado nutricional 94,4% y con el mismo porcentaje no responden los exámenes de laboratorio para evaluar el estado nutricional; el 88,9% no conocen los medicamentos que provocan aumento de peso, y el 83,3% no conocen cuantas calorías requiere un hombre tipo.

El Indicador cambio de peso nos permite interpretar la posibilidad de que el paciente presente una enfermedad crónica – metabólica y no lo tenemos en cuenta al momento de interpretar el problema de nuestro paciente

Gráfico# 7 Preguntas con mayor número de respuestas correctas en

Dietética

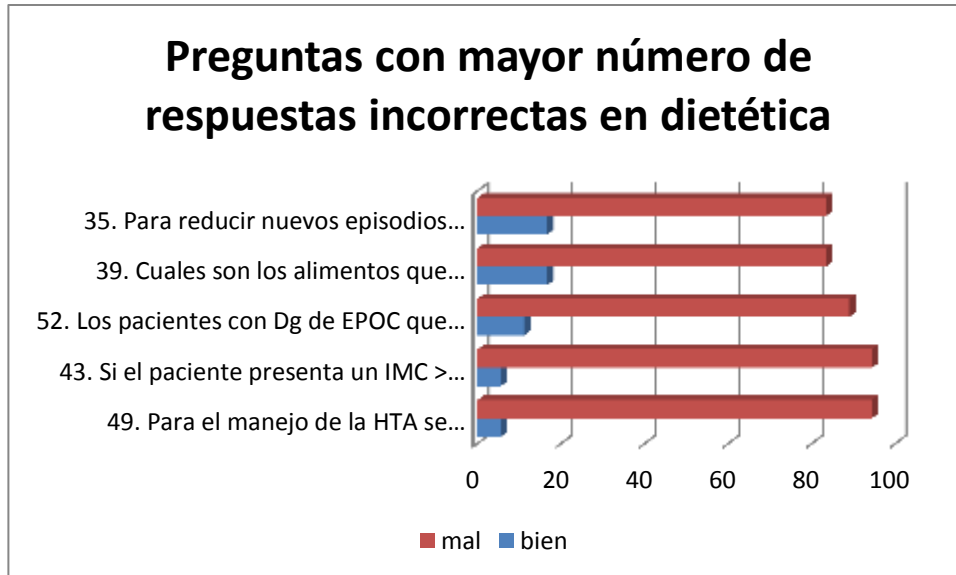


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador.

En el presente gráfico podemos ver como el 94,4% de los entrevistados responde correctamente los efectos del ejercicio físico para reducir riesgo de ECV; el 74,8% responde correctamente a las preguntas sobre las medidas del perímetro abdominal y alimentación en EDA; el 72,2% responde bien a junto a SRO que otra recomendación realizaría; y finalmente el 55,6% responden acertadamente porque recomendaría el uso de un tipo de aceite.

Es menester aquí un pequeño análisis pues como en líneas anteriores lo explique nos vamos mecanizando en realizar ciertas recomendaciones pero no podemos explicar el porqué de las mismas.

Gráfico # 8 Preguntas con mayor número de respuestas incorrectas en dietética

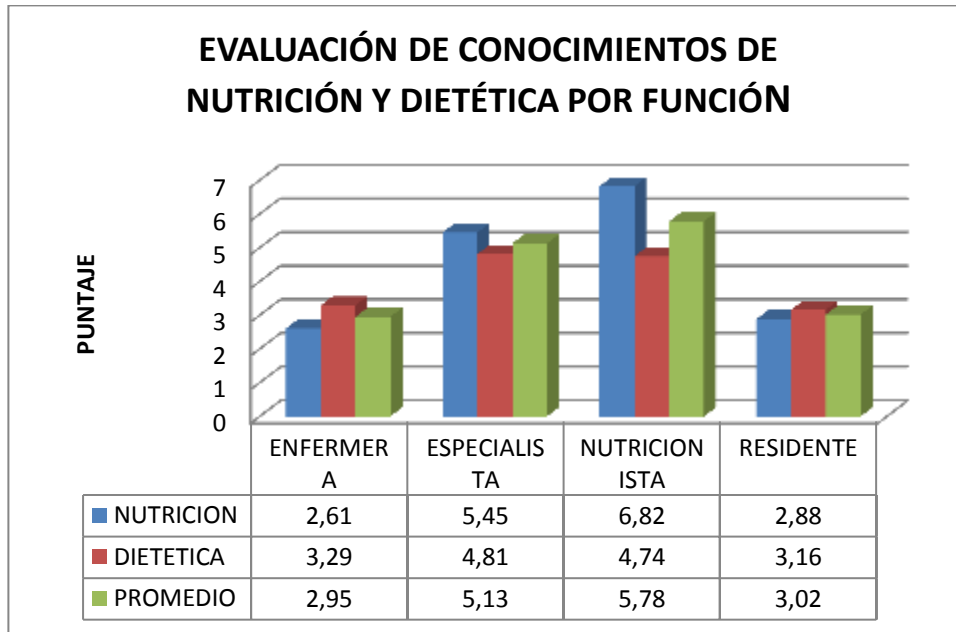


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el gráfico # 8 podemos ver como en 94,4% no responde acertadamente la recomendación de ingesta de sal en HTA así como cuantas calorías deberemos reducir en un paciente con IMC > a 30; el 88,9% no acierta en responder que tipo de suplementación se debe realizar en paciente con EPOC; en tanto que el 83,3% que alimentos recomendaría a paciente con DM T2 ni tampoco que se debe suplementar para evitar nuevos episodios de EDA.

Lo más llamativo aquí es que una de las patologías de mayor incidencia en nuestro medio es la Diabetes mellitus Tipo 2 pero vemos con preocupación que al momento de recomendar la alimentación es un altísimo porcentaje que no maneja este tipo de terapéutica.

Gráfico # 9 Evaluación de conocimientos de nutrición y dietética por función



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

El gráfico número 9 nos permite observar de forma cuantitativa el nivel de conocimientos de los profesionales de la salud valorado sobre 10 y que analizado por la función que realiza es la siguiente:

Enfermera: en Nutrición 2,61, en Dietética 3,29 y como promedio 2,95

Especialista: en Nutrición 5,45, en Dietética 4,81 y como promedio 5,13

Nutricionista: en Nutrición 6,82, en Dietética 4,74 y como promedio 5,78

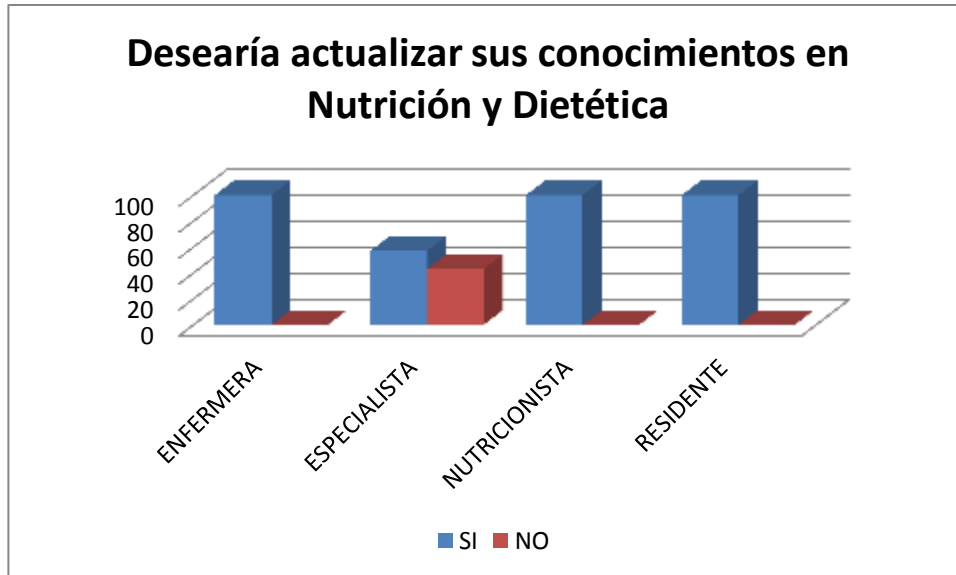
Residente: en Nutrición 2,88, en Dietética 3,16 y como promedio 3,02

Podemos realizar un análisis importante respecto a la evaluación, recordemos que la cuantificación o calificación dada a los profesionales de la salud es la misma

establecida para la evaluación de los estudiantes en nuestra universidad, tal como lo realizamos en la operacionalización de las variables en la cual no es aceptable los conocimientos por parte de los profesionales de salud

Un estudio similar se realizó en Paraguay que tenía como objetivo conocer el manejo de los conocimientos sobre nutrición clínica por parte de los médicos y otros profesionales del área de la salud, a los cuales se les solicitó solucionar un cuestionario para evaluar el manejo de conceptos sobre valoración nutricional y requerimientos en los pacientes adultos. Los resultados obtenidos les permitieron concluir que los profesionales de la salud; a excepción de los nutricionistas dietistas; tienen conceptos insuficientes sobre nutrición clínica tal vez porque la asignatura de nutrición a pesar de ser muy importante en todo el componente de salud, no ha sido instaurada como obligatoria en los diferentes programas académicos.

Gráfico # 10 Desearía actualizar sus conocimientos en Nutrición y Dietética



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

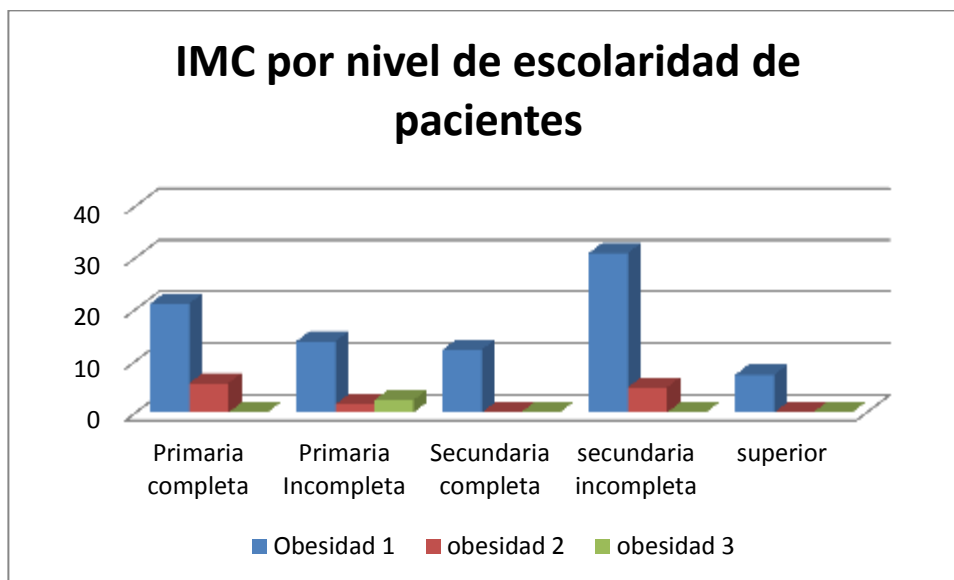
Finalmente se preguntó a los participantes si les gustaría actualizar sus conocimientos en Nutrición y dietética, solo en el grupo de especialistas existió la negativa en un 42,9% ; mientras que los demás han mostrado su necesidad y aceptación de nivelar mejor sus conocimientos, que en forma global representan el 83,3%.

La falta de preparación por parte de los profesionales de la salud en el área de nutrición y dietética han sido y serán determinantes también de problemas de malnutrición y sus complicaciones, así como lo reflejan estudios internacionales Como consecuencia de esto, la desnutrición intrahospitalaria puede ser originada

por un inadecuado entrenamiento que tiene los médicos y los otros agentes involucrados en la atención del paciente; sin tener entre estos al profesional en nutrición y dietética; para poder realizar un detección precoz de la malnutrición, además de la pérdida de los beneficios que trae sobre la morbimortalidad, costos y tiempo de estancia una buena terapia nutricional.

A continuación analizaremos la segunda parte del estudio como el nivel de comprensión de los pacientes de las indicaciones dietéticas.

Gráfico # 11 IMC por nivel de escolaridad de pacientes



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el presente gráfico podemos observar como mayoritariamente quienes presentan obesidad 1 tienen instrucción secundaria incompleta, de quienes han presentado obesidad 2 tiene un mayor porcentaje primaria incompleta, en tanto que quienes presentan obesidad 3 tienen primaria incompleta.

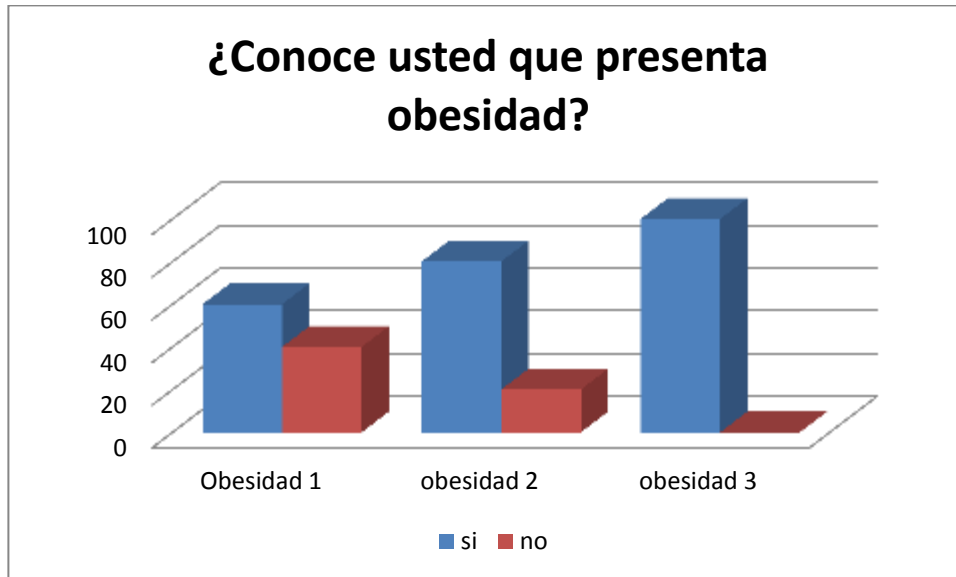
Parece ser directamente proporcional mayor obesidad frente a menor nivel de instrucción.

Es comprobado a nivel mundial que mientras menor grado de instrucción menos cuidan su salud, e incluso eso va de la mano con la inequidad en la distribución de la riqueza provocando problemas de salud por malnutrición. Como lo afirma el

estudio realizado en México denominado Conocimientos en nutrición, Sobrepeso u Obesidad en mujeres.

Además, en este estudio encontramos que a menor nivel educativo hay mayor riesgo de presentar sobrepeso y obesidad, lo cual fue reportado por Robinson, et al, en EUA, quienes encontraron relación entre sobrepeso y obesidad en mujeres y el bajo nivel de educación de sus padres

Gráfico # 12 Conoce usted que presenta obesidad?

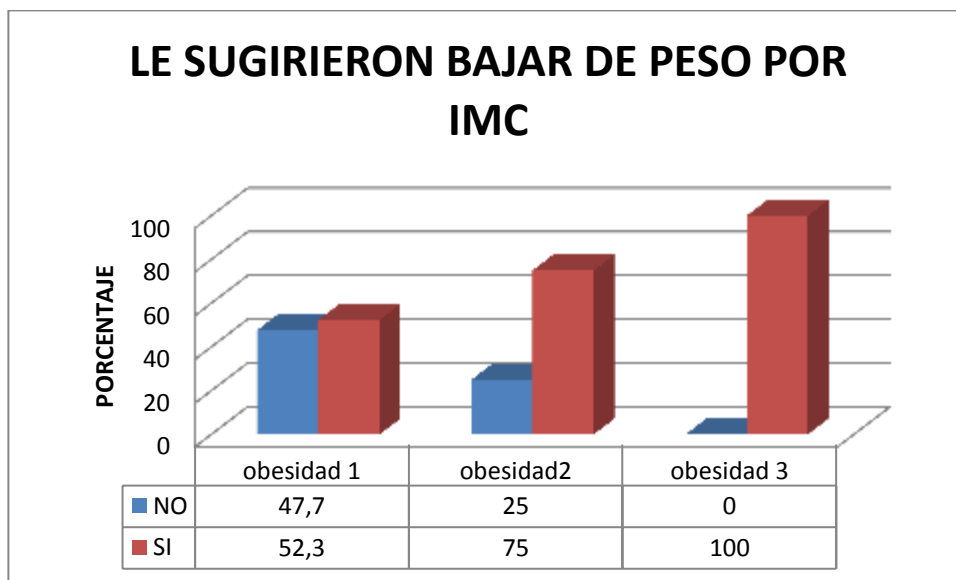


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

En gráfico número 12 podemos ver como de los pacientes seleccionados a pesar de que fenotípicamente muestran incremento de masa ponderal, manifiestan no conocer que tienen cierto grado de obesidad, así: del grupo que presentan obesidad 1 el 40% manifiesta no saber que tiene obesidad; en tanto que el grupo que presenta obesidad 2 el 20% no reconoce tener el problema ni el médico ha manifestado que presentan el problema.

Es necesario tomar en cuenta que el paradigma de obesidad, lo contemplamos como el caso de alguien que ya no puede moverse por si solo demostrando un aumento de masa desproporcionado asi que realmente no se toma verdadera conciencia de la necesidad de prevenir este problema.

Gráfico #13 Le sugirieron bajar de peso por IMC

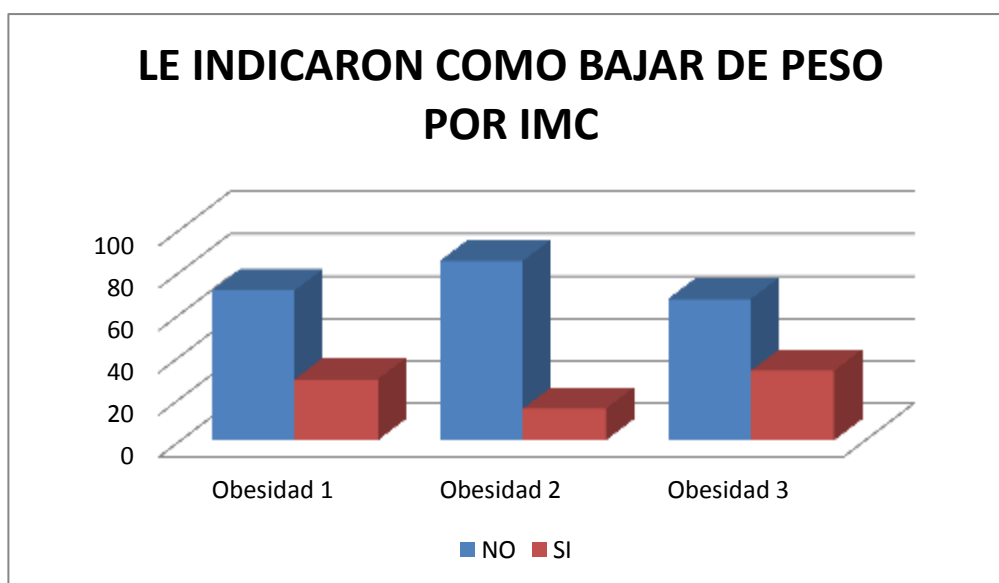


Elaborado por Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el gráfico número 13 podemos observar de mejor manera lo que comentamos en gráficos anteriores, a pesar de que los pacientes que presentan obesidad 1 a un 47,7% no se le sugiere perder peso; en tanto que a las personas que presentan obesidad 2 al 25% de ellas no se realiza la recomendación; y claro es al grupo de mayor obesidad si la recomendación es esa realizar dieta.

No perdamos de vista como incluso a nivel profesional no estamos conscientes que no es necesario mostrar grandes alteraciones fenotípicas para comenzar a prevenir el desarrollo de estos inconvenientes que a futuro determinarán una calidad de vida inadecuada.

Gráfico # 14 LE INDICARON COMO BAJAR DE PESO POR IMC



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; Investigador

En el presente gráfico podemos observar en forma porcentual como a quienes les sugirieron bajar de peso, le indicaron como bajar de peso y las respuestas fueron así:

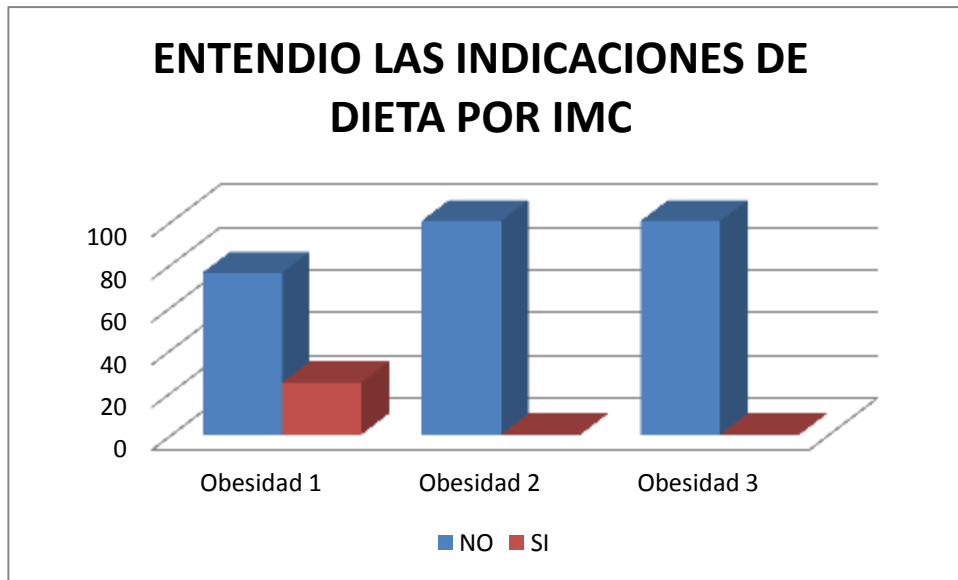
A quienes presentaron obesidad grado uno y le sugirieron bajar peso el 71% respondió que no le indicaron como, en tanto que al grupo que presenta obesidad 2 al 85% no le indicaron como bajar de peso, y a quienes presentan obesidad 3 al 67% tampoco le indicaron como bajar de peso, en forma global diremos que al 74,3% de los encuestados no les indicaron como perder peso, y que solo el 25,7% manifestaron que si le indicaron como perder peso mediante dieta.

Habiendo revisado la evaluación de conocimientos de los profesionales de la salud podemos entender porque no se toma en cuenta adecuadamente la recomendación

nutricional y de dieta a los pacientes, importante es entonces recalcar la importancia de la nutrición como cátedra en la educación de pregrado de los profesionales de la salud.

Mencionaremos entonces estudios realizados a nivel mundial en los cuales se ha concluido categóricamente la necesidad de incluir la cátedra de nutrición en medicina especialmente tal como lo señala el estudio realizado por Awad S, Forbes E, Herrod P y Lobo D, denominado “Conocimiento y actitudes de los cirujanos en formación ante el soporte nutricional”, publicado en el Journal Clinical Nutrition el 26 de agosto del año 2009. Aplicada médicos en el Reino Unido y los resultados indican que el 25.3% están en desacuerdo y no tienen el conocimiento ni el manejo de las herramientas para poder identificar a un paciente con riesgo de malnutrición, lo que motiva a plantear, que probablemente en la formación de pregrado de los médicos europeos, la enseñanza sobre este tema en particular sea de algún modo más profunda.

Gráfico # 15 ENTENDIO LAS INDICACIONES POR IMC



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

En el presente gráfico podemos observar que a ese 25,7% de pacientes quienes manifestaron que les indicaron como bajar de peso, se les pregunto si entendieron las indicaciones de dieta de sus médicos y respondieron así:

Solamente del grupo de obesidad 1 el 24,3% manifestó haber entendido las indicaciones de dieta mientras que el 75,7% de los pacientes de este grupo manifestaron no haber entendido la indicación lo mismo sucede con el 100% de los pacientes del grupo con obesidad 2 y 3.

Es menester analizar que lamentablemente los bajos conocimientos en el área de nutrición y dietética si influyen negativamente en la comprensión de indicaciones de dieta por parte de los pacientes, generando en ellos cierto grado de inconformidad por no saber que hacer frente a esta patología y no poder controlarla

Del estudio realizado en Paraguay se puede concluir algo interesante que hasta cierto punto valida lo propuesto estudiar en esta investigación puesto que Entre las causas de desnutrición hospitalaria se incluyen la desnutrición primaria asociada a las condiciones socioeconómicas precarias, y la secundaria, a enfermedades. Cabe resaltar a la desnutrición terciaria, ocasionada por la deficiencia en el tratamiento nutricional del paciente hospitalizado y, en alguna medida, por la falta de conciencia de la importancia de la terapia nutricional como parte del tratamiento integral del enfermo hospitalizado por el equipo profesional de salud (Goiburú, 2006)

Cuadro # 4 Frecuencia de Consumo de alimentos

frecuencia	carne	huevo	leche	arroz	papa	yuca	azucar	fideos	harinas	verduras	frutas	leguminosas	gaseosas	aceite
1 diario	30,9	26	67,5	46,3	52,8	7,3	50,4	0	14,6	39	31,7	11,4	8	63,4
2 diario	8	4,1	4,1	39,8	27,6	4	16,3	0	0	23,6	19,5	4,1	12,2	24,3
3 diario	0	0	0	0	0	0	12,2	0	0	0	7,2	0	0	4,1
1 semanal	24,4	17,1	3,3	3,3	7,4	29,3	0	43,1	26	4,1	4,1	13	11,4	0
2 semanal	22	18,7	3,3	4	4,1	23,6	0	31,7	18,7	22	22,8	44,7	11,4	4,1
3 semanal	10,6	15,4	8	3,3	8,1	0	0	0	3,3	7,2	0	4,1	4,1	0
4 semanal	4,1	4,1	0	0	0	0	0	3,3	0	0	10,6	0	0	0
5 semanal	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0
1 quincenal	0	4,1	0	0	0	9,8	0	3,3	14,6	0	0	6,5	3,3	0
2 quincenal	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0
3 quincenal	0	3,2	0	0	0	0	0	0	0	0	4,1	0	0	0
1 mensual	0	3,2	10,5	0	0	22	0	4	4,1	0	0	4,1	9,8	4,1
nunca	0	4,1	3,3	3,3	0	0	21,1	10,6	18,7	4,1	0	12,1	39,8	0
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaborado por Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

En cuanto al presente cuadro debemos realizar el análisis por cada uno de los alimentos de los que consideramos son los más representativos de la dieta de nuestros paciente especialmente porque ese es el patrón alimentario en América latina de acuerdo a lo expuesto por el INCAP siempre ha sido alto en cereales tal cual es la pirámide alimentaria pero en nuestro estudio podemos advertir como se presenta el comportamiento alimentario gracias a la tabla de frecuencia de consumo de los alimentos así:

Carnes: El 30,9% consume carne sea roja o blanca una vez al día, mientras que el 8% refiere consumir carne 2 veces al día dando en forma global un 38,9% que consumen carne diariamente,

Mientras que semanalmente consumen el 60,5% con la siguiente distribución: el 24,4% refiere consumir un vez semanal, el 22% refiere consumir 2 veces a la semana, el 10,6% 3 veces semanal y 4,1% 4 veces a la semana. Demostrándose con esto un bajo consumo de este alimento eminentemente proteico

Huevo: Consumo diario, 1 vez el 26% dos veces el 4,1%, en forma global 30,1%

Semanal: 1 vez el 17,1%, 2 veces el 18,7%, 3 veces el 15,4%, 4 veces el 4,1%

Quincenal: 1 vez 4,1%, 3 veces el 3,2%

Mensual: 1 vez 3,2%

Nunca: 4,1%

Podemos interpretar así mismo que el 30,1% consume huevo diariamente lo que sería un determinante de hipercolesterolemia, mientras que quienes cumplen con la recomendación dietética son apenas 15,4% , mientras que quienes consumen menor cantidad son en total 50,4% que no reciben adecuadamente esta alimento proteico.

Leche: Consumo diario, 1 vez el 67,5%, 2 veces 4,1% que representan globalmente el 71,1%.

Semanal: 1 vez 3,3%, 2 veces 3,3%, 3 veces 3,3%

Nunca: 3,3%

Podemos decir que el aporte nutricional especialmente proteico de la leche tiene una alta frecuencia de consumo.

Leguminosas: Diario, 1 vez 11,4%, 2 veces 4,1% siendo globalmente 15,5%

Semanal: 1 vez 13%, 2 veces 44,7%, 3 veces 4,1%

Quincenal: 1 vez el 6,5%

Mensual: 1 vez 4,2%

Nunca: 12,1%

Podemos ver como en forma global el 48,8% de los encuestados consume de forma adecuada este producto proteico de origen vegetal realizando una adecuada mezcla alimentaria.

Arroz: Diario, 1 vez 46,3%; 2 veces 39,8%

Semanal: 1 vez 3,3%; 2 veces 4%, 3 veces 3,3%

Nunca: 3,3%

Este alimento básico de nuestra alimentación se encuentra liderando el consumo de alimentos siendo el alimento de mayor aporte calórico que globalmente se consume en un 86,1% a diario.

Papas: Diario, 1 vez 52,8%, 2 veces 27,6%

Semanal: 1 vez 7,4%, 2 veces 4,1%, 3 veces 8,1%

Así mismo la frecuencia de consumo de papa es alto por ser otro alimento básico de la dieta Ecuatoriana que diariamente lo consumen el 80,4%

Yuca: Diario, 1 vez 7,3%, 2 veces 4%

Semanal: 1 vez 29,3%, 2 veces 23,6%

Quincenal: 1 vez 9,8, 2 veces 4%

Mensual: 22

De este alimento energético que no es propio de la zona podemos ver como su consumo es realmente bajo en el patrón alimentario de nuestro sector.

Azúcar: Diario, 1 vez 50,4%, 2 veces 16,3%, 3 veces 12,2%

Nunca: 21,1%

De este alimento básico encontramos que el 78,9% lo consumen libremente y un dato importante es que el 21,2% refiere no consumirlo nunca, todo relacionado con una de las principales enfermedades metabólicas como es la diabetes mellitus.

Fideo: Semanal, 1 vez 43,1%, 2 veces 31,7%, 4 veces 3,3%, 5 veces 4%

Quincenal: 1 vez 3,3%

Mensual: 1 vez 4%

Nunca: 10,6%

La frecuencia de consumo de este alimento podemos observar no es tan alta sin embargo podemos citar también que ese 10,6% que no lo consume tiene relación con paciente con Diabetes Mellitus, pero es inferior al porcentaje de quienes no consumen azúcar por la misma causa.

Frutas: Diario, 1 vez 31,7%, 2 veces 19,5%, 3 veces 7,2%

Semanal: 1 vez 4,1%, 2 veces 22,8%, 4 veces 10,6%

Quincenal: 3 veces 4,1%

La fruta un alimento de amplia producción en nuestro medio tiene una importante participación en la dieta familiar de nuestros encuestados representada por el 58,4% que lo consumen a diario pero solamente el 10,6% cumplen la recomendación.

Verduras: diario, 1 vez 39%, 2 veces 23,6%

Semanal: 1 vez 4,1%, 2 veces 22%, 3 veces 7,2%

Nunca: 4,1%

El consumo de las verduras presenta un importante consumo diario con un 62,6%, pero aun así no se completan la recomendación sino solamente el 23,6%, pero también hay que recalcar que existe un 4,1% que nunca las consume.

Aceite: Diario, 1 vez 63,4%, 2 veces 24,3%, 3 veces 4,1%

Semanal: 4,1%

Mensual: 4,1%

El 91,8% han manifestado consumir diariamente aceite lo que es bastante común en nuestra dieta un consumo alto de grasas especialmente en frituras como lo consideran nuestros pacientes.

Gaseosas: Diario, 1 vez 8%, 2 veces 12,2%

Semanal: 1 vez 11,4%, 2 veces 11,4%, 3 veces 4,1%.

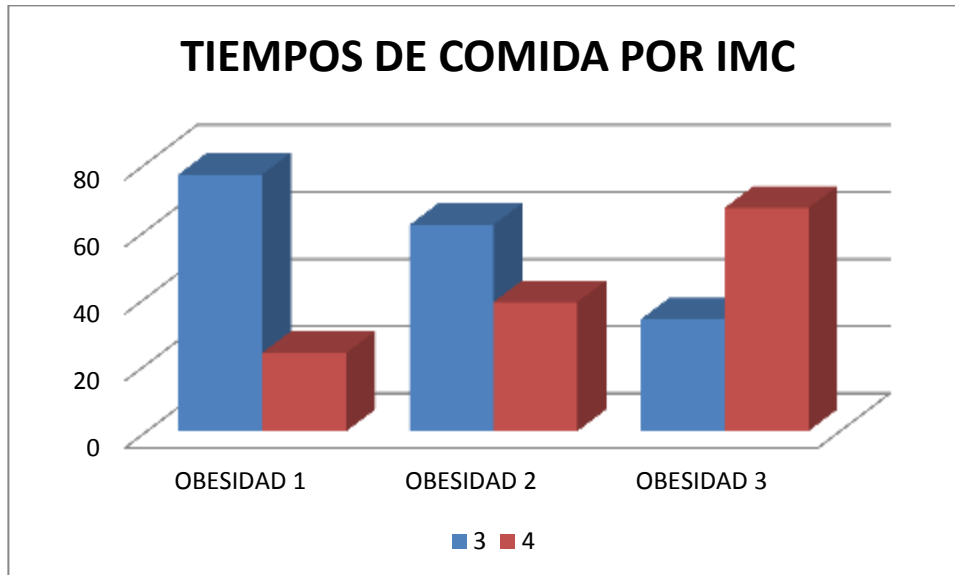
Quincenal: 1 vez 3,3%

Mensual: 19,8%

Nunca: 39,8%

Podemos ver como un 20% de los paciente refieren consumir diariamente gaseosas, y que esta presenta un amplio consumo en las diferentes clasificaciones, pero un importante 39,8% dicen no consumirla, recalco esto pero no perdamos de vista que este producto debe ser restringido en la totalidad en nuestros pacientes especialmente con algún grado de obesidad.

Gráfico # 16 TIEMPOS DE COMIDA POR IMC



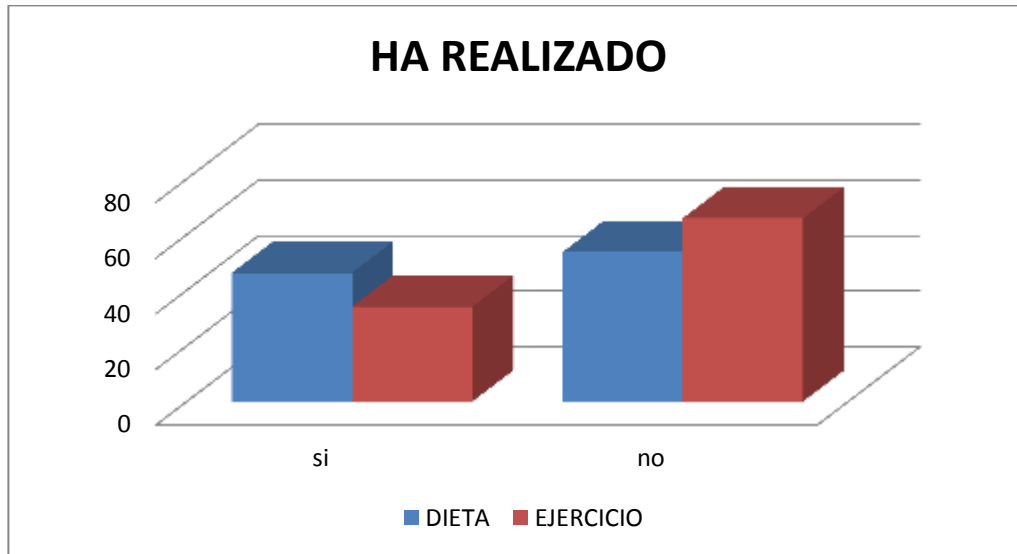
Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

El presente gráfico nos permite conocer los hábitos y también el patrón alimentario de nuestros pacientes y podemos observar como los pacientes que presentan obesidad 1 el 76,6% tienen tres tiempos de comida, mientras que el 23,4% tiene 4 tiempos de comida; en el caso de obesidad 2, el 61,5% tiene tres tiempos y el 38,5% cuatro tiempos; en el caso de quienes presentan obesidad 3 el 33,3% tiene tres tiempos de comida y el 66,6% presentan 4 tiempos de comida.

Es notorio como mientras es mayor el grado de obesidad de igual manera es mayor el consumo de alimentos ocasionado por un tiempo más de comida.

No debemos olvidar que en América Latina y obviamente en Ecuador el patrón alimentario general está dado por el consumo de tres tiempos de comida.

Gráfico 17 Alguna vez a realizado dieta o alguna actividad física para bajar de peso?

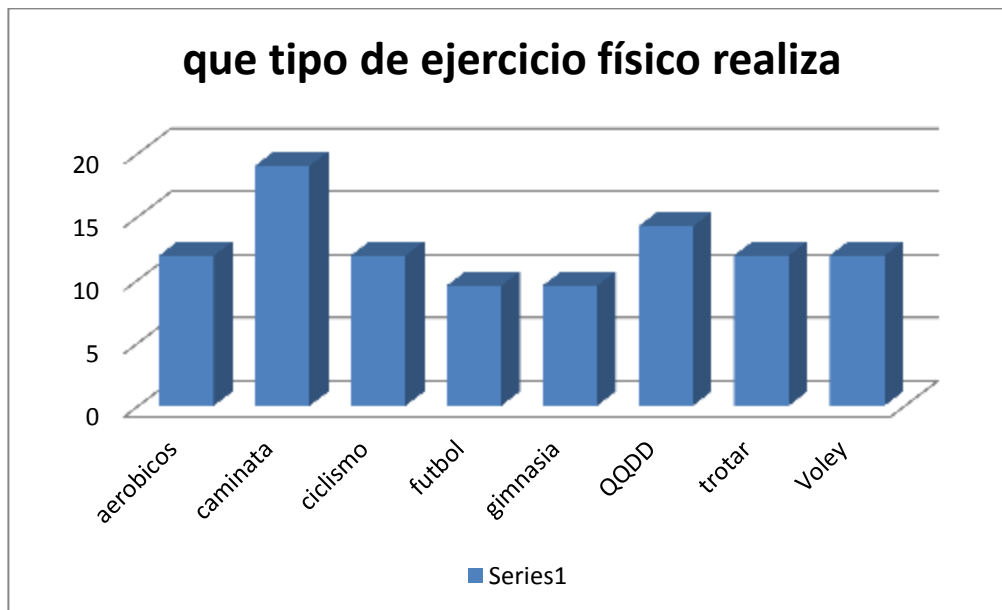


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

En el presente gráfico podemos deducir que el 46,3% de los participantes alguna vez en su vida intentaron realizar algún tipo de dieta, mientras que el 53,7% nunca la ha realizado.

Así también podemos ver como el 34,1% realiza algún tipo de actividad física y que el 65,9% mantiene una vida sedentaria sin realizar ningún tipo de actividad física

Gráfico # 18 ¿Qué tipo de ejercicio realiza?

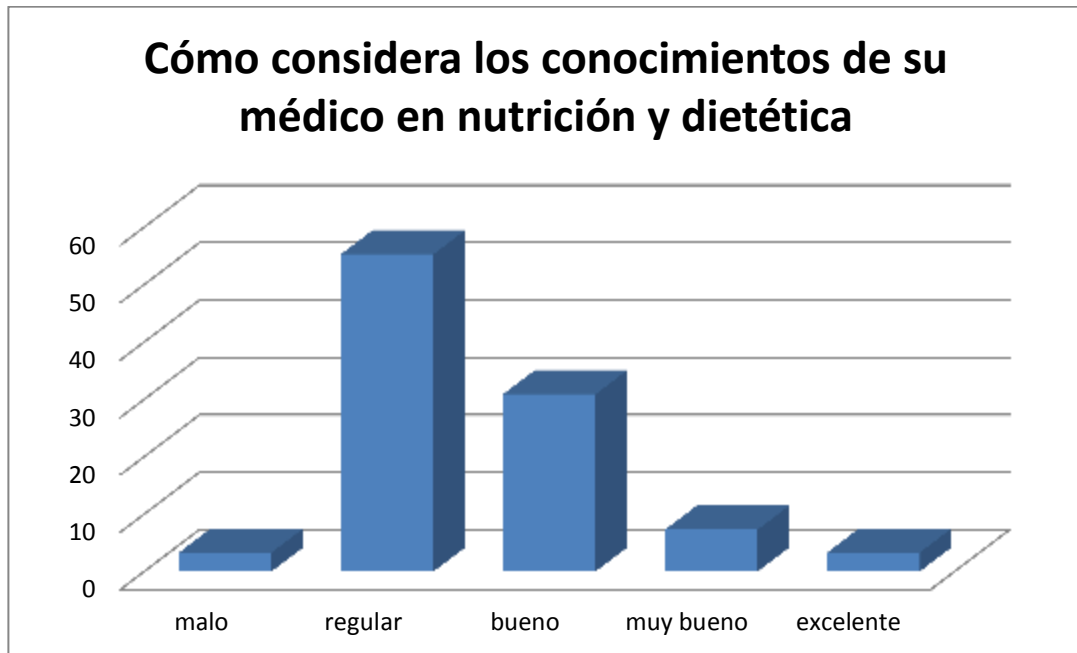


Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

El grafico 18 nos permite conocer las actividades físicas que realizan el 34,1% de los encuestados que respondieron positivamente a la pregunta de que si realizan actividad física dando las siguientes respuestas:

Con una mayor porcentaje caminar con el 19%, seguido por un 14,2% indicado como que haceres domésticos, con el 11,9% aparecen ciclismo, trote y Voley; y con el 9,5% aparecen futbol y gimnasia.

Gráfico # 19 Cómo considera los conocimientos de su médico en nutrición y dietética



Elaborado por: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

El gráfico 19 no enfrenta a la percepción que el paciente tiene respecto a los conocimientos del médico especialmente respecto a los conocimientos que este tiene y que le brinda sobre nutrición y dietética, y el mayor porcentaje los califican como regular con 55,3%, seguido por la calificación bueno con un 30,9%, luego está la calificación muy buena con un 7,3%, y por último están con el 3,3% respectivamente la calificación malo y excelente.

Lo que no es tan descabellado la calificación por parte de los paciente si recordamos las bajas calificaciones obtenidas por los profesionales en la primera parte de esta análisis.

4.2. Verificación de la hipótesis

Para la verificación de la hipótesis se plateó lo siguiente,

Hipótesis Nula

H0 El nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética **SI** incide **positivamente** en el nivel de comprensión por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015

Ha El nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética **NO** incide **positivamente** en el nivel de comprensión por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015

Cuadro # 5 Cruce de variables

Grupo	X=media	DS	N
A	4,22	1,49	18
B	7,08	1,18	123

Fuente: Diego Andrés Rubio Lalama; investigador

Se realiza la prueba de T de student con 2 grados de libertad y 95% de confianza.

Realizando el siguiente cálculo:

$$D_{ST} = \sqrt{\frac{DS^A(N_A - 1) + DS^B(N_B - 1)}{(N_A + N_B) - 2} \left[\frac{1}{N_A} + \frac{1}{N_B} \right]}$$

Obteniendo como desviación estándar : **1,13380716**

$$GL = N_a + N_b - 2$$

Grados de libertad : 139

$$T = \frac{X_A - X_B}{D_{ST}}$$

T calculado: **2,52**

T crítico: **1,64**

Teniendo en cuenta la teoría de la hipótesis nula (H_0) y la hipótesis alternativa (H_1), en la teoría estadística, se establece que si el valor observado es mayor que el valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa. Confirmándose que:

El nivel de conocimientos de médicos y enfermeras sobre nutrición y dietética **NO** incide **positivamente** en el nivel de comprensión por los pacientes con un IMC mayor de 29,9 que acuden a consulta externa del servicio de medicina interna del HPDA en Diciembre 2014 - Febrero 2015

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones

- Los conocimientos de los profesionales de la salud del servicio de Consulta externa de Medicina interna son bajos Los cuales mayoritariamente los adquirieron en el pregrado a excepción de los médicos quienes han manifestado haberlos adquirido en el posgrado
- En forma la mayoría de los profesionales reconoce falencias y desearía actualizar sus conocimientos en nutrición y dietética, solamente en el grupo de especialistas manifestaron que no le interesa actualizar sus conocimientos en esta área.
- Se ha podido determinar en los pacientes que mientras menor es el grado de instrucción mayor es la prevalencia e incidencia de obesidad.
- Al 44,7% de los pacientes no les sugirieron bajar de peso, al restante 55,3% le sugirieron bajar peso, pero de ese último porcentaje al 70,7% no le indicaron como perder peso.

- De los pacientes a quienes les como bajar de peso mayoritariamente no entendió las indicaciones respecto al grupo con Obesidad 1 mientras que los otros dos grupos el no entendió las indicaciones.
- El patrón alimentario de los pacientes demuestra una dieta hipoprotéica, hipercalórica, con bajo aporte de fibra y alto consumo de grasas.
- Los tiempos de comida se ven incrementados conforme aumenta el Índice de masa corporal.
- Finalmente la percepción acerca de los conocimientos de los profesionales por parte de los pacientes demuestra una baja calificación la misma que no se disocia de los resultados de la evaluación siendo calificada como regular con y buena
- Entonces diremos que los profesionales tienen una bajo nivel de conocimientos de nutrición y dietética lo que influye directamente en que los pacientes no comprendan las indicaciones emanadas por los profesionales.

5.2 Recomendaciones

- Muy importante es recomendar que dentro de la malla curricular de las diferentes carreras de la salud, se incluya la cátedra de nutrición y dietética con temas y formas de llegar al paciente con diversas patologías y les permitan interactuar adecuadamente en la búsqueda de reducir masa ponderal y prevenir la evolución y desarrollo de complicaciones que pueden determinar limitaciones funcionales, disminución de años de vida útil y por su puesto llegar a la muerte de nuestros pacientes.
- Que los profesionales de la salud se capaciten periódicamente en el área de nutrición y Dietética para garantizar un adecuado e integral tratamiento de los pacientes como tales más no solamente el tratar una patología determinada.
- Que se desarrollen nuevos esquemas, aplicados a nuestra realidad, que permita el cumplimiento de las metas nutricionales por parte de nuestros pacientes y que sean de fácil manejo para los profesionales.

Capítulo VI

6.1.- DATOS INFORMATIVOS:

6.1.1- Título. Elaboración manual de nutrición y dietética para manejo de los profesionales de la salud para el tratamiento de obesidad y enfermedades crónico metabólicas en el Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.2. Institución ejecutora

Universidad Técnica de Ambato

Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.3. Beneficiarios

- Médicos y Pacientes de consulta externa del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato.

6.1.4. Entidad responsable

Lcdo. Nutricionista Diego Andrés Rubio Lalama

Personal del Hospital Provincial Docente Ambato

6.1.5. Ubicación

Provincia: Tungurahua.

Cantón: Ambato.

Parroquia: La Matriz

Calle: Pasteur.

6.1.6. Tiempo estimado para la ejecución de la propuesta

Inicio: Junio 2015

Final: Agosto 2015.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el estudio realizado en consulta externa del Servicio de Medicina Interna del HPDA de la Provincia de Tungurahua, período Diciembre 2014 – Febrero 2015, se detectó un bajo nivel de conocimientos de Nutrición y Dietética por parte de los profesionales de la salud del mencionado servicio

Así mismo se pudo encontrar una alta prevalencia de obesidad y que no fue controlada puesto que los bajos niveles de conocimientos de los profesionales de la salud han determinado que los paciente tengan un bajo nivel de comprensión de la indicaciones por ellos emanadas.

Se requiere entonces de un sistema ágil que permita una adecuada interacción que asegure una verdadera guía nutricional según los requerimientos del paciente contemplando nuestros patrones alimentarios, preparaciones y que permita el alcanzar las metas nutricionales que buscamos en nuestros pacientes.

6.3 JUSTIFICACIÓN

Como se ha mencionado anteriormente, tanto el equipo de médicos, como los encargados de la organización del Servicio de Medicina Interna, son responsables de un adecuado manejo del paciente con obesidad, integrándose en un esfuerzo común para crear condiciones adecuadas de control y mantenimiento de la misma.

Tomar en cuenta una evaluación periódica certera y completa del estado nutricional y las manifestaciones que pueden presentarse como posibles complicaciones y tratarlas a tiempo o mejor prevenir la aparición de las mismas. Utilizando un producto de fácil

manejo que permita brindar una asesoría nutricional y dietética que permita plasmar en blanco y negro dietas verdaderas y de fácil cumplimiento por nuestros pacientes.

6.4 OBJETIVOS

6.4.1. General

- Elaborar un software de nutrición y dietética para manejo de dietas por parte de los médicos del HPDA.

6.4.2. Específicos

- Mejorar el nivel de manejo del paciente con obesidad.
- Proveer de un sistema ágil y de fácil manejo para realizar la planificación de dietas.
- Disminuir la incidencia de enfermedades crónico metabólicas en pacientes que acuden al consulta externa del Servicio de Medicina Interna del HPDA.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

El presente estudio debe ser aplicable en consulta externa del Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, porque se cuenta con el recurso físico y humano necesario, para su aplicación, mejorando así las expectativas del tratamiento y la prevención de diversas complicaciones de esta enfermedad. Se considera que esta propuesta no requiere de fines económicos alarmantes para su ejecución, por lo que es factible de realizarse.

6.6 FUNDAMENTACIÓN TEÓRICO – CIENTÍFICA

La aplicación de un software no ha sido aplicada anteriormente en un hospital público por lo que considero es fundamental realizar este proyecto en el HPDA en virtud de que a nivel internacional así como en el presente estudio se ha determinado un bajo nivel de conocimientos por parte de los profesionales de la salud en el ámbito de Nutrición y Dietética, lo que no garantiza un adecuado tratamiento integral del paciente con obesidad.

6.7. - ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

Se aplicará en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato por el personal médico y de enfermería.

6.8 PLAN DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA

Para la realización de la presente propuesta, será necesario la colaboración y participación de todo el personal involucrado en el proyecto: Médicos encargados del Servicio de Medicina Interna, Internos y estudiantes de Medicina, y todo el personal que estará en contacto con estos pacientes, utilizando un programa informático que permita:

- Evaluar nutricionalmente al paciente.
- Clasificarlos de acuerdo a su IMC
- Determinar los requerimientos nutricionales

- Planificar dieta
- Elaboración de plan y ejemplo de menú

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, E. (2006). Estadísticas 2006, Epidemiología. *Anuario*, 25.
- Aristizabal, D. (2007). Guías Colombianas para el Diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 191 - 200.
- Arrivillaga, M. C. (2006). ¿Puede una intervención biosicosocial reducir los niveles de hipertensión arterial? . *Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial*, 20 - 27.
- cardiología, S. A. (2007). Consenso de Hipertensión Arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 75.
- Cardiology, T. E. (2007). Guías de Practica Clínica para el tratamiento de la Hipertensión arterial 2007 . *Revista Española de cardiología* , 968.
- Chang, C. (2009). Envejecer un privilegio. *Manual de la Familia Saludable*, 17.
- Contreras, M. (2005). *Norma Técnica para Valoración Nutricional Antropométrica*. Lima: Ministerio Nacional de salud.
- Gomez-Alamillo, C. (2004). Manejo de la insuficiencia renal avanzada. Actitudes frente a la hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular. *Consensos en insuficiencia renal,servicio Nefrología Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*, 149 - 178.
- Gonzales, L. (2008). *Cambios del modo y Estilo de Vida*. La Habana: Instituto Superior de Ciencias Médicas.
- Martín, I. (2001). *Manual de Dietoterapia*. La Habana.
- Ministerio de salud pública de Chile, O. (2002). Manejo Alimentario del aduklto con sobrepeso u obesidad. *Programa de salud cardiovascular*, 2 - 25.

Morales, A. (2010). *Obesidad un enfoque multidisciplinario*. Mexico: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Palavecino, N. (2005). *Nutrición para alto rendimiento*. Buenos Aires.

Rubio, D. (2000). *Relación entre producción, disponibilidad y consumo de alimentos y el estado nutricional de niños menores de cinco años y sus madres en 45 comunidades rurales de la provincia Imbabura*. Ibarra.

Salud, O. M. (2005). Prevención de las enfermedades crónicas Una inversión vital. *Panorama General*, 2 - 20.

Linkografía

E, C. (2003). *Nuevos Indicadores clínicos* . Recuperado el 15 de 05 de 2012, de La calidad de vida relacionada con la salud:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000200014

Medicina prevenmtiva un analisis. (s.f.). Recuperado el 15 de mayo de 2012, de Medicina prevenmtiva un analisis:
http://r.search.yahoo.com/_ylt=AwrTcchYVi1UICQArLS_.wt.;_ylu=X3oDMTByb3B2a242BHNIYwNzcgRwb3MDMwRjb2xvA2dxMQR2dGlkAw--/RV=2/RE=1412286169/RO=10/RU=http%3a%2f%2fwww.futuremedicos.com%2fFormacion_pregrado%2fApuntes%2fArchivos%2falumnos%2fsexto%2fPreventiva_0

Nacional, A. (s.f.). *Constitución del Ecuador*. Recuperado el 16 de Mayo de 2012, de Constitución del Ecuador:
http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

EBSCO HOST: Rodríguez-Tadeo, A., Villena, B., Urquidez-Romero, R., Vidaña-Gaytán, M. E., Periago Caston, M. J., Berruezo, G. R., & Martínez-Lacuesta, E. G. (2015). Neofobia alimentaria: impacto sobre los hábitos alimentarios y aceptación de alimentos saludables en usuarios de comedores escolares. (Spanish). *Nutricion Hospitalaria*, 31(1), 260-268. doi:10.3305/nh.2015.31.1.7481

Recuperado: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=4&sid=46232132-db5a-4231-a6f9-2c42a2589b67%40sessionmgr4002&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=100430965>

EBSCO HOST: Gallegos Espinosa, S., Cifuentes, M. N., & Santana Porbén, S. (2015). Estado de los cuidados alimentarios y nutricionales en los hospitales públicos del Ecuador. (Spanish). *Nutricion Hospitalaria*, 31(1), 443-448. doi:10.3305/nh.2015.31.1.8178

Recuperado: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=6&sid=46232132-db5a-4231-a6f9-2c42a2589b67%40sessionmgr4002&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=100430989>

EBSCO HOST: Dietary Guidelines. (2015). *Congressional Digest*, 94(5), 15.

Recuperado: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=fe992d08-dafc-46ac-b5d7-5ae59527091b%40sessionmgr4004&hid=4101&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=102443888>

EBSCO HOST: Calleja Fernández, A., Vidal Casariego, A., Cano Rodríguez, I., & Ballesteros Pomar, M. D. (2014). Malnutrition in hospitalized patients receiving nutritionally complete menus: prevalence and outcomes. *Nutricion Hospitalaria*, 30(6), 1344-1349. doi:10.3305/nh.2014.30.6.7901

Recuperado: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=5&sid=7270dc86-ed94-4a24-9611-a02c5a06337f%40sessionmgr4001&hid=4214&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=100021670>

EBSCO HOST: Loureiro, C., Godoy, A., Martinez, A., Campino, C., Aglony, M., Bancalari, R., & ... García, H. (2015). Metabolic syndrome and its components are strongly associated with an inflammatory state and insulin resistance in the pediatric population. *Nutricion Hospitalaria*, 31(4), 1513-1518. doi:10.3305/nh.2015.31.4.8264

Recuperado: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=3&sid=1dfe93ea-8ee0-454b-894c-581432859b75%40sessionmgr4001&hid=4214&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=a9h&AN=102384367>

Anexos

Anexo 1

ENCUESTA PARA PACIENTES CON IMC > 29,9 CONSULTA EXTERNA HPDA

Nombre

H. CL edad

Peso Talla IMC

Estado civil

8. Nivel de Instrucción

- a. Analfabeta
- b. Primaria incompleta
- c. Primaria completa
- d. Secundaria incompleta
- e. Secundaria completa
- f. Superior

9. Conoce usted su enfermedad?

- a. Si b. no

10. Sabe usted que tiene obesidad

- a. Si b. No

11. El médico o equipo de salud que le atendió le sugirió bajar de peso?

- a. Si b. no

En caso de ser positiva usted entendió las indicaciones a. si b. no

12. Su médico o el equipo de salud le indico como bajar de peso?

- a. Si b no

En caso de ser positiva usted entendió las indicaciones a. si b. no

13. Su médico o el equipo de salud le hablo de los problemas posteriores que puede presentar en caso de no bajar su peso?

- a. Si b. no

En caso de ser positiva usted entendió las indicaciones a. si b. no

14. Su médico o el equipo de salud le hablo acerca de las calorías que debe consumir?

- a. Si b. no

En caso de ser positiva usted entendió las indicaciones a. si b. no

15. Cuantas veces come en el día

A uno, b dos, c tres, d cuatro o mas

16. Frecuencia de consumo de los alimentos

alimento	diario	semanal	quincenal	mensual
Carne				
Huevo				
Leche				
Pan				
Arroz				
Papa				
yuca				
verduras				
Frutas				
Azucar				
Grasa				
gaseosas				
Leguminosas				
Fideos				
Harinas				

17. Enumere tres preparaciones que usted más consume

18. Le han recomendado hacer dieta??

- a. Si b. no

19. Ha hecho alguna vez dieta

- a. Si b. no

20. Realiza algún tipo de actividad física

- a. Si b. no

En caso de ser positiva diga cual.....

21. Anamnesis alimentaria

Desayuno

Colación

Almuerzo

Colación

Merienda

22. Le gustaría perder peso?

- a. Si b. no

Porque??

23. Le gustaría que le asesoren al respecto??

- a. Si b. no

24. Según usted su medico y el equipo de salud tiene buenos conocimientos de nutrición y dietética??

- a. Malo b. regular c, bueno d, muy bueno, e excelente

Anexo 2

ENCUESTA SOBRE EL ESTADO DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Datos Generales

Sexo:

Masculino .. Femenino .

Es Usted:

Especialista .. Residente .

Categoría docente:

Sí .. No .

Especialidad:**Años de experiencia como médico****Cuestionario****1. ¿Considera Usted que tiene conocimientos en temas de Nutrición y dietética?**

Sí .. No .

Nota: En caso de que marque la casilla “No”: Diríjase a la Pregunta 6.

2. Estos conocimientos provienen de: (Marque todas las que Usted considere)

Formación de pregrado .

Formación de posgrado .

Especifique la forma

Lectura de artículos científicos

Estudio de literatura temática .

Otras fuentes: Sí .. No .

Especifique cuáles

3. ¿Tiene Usted en cuenta estos conocimientos a la hora de redactar la prescripción dietética?

Sí .. No .

4. ¿Acostumbra Usted a incluir los requerimientos energéticos y proteicos de sus pacientes en la prescripción dietética?

Sí .. No .

Nota: En caso de que marque la casilla “No”: Diríjase a la Pregunta 6.

5. ¿Qué tiene Usted en cuenta para estimar estos requerimientos? (Marque todos los que considere)

Edad del paciente .

Talla del paciente .

Peso del paciente .

Enfermedad de base .

Situación de estrés ..

Protocolos de actuación .

Ninguno de los anteriores .

6. ¿Ha consultado Usted algún nutricionista sobre temas de Alimentación y Nutrición? (Marque la opción que considere más adecuada)

Siempre ..

A veces ..

Casi Nunca ..

Nunca .

7. Tengo el conocimiento y el manejo de las herramientas para poder identificar a un paciente con riesgo de malnutrición:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

8. Estoy capacitado para calcular el gasto energético diario y los requerimientos nutricionales de los pacientes:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

9. Frecuentemente tomo decisiones para apoyar una intervención nutricional en los pacientes:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

8. He recibido información optima (guías de manejo, cursos, cátedra) que me ayuden a facilitar el manejo nutricional del paciente:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

9. Considero que la formación en el área de nutrición para la práctica clínica será útil para mi desempeño como médico:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

10. Usted procura asistir a las conferencias sobre nutrición en los cursos o congresos en los que participa:

- a. Totalmente en desacuerdo
- b. Desacuerdo
- c. De acuerdo
- d. Totalmente de acuerdo

11. Con que frecuencia usted lee artículos en revistas científicas para adquirir o profundizar sobre temas de nutrición útiles para la práctica clínica

- a. 1 vez cada 15 días
- b. 1 mes por mes
- c. Cada 6 meses
- d. Nunca

12. Cuántas calorías hay en un gramo de proteína, grasa y carbohidrato respectivamente?

- a) 5,9,7
- b) 9,4,4
- c) 7,9,5
- d) 4,9,4
- e) 5,7,9

13. Aproximadamente cuántas calorías/ Kg/ día necesitaría un hombre?

- a) 25
- b) 10.000
- c) 2.800
- d) 40
- e) 10

14. Aproximadamente cuántas calorías por día necesitaría un hombre de 70 kg ?

- a) 2.800
- b) 2500

- c) 10.000
- d) 5.000
- e) 10

15. Que medicamentos producen aumento de peso?

- a) haloperidol, carbamezepina
- b) quetiapina, lamotrigina
- c) inhibidores de la ACE
- d) metformina

16. Cuántos gramos de proteína son equivalentes a un gramo de nitrógeno?

- a) 1,75
- b) 15,50
- c) 32,75
- d) 90,65
- e) 6,25

17. Cuántas calorías hay en un litro de dextrosa al 5%?

- a) 2.000
- b) 6.000
- c) 600
- d) 200
- e) 20

18. En qué unidades se mide el índice de masa corporal (IMC)?

- a) kg/m
- b) m/kg²
- c) m/kg
- d) kg/m²
- e) kg

19.Cuál es el rango normal/aceptable de IMC?

- a) 4-10
- b) 18,5-24,9
- c) 24-30
- d) 29-35
- e) 8-15

20. La etiología primaria de la obesidad esta dada por :

- a) lesiones hipotalámicas, lesiones amigdalinas
- b) genética, nutricional ambiental
- c) ovariectomia, insulinoma, farmacologica
- d) Cushing. corticoides
- e) todas las anteriores

21. Qué % de pérdida de peso (en los últimos 3 meses) es sugestiva de malnutrición?

- a) 2
- b) 10
- c) 20
- d) 40
- e) 60

22. Cómo se calcula el % de pérdida de peso? Ph = peso habitual Pa = peso actual

- a) $(Ph-Pa/Ph) \times 100$
- b) $(Pa-Ph/Ph) \times 100$
- c) $(Ph-Pa/Pa) \times 100$
- d) $(Pa-Ph/Pa) \times 100$
- e) $(Ph-100)/Pa$

23. Un indicador pobre del seguimiento del estado nutricional es:

- a) IMC
- b) % pérdida de peso
- c) Fuerza de la mano

- d) Albúmina
- e) Peso

24. Un hombre obeso de 40 años es ingresado con diagnóstico de neumonía, ha perdido el 30% de su peso corporal en los 3 meses anteriores a su admisión y ahora pesa 100 kg, debería recibir inicialmente:

SNG = sonda nasogástrica

- a) Nutrición parenteral
- b) Dieta oral y suplementos de nutrición oral.
- c) Dieta reducida en calorías.
- d) Alimentación por SNG nocturna.
- e) Dieta alta en fibras.

25. Los carbohidratos (CHO) se dividen según su composición en:

- a. Monosacáridos, trisacáridos, tetrasacáridos y heptasacáridos
- b. Polisacáridos, tetrasacáridos, disacáridos y heptasacáridos
- c. Monosacáridos, Disacáridos, Polisacáridos y Sacáridos Sintéticos
- d. Glucosa, Fructosa, Dextrina y Amilosa

26. Seleccione los aminoácidos (AA) esenciales para el cuerpo humano:

- a. Valina, leucina, cisteína y tirosina
- b. Serina, glutamina, arginina y lisina
- c. Valina, leucina, fenilalanina y lisina
- d. Alanina, prolina, glutamina y serina

27.Cuál es el aporte de Kcal de cada uno de los macronutrientes tras una ingestión de 10 gr de CHO, 5 gr Proteína y 3 gr de Grasa:

- a. 90, 25 y 40
- b. 40, 20 y 27
- c. 20, 40 y 27
- d. 12, 45 y 20

28. Para el óptimo proceso de absorción del Ca es necesaria la presencia de la siguiente vitamina:

- a. Vitamina D
- b. Riboflavina
- c. Vitamina K
- d. Piridoxina

29. Para realizar una valoración nutricional es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. Gasto Energético Basal, perímetro abdominal, peso y edad
- b. Antropometría (peso y talla), historia nutricional, edad y exámenes recientes
- c. Perfil lipídico, cuadro hemático, peso y edad
- d. Balance de Nitrógeno, antropometría (peso y talla), perfil lipídico y edad

30. Si el paciente presenta un Balance de Nitrógeno positivo, usted recomendaría:

- a. Realizar terapia física
- b. Mantener igual el aporte de proteína
- c. Aumentar el aporte proteico
- d. El balance de nitrógeno no tiene ninguna relación con el aporte de proteína

31. El índice de masa corporal se calcula con la siguiente fórmula:

- a. $\text{Peso (lb)} \times \text{edad} / \text{estatura (cm)}$
- b. $\text{Estatura (m)} \times \text{edad} / \text{Peso (kg)}^2$
- c. $\text{Peso (kg)} / \text{estatura (m)}^2$
- d. $\text{Peso (lb)} / \text{estatura (cm)}^2$

32. Cuáles son los aspectos que se deben tener en cuenta para realizar la valoración global subjetiva:

- a. Cambio de peso en los últimos 3 meses, actividad física, paraclínicos, cambio del apetito y edad
- b. Cambio de peso en los últimos 3 o 6 meses, síntomas gastrointestinales, cambios en la ingesta de alimentos, capacidad funcional y examen físico
- c. Actividad física, emesis y diarrea, examen físico y paraclínicos
- d. Actividad física, paraclínicos, disminución en la ingesta de alimentos, peso y talla

33. Para identificar el estado nutricional de un paciente es necesario realizar las siguientes pruebas de laboratorio.

- a. Albumina sérica, recuento de eritrocitos y recuento de linfocitos
- b. Creatina, proteína fijadora de retinol, recuento de plaquetas
- c. Albumina sérica, recuento de linfocitos, transferrina
- d. Ferritina, parcial de orina y recuento de plaquetas

34. Para el manejo del paciente con enfermedad diarreica aguda, usted recomendaría mantener en la dieta los siguientes alimentos:

- a. Arroz, papa, yuca
- b. Granadilla, piña, pitaya
- c. Leche, queso, yogurt
- d. Gaseosa, jugos o bebidas rehidratantes

35. Para reducir la incidencia de nuevos episodios diarreicos en un tiempo de 2 a 3 meses, usted recomendaría la suplementación del siguiente micronutriente:

- a. Selenio
- b. Hierro
- c. Zinc
- d. Ácido ascórbico.

36. Junto con el suero de rehidratación oral (SRO) usted recomendaría la administración de:

- a. Jugos en caja
- b. Bebidas rehidratantes o gaseosas
- c. Té y Café
- d. Ninguno de los anteriores

37. La alimentación durante la enfermedad diarreica aguda debe ser primordialmente alta en:

- a. CHO simples y grasas
- b. Proteína y grasas saturadas
- c. Proteína y CHO complejos
- d. Proteína y grasas polinsaturadas

38. Indique el objetivo principal del manejo nutricional del paciente con Diabetes Mellitus tipo II:

- a. Aumentar la ingesta de grasa y reducir la ingesta de carbohidratos
- b. Mantener el peso lo más cercano al ideal
- c. Mantener los niveles de TG < 180 mg/dl
- d. Fraccionar la alimentación en 6 tiempos

39. Cuáles de los alimentos recomendaría usted para el consumo del paciente con Dx de DM tipo II:

- a. Arroz Blanco y Papa cocida
- b. Pan Blanco y Queso
- c. Espagueti y Manzana
- d. Jugo de caja y cereal comercial

40. Uno de los pilares del tratamiento del paciente con DM tipo II es mantener la Hb A1C por debajo del 7% para lograr esto usted recomendaría al paciente:

- a. Reducir el consumo de frutas como durazno, pera y manzana
- b. Reducir el consumo de espaguetis, pan de centeno y pan de trigo
- c. Aumentar el consumo de tortas de zanahoria, torta de banano y torta de espinaca
- d. Endulzar las bebidas con productos a base de Aspártame o Acesulfame K

41. Para reducir la hiperinsulinemia en los diferentes momentos del día; lo ideal es que el paciente tenga un alimentación variada donde incluya:

- a. Frutas buena fuente de fibra fermentable
- b. Frutas buena fuente de fibra no fermentable
- c. Alimentos fuente grasas polinsaturadas
- d. Fuentes de proteína de origen vegetal

42. Para el paciente obeso con un control estable de glucemias y de Hb 1AC que no ha perdido peso el plan alimentario más recomendado es el siguiente.

- a. Normocalórico modificado en CHO complejos y grasas saturadas
- b. Normocalórico modificado en proteína de origen animal
- c. Hipocalórico con restricción de grasas
- d. Hipocalórico modificado en CHO simples y grasas saturadas

43. Si el paciente presenta un IMC > 30 la reducción de kcal a sus requerimiento diario debe ser de:

- a. 125
- b. 250
- c. 500
- d. 750

44. Para determinar la presencia de riesgo cardiovascular la medida del perímetro abdominal debe estar por encima de:

- a. 90 cm para mujeres y 80 cm para hombres
- b. 70 cm para hombres y 80 cm para mujeres
- c. 80 cm para mujeres y 90 para hombres
- d. 100 cm para hombres y 110 para mujeres

45. Uno de los principales efectos positivos del ejercicio para reducir la enfermedad cardiovascular es:

- a. Aumentar la actividad de la lipoprotein lipasa
- b. Disminuir la captación de la lipoproteína de muy baja densidad (VLDL)
- c. Mantener la producción de HDL
- d. Aumentar la producción lipoproteína de densidad intermedia

46. Si el paciente obeso ha tenido una pérdida importante de peso (5%) en un periodo de 3 meses y continua con unos niveles de TG de 350 mg/dl, la mejor recomendación es:

- a. Reducir el consumo de bebidas alcohólicas
- b. Aumentar el consumo de omega 3
- c. Intensificar el seguimiento del plan del alimentación
- d. Todas las anteriores

47. En los pacientes con enfermedad cardiovascular para la preparación de los alimentos se recomienda el uso de aceites vegetales porque:

- a. Aceite de coco es buena fuente de omega 3 y 9 que ayudan a aumentar los niveles de HDL
- b. Aceite de Oliva es buena fuente de omega 6 y ayuda a reducir los niveles de LDL
- c. Aceite de Canola es buena fuente de omega 3 y ayuda a reducir los niveles de TG
- d. Aceite de soja por ser buena fuente de omega 6 y ayuda a aumentar los niveles de HDL

48. Los antioxidantes se caracterizan por estimular la producción de la enzima superóxido dismutasa que protege especialmente las arterias contra el estrés oxidativo. Usted recomendaría aumentar el consumo de:

- a. Zinc, calcio, vitamina B6 y C
- b. Vitamina A, cobre, hierro y selenio
- c. Vitamina A, E, C Selenio
- d. Vitamina B1, B6, C y zinc

49. Para el manejo de la HTA se recomienda el consumo de sal al día de:

- a. 2,1 – 2,5 gr
- b. 1,5 – 2 gr
- c. 2, 5 – 2,8 gr
- d. < 1,5 gr

50. En el paciente con HTA grado II la recomendación para su alimentación es consumir:

- a. Carne cerdo, pescado ahumado y huevo
- b. Carne de res magra, leche descremada y todo tipo de frutas
- c. Atún, queso crema y jugos de caja
- d. Carne de res frita, chips y frutas enlatadas

51. Para el manejo nutricional del paciente con EPOC lo más conveniente es:

- a. Aumentar el consumo de CHO complejos y reducir el consumo de CHO simples
- b. Mantener el consumo de proteína y CHO complejos

- c. Aumentar el consumo proteína y grasas
- d. Reducir el consumo de proteínas y aumentar el consumo de grasa

52. Los pacientes con Dx de EPOC generalmente presentan un estado hipercatabólico lo que conduce a estados de desnutrición, en caso de necesitar suplementación el paciente que características debe tener la fórmula:

- a. Alta en densidad calórica a expensas de monosacáridos
- b. Alta en densidad calórica a expensas de ácidos grasos monoinsaturados
- c. Alta en proteína a expensas de monosacáridos
- d. Alta en proteína a expensas de aminoácidos ramificados

53. ¿Desearía actualizar sus conocimientos en Nutrición y dietética?

Sí.. No .

Anexo 3

8.6 TEST – T.

El test -t conocido también como "t de student" es una prueba estadística que se aplica para establecer la significación de una diferencia al comparar dos grupos. Establecer diferencias entre grupos es relevante pero no es suficiente. Es preciso, además, determinar si la diferencia es significativa y en consecuencia debe tomarse en cuenta, o por el contrario es insignificante y no tiene mayor trascendencia para comparar grupos y por tanto es descartable. Algunos casos:

La innovación curricular introducida en una escuela produce, significativamente mejores resultados de aprendizaje con la metodología tradicional?

Son los resultados de un grupo experimental expuesto a un programa de desarrollo del pensamiento reflexivo y creador, mayores que los del grupo de control?

Cual es la efectividad alcanzada por una compañía de prevención del SIDA en la ciudad de Cali?

Responder estos interrogantes implica en cada una de ellas establecer y juzgar una diferencia.

El test es una herramienta que ayuda al investigador establecer las significatividad estadística de una diferencia observada entre dos grupos. El cálculo del valor de t de student requiere en términos de la medición de los grupos, conocer la media aritmética, la desviación estándar y el número de casos considerados. Obtenido este valor debe calcularse los grados de libertad el cual viene dado como: $GL = (N_a + N_b) - 2$.

Encontrar el valor crítico de t (para ello se recurre a la tabla de valores críticos) teniendo en cuenta el nivel de significación, por ejemplo 5%, 10%. El valor crítico se confronta con el valor calculado.

Para la interpretación se acostumbra sostener que existen dos hipótesis posibles.

La hipótesis nula (P_0) que señala la igualdad de los dos grupos. Es decir la no existencia de diferencia estadística significativa

La hipótesis alternativa (P_1) que señala la existencia de una diferencia estadísticamente significativa al comparar los grupos.

La la teoría estadística, se establece que si el valor observado es mayor que el valor crítico, entonces se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa.

$$T = \frac{X_A - X_B}{D_{ST}}$$

X_a = Media aritmética del grupo A

X_b = Media aritmética del grupo B

D_{st} = Desviación estándar total con respecto al grupo A y B

$$D_{ST} = \sqrt{\frac{DS^A (N_A - 1) + DS^B (N_B - 1)}{(N_A + N_B) - 2} \left[\frac{1}{N_A} + \frac{1}{N_B} \right]}$$

Ejemplo:

En una escuela de educación básica, que atiende niños en condiciones de pobreza. Los profesores han enfrentado para la enseñanza de la lecto-escritura serias limitaciones de disponibilidad de texto o la inadecuación de los materiales de lectura que han podido disponer alguna vez. Preocupados por tal situación, decidieron la elaboración del texto de lectura por los propios alumnos, lo que garantizaría que cada niño disponga de su propio texto y que las temáticas abordadas tengan mayor significado para ellos.

Después de un año de aplicar el proceso en algunos cursos a través de un programa piloto, se escoge el primer año básico A, grupo escolar que ha experimentado el aprendizaje de lecto-escritura, elaborando sus propios materiales y el primer año básico B que ha trabajado del modo tradicional. Se aplica un test de lectura a ambos cursos, notándose que los resultados del curso A, son mejores. Luego se trata de comprobar si la diferencia es atribuible al azar o se trata de una diferencia significativa.

La siguiente tabla muestra los resultados obtenidos después de obtener la media, y desviación estándar para ambos grupos.

Grupo	X=media	DS	N
1° A	36	4	15
1° B	30	6	12

$$X_a = 36 \quad N_a = 15 \quad X_b = 30 \quad N_b = 12 \quad DS_a = 4 \quad DS_b = 6$$

Aplicando las respectivas fórmulas, encontramos que:

$$t = 3.11 \text{ (ignore el signo si el valor es negativo)}$$

Para encontrar el valor crítico:

$$GL = N_a + N_b - 2 = 27 - 2 = 25$$

Nivel de significación: $P = 0.05$

Al buscar en la tabla de valores críticos, se encuentra que t , para $P = 0.05$ y 25 GL es igual a 2.06.

Teniendo en cuenta la teoría de la hipótesis nula (P_0) y la hipótesis alternativa (P_1), en la teoría estadística, se establece que si el valor observado es mayor que el valor crítico, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

Para el ejemplo, valor t calculado (3.11) es mayor que el t crítico (2.06). Por lo tanto es posible concluir que existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados exhibidos por el grupo experimental y el de control, con nivel de confianza del 95%. Luego el método innovador de lectura ha probado ser más efectivo que el método tradicional. Los 6 puntos de diferencia son bastante significativo.

Anexo 4

Manual de dieta

Paciente	Fecha										
METABOLISMO ENERGETICO Y PROTEICO											
GASTO ENERGETICO BASAL GEB..... CAL/dia.....Cal/kg											
H 66+ (13.7* Peso Kg) + (5* talla cm) - (6.8* Edad anos)											
M 655+ (9.6* Peso Kg) + (1.8* talla cm) - (1.6* Edad anos)											
Ninos lactantes = 22.1 + (31 * Peso Kg) + (1.6 * Estatura Cm)											
factor de actividad											
1.2 Cama											
1.3 Ambulatorio											
IMC											
parametros		evaluacion		Grado de anormalidad				Evaluacion posterior			
nutricionales		inicial		deficit				Control1		Control 2	
	estandar	act	% est	Exc	leve	moder	sever	act	%est	Act	% est
Peso usual											
P. A. / P. I.				> 120	90 - 80	80 - 60	< 60				
P. A. / P. U.											
talla											
Perimetro b	H: 29.3				90 - 80	80 - 60	< 60				
	M: 28.5										
P. Tricipital	H: 12.5				90 - 51	50 - 30	< 30				
	M: 16.5										
C. Musc.	H: 25.3				90 - 81	80 - 70	< 70				
	M: 23.2										

LISTA DE INTERCAMBIO DE ALIMENTOS

LACTEOS	120	CARNE NO FRITURAS	15
leche	1 taza	res	1 onza
yoghurt	1 vaso	jamon NO CONSUMIR	1 taza
leche en polvo	3 cdas	pollo SIN PIEL	1 onza
leche evaporada	1/2 taza	pescado	1 onza
		queso	1 onza
QUE SEAN DESCREMADOS		nuevo SÓLO LA CLARA DESECAR LA YEM	1 Unidad no más
a			de tres a la semana
# PORCIONES	1	# PORCIONES	b
ALMIDONES	80	FRUTAS	60
Arroz	1/2 taza	Durazno Guayaba toronja	1 unidad med.
Avena	2 cdas	Babaco, Frutilla, Melon, Papaya, Pina.	1 taza
Muinos	2 cdas	Higo, Naranja, Pera, I axo, Tomate de arbol,	1 unidad
Pan	1 unidad	Lima, Mango	1 Unidad grande.
Galletas	6 unidades	Uvas	15 unidades
Fideos	1/2 taza	Capuli	20 unidades
Papa	1 pequeña	Manzana, Naranja	1 unidad pequeña
Yuca	1 rodaja	Mora	3/4 taza
Choclo	1 pequeño	Pasas	2 cucharada
Costado	3 cdas		
Corn Flakes	3/4 taza		
Harinas	2 cdas		
Granos tiernos	1/2 taza		
Granos secos	1/4 taza		
# PORCIONES	6	# PORCIONES	5
VEGETALES	25	GRASA	45
Acelga, Alcachofa, Berenjena, Brocoli		Aceite (girasol, soya, maiz, oliva)	1 cda
Cebollas, Coliflor, Esparragos		Masi	1 cda
Espinacas, Hongos, Pimiento,		Mantequilla o margarina	1 cda
Remolacha, etc.		Crema de leche	1 cda
1 taza si el producto es crudo			
1/2 taza si el producto es cocido			
# PORCIONES	2	# PORCIONES	1

CALCULO DE PORCIONES POR DIA

PORCIONES POR DIETA						
ALIMENTOS	800	1000	1200	1300	1400	
LACTEOS	1/2	1	1	1	1	
VERDURAS	1	2	2	2	2	
FRUTAS	3	3	4	4	5	
PAN Y	3	4	5	5	5	
CARNE	4	4	5	5	6	
GRASAS	0	0	0	1	1	
ALIMENTOS	1500	1600	1700	1800	1900	2000
LACTEOS	1	1	2	2	2	2
VERDURAS	2	2	2	2	2	2
FRUTAS	5	5	6	6	6	6
PAN Y	6	6	6	8	7	8
CARNE	6	7	7	7	7	8
GRASAS	1	1	1	1	1	1