



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DEL LITORAL

Facultad Ciencias de la Vida

“RELACIÓN ENTRE HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTADO NUTRICIONAL EN FAMILIARES DE PACIENTES CON VIH/SIDA PERTENECIENTES A REDIMA”

INFORME DE MATERIA INTEGRADORA

Previo a la obtención del Título de:

LICENCIADO EN NUTRICIÓN

JULISSA ANNABELL ANCHUNDIA HENRÍQUEZ
MILDRED JOSEFINA CEDEÑO GUIRACOCHA

GUAYAQUIL-ECUADOR

AÑO: 2017- 2018

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecemos a Nuestro Padre Celestial por darnos la vida y permitirnos realizar nuestro proyecto integrador, otorgándonos sabiduría, fortaleza y perseverancia para alcanzar nuestra meta de ser licenciados en nutrición

En segundo lugar, a nuestro pilar fundamental, nuestros padres y hermanos, por ser un apoyo incondicional a lo largo de nuestra vida, aún más durante esta etapa de crecimiento personal, en la que alcanzaos un título profesional.

Finalmente a nuestros distinguidos maestros, por brindarnos su tiempo, sus conocimientos obtenidos y ser guías durante toda esta etapa académica, lo cual seguirá siempre latente en nuestra vida profesional. De manera muy especial agradecemos a Msc Brenda Cisneros, Msc Valeria Guzmán y Msc Mariela González, quienes nos acompañaron y guiaron en la realización de nuestro proyecto integrador.

Julissa Annabell Anchundia Henriquez

Mildred Josefina Cedeño Guiracochoa

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios; a mis padres y hermano porque son mi pilar fundamental, mi líquido vital, mi fuente de fe, amor y apoyo infinito para jamás rendirme y alcanzar mis metas. A mis profesores y compañeros que con cada enseñanza he podido crecer como persona y como futura profesional. Gracias porque me han motivado a siempre buscar el camino de la excelencia.

Julissa Annabell Anchundia Henriquez

El presente proyecto lo dedico a Dios por ser mi padre celestial incondicional, amoroso y fiel; a mi esposo Christian e hija Debbie que son los amores de mi vida, que me impulsan a salir adelante siempre; a mi mami ya que sin la guía, apoyo y consejos de ella, no lo habría logrado; a mi hermana y sobrino que son incondicionales en todo momento. Gracias a mis primos y tíos que de alguna manera han sido un apoyo en mi vida; mis amigas Janyll, Gina, Génesis, por estos años de sincera y desinteresada amistad; a todos mis profesores que han mostrado ser buenos educadores y dejar sólidos conocimientos en mi vida; y de manera muy especial a mi amiga Julissa que es mi compañera de proyecto a la que quiero agradecer por su entrega y colaboración.

Mildred Josefina Cedeño Guiracocha

EVALUADOR DEL PROYECTO

Valeria J. Guzmán Jara, M.Sc.

TUTOR PROYECTO INTEGRADOR

Brenda L. Cisneros Terán, .M.Sc.

PROFESOR MATERIA INTEGRADORA

DECLARACION EXPRESA

“La responsabilidad y la autoría del contenido de este Trabajo de Titulación, nos corresponde exclusivamente, y damos nuestro consentimiento para que la ESPOL realice la comunicación pública de la obra por cualquier medio con el fin de promover la consulta, difusión y uso público de la producción intelectual”

JULISSA ANNABELL ANCHUNDIA HENRÍQUEZ

MILDRED JOSEFINA CEDEÑO GUIRACOCHA

RESUMEN

En este proyecto se realizó el análisis a familiares de pacientes con VIH/SIDA que pertenecen a la Red de dispensarios médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil, la cual brinda servicios integrales e integrados de salud. La población estudio estuvo conformada por seis mujeres de entre 40 y 60 años. La recopilación de datos se empleó mediante una encuesta validada, donde se obtuvo el peso, talla, IMC, hábitos alimentarios, frecuencia de consumo de alimentos y estilo de vida de la población estudio.

Para el análisis de resultados aplicamos estadística descriptiva, la cual evidenció que entre las seis mujeres, dos de ellas tienen obesidad tipo I, una de ellas tiene sobrepeso, otra tiene sobrepeso y enfermedades asociadas como DM2 e HTA, la cuarta de ellas tiene obesidad y DM2 y la última sufre de sobrepeso, HTA y artrosis. A estas enfermedades se las conoce como ECNT las cuales están asociadas al estilo de vida y hábitos alimentarios.

La investigación en cuanto a los factores de riesgo de ECNT, evidenció que los malos hábitos alimenticios caracterizados por el exceso de consumo de carbohidratos y grasas, con poca ingesta de fibra proveniente de frutas y vegetales conllevan al aumento excesivo de peso por la acumulación de grasa debido a las calorías extras ingeridas sin desgaste energético por inactividad física.

Es por esto, que se requiere de educación nutricional para modificar y mejorar el estilo de vida de los pacientes, motivando así a seguir una alimentación saludable acompañada de actividad física diaria.

ABREVIATURAS

A continuación se detallan el significado de las siglas utilizadas en este documento:

VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida
SIDA	Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida
HTA	Hipertensión Arterial
DM2	Diabetes Mellitus 2
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
ENSANUT	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
MSP	Ministerio de Salud Pública
OMS	Organización Mundial de la Salud
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura
EEN	Evaluación del estado nutricional
IMC	Índice de Masa Corporal
CC	Circunferencia Cintura
ICC	Índice Cintura-Cadera
TMB	Tasa Metabólica Basal (TMB)
mmHg	Milímetros de Mercurio
ACV	Accidente cerebro vascular
Kg	Kilogramos
IR	Ingesta recomendada

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS	2
DEDICATORIA	3
EVALUADOR DEL PROYECTO	4
DECLARACION EXPRESA	5
RESUMEN	6
ABREVIATURAS	7
CAPÍTULO I	13
1.1. Introducción	13
1.2. Objetivos	14
1.2.1. Objetivo General	14
1.2.2. Objetivos Específicos	14
1.3. Problemática	15
1.4. Justificación	15
1.5. Marco teórico	16
1.5.1. VIH	16
1.5.2. Enfermedades crónicas no transmisibles	18
1.5.3. Sobrepeso	18
1.5.4. Obesidad	20
1.5.5. Diabetes	21
1.5.6. Hipertensión	23
1.5.7. Relación de la alta ingesta de macronutrientes y la inactividad física con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles	24
1.5.8. Relación de la baja ingesta de fibra dietaria con el incremento de peso	
24	
CAPÍTULO 2	26
2.1 Metodología	26
2.1.1. Generación del proyecto	26
2.2. Análisis de variables físicas/clínicas	26
2.2.1. Determinación de variables y diseño de encuesta	26
2.3. Recolección de datos	27

2.4. Materiales y equipos	29
2.4.1. Balanza	29
2.4.2. Cinta métrica	30
2.4.3. Tensiómetro digital	30
2.4.4. Tensiómetro manual	31
2.4.5. Plicómetro	32
2.4.6. Encuesta	33
CAPITULO 3	34
3.1 Análisis de resultados	34
3.2. Características de la población de estudio	34
3.2.1 Características sociodemográficas	34
3.3. Descripción de las variables medidas	36
3.3.1. Frecuencia de alimentos	36
3.4. Análisis nutricional de los alimentos ingeridos	37
3.4.1. Análisis nutricional de los macronutrientes y relación con IMC elevado.. 37	
3.5. Análisis del estado nutricional	38
3.5.1. Diagnóstico del estado nutricional en relación al IMC	38
3.5.2. Riesgo cardiovascular y su relación Circunferencia Cintura - IMC	39
3.6. Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles	41
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44

ÍNDICE DE IILUSTRACIONES

Ilustración 1. Consentimiento Informado

Ilustración 2. Distribución de la población por edad

Ilustración 3. Distribución de la población por instrucción académica

Ilustración 4. Frecuencia de consumo por tipos de alimentos

Ilustración 5. Variación del consumo diario de alimentos vs el consumo recomendado

Ilustración 6. Distribución de calorías y macronutrientes consumidos diariamente

Ilustración 7. Distribución de la población según IMC

Ilustración 8. Prevalencia de ECNT en la población estudio

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Cantidad de familiares no infectados de VIH/SIDA evaluados**
- Tabla 2. Descripción de balanza utilizada para EEN**
- Tabla 3. Descripción de cinta métrica utilizada para EEN**
- Tabla 4. Descripción de tensiómetro digital utilizada para EEN**
- Tabla 5. Descripción de tensiómetro manual utilizada para EEN**
- Tabla 6. Descripción de plicómetro utilizada para EEN**
- Tabla 7. Descripción de la población estudio**
- Tabla 8. Ingesta de alimentos diarios vs raciones recomendadas**
- Tabla 9. Ingesta de macronutrientes y calorías de la población**
- Tabla 10. Diagnóstico de la población según IMC**
- Tabla 11. Puntos de corte para circunferencia cintura en mujeres según la OMS**
- Tabla 12. Relación IMC-CC**
- Tabla 13. Prevalencia de ECNT en población estudio**

ANEXOS

Anexo 1. Base de datos recopilados

Anexo 2. Encuesta empleada para recopilación de datos

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), no solamente afecta la condición física de los pacientes, sino que también afecta sus relaciones socioculturales, salud mental, aspectos financieros y su entorno familiar (1).

Los estilos de vida que incluyen hábitos alimentarios saludables y ejercicio físico, tienen un lugar importante en la salud. Cuando estos hábitos son inadecuados o se modifican por diversos motivos, constituyen factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares como Hipertensión Arterial (HTA), de enfermedades endócrinas como Diabetes Mellitus y Obesidad, además de influir en la ganancia excesiva de peso. (2)

La calidad de vida, es un componente importante en la evaluación del bienestar de las personas que viven infectadas por VIH y de aquellas personas quienes están al cuidado de las mismas.(1)

En el año 2015, el Instituto para la Medición y Evaluación de Salud de Washington reveló que en América latina, uno de los países con mayor cantidad de casos nuevos de contagio de VIH es Argentina, con un 7.8% anual. Ecuador se ubica en el quinto puesto con un incremento de 3,9% al año, cifra que representa a la población sexualmente activa en edades entre 20 y 39 años, viéndose una mayor concentración de la población diagnosticada con VIH en la provincia del Guayas con un 60% de los nuevos casos reportados. (3)

La infección por VIH no es la causa principal de muertes en el Ecuador, existen otras patologías que aumentan la tasa de morbimortalidad en el país, que surgen como resultado de cambios en el régimen alimenticio y en el estilo de vida. Estas son conocidas como enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como Sobrepeso, Obesidad, Diabetes e HTA; las cuales pueden presentarse tanto en pacientes infectados con VIH como en sus familiares.

Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), en Ecuador, 414.514 personas mayores a 10 años padecen de diabetes. Dentro de estos, más del 90% presenta resistencia a la insulina y entre los que no son diabéticos, dos de ellos están propensos a

padecerla. (4). No solo la diabetes afecta la población, se evidenció que un tercio de la población mayor a 10 años en cantidad de 3'187.665 personas son pre hipertensas y 717.529 personas adultas hasta los 59 años ya han sido diagnosticadas con HTA. De igual manera, 925.00 personas hasta 60 años a nivel nacional, entre el año 2011 y 2012 cuantificó que en el país el mayor problema nutricional es el sobrepeso y la falta de actividad física, los cuales son precursores de DM2 e HTA(3).

Se logró determinar que 6'797.272 personas padecen de sobrepeso y el 29.2% de los habitantes, presenta una ingesta alta de carbohidratos, seguido del sedentarismo, lo que incrementa los factores de riesgo para el padecimiento de estas enfermedades(4).

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

- 1.2.1.1.** Evaluar el estado nutricional de familiares con pacientes infectados de VIH pertenecientes a Redima por medio de mediciones antropométricas y hábitos alimentarios para la determinación del estado de salud.

1.2.2. Objetivos Específicos

- 1.2.2.1.** Identificar los hábitos alimenticios y estilo de vida de la población estudio como factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles por medio de una encuesta validada y frecuencia de consumo de alimentos.
- 1.2.2.2.** Elaborar una guía de educación nutricional como método de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles para cambiar y mejorar el estilo de vida de la población estudio.

1.3. Problemática

El Sobrepeso, Obesidad, DM2 e HTA son enfermedades crónicas no transmisibles que se relacionan de cierta manera al estilo de vida y desencadenan diversas complicaciones si no son tratadas a tiempo.

Ecuador dispone de un gran número de personas que sufren de estas enfermedades, que afecta a niños en etapa escolar, adultos jóvenes, adultos mayores, embarazadas y personas con Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

Los familiares de los pacientes que padecen VIH/SIDA pertenecientes a REDIMA, tuvieron una prevalencia marcada de estas enfermedades, las cuales se relacionan directamente con sus hábitos alimentarios inadecuados y falta de actividad física.

1.4. Justificación

Durante el proceso de evaluación a pacientes de Redima, se observaron diferentes hábitos sociales, alimentarios, culturales, etc., los cuales son indicadores relevantes para poder determinar que la población de estudio tiene una alta probabilidad de padecer obesidad, diabetes e hipertensión arterial.

Nosotras como estudiantes de la Carrera de Licenciatura en Nutrición, tomamos como punto de partida, valorar el estado nutricional a los pacientes y así poder determinar las causas de dichas enfermedades.

Este proyecto tuvo como finalidad, evaluar los factores de riesgos asociados a padecer de obesidad, diabetes e hipertensión arterial, partiendo de datos científicos para poder proporcionar educación nutricional a la población de estudio.

1.5. Marco teórico

1.5.1. VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH), es un lentivirus de la familia Retroviridae, causante del Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). El VIH infecta a células claves del sistema inmunitario, como son las células T CD4 positivas y a los macrófagos, destruyendo y dañando su funcionamiento. (5)

Este virus se caracteriza porque provoca un deterioro progresivo del sistema inmunitario, permitiendo que los mecanismos de defensa contra infecciones y enfermedades se vuelvan vulnerables a diversos cuadros infecciosos. Las infecciones oportunistas representan uno de los factores más relevantes para el decaimiento en la salud de las personas infectadas, ya que aprovechan la debilidad de las defensas propias del cuerpo para atacar. (5)

Cuando el VIH ha alcanzado su máxima propagación produce el SIDA, que corresponde a la etapa crítica de la infección, esta fase, comprende una etapa de vigilancia, basada en indicios, síntomas clínicos, infecciones oportunistas y cánceres asociados con la deficiencia del sistema inmune. (5)

Este virus puede transmitirse por relaciones sexuales, anales u orales con una persona infectada sin protección, por transfusiones sanguíneas o utilizar jeringas contaminadas. Existe también la transmisión vertical (madre-hijo) durante el periodo de gestación, parto y lactancia, considerada fuente de contagio si no es controlada totalmente con medicina antirretroviral. (6)

La infección por este virus transcurre en tres fases identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. La fase aguda se caracteriza porque la persona infectada presenta síntomas parecidos a una mononucleosis infecciosa o gripe (fiebre, malestar muscular, inflamación de ganglios, náuseas, etc.) y aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus. (6) En la fase crónica, el virus se replica rápidamente generando adenopatías y pérdida de plaquetas en sangre, llegando a desgastar por completo al sistema inmune. En ausencia de tratamiento antirretroviral se desarrolla el SIDA en un lapso de 5 a 10 años; siendo esta la tercera fase y la etapa más crítica de la infección, donde la persona infectada es una potencia para el desarrollo de muchas infecciones oportunistas que pueden conducir a la muerte. (6)

Es así como las necesidades nutricionales en estas personas son de suma importancia ya que al cursar las etapas de la infección viral, el estado de salud del paciente se ve afectado y por consiguiente entrará en un estatus de desgaste. En este estado presentará pérdida involuntaria de peso que va más allá del 10%, pérdida del tono muscular y lipoatrofia debido a que se agotan todas sus fuentes de energía para poder sobrevivir ante el ataque del VIH. Por lo tanto, es indispensable que una persona que padece de esta enfermedad no se someta a restricciones alimentarias estrictas, como por ejemplo dietas para disminución de peso, ya que conforme avanza esta enfermedad las necesidades nutricionales aumentan y se requiere que la persona infectada se alimente con una dieta de calidad y en porciones adecuadas. (7)

El impacto en las familias que poseen miembros infectados con VIH/SIDA es bastante fuerte, pudiendo experimentar una gama amplia de reacciones, como angustia, tristeza, depresión, ira, ansiedad, desesperanza o miedo, causando así a sus familiares trastornos metabólicos y/o emocionales, que conllevan a cambios en su estilo de vida como por ejemplo en la alimentación, donde se empieza a tener desórdenes alimenticios llegando a tener a largo plazo Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).(8)

En Ecuador, Redima es una Red de Centros Médicos de la Iglesia Católica, fortalecida, sólida, reconocida y organizada en sus diferentes niveles, que brinda servicios integrales e integrados de salud, con calidad técnica y calidez cristiana dirigida especialmente a las comunidades más necesitadas y vulnerables. Se fundó el 28 de Octubre de 1999, con 20 Dispensarios de la Iglesia de la Provincia del Guayas, y actualmente está a cargo del Mons., Antonio Arregui, quien es Arzobispo de Guayaquil. (9)

Esta entidad actualmente consta con 34 dispensarios de salud, está reconocida por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y otros organismos nacionales e internacionales, habiendo afianzado sólidamente su prestigio en la comunidad, tiene como soporte prioritario a la Botica Central Arquidiocesana, la cual permite que las medicinas sean accesibles y asequibles para el tratamiento y/o prevención de diferentes enfermedades. (9)

Redima tiene como objetivo conseguir la salud plena y mejorar la calidad de vida de la comunidad sirviendo especialmente a los más necesitados (niños, adultos, adultos mayores, embarazadas, e infectados por VIH/SIDA). Su compromiso cristiano, dentro de lo cual la labor esforzada de los Promotores de Salud y Consejeros de VIH/Sida, distingue el trabajo de la Red, dando importancia a la prevención, nutrición, formación y capacitación

de los beneficiarios. Los miembros del directorio, coordinación y profesionales que forman parte del equipo de trabajo de Redima, se caracterizan por la entrega, solidaridad y perseverancia ante la misión que tiene Redima, la cual es promover y desarrollar programas y servicios de salud integral, con calidad técnica y humana para la población más vulnerable del país. (10)

1.5.2. Enfermedades crónicas no transmisibles

Actualmente, la dieta y los hábitos alimentarios son considerados como factores determinantes para el desarrollo de ECNT. La oferta de una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada con alimentos variados, inocuos y estilo de vida donde se incluya la actividad física, no solo puede prevenir la malnutrición sino también puede ayudar a reducir y prevenir el riesgo de padecer estas enfermedades crónicas no transmisibles. (11)

Hoy en día, se observa que las personas no tienen un control en el consumo de alimentos, optan por preparaciones fáciles que no tomen mucho tiempo o por alimentos que no aportan con nutrientes de calidad, sino que aportan calorías comúnmente llamadas vacías. Esto perjudica el estado nutricional y salud de la población, la mayoría las dietas se caracterizan por ser hipercalóricas (alta ingesta de grasas saturadas y carbohidratos simples) acompañada de poca actividad física. Es importante que la población tenga educación nutricional y utilice como estrategia el saber racionar los alimentos. (12)

1.5.3. Sobrepeso

El sobrepeso se define como una excesiva acumulación de grasa en el cuerpo que se produce por un desequilibrio entre ingesta y gasto energético, que puede ser nocivo para la salud. (13)

No es una enfermedad, pero es una condición que predispone el desarrollo de enfermedades tales como diabetes, hipertensión, aumento de grasas en sangre, infartos, embolias, algunos tipos de cánceres e incrementa el riesgo de mortalidad prematura y costo alto social de salud. (14)

Algunos estudios han asociado que la grasa acumulada en la zona abdominal está directamente relacionada con las enfermedades cardiovasculares. La forma más sencilla de determinar la cantidad de grasa acumulada en la zona abdominal es medir el contorno de la cintura. (14)

1.5.3.1. Epidemiología

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la obesidad y el sobrepeso han alcanzado cifras de epidemia a nivel mundial. El sobrepeso incrementa el riesgo de DM2, patologías osteoarticulares, HTA, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer, causando cada año la muerte de 2,8 millones de personas y provocando un descenso de hasta 10 años en la esperanza de vida. Esto representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad. A nivel mundial, el sobrepeso está relacionado con un mayor número de muertes que el bajo peso.

En 2014, 1.900 millones de adultos (18 años y más) tenían sobrepeso, de ellos, 600 millones eran obesos. En 2015, 42 millones de niños de menos de 5 años sufrían obesidad. Al mismo tiempo, la cantidad de adultos con diabetes se triplicó en 35 años, pasó de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014. (13)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut, 2012) cuantifica que 6 de cada 10 adultos ecuatorianos tienen sobrepeso u obesidad. Galápagos evidencia la mayor incidencia. Además, en este último lugar, dos de cada cuatro escolares, uno de cada tres adolescentes y tres de cada cuatro adultos presentan estos problemas.

En cuanto al sobrepeso, los hombres mantienen la prevalencia de 43,4% y las mujeres 37,9%. La obesidad y el sobrepeso, a diferencia de la desnutrición en edad escolar, no se relaciona con la pobreza. (15)

1.5.3.2. Factores de riesgos

Las principales causas son:

- *Herencia y nutrigenómica:* Muchos de los factores hormonales y neurológicos que influyen en la regulación de peso están asociados a los genes, al igual que el número y tamaño de células adiposas, distribución de grasa corporal y tasa metabólica basal

(TMB). Las elecciones nutricionales o estilo de vida pueden activar o desactivar genes inductores del sobrepeso y posteriormente obesidad (27).

- *Excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio:* La tendencia sedentaria de la sociedad es un creciente problema. Un número reducido de personas realiza ejercicios, la gran parte de la población gasta su tiempo en actividades con bajo gasto energético esto asociado a una sobrealimentación crónica por falta de educación nutricional (27).
- *Sueño, estrés y ritmos circadianos:* La falta de sueño trastoca los mecanismos de regulación endocrina del hambre y el apetito, esto modifica la cantidad, composición y distribución de la ingesta de alimentos. Durante situaciones de estrés, se libera cortisol, una hormona que estimula secreción de insulina para mantener glucemia en respuesta de lucha y huida, aumentando el apetito. Las concentraciones de esta hormona tiene picos altos durante la mañana y bajos durante la noche (27).
- *Gusto, saciedad y tamaño de las porciones:* La comida y sus sabores inducen a un sentimiento de placer. La disponibilidad de alimentos en cualquier momento y a bajo precio favorece a una ingesta calórica alta. La rutina diaria, falta de tiempo y el trabajo son factores que intervienen en la sobrealimentación (27).

1.5.4. Obesidad

Es una acumulación excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, desarrollada por la interacción de factores genéticos y ambientales, que no es exclusiva de países económicamente desarrollados. El riesgo de mortalidad se incrementa a partir de un valor del índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / (\text{altura en m}^2)$) de 27.8 kg/m² para los hombres y de 27.3 kg/m² para las mujeres. Los valores para Índice de Masa Corporal (IMC) superiores a 31.1 kg/m² en los hombres y 32.3 en las mujeres se asocian con una mayor mortalidad por todas las causas. (14)

1.5.4.1. Epidemiología

La obesidad es reconocida como un importante problema nutricional y de salud en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo, se la relaciona con el riesgo de padecer enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares y

cáncer. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas en todo el mundo y es denominada como la epidemia del siglo XXI. Cada año fallecen cerca de 3.4 millones de personas debido a esta enfermedad. (14)

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 2014) cuantifica que 6 de cada 10 adultos ecuatorianos tienen sobrepeso u obesidad. En la población adulta la obesidad es más alta en mujeres (27,6%) que en hombres (16,6%) (15).

1.5.4.2. Factores de riesgo

Un factor que se considera relacionado con esta patología es el consumo de alimentos que contengan un alto contenido calórico, el consumo de alcohol, frituras y los estilos de vida más sedentarios. Tener un factor de riesgo no quiere decir que padezca la enfermedad, pero puede aumentar la posibilidad de que esto suceda(16).

Factores determinantes: Origen genético. Se ha podido demostrar que los hijos de padres obesos tienen menor gasto calórico en reposo, tendencia a la inactividad y queman menos calorías después de una comida (17).

Factores predisponentes: Ambientales. Se refieren a la disponibilidad de alimentos, al creciente sedentarismo que corresponde a varias horas frente al televisor y a los malos hábitos alimentarios (17).

Factores desencadenantes: Son circunstanciales y consisten en desequilibrios hormonales (pubertad, menopausia), emocionales (duelo, mudanza, cirugía), disminución del ejercicio habitual(17).

1.5.5. Diabetes

Es una enfermedad crónica que se da cuando el páncreas no produce el nivel adecuado de insulina, esta hormona es la que regula los niveles de glucosa en sangre. Puede presentarse con síntomas característicos, como sed, poliuria, visión borrosa y pérdida de peso. Frecuentemente, los síntomas no son graves o no se aprecian. La hiperglucemia puede provocar cambios funcionales y patológicos durante largo tiempo antes del diagnóstico. Las complicaciones crónicas de la diabetes incluyen el progresivo desarrollo de retinopatía con potencial ceguera, nefropatía que puede llevar al fallo renal, neuropatía

periférica con riesgo de úlceras plantares, amputación o pie de Charcot, alteraciones odontológicas, neuropatía autonómica y enfermedades cardiovasculares, como cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares o arteriopatía periférica. (18)

1.5.5.1. Epidemiología

El aumento de la prevalencia de la diabetes se puede atribuir a varias causas, a la modificación del criterio diagnóstico (disminución de 140 mg/dl a 126 mg/dl) y por otro lado, al progresivo envejecimiento de la población y cambios en los estilos de vida, caracterizados por menor actividad física y hábitos dietéticos que favorecen patologías como la obesidad. (18)

Según la Federación Internacional de Diabetes, en el año 2015 hubo 415 millones de adultos entre los 20 y 79 años con diagnóstico de diabetes a nivel mundial, incluyendo 193 millones que aún no se encuentran diagnosticados. Se estima que existen 318 millones de adultos con alteración en la tolerancia a la glucosa, que presentan un alto riesgo de desarrollar diabetes en los próximos años. De esta manera se aprecia que para el año 2040 existirán en el mundo 642 millones de personas viviendo con esta enfermedad. El mismo reporte declara que en el Ecuador la prevalencia de la enfermedad en adultos entre 20 a 79 años es del 8.5 % de la población. (19)

Según la encuesta ENSANUT, la prevalencia de diabetes en la población a los 50 años de edad, uno de cada diez ecuatorianos ya tiene diabetes. (20)

1.5.5.2. Factores de Riesgo

En la diabetes tipo 2 existen factores de riesgos modificables y no modificables.

Factores modificables: En este grupo podemos mencionar al sobrepeso, obesidad, obesidad abdominal, tabaquismo, sedentarismo, patrones dietéticos, medicamentos hipoglucemiantes como factores modificables ya que pueden ser prevenidos o tratados con cambios en el estilo de vida, correcta alimentación, buenos hábitos etc., disminuyendo la predisposición a sufrir de DM2.

Factores No Modificables: La edad, etnia, antecedentes de DM2 en familiares de primer grado, antecedentes de DM2 gestacional, síndrome de ovarios poliquísticos son factores

no modificables debido a que vienen dados de forma inherente y no se pueden cambiar. (21)

1.5.6. Hipertensión

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión con persistencia alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos sanguíneos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) al ser bombeada por el corazón. (22)

En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, pero no siempre. Si no se controla, la hipertensión puede provocar un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y, a la larga, una insuficiencia cardíaca. (2)

1.5.6.1. Epidemiología

Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. (23)

La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. (23)

Según la ENSANUT, concluyó que más de un tercio de la población en Ecuador mayor a 10 años (3'187.665) es pre hipertensa y 717.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial. (24)

1.5.6.2. Factores de riesgo

La línea hereditaria es la base para desarrollar la hipertensión, sumada a factores de riesgo, entre los que se incluyen el consumo de alcohol y tabaco, es decir la genética tiene mucho que ver, así, un padre hipertenso da el 80% de riesgo de padecerla a los hijos; la madre, 50%, y ambos 140% de riesgo. (24)

Otros factores de riesgo de la hipertensión son: consumo excesivo de sal, sobrepeso, obesidad, una dieta inadecuada, no realizar actividad física, beber alcohol, raza, sexo. (23)

1.5.7. Relación de la alta ingesta de macronutrientes y la inactividad física con el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

A nivel mundial, la transición nutricional está caracterizada por cambios cuantitativos y cualitativos de la dieta, los cuales se ven influenciados por los ingresos económicos, los precios, las preferencias individuales, creencias, cultura, biodisponibilidad y factores sociales y ambientales. (11)

Estos cambios adversos en la alimentación incluyen una dieta con mayor densidad calórica y energética, que comprende un alto consumo de grasas saturadas, alto consumo de alimentos industrializados con gran cantidad de azúcar añadida y una escasa ingesta de carbohidratos complejos, vegetales y frutas, los cuales son muy importantes por su aporte de fibra dietaria, que ayuda en el mantenimiento y disminución de peso. (11)

Además de los hábitos alimentarios, la inactividad física es otro factor predominante, para el desarrollo de estas enfermedades crónicas no transmisibles, El balance energético se ve alterado y deja su estado de equilibrio, debido a que la persona sigue una dieta de alta densidad calórica y energética, rica en grasas saturadas y carbohidratos simples, por lo que las calorías ingeridas son mucho más que las calorías que requiere para el buen funcionamiento corporal y no existe un tiempo de desgaste de las calorías extras consumidas. Es por esto que el cuerpo empieza acumular estas calorías a manera de grasa y es ahí donde empiezan los problemas de salud, debido al aumento de peso y grasa corporal, resistencia a la insulina por la alta ingesta de azúcar y problemas cardiovasculares por el consumo excesivo de aditivos en los productos industrializados. (11)

1.5.8. Relación de la baja ingesta de fibra dietaria con el incremento de peso

La fibra dietética, según definición de la Organización Mundial de Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO) es un conjunto de polímeros de carbohidratos con 10 o más unidades manométricas, las cuales no son hidrolizadas por las enzimas digestivas en el intestino delgado humano. (25)

Actualmente la fibra dietética es considerada como un factor fundamental para el correcto funcionamiento del tracto gastrointestinal, especialmente de los intestinos, además se ha

demostrado, que es esencial para la prevención de ECNT como obesidad, diabetes, problemas cardiacos y ciertos tipos de canceres. (26)

Según el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norteamérica, la ingesta recomendada de fibra es de 14g/1000 kcal, en niños se recomienda de 19 a 38g/día y en adultos saludables de 25 a 38g/día. (26)

Las dietas que presentan un alto contenido de fibra dietética ayudan a maximizar la estimulación sensorial en la boca, aumentando el proceso de masticación y teniendo como resultado que el bolo alimenticio sea una masa más compacta para poder pasar a la fase de digestión. (25)

Otro de los beneficios de la alta ingesta de fibra dietética en la alimentación, es el retraso del vaciamiento gástrico más lento y la absorción de nutrientes lenta. Las personas que consumen fibra presentan sensación de saciedad más rápida y por un tiempo prolongado, evitando así el deseo de comer constantemente, logrando que la dieta tenga una densidad de energía baja, ya que no hay un exceso de ingesta de alimentos y promueva la pérdida de peso. (25)

La fibra ingerida puede afectar la digestión o absorción de lípidos en el intestino por medio de mecanismos físico-químicos como: la interacción directa con las enzimas lipasas, la formación de una membrana protectora alrededor de las gotas de grasa, enlazando las sales biliares e incrementando viscosidad. Al incrementar la viscosidad de las soluciones acuosas alrededor de las gotas de lípidos, se altera la eficiencia de la ruptura de la gota de grasa en el estómago e intestino delgado evitando su absorción. (25)

Entre las principales fuentes de fibra dietética, tenemos cereales integrales, avena, cebada, frutas y vegetales, que aumentan la presencia de fibra soluble en el intestino. Su efecto metabólico es beneficioso, ya que disminuye los niveles postprandiales sanguíneos de glucosa e insulina, de igual manera disminuye los niveles de colesterol en suero en relación con el incremento de la pérdida de ácidos biliares a través de las heces. (25)

CAPÍTULO 2

2.1 Metodología

En este capítulo se explican los procedimientos que se elaboraron para el diseño, desarrollo y análisis del proyecto, como el detalle de la población de estudio, el análisis de sus variables y las herramientas utilizadas para la obtención de la información.

2.1.1. Generación del proyecto

La selección del tema para el proyecto investigativo, tuvo su origen en las primeras clases de la materia integradora, se escogió como población pacientes adultos infectados con VIH pertenecientes a REDIMA y familiares. Para conocer y cuantificar el estado nutricional de cada paciente se mantuvo como principio la valoración nutricional y mediciones antropométricas (peso, talla, circunferencia de cintura, circunferencia de cadera y pliegues cutáneos).

Se asoció el estado nutricional de la población estudio a las enfermedades crónicas no transmisibles que pudieran afectar la salud de los pacientes, debido a malos hábitos alimenticios. En la actualidad, la prevalencia del sobrepeso, obesidad, diabetes e hipertensión tiene un incremento marcado y acelerado en la población (13), siendo esto los factores de riesgo asociados a complicaciones graves de salud, pudiendo llegar a ser mortales. Esto nos motivó a realizar investigaciones sobre las enfermedades crónicas no transmisibles para brindar ayuda a los pacientes, mediante la elaboración de una guía informativa y educación nutricional.

2.2. Análisis de variables físicas/clínicas

2.2.1. Determinación de variables y diseño de encuesta

La revisión literaria fue el punto de partida para la elaboración de la encuesta, donde se obtuvo la información necesaria en la realización de este proyecto. La estructura del formato de la encuesta se realizó durante dos semanas, luego fue validada por parte de docentes profesionales en nutrición.

Las variables que se consideraron para la encuesta fueron las siguientes:

- **Datos demográficos:** Donde nos interesaba conocer la edad y sexo de la persona encuestada.
- **Historia clínica:** Incluyó antecedentes patológicos familiares, personales y si reciben tratamientos farmacológicos.
- **Frecuencia de consumo de alimentos:** Indicaba los hábitos alimenticios de la población estudio y su asociación a factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles.
- **Antropometría:** Mediciones consideradas: talla, peso, circunferencia de cintura y cadera, índice de cintura-cadera (ICC), IMC y porcentaje de grasa los cuales fueron valores fundamentales para reconocer el estado nutricional de las personas.

2.3. Recolección de datos

En la recolección de datos y evaluación de los pacientes adultos de REDIMA, la distribución fue en equipos, compuesto por tres parejas. Al momento de realizar la valoración a la población estudio, se tuvieron en cuenta diversos criterios, dentro de los cuales se hizo énfasis en que la participación era totalmente voluntaria y la información plenamente confidencial. (Tabla 1)

Total Participantes: 46	INTEGRANTES
Familiares no infectados con presencia de enfermedades crónicas no transmisibles: 6	Julissa Anchundia Mildred Cedeño

Tabla 1. Cantidad de familiares no infectados de VIH/SIDA evaluados.

Autores: Anchundia y Cedeño

Las encuestas, valoraciones nutricionales y mediciones antropométricas, se realizaron mediante convocatorias, por parte de las autoridades de REDIMA a los pacientes. Las convocatorias se realizaron en 6 fechas diferentes, en 2 ubicaciones distintas.

Las convocatorias realizadas, tuvieron lugar en el Albergue San Luis Gonzaga en la Coop. Jacobo Bucaram y en el Centro de Diagnóstico María José ubicado en las calles Tulcán y Venezuela en la ciudad de Guayaquil.

Al momento de realizar la encuesta, los pacientes fueron comunicados sobre el procedimiento a seguir durante el proyecto, una vez informados se autorizó su participación mediante consentimiento informado (Ilustración N°1).

Para ser partícipe del estudio es importante que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- a) Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. El cual durará aproximadamente 30 minutos.
- b) La participación en este estudio le permitirá conocer su estado nutricional actual, sus riesgos para enfermedades en las que la nutrición juega un papel importante y disponer de orientaciones nutricionales acorde con su condición.
- c) Se respetará la confidencialidad de la información dado que los datos recolectados y los resultados de la investigación serán dados a conocer sin revelar su identidad. De tomarse fotos esto se hará solo bajo su aprobación.

El estudio comprende los siguientes aspectos: Registro de información general, valoración nutricional antropométrica y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos.

RIESGOS E INCOMODIDADES: La toma de medidas antropométricas no presenta riesgo alguno. Será realizada con técnicas estandarizadas y por personal entrenado. Además se le pedirá información personal como número telefónico o mail para su posterior contacto.

RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES: Es importante que Ud. responda las preguntas de la encuesta de la manera más objetiva y veraz posible. Para que la evaluación nutricional sea más completa es necesario que usted aporte los resultados de estudios de laboratorio clínico que registren parámetros como hemograma y perfil lipídico, realizado en un plazo no mayor de tres meses.

Ilustración1. Consentimiento Informado

Fuente: Estudiantes de la materia integradora de Licenciatura en Nutrición

El proceso de obtención de datos mediante encuestas, finalizó con 46 personas encuestadas en REDIMA, dentro de las cuales existían pacientes infectados de VIH/SIDA y familiares no infectados, con edades que oscilan entre 40 y 67 años.

La base de datos recopila toda la información de las encuestas y valoraciones realizadas a los 46 pacientes de REDIMA. **(Anexo 1)** De dicha encuesta se consideró el peso, talla, frecuencia y porciones consumidas de los alimentos para nuestro tema de investigación. La población estudio fueron los familiares de pacientes con VIH/SIDA, seis pacientes adultos no infectados, que muestran la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a los malos hábitos alimenticios.

Para el análisis de resultados se empleó Estadística descriptiva.

2.4. Materiales y equipos

2.4.1. Balanza

Se utilizó una balanza digital (tanita), que permite conocer el peso en Kg, porcentaje de grasa, porcentaje de masa muscular, porcentaje de agua de los pacientes de REDIMA.

El procedimiento consistió en informarle al paciente que no lleve peso extra como zapatos, medias, billeteras, cinturones, relojes, cadenas, aretes para evitar cualquier valor incorrecto del peso o del porcentaje de grasa. También se indicó la postura correcta que debía tener al momento de colocarse en la tanita, es decir, posición erguida con la mirada al frente y los brazos en los costados de su cuerpo.

Antes de que el participante sea pesado, se recopila información como edad, sexo y talla, luego se le explicaba el procedimiento a seguir. Los pacientes debían subir los pies ligeramente separados pisando la base metálica del equipo, debían estar sin movimiento hasta que la balanza emita un sonido en forma de aviso, en donde nos daba como resultado el peso en Kilogramos (Kg) y el porcentaje de grasa.


MARCA	MODELO	ESPECIFICACIÓN
TANITA 	BC 420 S MA Clase III	Impresión de resultados Preciso Capacidad máxima: 270 kg Color: azul.

Tabla 2. Descripción de balanza utilizada para EEN

Fuente: Elaboración propia

Autores: Anchundía y Cedeño

2.4.2. Cinta métrica

Nos permitió conocer medidas antropométricas de cintura y cadera de pacientes de REDIMA.

Para su uso, el participante tenía que levantar su prenda superior para realizar la medición, seguidamente se le explicaba la manera de ubicar los brazos al costado de su cuerpo o formando una cruz para no afectar el valor de la medición.

Para medir cintura, el evaluador colocaba la cinta métrica alrededor de la cintura, midiendo 2 cm arriba del ombligo y se le indicaba al paciente que debía inhalar y exhalar por 3 ocasiones consecutivas.

Para medir cadera, el evaluador colocaría la cinta métrica alrededor del lugar más prominente de los glúteos.

Siempre hacer la medición 3 veces para sacar un promedio.

MARCA	MODELO	ESPECIFICACIÓN
Desconocida 	Desconocido	Medida: 1,50m

Tabla 3. Descripción de Cinta métrica utilizada para EEN

Fuente: Elaboración propia

Autores: Anchundia y Cedeño

2.4.3. Tensiómetro digital

Es un aparato que sirve para conocer los valores diastólicos y sistólicos de la presión arterial, medidos en milímetros de mercurio (mmHg), de los pacientes de REDIMA.

Para llevar a cabo este procedimiento, el participante debía estar, relajado, sin agitación y sentado por aproximadamente 10 minutos. Al paciente se le explico que debía mantener silencio, sin mover el brazo donde se colocara el brazalete. Se apoyó el brazo sobre la mesa y se aseguró que la muñeca este de forma paralela a la ubicación del corazón y el antebrazo extendido con la palma de la mano hacia arriba sobre la mesa.

El brazalete se colocó alrededor de la muñeca, la pantalla del aparato deber estar frente a nuestra vista. Se encendió el tensiómetro y la bomba se comenzó a inflar, mostrando los valores de la presión. El inflado y la presión van a descender en forma gradual hasta que aparezca el resultado final.

Se lo realizó por mediciones a tiempos diferentes y en ambas muñecas para evitar valores erróneos.


MARCA	MODELO	ESPECIFICACIÓN
<p data-bbox="397 968 483 995">SCIAN</p> 	<p data-bbox="670 968 1037 1045">Wrist type automatic digital blood pressure monitor LD-733</p>	<p data-bbox="1068 968 1333 1136">Tensiómetro digital de muñeca Rango de presión 40 -260 mmHg</p>

Tabla 4. Descripción de Tensiómetro digital utilizado para EEN

Fuente: Elaboración propia

Autores: Anchundia y Cedeño

2.4.4. Tensiómetro manual

Es un aparato que cumple la misma función que el tensiómetro digital, dar a conocer valores diastólicos y sistólicos de la presión arterial en unidades de mmHg.

Este aparato consta de un brazalete que se colocó en el brazo, un manómetro en el cual se observaron resultados de la presión y de un manguito el cual ajustaba el brazalete.

El paciente permaneció sentado y tranquilo. Si su vestimenta superior tenía mangas se procedió a recoger para evitar valores erróneos. El brazo se apoyó sobre la mesa, sin movimiento, a nivel del corazón y la palma de la mano hacia arriba. Se colocó el brazalete en el brazo y se procedió a inflarlo, la presión que ejercía el aire se reflejó en el manómetro, posteriormente se soltó y desinfló lentamente donde indicó valores de presión


MARCA	MODELO	ESPECIFICACIÓN
<p data-bbox="391 674 485 701">Labtron</p> 	<p data-bbox="769 674 938 701">Nylon Labtron</p>	<p data-bbox="1078 674 1325 842">Tensiómetro manual de brazo Rango de presión 20-300 mmHg</p>

Tabla 5. Descripción de Tensiómetro manual utilizado para EEN

Fuente: Elaboración propia

Autores: Anchundia y Cedeño

2.4.5. Plicómetro

Es un instrumento para medir grasa corporal, específicamente de los pliegues cutáneos, donde al hacerlo en diferentes sitios corporales se puede calcular el porcentaje de grasa.

Para la medición de pliegues cutáneos, se procedió a tomar con los dedos pulgar e índice, la piel de las zonas donde se va a medir, se presionó el mango del plicómetro para separar las pinzas y se colocó perpendicular al pliegue. Se suelta el mango para que las pinzas puedan agarrar el pliegue y poder obtener los resultados de la medición.

Las mediciones de los pliegues que se realizaron, fueron bicipital, tricipital, subescapular y supra ilíaco.


MARCA	MODELO	ESPECIFICACIÓN
<p data-bbox="380 281 505 308">SEQUOIA</p> 	<p data-bbox="760 281 951 308">TRIM CAL 4000</p>	<p data-bbox="1084 281 1321 401">Rango de medición. Hasta: 80 mm de espesor</p>

Tabla 6. Descripción de Plicometro utilizado para EEN

Fuente: Elaboración propia

Autores: Anchundia y Cedeño

2.4.6. Encuesta

Es la herramienta más importante que se utilizó para la recopilación de datos subjetivos de cada paciente. A partir de este medio, se pudo analizar los diversos cuadros clínicos obtenidos en base a los malos hábitos alimenticios y cuáles son los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles (**Anexo 2.**)

CAPITULO 3

3.1 Análisis de resultados

Los resultados del estudio muestran la descripción de las características de la población y sus variables (frecuencia de alimentos, hábitos alimentarios), que se relacionan directamente a la prevalencia de ECNT y estado nutricional.

3.2. Características de la población de estudio

3.2.1 Características sociodemográficas

La población de estudio estuvo conformada por seis personas pertenecientes a REDIMA, en su totalidad de sexo femenino, de edades comprendidas entre 40 a 70 años, con una instrucción académica entre primaria y secundaria.

Descripción de la población			
Sexo	Clasificación	n = 6	%
	Femenino	6	100
Edad	40 – 49	1	17
	50 – 59	3	50
	>60	2	33
Instrucción Académica	Primaria	2	33
	Secundaria	3	50
	Ninguna	1	17

Tabla 7. Descripción de la Población estudio

Autores: Anchundia y Cedeño

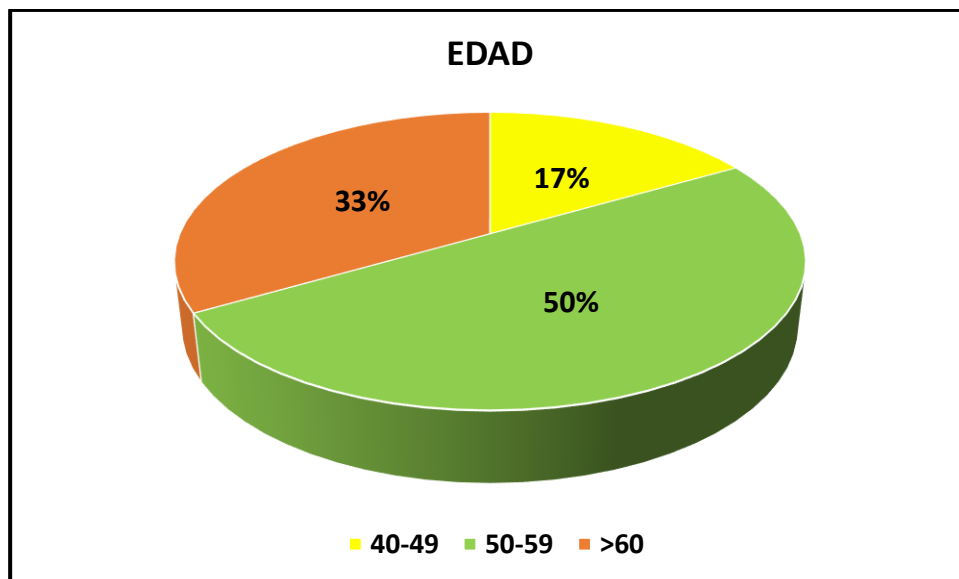


Ilustración 2. Distribución de la población por edad

Autores: Anchundia y Cedeño

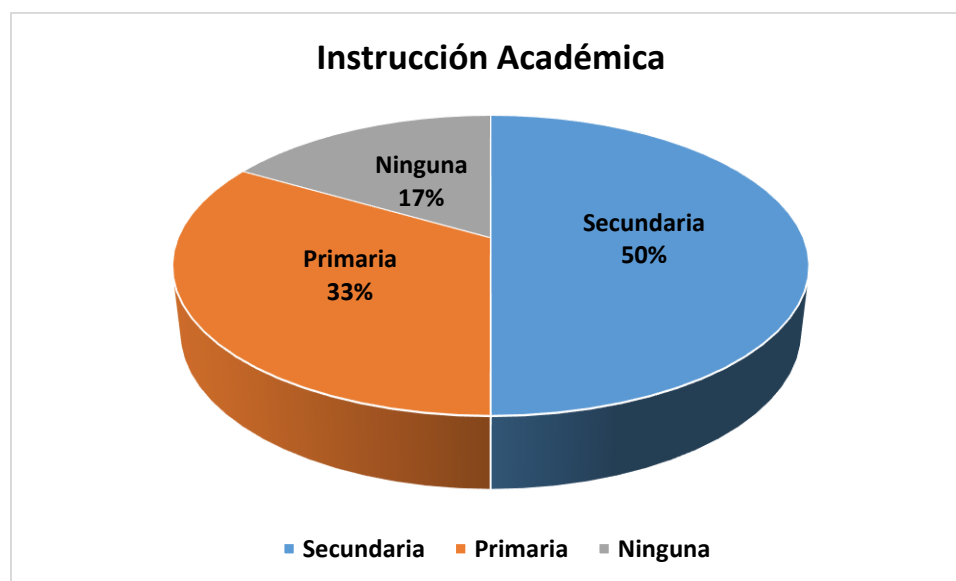


Ilustración 3. Distribución de la población por Instrucción Académica

Autores: Anchundia y Cedeño

3.3. Descripción de las variables medidas

3.3.1. Frecuencia de alimentos

La frecuencia de consumo de alimentos demostró que el 33% de la población consume lácteos diariamente y el 67% lo hace de forma semanal, el 17% consume carnes diariamente y el 83% solo lo hace por semana, el 67% consume verduras de forma diaria y el 33% solo a la semana. Con respecto a las frutas el 17% consume diariamente y el 83% lo hace semanal. Para el grupo de panes, cereales, grasas y azúcares, se determinó que el total de la población lo consume diariamente.

INGESTA DIARIA DE ALIMENTOS		
ALIMENTOS	CONSUMIDO	RACIONES RECOMENDADAS/OMS
verduras	1 RACIÓN	2 RACIONES
Frutas	1 RACIÓN	3 RACIONES
Panes y cereales	9 RACIONES	6 RACIONES
Carnes	3 RACIONES	3 RACIONES
Lácteos	1 RACIÓN	3 RACIONES
aceites y grasas	2 CUCHARADAS	1 CUCHARADA
azúcares	1 CUCHARADA	1 CUCHARADA

Tabla 8. Ingesta de alimentos diarios vs raciones recomendadas

Autores: Anchundia y Cedeño

Las encuestas de frecuencia de consumo de alimentos evidenciaron una adecuada ingesta de carnes y azúcares. Sin embargo, se comprobó que la población de estudio tiene un consumo en exceso de panes, cereales y grasas. Además, se observó una deficiencia en la ingesta de frutas, verduras y lácteos, lo que da como resultado una relación directa del estado nutricional y predisposición a desarrollar ECNT.

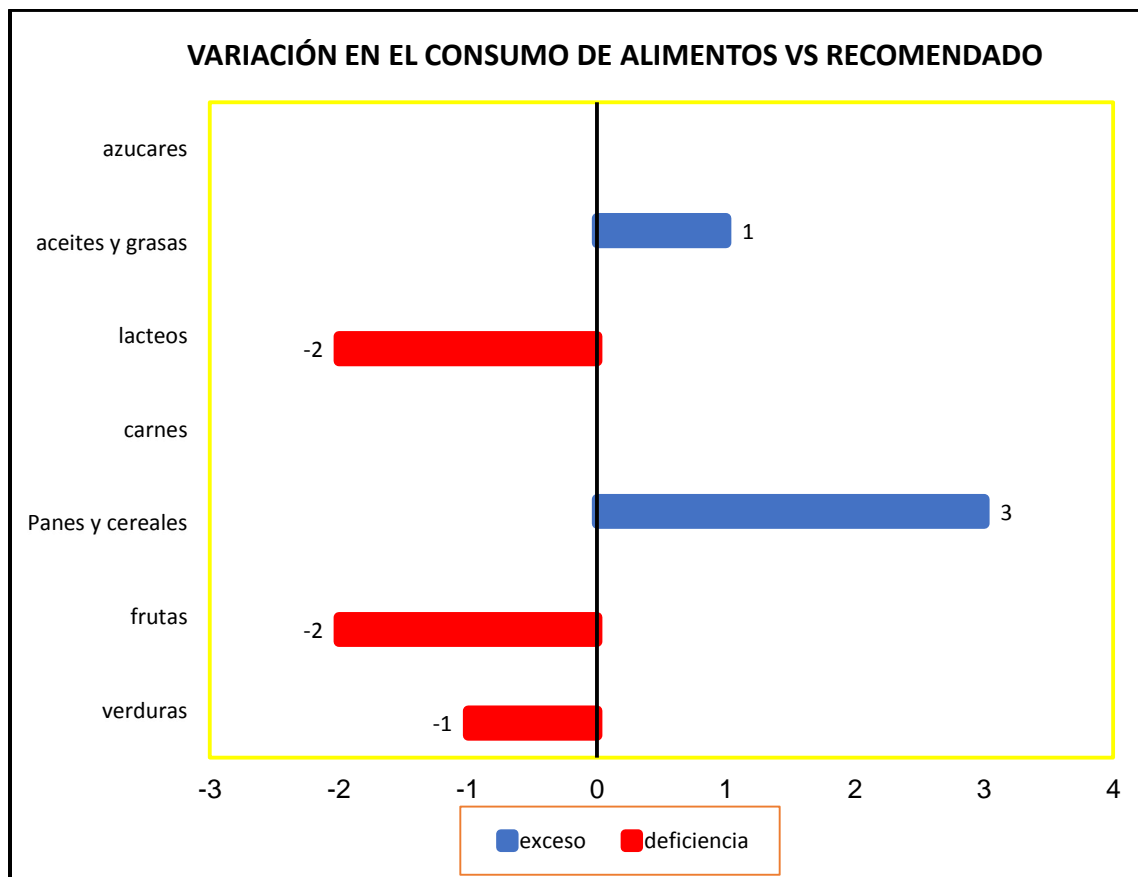


Ilustración 4. Variación del consumo diario de alimentos vs el consumo recomendado

Autores: Anchundia y Cedeño

3.4. Análisis nutricional de los alimentos ingeridos

3.4.1. Análisis nutricional de los macronutrientes y relación con IMC elevado

En la población de estudio, se observó un exceso en el consumo de grasas y carbohidratos lo que conlleva al aumento de calorías consumidas al día, generando exceso de peso evidenciado a través del IMC. En Ecuador, se puede evidenciar que la cantidad de fibra ingerida es escasa (28), lo que está relacionado con el bajo consumo de frutas y verduras de la población. La fibra es un nutriente que promueve la sensación de saciedad, disminuye el riesgo de desarrollar DM2 y enfermedades cardiovasculares (28). La población de estudio tuvo una ingesta aproximada de 10 gramos de fibra por día, lo que demostró su bajo

consumo en relación a la ingesta recomendada (IR) por la ENSANUT (19 a 38 gramos al día). (28)

Macronutrientes y Calorías			
	NORMAL	DEFICIT	EXCESO
KILOCALORIAS	1	0	5
FIBRAS	0	6	0
CHO	2	1	3
PROTEINAS	4	0	2
LIPIDOS	0	1	5

Tabla 9. Ingesta de macronutrientes y calorías de la población

Autores: Anchundia y Cedeño

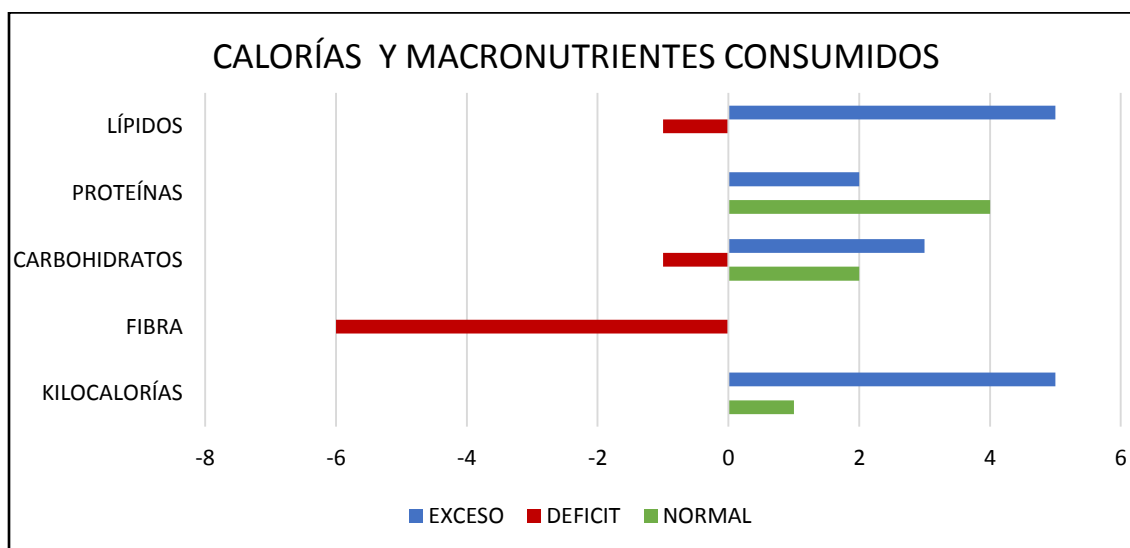


Ilustración 5. Distribución de calorías y macronutrientes consumidos diariamente por la población

Autores: Anchundia y Cedeño

3.5. Análisis del estado nutricional

3.5.1. Diagnóstico del estado nutricional en relación al IMC

Durante el análisis del estado nutricional y su asociación con las ECNT se encontró que los valores de IMC de la población están por encima de su IMC normal. Dentro de la población

un 50% está en sobrepeso y 50% con obesidad grado I. Este resultado nos indica que existen altas probabilidades de desarrollar ECNT a largo plazo, como DM2 e HTA, en la población. (3)

<i>FRECUENCIA</i>		
IMC	n = 6	%
NORMAL	0	0
SOBREPESO	3	50
OBESIDAD I	3	50

Tabla 10. Diagnóstico de la población según su IMC

Autores: Anchundia y Cedeño

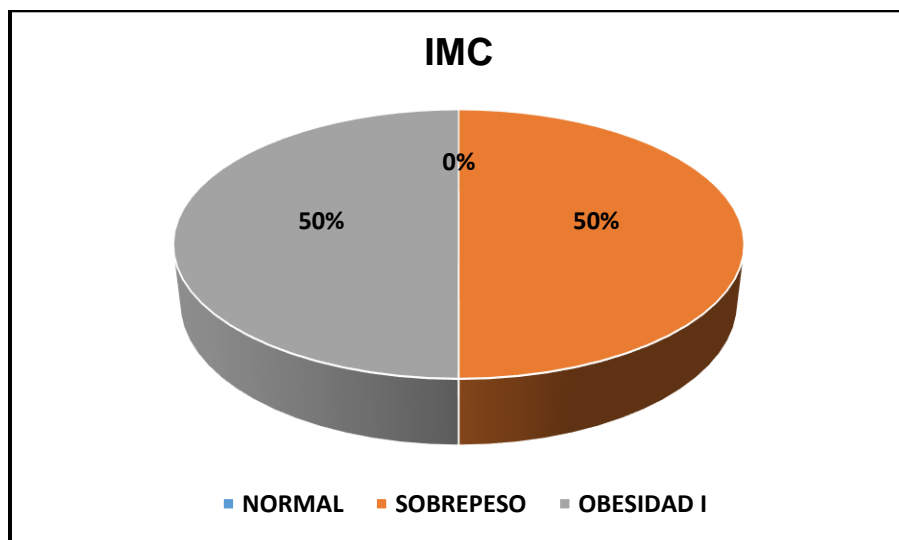


Ilustración 6. Distribución de la población según su IMC

Autores: Anchundia y Cedeño

3.5.2. Riesgo cardiovascular y su relación Circunferencia Cintura - IMC

La variable Circunferencia Cintura (CC) mide la adiposidad abdominal y se ha escogido para el análisis debido a que es una herramienta práctica y segura para evaluar el riesgo

cardiovascular, es decir de sufrir problemas cardiacos, coronarios, ACV (Accidentes cerebro-vascular), trombosis y embolias (29). Según la OMS, los puntos de corte para estimar el riesgo cardiovascular son los siguientes:

Riesgo Cardiometabólicos	Circunferencia de cintura (CC) según sexo
	Mujeres
<i>Bajo</i>	< 80 cm
<i>Alto</i>	80-88 cm
<i>Muy Alto</i>	> 88 cm

Tabla 11. Puntos de corte para circunferencia de cintura en mujeres según la OMS (30)

Los valores normales para evitar riesgos cardiometabólicos en IMC y CC se encuentran en rangos de 18.5-24.9 kg/ m² y <88 cm respectivamente. (28). De acuerdo a los resultados, la población estudio presentó un IMC promedio es 29 kg/m² con diagnóstico sobrepeso y una CC promedio de 92,8cm con riesgo muy aumentado para desarrollar enfermedades cardiovasculares. (Tabla 12)

N	IMC (Kg/m ²)	DIAGNOSTICO	C. CINTURA (cm)	RIESGO CARDIOMETABOLICO
Paciente 1	29	Sobrepeso	97	Muy aumentado
Paciente 2	30	Obesidad I	91	Muy aumentado
Paciente 3	29	Sobrepeso	92	Muy aumentado
Paciente 4	30	Obesidad I	88	Aumentado
Paciente 5	30	Obesidad I	107	Muy aumentado
Paciente 6	25	Sobrepeso	82	Aumentado
PROMEDIO	29	Sobrepeso	92,8	Muy aumentado
<i>MEDIANA</i>	30	Obesidad I	91,5	Muy aumentado

Tabla 12. Relación IMC-CC

Autores: Anchundia y Cedeño

3.6. Presencia de enfermedades crónicas no transmisibles

En el análisis de los datos obtenidos de la población de estudio, se evidenció pacientes con sobrepeso, obesidad I, enfermedades asociadas como DM2 e HTA y artrosis. (Tabla 13). La presencia de estas enfermedades está relacionada a los hábitos alimenticios de los pacientes. La prevalencia de ECNT en la población se evidenció en un 50%; a mediano o largo plazo si la población continúa con las mismas condiciones relacionadas al estado nutricional, serán candidatos seguros a sufrir de ECNT. El tener sobrepeso u obesidad I, son factores que predisponen a la población al desarrollo de enfermedades que provienen de la falta de educación nutricional y de la práctica diaria de malos hábitos alimenticios. (28)

IMC ELEVADO + ECNT	n=6	%
OBESIDAD I	2	33
SOBREPESO	1	17
SOB+ DM2+HTA	1	17
OBES+ DM2	1	17
SOB+HTA+ ARTROSIS	1	17

Tabla 13. Presencia de ECNT en la población estudio

Autores: Anchundia y Cedeño

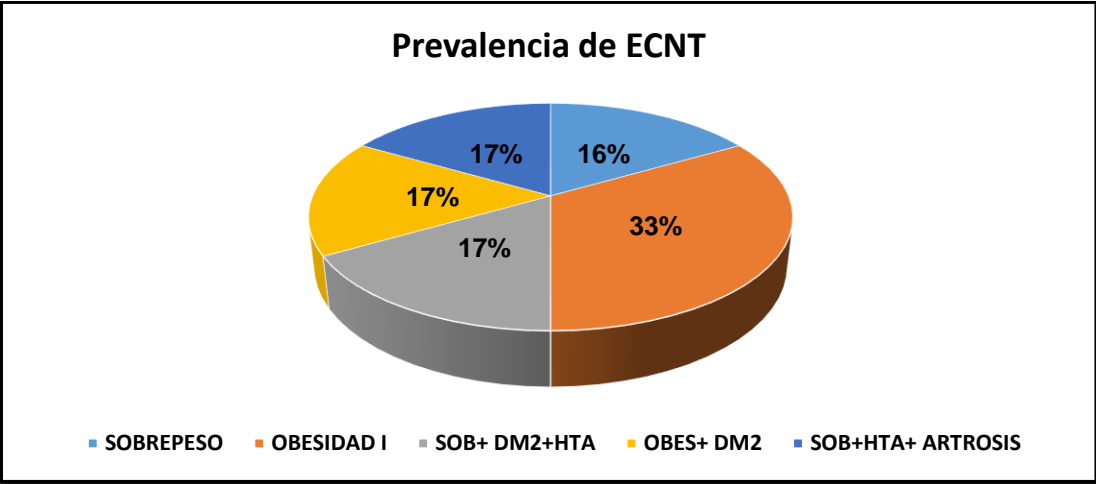


Ilustración 7. Prevalencia de ECNT en la población

Autores: Anchundia y Cedeño

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

1. Los resultados de la encuesta que se realizó a los familiares de pacientes con VIH demostró que sus hábitos alimentarios influyen directamente sobre la acumulación excesiva de grasas en el organismo, lo que conlleva a un aumento de peso y la predisposición para el desarrollo de ECNT.
2. Los factores de riesgo modificables que predisponen a la población de estudio a ECNT son malos hábitos alimenticios (ingesta excesiva de calorías y grasas) e inactividad física, por un desequilibrio energético demostrado en la frecuencia de consumo de los alimentos, donde se evidenció un exceso en la ingesta de carbohidratos y grasas.
3. El indicador CC, demostró que la población tiene un riesgo alto de sufrir enfermedades cardiovasculares asociados a la excesiva acumulación de grasa abdominal.
4. Según el recordatorio 24 horas, se evidenció que la población de estudio no practica una alimentación completa y equilibrada, de acuerdo a sus necesidades nutricionales, incumpliendo también la recomendación de cinco tiempos de comida diariamente.
5. Se evidenció que la población no tiene una ingesta adecuada de fibra ya que la frecuencia de consumo de frutas y vegetales es mínima, esto se asocia a la disminución de peso, ya que se considera a la fibra como un nutriente que provoca saciedad.
6. La población de estudio no tiene un estilo de vida saludable que conlleve a la disminución de los factores de riesgo para desarrollar ECNT, esto debido a la falta de conocimientos en el campo nutricional por lo tanto esto puede ser modificado a través de educación nutricional.

RECOMENDACIONES

- 1.** Una muestra poblacional de mayor tamaño sería de vital importancia para determinar otros factores involucrados en la presencia de ECNT.
- 2.** Evitar el uso de encuestas extensas y poco claras para que la información obtenida sea lo más real posible y que los resultados sean confiables.
- 3.** La población debe asistir a un profesional en Nutrición para que sea guía y brinde sus conocimientos a fin de que se cree una cadena en donde se tome conciencia de que el estilo de vida es el factor principal para el desarrollo de enfermedades.
- 4.** Aplicar educación nutricional para modificar hábitos alimenticios y que la población aprenda a comer saludable y a sentirse con vitalidad es una alternativa para erradicar el desarrollo de ECNT que causan impacto en la economía del País

BIBLIOGRAFÍA

1. Osei-Yeboah J, Owiredu WKBA, Norgbe GK, Lokpo SY, Obirikorang C, Alote Allotey E, et al. Quality of Life of People Living with HIV/AIDS in the Ho Municipality, Ghana: A Cross-Sectional Study [Internet]. AIDS Research and Treatment. 2017 [cited 2017 Dec 14]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/art/2017/6806951/>
2. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes [Internet]. [cited 2017 Dec 14]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312015000300003
3. Encalada V. Sobrepeso en Ecuador, en la mira de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. www.expreso.ec. [cited 2017 Dec 14]. Available from: <http://www.expreso.ec/actualidad/obesidad-sobrepeso-alimento-dieta-erikaalvarez-oms-inec-salud-YX1761427>
4. MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 14]. Available from: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
5. 20080519_fastfacts_hiv_es.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
6. 30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/01/30_2012_Manual_VIH-SIDA_vFinal_1nov12.pdf
7. ¿Qué es el SIDA? | aidsinonet.org | The AIDS InfoNet [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: http://www.aidsinonet.org/fact_sheets/view/101?lang=spa
8. ¿Quién Habla? [Internet]. ¿Quién Habla? [cited 2017 Dec 19]. Available from: <https://aidslabresearch.wordpress.com/>
9. REDIMA | Acerca de Nosotros [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://redima.org/redimanew/inicio.php>
10. REDIMA | Inicio [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://redima.org/redimanew/actividad3.php>
11. a-ac911s.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>
12. Capítulo 23: Enfermedades crónicas con implicaciones nutricionales [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s0r.htm>
13. OMS | Obesidad y sobrepeso [Internet]. WHO. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
14. im152t.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im152t.pdf>

15. index.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 20]. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-2014&alias=452-encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion&Itemid=599
16. Rangel Caballero LG, Rojas Sánchez LZ, Gamboa Delgado EM. Sobrepeso y obesidad en estudiantes universitarios colombianos y su asociación con la actividad física. Nutr Hosp [Internet]. 2015 [cited 2017 Dec 19];31(2). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=309233495012>
17. Riesgos de la obesidad para la salud: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000348.htm>
18. OMS | Diabetes [Internet]. WHO. [cited 2017 Dec 7]. Available from: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
19. Diabetes-mellitus_GPC.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 20]. Available from: http://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
20. Escobar N, <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Ecuador - La diabetes, un problema prioritario de salud pública en el Ecuador y la región de las Américas | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [cited 2017 Dec 20]. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1400:la-diabetes-un-problema-prioritario-de-salud-publica-en-el-ecuador-y-la-region-de-las-americas&Itemid=360
21. P3.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: <http://redgdps.org/gestor/upload/GUIA2016/P3.pdf>
22. OMS | Hipertensión [Internet]. WHO. [cited 2017 Dec 20]. Available from: <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
23. OPS OMS | Hipertensión [Internet]. [cited 2017 Dec 20]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=221&Itemid=40878&lang=es
24. <https://www.facebook.com/pahowho>. OPS/OMS Ecuador - Enero 21, 2014 | OPS/OMS [Internet]. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2014 [cited 2017 Dec 20]. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1115:enero-21-2014&Itemid=356
25. 47121113_2017.pdf [Internet]. [cited 2017 Dec 19]. Available from: http://repository.lasalle.edu.co/bitstream/handle/10185/21773/47121113_2017.pdf?sequence=1
26. Escudero, E. Gonzalez, P. (2014). La fibra dietética. Nutrición Hospitalaria, 21, pp. 61-72

27. Lucinda, L. Donna, I. (2013). Nutrición en el control de peso. En Krause Dietoterapia (pp. 467-469). España: S.A. ELSEVIER ESPAÑA.
28. Freire, W. Paez, R. Romero N. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición- ENSANUT. Febrero 5, 2018, de INEC Sitio web:
http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
29. Loiácono, L. (2008). Perímetro de la cintura medida para conocer el riesgo cardiovascular y Alzheimer. Febrero 5, 2018, de CICLOBA Sitio web:
<https://www.ciclobr.com/cintura.html>
30. National Institutes of Health (NIH) publication N°98. Clinical Guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in Adults- 2014.

Anexo 1. Base de datos recopilados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	DATOS PERSONALES									
2										
3	NOMBRES	APELLIDOS	SEXO	EDAD	F. NACIMIENTO	TELÉFONO	DIRECCIÓN	ESTADO CIVIL	INSTRUCCIÓN ACADÉMICA	E. FISIOLÓGICO
4	Angela	lafrata	2	58	01/08/1959	969244309	43 y oriente	1	2	3
5	Alexandra Nelly	Arce Celleri	2	42	03/05/1975	960024169	18ava y Colón	1	2	3
6	Angela	Rengel Velateguí	2	56	20/11/1950		Coop. Santiaguito de Roldos	4	1	3
7	Carmen Alicia	Villacis	2	63	25/03/1954	988154744	Renacer	1	1	3
8	Isabel	Bohorquez Yagual	2	56	01/07/1961	2046419	Pto. Hondo calle san eduardo solar 6 mz D	3	4	3
9	Rosa	Medina Escalante	2	64	25/04/1953	2678849	El Recreo	4	2	3
10										
11										
12										
13										

	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	ESTILO DE VIDA							HISTORIA SOCIOECONÓMICA			
2											
3	REALIZA A.F.	HORAS/DÍA	DÍAS/SEMANA	INGIERE B.A.	FRECUENCIA DE B.A.	FUMA	FRECUENCIA	SECTOR EN QUE VIVE	VIVE CON	SITUACIÓN LABORAL ACTUAL	OCUPACIÓN ACTUA
4	2			2		2		6	3	5	Ama de casa
5	2			2		2		4	3	7	Ama de casa
6	2			1	1	2		2	3	5	Ama de casa
7	1	1	3	2		2		2	3	4	Pastelera
8	2			2		2			2	5	Ama de casa
9	1	2	3	2		2		5	3	5	Ama de casa
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											

	V	W	X	Y	Z	AA	AB
1	HISTORIA CLÍNICA						
2							
3	RECIBE AYUDA	OTRAS ENFERMEDADES	¿DIAGNOSTICADO POR ESPECIALISTA?	¿ES TRATADA?	¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO?	ESPECIFICAR CUAL	HORARIO EN QUE TOMA MEDICAMENTO
4	2	Diabetes - HTA	1	1	1	mentformina-losaitan	mentformina: 9 am - losatan :8:00
5	1	SOBREPESO					
6	2	SOBREPESO					
7	2	OBESIDAD					
8	2	Diabetes	1	1	1	insulina-label	
9	2	Artrosis/HTA	1	1	1	Irbett	8:00am
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

	CT	CU	CV	CW	CX	CY	CZ	DA	DB	DC
1										
2										
3	P. BRAQUIAL (cm)	C. CINTURA(m)	C. CADERA(m)	I.C.C.	% AGUA	MASA MUSCULAR (kg)	% GRASA	IMC	INTERPRETACIÓN	
4		97	108	0,90			34,7	29	SOBREPESO	
5	35	91	112	0,81				30	OBESIDAD I	
6	31,5	92	102	0,90	44,1	39,6	35,9	29	SOBREPESO	
7	31,5	88	103,5	0,85	46	39,8	33	30	OBESIDAD I	
8	32,5	107	109	0,98	43,3	41,3	38	30	OBESIDAD I	
9	29	82	93,5	0,88	48,3	35,9	28,2	25	SOBREPESO	
10										
11		92,83	104,67	0,89				29		
12		8,52	6,59	0,057				1,83		
13		82	93,5	0,81				25		
14		107	112	0,98				30		
15		91,5	105,75	0,89				30		
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										

Hoja1

Hoja2

Hoja3




Anexo 2. Encuesta empleada para la recopilación de datos

AVRILIA YAGUETA

Gabriela Guacalan

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DEL LITORAL
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA VIDA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN
CONSENTIMIENTO INFORMADO



La Facultad de Ciencias de la Vida, representada por los estudiantes de la carrera Licenciatura en Nutrición, está ejecutando el proyecto EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN PACIENTES CON VIH, que en una primera etapa tiene como objetivo conocer la situación de salud y nutrición de los pacientes de la Red de Dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil (REDIMA) a fin de identificar los problemas nutricionales y los factores de riesgo que pudieran presentar los pacientes en relación a la nutrición.

Para ser partícipe del estudio es importante que tenga en cuenta los siguientes aspectos:

- Su participación en el estudio es totalmente voluntaria. El cual durará aproximadamente 30 minutos.
- La participación en este estudio le permitirá conocer su estado nutricional actual, sus riesgos para enfermedades en las que la nutrición juega un papel importante y disponer de orientaciones nutricionales acorde con su condición.
- Se respetará la confidencialidad de la información dado que los datos recolectados y los resultados de la investigación serán dados a conocer sin revelar su identidad. De tomarse fotos esto se hará solo bajo su aprobación.

El estudio comprende los siguientes aspectos: Registro de información general, valoración nutricional antropométrica y encuesta de frecuencia de consumo de alimentos.

RIESGOS E INCOMODIDADES: La toma de medidas antropométricas no presenta riesgo alguno. Será realizada con técnicas estandarizadas y por personal entrenado. Además se le pedirá información personal como número telefónico o mail para su posterior contacto.

RESPONSABILIDAD DE LOS PARTICIPANTES: Es importante que Ud. responda las preguntas de la encuesta de la manera más objetiva y veraz posible. Para que la evaluación nutricional sea más completa es necesario que usted aporte los resultados de estudios de laboratorio clínico que registren parámetros como hemograma y perfil lipídico, realizado en un plazo no mayor de tres meses.

YO, _____ CON C.I. # _____ CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO SOBRE EL OBJETIVO Y PROPÓSITO DE ESTA EVALUACIÓN NUTRICIONAL PERTENECIENTE AL PROGRAMA QUE OFRECE REDIMA (Red de Dispensarios Médicos de la Arquidiócesis de Guayaquil) Y DOY MI CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA QUE LOS DATOS RESPECTO A LA CONDICIÓN GENERAL MI ESTADO DE SALUD SEAN UTILIZADOS CON FINES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y SE MANTENGA LA DEBIDA CONFIDENCIALIDAD SOBRE LOS MISMOS.

FECHA: _____
PACIENTE: _____
INVESTIGADOR: _____

FIRMA DEL PACIENTE.

I. DATOS GENERALES

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
EDAD: _____ SEXO: FEMENINO () MASCULINO ()
FECHA DE NACIMIENTO: _____
TELÉFONO: _____
DIRECCIÓN: _____
CORREO ELECTRÓNICO: _____
ESTADO CIVIL: SOLTERO(A) () CASADO(A) () UNIÓN LIBRE () VIUDO(A) ()
INSTRUCCIÓN ACADÉMICA: PRIMARIA () SECUNDARIA () UNIVERSITARIA () NINGUNA ()
ESTADO FISIOLÓGICO: EMBARAZO () LACTANCIA () NINGUNO ()

II. ESTILOS DE VIDA

REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA: SÍ () NO () ¿CUÁL? _____
CUÁNTO TIEMPO DEDICA AL DEPORTE: < 30 MIN () > 30 MIN ()
NÚMERO DE DÍAS A LA SEMANA QUE LE DEDICA AL DEPORTE: < 3 DÍAS () 3 - 5 DÍAS () > 5 DÍAS ()
INGIERE BEBIDAS ALCOHÓLICAS: SÍ () NO () ¿CUÁL? _____
CON QUE FRECUENCIA INGIERE ESTAS BEBIDAS:
SOLO EN FIESTA () 2-3 VECES POR SEMANA () TODOS LOS DÍAS () SOLO FIN DE SEMANA ()
¿FUMA?: SÍ () NO ()
¿CON QUÉ FRECUENCIA?:
MENOS DE 10 CIGARRILLOS/DÍA () 10-25 CIGARRILLOS/DÍA () MÁS DE 25 CIGARRILLOS/DÍA ()

III. HISTORIA SOCIOECONÓMICA

¿EN QUE SECTOR VIVE? NORTE () SUR () SUBURBIO () SUR-ESTE ()
DURAN () FUERA DE LA CIUDAD ¿DÓNDE?.....

¿ACTUALMENTE VIVE USTED CON?

SOLO/A () SOLO/A CON SU PAREJA () SOLO/A SON SUS HIJOS/A () CON SU PAREJA, HIJOS/A Y
OTROS FAMILIARES () PADRES Y HERMANAS/OS () CON OTROS NO FAMILIARES () SIN
HOGAR ()

¿CUAL DE LOS SIGUIENTES ENUNCIADOS DESCRIBE MEJOR SU SITUACIÓN LABORAL ACTUAL?: (LEA LAS ALTERNATIVAS)

Empleo de tiempo completo	
Empleo de tiempo parcial	
Trabajo de tiempo completo pero por cuenta propia	
Trabajo casual o a tiempo parcial por cuenta propia	
Se dedica a quehaceres domésticos	
No quiere trabajar, se dedica a otras cosas	
Desempleado, no tiene trabajo	

¿CUÁL ES LA PRINCIPAL OCUPACIÓN O TRABAJO QUE REALIZA?

¿RECIBE USTED O SU FAMILIA ALGUN TIPO DE AYUDA? (alimentos, dinero, medicina): SÍ () NO ()

IV. HISTORIA CLÍNICA

¿FECHA DE DIAGNÓSTICO CON VIH?

¿EN QUÉ ESTADIO DE LA ENFERMEDAD SE ENCUENTRA?

ESTADIO A () ESTADIO B () ESTADIO C ()

DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES USTED HA PRESENTADO LAS SIGUIENTES INFECCIONES:

TUBERCULOSIS	GRUPE	
TOXOPLASMOSIS	CANDIDIASIS	
HEPATITS C	NEUMONIA	

PRESENTA USTED ALGUNO DE ESTOS SIGNOS Y SÍNTOMAS ACTUALMENTE:

NAUSEAS	CARIES	FLATULENCIAS	IRRITABILIDAD	
VOMITOS	HIPERACTIVIDAD	DOLOR ABDOMINAL	FALTA DE ANIMO	
ANEMIA	APETITO AUMENTADO	FATIGA	DEPRESIÓN	
DIARREA	APETITO DISMINUIDO	GASTRITIS	ANOREXIA	
ESTREÑIMIENTO	ALTERACIÓN DEL GUSTO	PIEBRE	HALITOSIS	
PERDIDA DEL GUSTO	AVERSIÓN A LOS ALIMENTOS	SABORES DESAGRADABLES		

¿CON QUÉ FRECUENCIA SE REALIZA LOS ANÁLISIS?

¿RECIBE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL?: SÍ () NO ()

SU TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL CONSISTE EN:

MONOTERAPIA () BITERAPIA () TRITERAPIA () >3 FÁRMACOS ()

ESPECIFIQUE EL MEDICAMENTO:

¿EN QUÉ HORARIO USTED TOMA EL MEDICAMENTO?

TOMA SU MEDICAMENTO ACOMPAÑADO CON ALGUN ALIMENTO: SÍ () NO ()

¿CUÁL(ES)? :

En caso de que usted no esté recibiendo un tratamiento antirretroviral conteste:

SI USTED NO RECIBE TRATAMIENTO ES PORQUE:

NUNCA LO RECIBIÓ () SUSPENDIÓ TRATAMIENTO () OTROS.....

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE NO HABER RECIBIDO UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL?:

CRITERIO MÉDICO () DECISIÓN DEL PACIENTE () OTROS.....

¿MOTIVOS POR EL CUAL SE INTERRUMPIÓ EL TRATAMIENTO?

TOXICIDAD () POR DECISIÓN DEL PACIENTE () OTRAS.....

HA RECIBIDO RECOMENDACIONES DIETARIAS DE COMO TOMAR SU MEDICAMENTO: SÍ () NO ()

¿QUIÉN LE DIÓ LAS RECOMENDACIONES?:

CON QUÉ FRECUENCIA REALIZA SUS DEPOSICIONES:

TIENE QUE ESPORZARSE PARA PODER TENER UNA EVACUACIÓN: SÍ () NO ()

ANTES DE EMPEZAR EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL USTED TENÍA EVACUACIONES COMPLETAS:

SÍ () NO ()

CON EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL USTED TIENE SENSACIONES DE EVACUACIONES INCOMPLETAS:

SÍ () NO ()

¿PRESENTA DOLOR AL MOMENTO DE EVACUAR?: SÍ () NO ()

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO PARA PODER EVACUAR?: SÍ () NO ()

ESPECIFICAR ¿CUÁL?:

Aceite de oliva									
Aceite de girasol									
Aceite de canola									
Manteca de cerdo									
Mantequilla									
Margarina									
PRODUCTOS DE PASTELERIAS									
BEBIDAS AZUCARADAS									
SNACKS									
BEBIDAS ENERGIZANTES									
PRODUCTOS ENLATADOS									

RECORDATORIO 24 HORAS

HORA	TIEMPO DE COMIDA/PREPARACION	ALIMENTOS	MEDIDA CASERA	CANTIDAD (g)
	DESAYUNO :			
	COLACION:			
	ALMUERZO :			
	COLACION:			
	MERIENDA :			
SUPLEMENTOS DIETETICOS Latas/día: _____ SUPLEMENTOS DE VITAMINAS / MINERALES: _____				

ANTROPOMETRÍA

MEDIDA/INDICE/INDICADOR	FECHA			
	(1ª)	(2ª)	(3ª)	
PRESIÓN ARTERIAL (mm Hg)	sist	-sist	sist	
	<u>Diast</u>	<u>Diast</u>	<u>Diast</u>	
PESO ACTUAL (kg)	(1ª)	(2ª)	(3ª)	
TALLA cm	(1ª)	(2ª)	(3ª)	
CIRCUNFERENCIA CINTURA	(1ª)	(2ª)	(3ª)	
CIRCUNFERENCIA CADERA	(1ª)	(2ª)	(3ª)	
% DE AGUA				
% DE MASA MUSCULAR				
% DE GRASA				
Firma del paciente por cada sesión				

Datos de contacto:
MSC Brenda Cisneros Terán
Responsable de la Materia Integradora
Teléfono: 2269269. Licenciatura en Nutrición