



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA**

**TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA**

**ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON
HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y
DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO
ESPEJO.QUITO.2016 – 2017.**

AUTORES:

Eduardo Xavier Grijalva Flores

Fernanda Elizabeth Guzmán Cabrera

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. SUSANA CASTILLO

IBARRA - ECUADOR

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

Yo, Dra. P. Susana Castillo L., en calidad de directora de la tesis titulada: **“ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.QUITO.2016-2017”**, presentada por los Sr./Srta. Eduardo Grijalva, Fernanda Guzmán, para obtener el grado de Licenciados en Nutrición y Salud Comunitaria, doy fe de que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Atentamente.



Dra. P. Susana Castillo L. MsC

DIRECTORA DE TESIS

C.I. 0601293244

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio digital institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición de la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANIA:	100454505-7
APELLIDOS Y NOMBRES:	GUZMÁN CABRERA FERNANDA ELIZABETH
DIRECCIÓN:	OTAVALO
EMAIL:	ferguz_8_12@live.com
TELÉFONO FIJO Y MOVIL:	0995187167

DATOS DE CONTACTO	
CEDULA DE CIUDADANÍA:	100401441-9
APELLIDOS Y NOMBRES:	GRIJALVA FLORES EDUARDO XAVIER
DIRECCIÓN:	IBARRA
EMAIL:	eduardogrijalva37@yahoo.es
TELÉFONO FIJO Y MÓVIL:	0998587064
DATOS DE LA OBRA	

TÍTULO	ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.QUITO.2016-2017
AUTORES:	GUZMÁN FERNANDA, EDUARDO GRIJALVA
FECHA:	2017/02/08
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Nutrición y Salud Comunitaria
DIRECTOR DE TESIS:	Dra. P. Susana Castillo L. MsC

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, GUZMÁN CABRERA FERNANDA ELIZABETH con cédula Nro. 100454505-7, y GRIJALVA FLORES EDUARDO XAVIER con cédula de identidad Nro. 100401441-9 en calidad de autores y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizamos a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Los autores manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son las titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 08 días del mes de Febrero de 2017

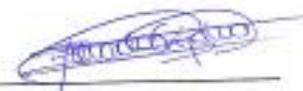
LOS AUTORES:

Firma



Guzmán Cabrera Fernanda Elizabeth

Firma



Grijalva Flores Eduardo Xavier

C.C: 100454505-7

C.C. 100401441-9

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, GUZMÁN CABRERA FERNANDA ELIZABETH con cédula Nro. 100454505-7, y GRIJALVA FLORES EDUARDO XAVIER con cédula de identidad Nro. 100401441-9, expresamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículo 4, 5 y 6 en calidad de autores de la obra o trabajo de grado denominado: ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS, HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.QUITO.2016-2017 que ha sido desarrollado para optar por el título de **Licenciados en Nutrición y Salud Comunitaria**, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En calidad de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. Suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 08 días del mes de Febrero de 2017.

LOS AUTORES:

Firma 

Guzmán Cabrera Fernanda Elizabeth
C.C: 100454505-7

Firma 

Grijalva Flores Eduardo Xavier
C.C. 100401441-9

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a Dios por haber guiado mi camino y sobre todo poner a mi lado a personas tan importantes en mi vida, que de una u otra manera contribuyeron en mi crecimiento a lo largo de mi formación personal y profesional.

A mi hijo, quien es la razón de que me levante cada día esforzándome por el presente y el mañana, eres mi principal motivación y como en todos mis logros, en este has estado presente.

A mis padres quienes a lo largo de mi vida estuvieron apoyándome y no me dejaron desmayar, les dedico este trabajo como muestra de mi gratitud por todo el esfuerzo que han hecho y lo siguen haciendo para que no me falte nada; así mismo dedico esta tesis a una persona muy especial en mi vida quien me enseñó muchos valores y supo guiarme por el camino correcto siendo para mí como una madre más a mi querida tía: María Cabrera un inmenso Dios le pague y a toda mi familia por estar a mi lado y brindarme su amor incondicional.

Fernanda Guzmán

Con mucho amor dedico la presente tesis a mi Madre Verónica Flores y mi Abuelita Cruz María Guerrero, pues gracias a su apoyo incondicional pude concluir mi carrera.

A mi familia y en especial a mi pequeño hermano Alejandro Grijalva pues es mi motivación para mejorar cada día.

Eduardo Grijalva

AGRADECIMIENTO

Un agradecimiento especial a Dios, por acompañarnos siempre por el camino de lo correcto, puesto que sin su ayuda difícilmente habiéramos logrado con éxito la culminación de nuestros estudios.

A nuestra directora de tesis Dra. P. Susana Castillo L. por brindarnos su valioso tiempo, paciencia y orientación necesaria para finalizar este trabajo.

A quienes conforman la Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud y la Carrera de Nutrición y Salud Comunitaria, por haber sido parte de nuestra formación académica y entregarnos todos los conocimientos que hemos adquirido a lo largo de esta etapa profesional.

Al Hospital Eugenio Espejo por su colaboración y disposición que nos prestaron para poder realizar el trabajo de investigación y poder obtener toda la información necesaria.

Un profundo agradecimiento a nuestras familias por brindarnos su apoyo absoluto a lo largo de nuestras vidas.

Fernanda Guzmán

Eduardo Grijalva

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE.....	ix
LISTA DE TABLAS	xii
RESUMEN.....	xiv
SUMMARY	xv
CAPÍTULO I.....	1
1.1. EL PROBLEMA.....	1
1.1.1 Formulación del problema	2
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	3
1.3 OBJETIVOS.....	4
1.3.1 Objetivo General	4
1.3.2 Objetivos Específicos	4
1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	4
CAPÍTULO II.....	5
2 MARCO TEÓRICO.....	5
2.1 ESTILOS DE VIDA.	5
2.2 HÍGADO:.....	9
2.2.1 Funciones del Hígado:	9
2.2.2 Hígado graso:.....	10
2.2.3 Etiología	11
2.2.4 Factores de riesgo.....	12

2.2.5	Tratamiento de las posibles enfermedades metabólicas asociadas.....	12
2.2.6	Mejora de la sensibilidad a la insulina - reducción del peso	12
2.2.7	Recomendaciones nutricionales para el Hígado Graso	13
2.2.8	Recomendaciones alimentarias para pacientes con Hígado Graso	14
2.2.9	Colesterol.....	15
2.2.9.1	Tipología	15
2.2.10	Tratamiento Médico	17
2.2.11	Complicaciones del Colesterol Alto	19
2.2.12	Prevención.....	19
2.2.13	Fitoterapia.....	20
2.3	EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN PARA ESTUDIO.....	21
2.3.1	Valoración antropométrica	21
2.3.2	Valoración Dietética	26
2.4	EDUCACIÓN NUTRICIONAL:.....	29
2.4.1	Dieta balanceada para pacientes con hígado graso:	29
2.4.2	Actividad física:	42
2.3.3	Plato saludable.....	46
CAPITULO III	49
3.	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.	49
3.1.	Tipo de Estudio	49
3.2	Localización de estudio.	49
3.3	Población:	50
3.4	Identificación de variables de estudio	50
3.5	Operacionalización de las Variables	51

3.6	Metodología y Técnica de recolección de datos	55
3.7	Recursos	60
	Equipos.....	60
	CAPÍTULO IV	63
4.1	RESULTADOS	63
4.2	CONFRONTACIÓN DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	85
	CAPITULO V.....	89
5.1	DISCUSIÓN:.....	89
5.2	CONCLUSIONES	92
5.3	RECOMENDACIONES.....	93
	BIBLIOGRAFIA.....	94
	ANEXOS	99
6.2.2	CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION.	105
	Anexo 3. Trípticos	109
	Anexo 4. GUÍA ALIMENTARIA PARA PACIENTES CON HIGADO GRASO:	111
	Anexo 5. FOTOS:.....	114

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Características socio demográficas de los pacientes.....	
diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	64
Tabla 2. Estilos de vida de los pacientes diagnosticados con.....	
hígado graso del Hospital Eugenio Espejo	65
Tabla 3. Actividad Física de los pacientes diagnosticados con.....	
hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	66
Tabla4. Hábitos alimentarios de los pacientes diagnosticados con hígado	
graso del Hospital Eugenio Espejo.	67
Tabla 5. Tiempos de comida que consumen de los pacientes	
diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	68
Tabla 6. Frecuencia de consumo de lácteos por los pacientes	
diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	69
Tabla 7. Frecuencia de consumo de carnes, pescado, mariscos,	
embutidos y huevos por los pacientes diagnosticados con hígado graso	
del Hospital Eugenio	70
Tabla 8. Frecuencia de consumo de leguminosas por los pacientes	
diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	71
Tabla 9. Frecuencia de consumo de cereales y derivados por los	
pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	
.....	72
Tabla 10. Frecuencia de consumo de tubérculos, raíces, plátano verde y	
maduro por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital	
Eugenio Espejo.....	73
Tabla 11. Frecuencia de consumo de frutas, verduras y hortalizas por los	
pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	
.....	74

Tabla 12. Frecuencia de consumo de azúcares por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	75
Tabla 13. Frecuencia de consumo de grasas por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	76
Tabla 14. Estado nutricional y riesgo metabólico de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	77-78
Tabla 15. Perfil lipídico de los pacientes diagnosticados con.....	79
hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	79
Tabla 16. IMC en relación con el género de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	80
Tabla 17. Nivel de instrucción en relación al grupo etario de los pacientes con diagnosticados Hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	81
Tabla 18. Circunferencia de la cintura en relación con estado civil de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	82
Tabla 19. Porcentaje de grasa corporal en relación con nivel de colesterol total sanguíneo de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	83
Tabla 20. IMC en relación con nivel de triglicéridos sanguíneo de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.	84
Tabla 21. Patologías personales de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	85
Tabla 22. Patologías familiares de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.....	86

ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO. QUITO.2016-2017

Autores: Eduardo Grijalva
Fernanda Guzmán

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar los estilos de vida y estado nutricional de pacientes con hígado graso que acuden al servicio de nutrición y dietética y hospitalizados del hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte trasversal, se realizó en una población total de 69 pacientes con hígado graso, utilizando para ello la entrevista estructurada.

El estudio mostró que la población se caracteriza por un 90% de género femenino, y el 10% de género masculino, que el 75% de los pacientes se halla en edades comprendidas entre los 40 a 60 años, el 37% de la población ha culminado la primaria completa, el 29% ha culminado la secundaria completa y el 13% ha logrado cursar un nivel de educación superior, el 98% de pacientes con hígado graso no fuma; además el 96% no consume bebidas alcohólicas, el 80% de los pacientes si realiza actividad física, en donde es relevante el hecho de que el 38% realiza actividad física con regularidad es decir 3 veces a la semana. El 39% de los pacientes tiene obesidad grado 1, el 23% tiene obesidad grado 2, el 21,7% tiene obesidad grado 3, 11,6% tiene sobrepeso y el 4,3% tiene un IMC normal.

Un 82,6% de los pacientes se alimenta en casa en compañía de su familia, el 59% de los pacientes no come en restaurantes de comida rápida, el 69,6% toma más de 4 vasos de agua al día, que el 88,4% si acostumbra desayunar, el 93% menciona que si almuerza, el 56,5% si acostumbra merendar, y en cuanto a los refrigerios la mayoría menciona si consumir algún alimento a media mañana y a media tarde. Se determinó que los hábitos alimentarios del grupo de pacientes con hígado graso se basan principalmente en; alimentos ricos en hidratos de carbono, alimentos altos en fibra como verduras y leguminosas, también se evidenció un alto consumo de aceite vegetal. El 57% mantiene un nivel óptimo de colesterol en sangre mientras que pacientes que mantienen un nivel de colesterol elevado o alto corresponde al 20%, el 44% de pacientes mantiene un nivel óptimo de triglicéridos en sangre, en cuanto a quienes mantienen niveles de triglicéridos altos corresponde a 33% y el 23% de los pacientes mantiene sus triglicéridos en el límite alto; en cuanto al colesterol HDL se pudo observar que el 49% de las mujeres tiene cantidades bajas mientras que el 41% de mujeres restantes mantiene un nivel normal de HDL y el 6% de los hombres tiene un nivel normal, el 12% de los pacientes mantiene sus niveles de LDL muy altos, el 23% mantienen sus niveles de LDL óptimos.

Palabras claves: estilos de vida, estado nutricional, hígado graso.

LIFESTYLES AND NUTRITIONAL STATUS OF FAT LIVER PATIENTS, WHO HAVE BEEN ATTENDED IN THE NUTRITION AND DIETETICS SERVICES AND HOSPITALIZED IN “EUGENIO ESPEJO” HOSPITAL IN QUITO CITY.2016-2017

AUTHORS: Fernanda Guzmán
Eduardo Grijalva

SUMMARY

The main objective to determine the lifestyles and nutritional status of fat liver patients who have been attended in the nutrition and dietetics services in “Eugenio Espejo” Hospital in Quito city.

This was descriptive and cross-sectional study, it was carried out with a total population of 69 fat liver patients using a structures interview. In this study the population was 90% female sex and 10% male sex, 75% were between 40 and 60 years old, 37% of the population completed primary school, 29% completed high school and 13% completed higher education, 98% of the patients have not smoked. In addition, 96% do not consume alcoholic drinks, 80% of the patients have practiced physical activities, where 38% have physical activities three times a week. 39% of patients have grade 1 of obesity, 23% have grade 2 of obesity, 21,7% have grade 3 of obesity, 11.6% have overweight and 4.3% have a normal BMI. 82.6% of patients are fed at home, 59% of patients do not eat in fast food restaurants, 69.6% drink more than 4 glasses of water a day, 88,4% usually have breakfast, 93% eat lunch, 56.5% usually have dinner, most of them have snacks consumed in the middle of the morning and mid-afternoon. It was determined, that the dietary habits of the group of patients with fatty liver are based mainly on foods rich in carbohydrates, high in fiber like vegetables and legumes, they also showed a high consumption of vegetable oil.

57% has an optimal level of total cholesterol in the blood, while 20% of patients have a high cholesterol level; 44% of have an optimum level of triglycerides. High triglyceride levels correspond to 33% and 23% of patients maintain the triglyceride level in the high border. Referring to HDL cholesterol, it was observed that 49% of women had low amounts while 41% have a normal level of HDL but only 6% of men have a normal level, 12% of the patients keeps their LDL levels very high, 23% keep their LDL in optimum levels.

Key words: Lifestyle, nutritional status, fatty liver.

TEMA:

ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES CON HÍGADO GRASO QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.QUITO.2016 – 2017.

CAPÍTULO I

1.1. EL PROBLEMA

De acuerdo con informes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), los desórdenes metabólicos como la diabetes y la obesidad son factores de riesgo y contribuyen a depositar más grasa en el hígado.

No hay cifras actuales sobre la incidencia de esta patología en el país, pero en un estudio realizado por el ministerio de salud del Ecuador en el 2007, sobre 30 000 personas de Guayas, Pichincha, Azuay, Chimborazo e Imbabura, se reveló que el 55% de ellos padecía esta enfermedad. La mayor parte mujeres y personas de clase media y baja, además se afirma que un 17% de niños y adolescentes vive con sobrepeso en el país.

De hecho, según cifras de las Naciones Unidas, en Ecuador el 22% de la población sufre de obesidad. (EL COMERCIO , 2014)

Cabe recalcar que el hígado graso es una condición altamente prevalente en la población, que se asocia a la obesidad, debido a que la dieta es alta en grasas, hidratos de carbono simples y baja en proteínas. Por ello, la distribución calórica de los distintos grupos de alimentos juega un papel fundamental para el tratamiento de esta enfermedad; también es importante la actividad física para poder quemar energías y movilizar el tejido graso.

1.1.1 Formulación del problema

¿Cuáles son los estilos de vida y el estado nutricional de los pacientes diagnosticados con hígado graso que acuden al Servicio de Nutrición y Dietética y hospitalizados. Hospital Eugenio Espejo. Quito.?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El hígado graso como consecuencia de obesidad es una realidad que cada día aumenta más y más, esto se debe a que el sobrepeso se ha convertido en una pandemia que afecta a millones de personas en el mundo y cada una de ellas se encuentran expuestas a este tipo de dolencias, entre otras. Por ello la reducción de peso es fundamental para restablecer el normal metabolismo hepático, para ello no sólo es necesario llevar a cabo un menú especial para hígado graso, sino también es muy importante realizar actividad física. (Cancela L. d., 2010)

La tendencia ha cambiado, hace 15 años para los médicos era usual encontrar casos de hígado graso en personas mayores de 45 años. Pero ahora ese problema también lo presentan jóvenes desde los 17 años, según el gastroenterólogo Gonzalo Sandoval, el hígado graso no alcohólico es más común en adolescentes, debido al consumo excesivo de comidas grasosas y limitan la actividad física por el uso de videojuegos y de consolas (ELCOMERCIO, 2014)

La presencia de un nutricionista, y el conocimiento dieto-terapéutico sobre hígado graso, permiten adecuar dietas para que el paciente aproveche al máximo los nutrientes de determinados alimentos, con lo cual se procurará mejorar el estado nutricional del paciente para su pronta recuperación.

La presente investigación tiene como objetivo promover un estilo de vida saludable, a través de charlas educativas y entrega de material educativo dicha información servirá para incentivar la práctica de una dieta balanceada, actividad física y como debe ser un plato saludable, de tal forma poder lograr un impacto positivo en el mejoramiento del estado de salud en el grupo de estudio.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

Determinar el estilo de vida y estado nutricional de los pacientes con hígado graso que acuden al Servicio de Nutrición y Dietética y hospitalizados. Hospital Eugenio Espejo.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Establecer las características sociodemográficas de los pacientes con hígado graso
- Determinar estilos de vida de los pacientes investigados.
- Evaluar el estado nutricional de los pacientes con hígado graso
- Brindar orientación al grupo de estudio sobre estilos de vida saludables.

1.4 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) ¿Cuáles son las características socio-demográficas de los pacientes con hígado graso.
- 2) ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con hígado graso?
- 3) ¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes con hígado graso?
- 4) ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios?
- 5) ¿La orientación sobre hábitos saludables contribuirá a mejorar el estilo de vida del grupo de estudio?

CAPÍTULO II.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 ESTILOS DE VIDA.

Los Estilos de Vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras) (Dr. Roberto del Aguila, 2012)

Dentro de los estilos de vida saludable se involucran actividades que no causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran:

Actividad Física:

La actividad física se define como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que dan como resultado el gasto de energía.

El ejercicio físico es una categoría de la actividad física., específico, libre y voluntario, con movimientos corporales planeados, estructurados y repetitivos realizados para mejorar o mantener una o más cualidades motoras, con el objetivo de producir un mejor funcionamiento del organismo, por ejemplo: saltar, nadar, correr, lanzar, entre otras.

Va a depender de las características y condiciones de cada persona. Sin embargo, al planear un programa de ejercicio se debe considerar:

- 5 minutos de calentamiento
- 30 minutos de actividad aeróbica
- 5 a 10 minutos de estiramiento y enfriamiento

Por lo que se sugiere realizar ejercicio diariamente durante por lo menos 45 minutos de tipo aeróbico.

Los ejercicios aeróbicos son todos aquellos que aumentan el ritmo cardíaco y la respiración, se presenta una "agitación" y un aumento de temperatura, por lo tanto, sudor. Si el ejercicio empieza a formar parte de la vida desde la infancia, la persona se irá reforzando hasta convertirse en un adulto activo; con esto obtendrá a lo largo de su vida un estado de salud óptimo y un futuro saludable.

Muchas veces se piensa que la actividad física requiere de mucho tiempo, dinero y esfuerzo, sin embargo se puede comenzar a ejercitarse sin necesidad de pagar por ello, solo basta con realizar una caminata a un paso más acelerado de lo normal por alrededor de un parque o la colonia, bailar música movida, saltar la cuerda, entre otros.

A continuación se muestra un cuadro con distintos tipos de ejercicios físicos de acuerdo a su intensidad.

INTENSIDAD		
Ligero	Moderado	Fuerte/Vigoroso
TIPO DE EJERCICIO		
Caminar lentamente	Caminar rápido	Caminar rápido cuesta arriba o con peso
Bicicleta estacionaria	Bicicleta para transportarte	Bicicleta rápidamente
Natación lento	Natación con esfuerzo moderado	Natación con mayor esfuerzo y rápido
Bailes de salón lentos	Bailes de salón rápido	Aeróbicos de alto impacto
Tenis, golf	Golf con mayor alcance	Levantamiento de pesas, entrenamiento con circuito
Andar, bajar escaleras, ir de compras	Andar o correr jugando con niños, sacar a pasear al perro	Caminar en la arena
En casa, barrer, jardinería con máquina, carpintería	En casa, limpieza general, reparación de la casa(pintar)	En casa, cortar el césped con tijeras

Fuente: 2014 OM-C Salud

Las unidades de tiempo que se utilizan para evaluar la frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas y realización de actividad física son:

- Más de 5 veces/semana → Habitual
- 3 a 4 veces/semana → Muy frecuente
- 1 a 2 veces/semana → Frecuente
- 2 a 3 veces/mes → Poco frecuente
- 1 vez/mes → Limitado o eventual

Recuerda: "El cuerpo humano ha sido diseñado para moverse y por tanto requiere realizar ejercicio de forma regular para mantenerse funcional, fuerte y sano."
(Martínez-Campos., 2014)

Consumo de cigarrillo.

Es uno de los retos de salud pública más importante en la Región de las Américas, ya que provoca al menos 845000 defunciones por año; además, se considera como una de las causas probables de más de 25 enfermedades mortales y discapacidades entre las cuales se hallan las enfermedades cardiovasculares.

Estas sustancias químicas contribuyen a la acumulación de placa grasa en las arterias, posiblemente por lesionar las paredes de los vasos sanguíneos. También afectan al colesterol y a los niveles de fibrinógeno (un coagulante sanguíneo), aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo sanguíneo que pueda provocar un ataque al corazón.

Los valores de consumo entre los hombres son superiores al 46,6% en el Ecuador, para las mujeres generalmente el consumo es inferior al 16%; sin embargo, debido a las altas tasas de prevalencia masculina, también están expuestas al humo de tabaco en el ambiente. ((NDDIC), 2006)

El consumo diario de cigarrillo se valora tomando como referencia la siguiente clasificación:

- 1 a 5 cigarrillos o 6 a 10 cigarrillos → Poco frecuente
- 11 a 15 cigarrillos o 16 a 20 cigarrillos → Frecuente
- 21 a 25 cigarrillos o > de 26 cigarrillos → Muy frecuente

2.2 HÍGADO:

El hígado es el órgano sólido más grande del cuerpo humano. Recibe aproximadamente 1,5 litros de sangre por minuto e interviene en tres importantes funciones vitales indispensables para nuestro organismo: la depuración, la síntesis y el almacenamiento. (Dr. Calixto Cifuentes, 2013)

Desde el punto de vista anatómico, el hígado está situado bajo el diafragma y atraviesa la cavidad abdominal en toda su amplitud. El hígado es el órgano más voluminoso del organismo: pesa entre 1400 y 1600 g y mide unos diez centímetros en su punto más alto.

Está dividido en dos partes por el ligamento falciforme: el lóbulo derecho y el lóbulo izquierdo. La vesícula biliar está situada a nivel del lóbulo derecho y sirve como depósito de la bilis. El hígado y la vesícula biliar están unidos al intestino por el canal colédoco formado por la fusión de las vías biliares intrahepáticas.

El hígado es el único órgano que recibe sangre de dos fuentes: la arteria hepática, que aporta la sangre procedente del corazón, y la vena porta, que aporta la sangre procedente de los intestinos. La sangre sale del hígado por las venas hepáticas.

A nivel microscópico, el hígado se compone de unidades que funcionan individualmente, denominadas lóbulos, donde podemos encontrar vasos sanguíneos, canales y cordones intercalados por células hepáticas (hepatocitos), que actúan como zonas de intercambio. (Frontera, 2009)

2.2.1 Funciones del Hígado:

Depuración: El hígado recupera y transforma numerosos tóxicos para hacerlos inofensivos antes de eliminarlos. Destruye los glóbulos rojos y los glóbulos blancos envejecidos, así como ciertas bacterias presentes en la sangre. Destruye los tóxicos procedentes de los desechos producidos de forma natural por nuestro organismo, como el amoníaco, pero también los que ingerimos, como el alcohol. Neutraliza los medicamentos

que absorbemos una vez que han producido sus efectos, evitando de este modo una acumulación peligrosa.

Síntesis: El hígado interviene en el metabolismo de los glúcidos, los lípidos (colesterol, triglicéridos) y de las proteínas (albúmina). Juega un papel esencial en la producción de los factores de la coagulación que permiten evitar las hemorragias. Interviene en la producción y la secreción de la bilis (600 a 1200 ml al día) que se almacena y concentra en la vesícula biliar.

Almacenamiento: El hígado almacena las vitaminas liposolubles (A, D, K E) y el glucógeno. De este modo, almacena la energía bajo forma de azúcar y la pone a disposición del organismo en caso de necesidad. (V., 2009)

2.2.2 Hígado graso:

El término hígado graso se refiere a una amplia gama de alteraciones del hígado. La alteración fundamental es la acumulación excesiva de grasa en las células del hígado. Lo más común es que se deba al consumo de alcohol. Sin embargo, en los últimos años se ha reconocido que una gran parte de los pacientes con hígado graso no beben. Por lo tanto, se ha acuñado entonces el término hígado graso no alcohólico (HGNA). El término "no alcohólico/a" se utiliza porque el HGNA y la esteato hepatitis no alcohólica (EHNA), determinan alteraciones del hígado en muchos aspectos similares a las que se pueden ver en personas que beben alcohol en forma excesiva aunque ocurren en los individuos que no consumen alcohol o lo hacen en cantidades mínimas. En esta sección se entregan los datos fundamentales sobre el HGNA aunque muchos de ellos son aplicables para el hígado graso producido por el consumo exagerado de alcohol.

En una primera fase de la enfermedad ocurre la acumulación de grasa sin producir inflamación en el tejido hepático (no hay inflamación ni daños significativos del órgano). A ello se le llama hígado graso simple (también se usa el término esteatosis hepática). La presencia de grasa cambia en forma muy importante el aspecto y la función del hígado, pudiendo ocasionar inflamación hepática. Cuando esta ocurre se da lugar a la llamada esteatohepatitis no alcohólica (EHNA). La trascendencia de la EHNA radica en su

potencial progresión hacia la cirrosis hepática, considerada una etapa avanzada de la enfermedad. (Dr. Marco Arrese Jiménez, 2014)

2.2.3 Etiología

Teniendo en cuenta las dos formas anatomopatológicas clásicas (esteatosis macro y microvesicular) se describen las siguientes etiologías:

Esteatosis Macrovesicular: Obesidad; Diabetes tipo 2; Hiperlipidemias; Nutrición parenteral; Enfermedades crónicas; Cortocircuito yeyuno-ileal (sin componente inflamatorio); Tóxicos (tetracloruro de carbono, DDT, fósforo amarillo); Medicamentos (amiodarona, glucocorticoides, vitamina A, estrógenos sintéticos, metotrexate); Malnutrición calórico proteica (sin componente inflamatorio)

Esteatosis Microvesicular (sin componente inflamatorio): Hígado graso agudo del embarazo; Síndrome de Reye; Enfermedad de los vómitos de Jamaica; Medicamentos (ácido valproico, tetraciclinas).

Últimamente se han explorado alteraciones genéticas como posibles causas para el desarrollo de Hepatopatía grasa (NAFLD), tales como polimorfismos en genes que codifican para los receptores activados por los proliferadores de peroxisomas (PPAR) y otros vinculados al funcionamiento mitocondrial. (D'Angelo, Actis, & Outomuro, 2009)

Tipos de hígado graso: El hígado graso o Esteatosis hepática, es una enfermedad metabólica que se caracteriza por la acumulación de excesiva grasa en el hígado. Existen dos tipos de hígado graso:

- **De origen alcohólico:** que se da generalmente en personas que sufren de alcoholismo, esto implica una interacción compleja entre factores facilitadores y comorbilidades como el género, factores hereditarios e inmunidad comúnmente se origina por la ingesta abundante de etanol, aunado a un consumo del mismo

por tiempo prolongado se puede manifestar por esteatosis moderada a severa; en general, esta última con elevado índice de mortalidad. (Paredes & Gallegos, 2000)

- **No alcohólico:** que puede darse en personas con una dieta alta en grasas e hidratos de carbono y baja en proteínas. Afecta 10 a 46% de la población general e incluye dos entidades básicas: (a) La Esteatosis hepática simple (ES), que comprende la mayor parte de los casos (20-30% de la población) y tiene un muy bajo riesgo de progresión a daño hepático y (b) La Esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), que es menos frecuente (2-3% de la población) y que puede progresar a Cirrosis hepática (CH) en el 15-20% de los casos y eventualmente complicarse con un carcinoma hepatocelular. (Drs. Rodrigo Zapata, Edgar Sanhueza, Jorge Contreras, Antonio Rollán, 2011)

2.2.4 Factores de riesgo.

La obesidad y el sobrepeso son, sin duda, los factores más relevantes en el desarrollo de HGNA. Otros factores importantes son la presencia de diabetes, elevación de los niveles triglicéridos en la sangre y factores genéticos no del todo conocidos. La presencia de antecedentes de diabetes en familiares es un factor de riesgo importante.

2.2.5 Tratamiento de las posibles enfermedades metabólicas asociadas.

Se recomienda hacer un buen control de la diabetes, de la hiperlipidemia, y de los riesgos cardiovasculares. Los estudios con atorvastatina y pravastatina han mostrado una mejoría en la histología de los pacientes con EHNA. Los pacientes con HGNA que presenten dislipidemia deben recibir estatinas. Las estatinas no parecen aumentar el riesgo de toxicidad en los pacientes con enfermedad hepática de base. Es raro observar hepatotoxicidad grave a causa de esa medicación. (Paredes & Gallegos, 2000)

2.2.6 Mejora de la sensibilidad a la insulina - reducción del peso

- **Dieta:** La meta de adelgazamiento debería rondar entre 5 y 10%, reduciendo las calorías 25% con respecto a una dieta normal (aproximadamente 2500 calorías

por día) según corresponda por la edad y el sexo del paciente. Una dieta moderadamente baja en calorías con modificación de la composición de macronutrientes arroja mejores resultados en comparación con una dieta muy baja en calorías. Se debe enfatizar la importancia de una dieta hipocalórica, asesorando sobre el tipo de alimentos que se consumen, evitando la fructosa y las grasas trans que contienen los refrescos y comidas rápidas, y aumentando el contenido de ácidos grasos poli insaturados omega 3 y omega 6 en la dieta. A los pacientes le puede resultar difícil cumplir con esas indicaciones, y muchos de ellos recuperan el peso después de un adelgazamiento inicial. (Adelaida Rodriguez, 2010)

- **Antioxidantes y agentes antifibróticos:** Los antioxidantes y los agentes antifibróticos, como la vitamina E y la pentoxifilina, no han sido aprobados para el tratamiento de la EHNA ni de la HGNA. Para todos ellos hay datos limitados, y pocos o ninguno de esos datos provienen de ensayos doble ciego controlados. (Gastroenterología, 2012)

2.2.7 Recomendaciones nutricionales para el Hígado Graso

Hemos de evitar las rápidas pérdidas de peso o las subidas y bajadas del mismo (muy típico en la gente que hace dieta) ya que son un factor añadido que aumenta el riesgo.

Lo ideal es buscar una dieta adecuada a nuestro caso que nos ayude a perder peso gradualmente.

Evitar la leche de vaca (mejor el yogur descremado, natural), quesos curados, las grasas de origen animal y el alcohol son pautas básicas. Hemos de reducir el azúcar y los dulces y por otro lado cuidar que no nos falte la proteína en la dieta (sobre todo las proteínas vegetales) ya que en muchos casos hay una gran resistencia a la insulina.

En estos casos hemos de tener siempre en cuenta los antioxidantes, como la vitamina A, C, E y el Selenio, que pueden colaborar en evitar una degeneración celular.

Los alimentos ricos en fibra (vegetales y cereales integrales) nos ayudarán a absorber menos grasas y azúcares de la dieta.

El pescado azul, las legumbres, las semillas y los frutos secos crudos (en poca cantidad) nos ayudarán también en nuestra lucha contra el colesterol.

El limón es un gran aliado en estos casos (podemos añadirlo al agua y a las ensaladas).

Una buena combinación es el zumo de zanahoria y limón. (Arnau, 2010)

2.2.8 Recomendaciones alimentarias para pacientes con Hígado Graso

Una de las posibles consecuencias de sufrir sobrepeso es el hígado graso o esteatosis hepática. Para poder tratar esta enfermedad la alimentación juega un rol muy importante, es por ello que es imprescindible llevar a cabo una dieta para hígado graso y obesidad. Una forma de llevar a la práctica esta dieta es realizando un menú especial bajo en grasas.

Para poder corregir esta situación, se debe poner en práctica el menú para esteatosis hepática.

Fórmula sintética de la dieta para hígado graso y obesidad:

- **Valor calórico total:** Se encontrará reducido, de acuerdo a parámetros antropométricos individuales.
- **Hidratos de carbono:** su porcentaje se encontrará entre 50 – 55%, realizando una selección de alimentos ricos en fibra y bajos en azúcares simples.
- **Proteínas:** 15% del valor calórico total.
- **Grasas:** 25% del valor calórico total, de este total se deberá realizar una selección de alimentos que contengan ácidos grasos monoinsaturados, poliinsaturados en mayor cantidad, reduciendo al límite los ácidos grasos saturados. (Valladolid, 2014)

2.2.9 Colesterol

El colesterol es una sustancia serosa que el cuerpo utiliza para proteger los nervios, formar tejidos celulares y producir ciertas hormonas, además es indispensable para formar las membranas de las células, los ácidos biliares y las hormonas de la corteza suprarrenal y de las glándulas sexuales.

El hígado fabrica todo el colesterol que el cuerpo necesita y también puede provenir directamente de la comida ingerida.

Su exceso se acumula en las paredes internas de las arterias y puede producir diversas enfermedades cardiovasculares teniendo un impacto negativo sobre la salud.

2.2.9.1 Tipología

- **Colesterol HDL**

Colesterol de alta densidad o colesterol bueno. El HDL es una lipoproteína que circula por la sangre, transporta el colesterol desde los tejidos al hígado es decir remueve colesterol de la sangre. Altos niveles de HDL en su sangre pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

- **Colesterol LDL**

Es conocido como “el colesterol malo” o colesterol de baja densidad. El LDL es una lipoproteína, que transporta el colesterol desde el hígado a otros órganos el cuerpo. El exceso se acumula en las arterias y puede conducir a enfermedad cardíaca. Cuánto más alto el nivel de LDL, mayor el riesgo de enfermedad cardíaca.

- **Triglicéridos**

Los triglicéridos son otro tipo de sustancia grasa en el torrente sanguíneo. Las personas con un nivel alto de triglicéridos en la sangre pueden tener también LDL alto. Aquéllas

con un nivel alto de triglicéridos sumado a un nivel elevado de colesterol LDL pueden estar en riesgo de enfermedad cardíaca coronaria.

- **Colesterol total (CT)**

Tener un nivel alto de colesterol total es un factor de riesgo para problemas futuros de salud. Sin embargo, es importante considerar las cantidades relativas de HDL y LDL. Esto suele llamarse relación colesterol total/HDL (CT:HDL). Su objetivo debe ser tener un nivel alto de HDL y un nivel bajo de LDL (una relación baja de colesterol total/HDL).

2.2.9.2 Dislipidemias

Según el Programa Nacional de Educación sobre Colesterol, de los EE.UU. – National Cholesterol Education Program, los niveles elevados de colesterol en la sangre es un factor de riesgo mayor de enfermedades cardíacas tanto en hombres como en mujeres; debido a que un 1% de disminución de estos niveles lleva a un 2% de reducción de riesgo.

Los niveles de colesterol en la sangre, comienzan a elevarse aproximadamente a los 20 años. Antes de la menopausia, las mujeres tienen niveles menores de colesterol que los hombres de la misma edad. Después de la menopausia, se eleva el nivel de colesterol de las mujeres.

Dislipidemias significa que hay demasiado colesterol en la sangre (una sustancia parecida a la grasa). Este nivel elevado de colesterol aumenta el riesgo de tener enfermedades cardíacas o un ataque cardíaco debido a la acumulación de los depósitos de grasa llamados placa en las paredes de las arterias haciendo que se angosten y endurezcan, produciendo así la enfermedad llamada arterosclerosis.

Clasificación del perfil lipídico para niveles normales y altos de Colesterol LDL, Total, HDL y Triglicéridos (mg/dL)

LDL	Colesterol	
<100		Óptimo
100-129		Limítrofe
130-159		Limítrofe
160-189		Elevado
>/=190		Muy elevado
Total	Colesterol	
<200		Deseable
200-239		Limítrofe
>/=240		Alto
HDL	Colesterol	
<40		Bajo
>/=60		Alto
Triglicéridos		
<150		Normal
150-199		Levemente
200-499		Elevados
>500		Muy elevados

Fuente: (Firman G, 2005)

2.2.10 Tratamiento Médico

Para el tratamiento farmacológico de la hipercolesterolemia en general se utilizan 3 tipos de fármacos:

- **Resinas secuestradoras de ácidos biliares:** Estos fármacos disminuyen el colesterol haciendo que el hígado lo utilice para sintetizar los ácidos biliares que son unas sustancias que se forman en el hígado y se utilizan en la digestión de los alimentos.

- **Fibratos:** Estos disminuyen sobre todo los triglicéridos ya que hacen que disminuya la formación de las proteínas que los transporta.
- **Estatinas:** Estos son los fármacos más modernos, con una mayor potencia para disminuir el colesterol y con menos efectos secundarios. Hacen que aumente la degradación del colesterol y que disminuya su formación actuando como inhibidores de las enzimas que actúan en la formación y degradación del colesterol, fundamentalmente del colesterol malo. Sobre estas sustancias es sobre las que se están realizando investigaciones con lo que están apareciendo nuevas estatinas que controlan el colesterol con menores dosis y por lo tanto con menos efectos secundarios. (Saluddiaria, 2015)
- **Efectos secundarios de los medicamentos para el colesterol**

Efectos secundarios menores

Todos los medicamentos descritos anteriormente pueden causar efectos secundarios menores, como agruras (accedías), malestar estomacal y diarrea. Estos problemas suelen desaparecer y por lo general no son importantes.

Efectos secundarios graves

- Daño hepático poco frecuente
- Informes sobre pérdida de la memoria
- El riesgo de diabetes
- La posibilidad de daño muscular (FDA, 2012)

2.2.11 Complicaciones del Colesterol Alto

Arteriosclerosis: Esta patología resulta de la obstrucción de las venas por el colesterol, y un exceso importante de grasas que restringen la circulación correcta de la sangre hacia nuestro corazón, y el resto del cuerpo.

Enfermedades coronarias: El colesterol alto es un factor de riesgo para terminar en un ataque al corazón, y posterior muerte de muchas personas. Esta es una enfermedad arterial específicamente del corazón, que generalmente pasan inadvertidas hasta tener una primera complicación cardíaca, como infarto o paro cardíaco.

Angina de pecho: Esto responde a la falta de irrigación sanguínea en una parte del corazón y produce angina y dolor agudo en el pecho. Estos malestares, se producen cuando se realiza algún tipo de esfuerzo y pasa luego de un período de reposo.

Accidente cerebrovascular: Esto sucede cuando hay falta de irrigación sanguínea hacia el cerebro y es peligroso, porque puede causar la muerte, parálisis o pérdida de la habla y reflejos nerviosos de todo o parte de nuestro organismo. (Saluddiaria, 2015)

2.2.12 Prevención

Es posible prevenir el colesterol alto manteniendo un peso saludable y adquirir una dieta sana con pocas grasas saturadas y rica en fibra, granos, frutas y verduras. Tratando de incluir al menos dos porciones de pescado, de los cuales al menos uno debe ser un pescado graso como el salmón. No tiene necesidad de tomar suplementos de omega 3 ni de comer margarinas, yogures u otros alimentos que contengan esteroides vegetales. No fumar, ni beber demasiado alcohol, moderar la ingesta de alcohol en no más de 2 copas al día en hombres y 1 en mujeres y hacer ejercicio regularmente. Sin embargo, si existe antecedentes hereditarios de dislipidemia, puede ser más fácil padecer este tipo de problema de salud, por ende más difícil tratarla.

2.2.13 Fitoterapia

Los remedios caseros para reducir los triglicéridos se concentran básicamente en la alimentación que tiene la persona y pueden ser:

- Hacer un té de alcachofa y tomar dos tazas al día.
- Hervir una mandarina con cáscara en agua de panela y tomar dos veces al día.
- Secar a la sombra la pepa de aguacate y luego rallarla. En jugo de cualquier fruta o en las comidas se echan 3 cucharaditas diariamente.
- Una cucharadita de cogollos de guayaba en agua hervida.
- Dejar remojando en un vaso de agua doce garbanzos durante toda la noche. Luego se licuan y se toman en ayunas.
- Hervir una calabaza mediana en un litro de agua durante 10 minutos y se toma durante el día o después de las comidas.
- Comer diariamente de 4 a 5 guayabas.
- Coger las cáscaras de papa bien lavadas y ponerlas a cocinar en un litro de agua por 10 minutos. Tomar de esta agua 3 vasos al día durante 2 meses.
- Prepare infusiones de tilo y cola de caballo, ya que la primera tiene efecto vasodilatador y sedante además de fluidificante sanguíneo; el segundo contiene silicio, lo que estimula la regeneración de las fibras elásticas de las paredes arteriales.
- Comer un diente de ajo diario reduce los triglicéridos.
- Ingerir media taza de fríjoles secos diariamente.
- Lavar y partir una berenjena y un pepino colocar en una licuadora junto con un vaso de agua, licuar por unos instantes y colar. Consumir este jugo una hora antes del desayuno durante 15 días.
- Lavar y partir una rebanada de papaya. Licuar junto con un vaso de agua y el jugo sin dulce de una naranja. Tomar un vaso de este jugo durante 10 días, descansando 5 y repitiendo la dosis.
- Hervir 5gr de cáscara de mandarina en una taza de agua durante 5 minutos. Colar y tomar a diario durante el tiempo necesario para bajar los triglicéridos. (Valladolid, 2014)

2.3 EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN PARA ESTUDIO

La evaluación del estado nutricional resulta indispensable al momento de establecer medidas terapéuticas apropiadas para corregir problemas nutricionales graves relacionados tanto por deficiencia como por exceso de alimentos y de uno o varios nutrientes. (Argentina, 2015)

2.3.1 Valoración antropométrica

La antropometría es un procedimiento de fácil aplicación, económico y no invasivo se utiliza ampliamente con fines de estimación del estado nutricional tanto desde un punto de vista clínico como epidemiológico.

2.3.1.1 Peso corporal.

Es la fuerza con la que el cuerpo actúa sobre un punto de apoyo a causa de la atracción de la fuerza de la gravedad. Debe medirse preferiblemente con una balanza digital calibrada, con el sujeto de pie, nivelado en ambos pies, con el mínimo de ropa posible.

2.3.1.2 Talla.

Es la medida en centímetros entre el Vértex y el plano de apoyo del individuo.

2.3.1.3 IMC.

El índice de masa corporal, conocido también como BMI (BodyMassIndex) ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet, por lo que también se conoce como índice de Quetelet. Indica el estado nutricional de la persona considerando dos factores elementales: su peso actual y su altura.

Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona. Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona de la cual se habla se encuentra por debajo, dentro o excedida del peso establecido como normal para su tamaño físico.

La ecuación matemática que permite obtener su valor es la siguiente:

$$\text{IMC} = \frac{\text{masa}}{\text{estatura}^2}$$

Considerando el peso actual de la persona en kilogramos y su altura en metros. (Moirano, 2008)

Valores de IMC propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) pueden no ser aplicables en grupos étnicos no caucásicos.

Normal	18,50 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00
Pre obeso	25,00 - 29,99
Obeso	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34-99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99
Obeso tipo III o mórbida	≥40,00

Fuente: Clasificación adaptada del Ministerio de Salud de OMS, 2000

Excepciones en el cálculo de IMC

El índice de masa corporal no siempre es una forma precisa para determinar si una persona necesita perder peso. A continuación se presentan algunas excepciones:

- **Físico culturistas:** debido a que el músculo pesa más que la grasa, las personas que son inusualmente musculosas pueden tener un índice de masa corporal alto.

- **Ancianos:** en la vejez, a menudo es mejor tener un índice entre 25 y 27 en lugar de un índice inferior a 25. Si una persona, por ejemplo, es mayor de 65 años, un índice de masa corporal ligeramente superior puede ayudar a protegerla contra la osteoporosis.
- **Niños:** aunque un gran número de niños son obesos, no se debe usar este índice de cálculo para evaluar a un niño y se recomienda entonces hablar con el médico acerca del peso apropiado para su edad. (Moirano, 2008)

2.3.1.4 Circunferencia de la Cintura

De acuerdo con estudios recientes, el índice de masa corporal del adulto debe ser complementado con el cálculo de la distribución de grasa en el cuerpo, calculado a partir de la proporción cintura/cadera, debido a que este dato se asocia al riesgo de enfermedades cardiovasculares. Por esta razón, a continuación, se presentan las fórmulas para efectuar ambos cálculos:

Para saber ante qué tipo de obesidad nos encontramos, hay que dividir el perímetro de la cintura por el perímetro de la cadera. En la mujer, cuando es superior a 0,9, y en el varón cuando es superior a 1, se considera obesidad de tipo androide.

Con el cálculo de la circunferencia de la cintura podemos establecer la obesidad de mayor riesgo, ya que los datos referidos a la circunferencia de la cintura de la población permiten estimar parámetros de riesgo a partir de 95 cm en varones y 82 cm en mujeres, y riesgo muy elevado a partir de 102 cm en varones y 90 cm en mujeres (Mexico, 2011).

Técnicas de medición de la circunferencia de cintura:

Determina el grado de adiposidad abdominal, es decir la distribución de grasa troncal, siendo el parámetro más sencillo para lograrlo.

Existen 3 diferentes perímetros de cintura:

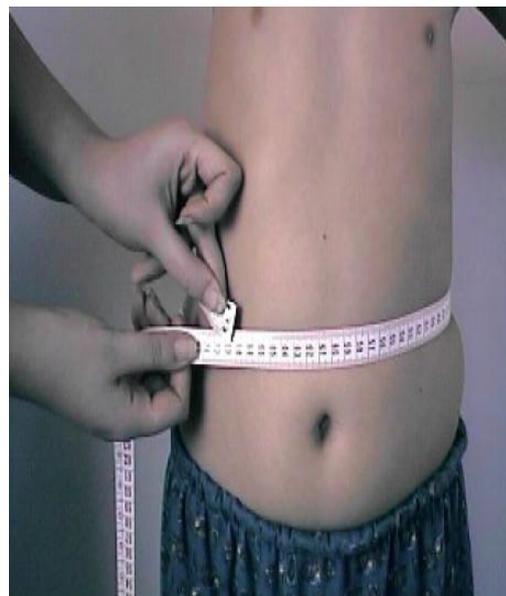
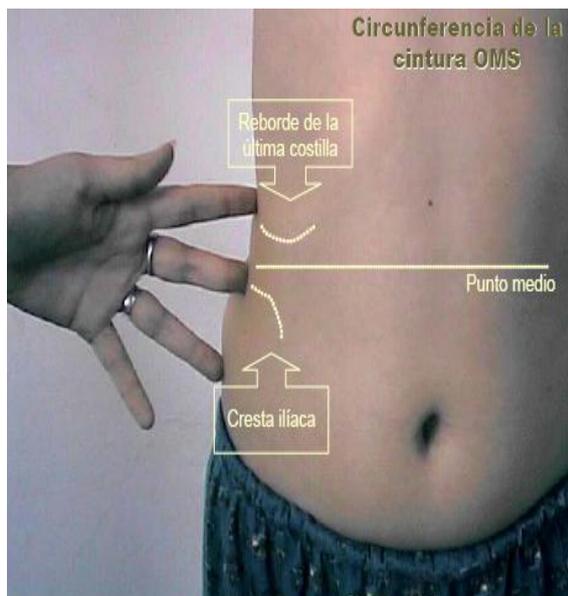
- Cintura menor
- Cintura de la OMS
- Cintura umbilical



Técnica de la OMS

Esta circunferencia se toma con el paciente de pie, en espiración, ubicando la cinta en el punto medio entre el reborde costal y la cresta ilíaca.

Es conveniente comenzar ubicando los reparos óseos, para luego definir el punto medio, donde se colocará la cinta. (OMS, 2012)



Tomando algunos parámetros tenemos que:

a. Obesidad androide o central o abdominal (en forma de manzana): el exceso de grasa se localiza preferentemente en la cara, el tórax y el abdomen. Este tipo de obesidad se asocia a un mayor riesgo de dislipemia, diabetes, enfermedad cardiovascular y de mortalidad en general.

b. Obesidad ginoide o periférica (en forma de pera): la grasa se acumula básicamente en la cadera y muslos. Este tipo de distribución se relaciona principalmente con problemas de retorno venoso en las extremidades inferiores (varices) y con artrosis de rodilla (gonartrosis).

c. Obesidad de distribución homogénea: es aquella en la que el exceso de grasa no predomina en ninguna zona del cuerpo. (Mexico, 2011)

Perímetro de cintura- riesgo cardiovascular	
Hombres	
<95 cm.	Normal
95-102 cm	Riesgo elevado
>102 cm	Riesgo muy elevado
Mujeres	
<82 cm	Normal
82-88 cm	Riesgo elevado
>88 cm	Riesgo muy elevado

Fuente: *Dr. Loíacono Leandro (American Diabetes Association)*

Porcentaje de grasa.

Representa la cantidad de peso correspondiente a grasa corporal, este indicador se evaluará mediante la balanza Tanita, que es un pionero en el desarrollo del Método BIA (Análisis Bioeléctrico de Impedancia), totalmente confiable para determinar la composición corporal, es decir la distribución del peso de un individuo según los principales componentes corporales: agua, proteína, minerales y grasa, permite diferenciar el tejido magro y masa grasa.

Margen de grasa corporal para adultos según género y edad

Mujeres				
Edad (años)	Bajo en grasa	Saludable	Alto en grasa	Obeso
18 – 39	0 – 20%	21 – 32%	33 – 39%	Mayor 39%
40 – 59	0 – 22%	23 – 33%	34 – 40%	Mayor 40%
60 – 99	0 – 23%	24 – 35%	36 – 42%	Mayor 42%
Hombres				
Edad (años)	Bajo en grasa	Saludable	Alto en grasa	Obeso
18 – 39	0 – 7%	8 – 19%	20 – 24%	Mayor 25%
40 – 59	0 – 10%	11 – 21%	22 – 27%	Mayor 28%
60 – 99	0 – 12%	13 – 24%	25 – 29%	Mayor 30%

Fuente: TANITA Corporation.

Porcentaje de agua.

Mide la cantidad total de líquido que hay en el cuerpo de una persona, expresada como porcentaje de su peso total. Los niveles de agua del cuerpo fluctúan a lo largo del día, por ello el porcentaje de agua corporal obtenido sólo debe servir como guía y no ser utilizado específicamente para determinar el porcentaje de agua corporal total absoluto. Se evaluará mediante el método de Impedancia Eléctrica.

Los puntos de corte en adultos saludables son:

- **Mujer** 45 a 60%
- **Hombre** 50 – 65%

2.3.2 Valoración Dietética

Es la determinación del consumo de alimentos y nutrientes de un individuo. Existen diversos cuestionarios que permiten tener una estimación del contenido de calorías, azúcares simples, grasas saturadas y colesterol de la dieta.

2.3.2.1 Patrón alimentario

Un patrón alimentario es el conjunto de productos que un individuo, familia o grupo de familias consumen de manera ordinaria según un promedio habitual de frecuencia estimado en por lo menos una vez al mes, o bien que dichos productos cuenten con un arraigo tal en las preferencias alimentaria que pueden ser recortados por lómenos 24 horas después de consumirse.

El patrón alimenticio: es una característica que define la capacidad de adaptación del ser humano al medio; obteniendo el máximo de provecho de la explotación de su entorno con el propósito de su supervivencia física; que depende de la disponibilidad de recursos y de la capacidad técnica alcanzada para la recolección, manipulación y procesado y que una vez aseguradas las necesidades nutricionales podrá intentar la reproducción; garantizando la continuidad biológica y/o cultural hasta la generación siguiente. (Campillo B, 2011)

2.3.2.1.1 Principales aspectos de un Patrón Alimentario.

Un patrón alimentario particularmente se halla estructurado por elementos de tipo social por lo que es heterogéneo como producto de la estratificación del ingreso. Y da carácter especial, lo que lo hace interregional y heterogéneo, pues las regiones definen sus rasgos de consumo según las características de su población y entorno.

De este modo un patrón alimentario está condicionado por 2 factores: el cultural y el económico. El cultural porque determina los procesos simbióticos y de aceptación social de los productos alimenticios. Y el económico porque incorpora las trasformaciones estructurales de la alimentación generada por el ingreso, y por el mercado que a su vez provocan la fragmentación. Fenómenos como la globalización y el desarrollo económico contribuyen de manera muy especial a la modificación del patrón alimentario. El primero porque diversifica la oferta y es el instrumento por el cual se introducen productos diferentes a los habituales que son consumidos en una determinada regio. Y el segundo porque a partir de la competencia, la publicidad, presentación, etc. Definen formas individuales, grupales y globales en el consumo alimentario. (Cancela L. N., 2010)

2.3.2.2 Frecuencia de Consumo.

Es un método retrospectivo, cualitativo y semicuantitativo que consiste en obtener a partir de la sistematización de un listado de alimentos, la ingesta habitual de varios alimentos durante un tiempo determinado.

Ventajas

- Método rápido y eficaz para identificar el consumo de alimentos y estimar ingesta habitual.
- Diferencia a individuos que consumen habitualmente un alimento de aquellos que no lo consumen o lo hacen pocas veces. Depende del listado de alimentos.
- Es económico.

Desventajas

- Estima cantidades, no cuantifica.
- Hay un sesgo en estimar raciones de alimentos.
- La lista de alimentos es limitada.

Las unidades de tiempo que se utilizan para evaluar la frecuencia de consumo de alimentos son:

- | | | |
|-------------------------|---|---------------------|
| - Más de 5 veces/semana | → | Habitual |
| - 3 a 4 veces/semana | → | Muy frecuente |
| - 1 a 2 veces/semana | → | Frecuente |
| - 2 a 3 veces/mes | → | Poco frecuente |
| - 1 vez/mes | → | Limitado o eventual |
| - No consume | | |

En el caso del consumo de agua se utiliza los siguientes puntos de corte para determinar el consumo que presentan:

- 8 vasos/día	→	Muy frecuente
- 5 - 7 vasos/día	→	Frecuente
- 2-4 vasos/día	→	Poco frecuente
- < 2 vasos/día	→	Insuficiente

2.4 EDUCACIÓN NUTRICIONAL:

2.4.1 Dieta balanceada para pacientes con hígado graso:

Alimentación saludable: Adoptar una alimentación saludable implica mantener un peso ideal y a su vez es necesario realizar una adecuada combinación de alimentos, a fin de poder tener una dieta nutritiva, variada y sabrosa. Ésta se puede lograr tomando en cuentas las siguientes características para asegurar una sana alimentación y por lo tanto salud:

- **Completa:** incluye alimentos de cada uno de los grupos de alimentos: verdura y fruta, cereales, alimentos de origen animal y leguminosas; para asegurar la ingestión de todos los nutrimentos necesarios.
- **Equilibrada:** guarda proporciones adecuadas entre proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas). Sabiendo que todos los nutrimentos son igual de importantes para mantener la salud.
- **Suficiente:** pretende cubrir con las necesidades nutricias que cada persona requiere y obtener un peso saludable. En el caso de los niños se favorece el crecimiento y desarrollo en la velocidad adecuada.
- **Variada:** integra diferentes alimentos de cada grupo en las comidas.
- **Inocua:** significa que el consumo habitual de los alimentos no implica riesgos para la salud, porque están libres de microorganismos dañinos, toxinas y contaminantes.

- **Adecuada:** según los gustos y la cultura de quien la consume, de acuerdo a sus recursos económicos. (Cancela L. N., 2010)

Tratamiento Dietético

La modificación de la alimentación juega un papel fundamental en el manejo del colesterol alto, el tratamiento es permanente.

El paciente debe entender la forma en que debe alimentarse y el tratamiento dietético estará basado en una dieta hipocalórica cuyas características son:

- Proporcionar la cantidad adecuada de calorías para alcanzar o mantener el peso ideal
- Tener un inicio gradual, modificando preferentemente los grupos de alimentos que aportan azúcares simples, reducir la cantidad de calorías totales
- Aportar: Grasas saturadas: < 7%, Grasas mono-insaturadas hasta 20%, Grasas poli-insaturadas hasta 10%, Colesterol < 200 mg/d.
- Aporte de:
 - 15 – 20% de proteínas
 - 25 – 35 % de grasas
 - 50 – 60% de carbohidratos
 - Consumo de fibra soluble entre 20 – 30 g/d.

Recomendaciones generales:

- Alcanzar un peso saludable a través de una alimentación sana y equilibrada, adecuada a las necesidades individuales de cada persona.

- Es conveniente moderar o reducir el consumo de grasa total y, en especial, de grasa animal, rica en grasa saturada y colesterol. Esto no quiere decir que no deban ser consumidos, sólo que hay que ser moderados con determinados alimentos.
- Elegir carnes magras y quitar la grasa visible antes de su cocinado.
- Se debe mantener o aumentar el consumo de pescado frente al de carne, especialmente en el caso de pescados azules, así como aquellos alimentos que contengan ácidos grasos omega-3 los cuales contienen beneficiosos efectos a nivel cardiovascular.
- Se recomienda el consumo hasta 2-3 huevos a la semana (dependiendo del grado de hipercolesterolemia).
- Evitar las preparaciones culinarias excesivamente grasas, como frituras, rebozados, empanados y guisos muy elaborados y elegir las técnicas de parrilla, plancha, cocidos, asados y al horno.
- Evitar las comidas preparadas y los precocinados, ya que con frecuencia llevan adicionada grasa para incrementar su sabor.
- Usar, preferentemente, aceite de oliva frente a los de semillas, y especialmente los tipos vírgenes, ricos en vitamina E, de poder antioxidante.
- Comprobar el etiquetado de los productos elaborados existentes en el mercado, eligiendo aquellos pobres en grasas y colesterol.
- Evitar los productos de pastelería y bollería, así como los helados ricos en nata.

- Si se come fuera de casa, elegir menús ligeros, compuestos por ensaladas, carne de pollo y pescados a la parrilla en lugar de platos más fuertes, moderando el consumo de salsas.
- Aumentar el consumo de fibra y antioxidantes mediante el consumo de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Moderar la ingesta de hidratos de carbono simples o azúcares, como el azúcar de mesa, la miel, mermeladas, dulces y bebidas azucaradas.
- Suprimir el tabaco.
- Realizar un ejercicio físico moderado y regular
- Evitar las situaciones de estrés intentando llevar un ritmo de vida saludable. (Gallegos.B)

Recomendación sobre consumo adecuado de alimentos

Grupo de alimentos	Alimentos Permitidos	Alimentos Restringidos	No consumir
Cereales	*Pasta italiana y galletas preparadas con aceite de oliva o de semilla	Harinas, cereales, (mejor integrales), maíz, galletas integrales. Cereales con azúcar	*pan, *arroz Galletas y bollería industrial preparada con grasas no recomendables

Frutas verduras y legumbres	Todas. Legumbres especialmente recomendadas	*Aceitunas, *aguacates, *patatas fritas en aceite de oliva o de semilla	Patatas chips o patatas o verduras fritas en aceites inadecuados. Coco
*Frutos secos	Nueces, ciruelas pasas, pipas de girasol sin sal	Almendras, castañas, avellanas,	Coco y pipas de girasol saladas
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada, yogurt y productos elaborados con leche desnatada, clara de huevo, flanes sin huevo.	Huevo entero (3 x semana) Queso fresco o con bajo contenido graso, requesón. Leche y yogurt semidesnatado	Leche entera, nata, crema, flanes de huevo, quesos duros y cremosos.
Pescados y Mariscos	Pescado blanco y *azul, *atún en lata, salmón	Bacalao, *sardinas y calamares, gambas, langostinos, cangrejos, camarones	Pescado frito en aceite o grasas no recomendadas,
Carnes rojas		Ternera, vaca, cerdo, cordero (partes magras), jamón pierna o pavo, salchichas de pollo o ternera.	Embutidos, hamburguesas, salchichas, patés, vísceras.
Aves	Pollo, pavo y pato sin piel.		La piel y grasa de aves

Grasas y aceites	Aceites de oliva	Aceites de semillas (girasol, maíz) y margarina vegetal (sin ácidos grasos trans)	Mantequilla, margarinas sólidas, manteca de cerdo, tocino, aceites de palma y de coco
Postres	Reposterías caseras preparadas con alimentos bajos en calorías, como frutas y vegetales.	*Mermeladas, *miel, *azúcar, heladas tortas (preparadas con leche descremada y margarina), flan sin huevo, frutas en almíbar, , bizcochos caseros,	Chocolates, caramelos, turrón y pasteles. Postres con leche entera, huevo y nata o mantequilla. Tartas comerciales.
Bebidas	Agua mineral, *zumos naturales, infusiones, Café y té: 2 al día Vinos: 2 al día	Bebidas y refrescos ligeras sin azúcar	Bebidas azucaradas, sopas de sobre o lata
Especias y salsas	Pimienta, mostaza, hierbas, sofritos, vinagre.	Mayonesa y salsa de tomate	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales (huevo y/o grasa de cerdo)
<p>Nota: la dieta debe modificarse en caso de diabetes, obesidad, hiperuricemia o hipertensión.</p> <p>* Los alimentos señalados con un asterisco, debido a su riqueza calórica, deben limitarse.</p>			

- **Fuente:** (Dra. Roca Ruiz, 2004)

Mensajes Prácticos sobre las frutas y verduras.

- Priorice la ingestión de frutas frescas en su forma natural y ensaladas crudas, debido a las pérdidas inevitables de vitaminas que sufren los alimentos cuando se cocinan.
- Prefiera como postre las frutas frescas y como bebidas los jugos de frutas o de vegetales.
- Seleccione preferentemente los de color verde oscuro y los amarillos o anaranjados.
- Consuma diariamente al menos alguna fruta cítrica.
- Evite quitar la cáscara o piel a los frutos y vegetales que lo admitan (guayaba, tomate, pepino, chayote, berenjena, calabaza).
- Para aumentar el consumo de fibra se debe consumir el hollejo de las frutas cítricas (naranja, mandarina), y no colar los jugos.
- De los métodos de cocción, prefiera a vapor o con muy poca agua. La freidura es el método que más destruye las vitaminas.
- Lave bien las frutas y los vegetales, con agua potable, antes de ser consumidos o para guardarlos en el refrigerador. (jc, 2011)

Mensajes Prácticos sobre los aceites.

- Ingiera grasas en cantidades moderadas.
- Disminuya el consumo de alimentos fritos. Cuando fría debe picar los alimentos en porciones grandes, así absorben menos grasa.
- Prefiera los alimentos cocinados al vapor, horneados, asados o hervidos.
- Evite el recalentamiento de las grasas. Deséchelas cuando estén viscosas o hagan espuma.
- Evite consumir alimentos fritos en la venta callejera o en lugares donde se elaboren en grandes cantidades.
- Trate de no consumir alimentos fritos más de 2 o 3 veces a la semana.

- Preparare los guisos, salsas, aliños y sofritos con menos grasa. Pueden emplearse en su lugar las hierbas aromáticas, jugo de limón o de otras frutas cítricas. En los aliños puede sustituirse la mitad del aceite por agua.
- Consuma con moderación la yema del huevo y las vísceras. por su alto contenido en colesterol.
- Prefiriera el consumo de leche y derivados descremados o semi-descremados. (jc, 2011)

Mensajes Prácticos sobre las carnes

- Prefiera las carnes blancas a las rojas.
- Consuma pescado de dos a tres veces a la semana.
- Elimine las partes grasas de las carnes y evite consumir la piel del pollo.
- Modere el consumo de carnes procesadas por los efectos dañinos para la salud que pudiera tener su exceso (carne enlatadas, jamones, tocinos y embutidos en general).
- Prefiera las carnes horneadas, hervidas o a la parrilla, a las fritas o elaboradas en salsas.
- Sustituya de vez en cuando las carnes por los frijoles. (jc, 2011)

Mensajes Prácticos sobre los azúcares.

- Disminuya el consumo de todo tipo de dulces (caseros, industriales, caramelos, confituras y otros), así como las bebidas endulzadas.
- Disminuya la cantidad de azúcar que añade a la leche, yogurt, jugos de frutas, batidos, infusiones y a cualquier otro alimento, incluyendo los dulces caseros.
- Evite añadir azúcar al yogur saborizado, así como a las bebidas que ya la contienen.
- Consuma preferiblemente las frutas frescas.
- Para endulzar sus alimentos prefiera el azúcar parda o la miel, son más saludables.

- Utilice igual cantidad de azúcar que de pulpa para confeccionar dulces caseros (mermeladas de frutas). Para otros tipos de dulces (frutas en almíbar), prepare el almíbar en la proporción de una taza de agua y una de azúcar; y para las frutas en siropes, dos tazas de azúcar por una de agua. (jc, 2011)

Mensajes Prácticos sobre la sal.

- Añada menos sal al elaborar los alimentos.
- Elimine el salero de la mesa.
- Saborice sus alimentos con el uso de condimentos naturales y de hierbas aromáticas (comino, orégano, cebolla, ajo, romero, albahaca, apio, perejil, cebollino, entre otros), y jugos cítricos.
- Modere el consumo de alimentos encurtidos, conservas, productos salados, ahumados, refrescos embotellados, gaseados y cervezas, así como saborizantes artificiales para las comidas (condimentos industriales y los caldos concentrados).
- Disminuya el uso de la sal en alimentos infantiles.
- Un desayuno adecuado estimula la capacidad de concentración, el rendimiento intelectual y laboral. (jc, 2011)

Mensajes Prácticos sobre el desayuno.

- Desayune con algún alimento: la leche y el pan con mantequilla no son los únicos alimentos que pueden ser consumidos en el desayuno.
- El tiempo que dedica a desayunar, puede ser recuperado con creces al lograr mayor efectividad en las tareas del día.
- De no disponer de tiempo para desayunar, trate de ingerir algún alimento en cualquier otro horario de la mañana.
- Las frutas constituyen una buena opción para el desayuno y las meriendas.
- Puede desplazar algunos de los alimentos de la comida de la noche para el desayuno. . (jc, 2011)

Para asegurarnos de que no sufrimos carencias en nuestra dieta, existen tablas con las necesidades mínimas de los nutrientes esenciales (como las que incluimos con los requerimientos de **proteínas**, de **vitaminas** o de **minerales**), pero es difícil ser consciente de cuáles son los nutrientes incluidos en cada uno de los alimentos que consumimos a diario. Para ello deberíamos pesar y anotar cuidadosamente la composición de cada comida a lo largo del día. Después consultaríamos las **tablas de composición de los alimentos** que se editan en nuestro país y tras llevar a cabo algunos cálculos, compararíamos los resultados con los de las tablas de necesidades mínimas que hayamos elegido. Así sabríamos si estamos cubriendo nuestras necesidades reales de proteínas, aminoácidos y ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales, fibra, etc. Este método funcionaría siempre y cuando hubiéramos pesado bien cada alimento, no nos hubiéramos equivocado en ningún cálculo y todas las tablas que hubiéramos utilizado fueran correctas, ya que cada día están cambiando los criterios.

Puesto que en la realidad este método no resulta muy práctico, parece más sensato dar unas recomendaciones generales que aseguren el cumplimiento de la mayor parte de las premisas que definen una buena alimentación. En este sentido, la Comisión de Nutrición del Senado de Estados Unidos difunde periódicamente unas recomendaciones dietéticas generales aplicables a prácticamente todas las personas sanas.

A continuación, reproducimos un resumen de las últimas RDA de 2001,2005 y 2011 y del Consenso de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria 2001:

1. Comer variadamente de todos los grupos de alimentos, aumentando el consumo de carbohidratos hasta un 50-55% del ingreso energético total, sin que la ingestión de azúcares simples sobrepase el 10% del total. Se recomienda aumentar el consumo de frutas, vegetales y granos completos de cereales, con reducción del consumo de azúcar refinado y alimentos ricos en él
2. El consumo de grasa se corresponderá con un 30-35% del ingreso energético total, siendo el reparto entre la grasa saturada, monoinsaturada y poliinsaturada

algo diferente a lo que se venía recomendando hasta ahora. En base a la prevención de enfermedades cardiovasculares se ha pasado a recomendar que las grasas monoinsaturadas constituyan un 15-20% del total de las calorías ingeridas, a costa de la reducción a un 5% de las poliinsaturadas. Las grasas saturadas deben constituir menos de un 7-8% del total. Además, se recomienda reducir el consumo de colesterol hasta 300 mg/día.

3. Limitar la tasa de proteínas hasta un 10% del ingreso energético diario o 0,8 gr por kilo de peso y día, siempre y cuando las calorías ingeridas sean suficientes para cubrir las necesidades diarias de energía. De no ser así, las proteínas se utilizarían como combustible celular en vez de cumplir funciones plásticas (construcción y regeneración de tejidos) y se produciría un balance de nitrógeno negativo. También se sigue recomendando disminuir el consumo de carnes rojas y aumentar el de aves y pescados.
4. La cantidad de fibra vegetal presente en la dieta debe ser superior a 25 gr/día. Se ha añadido una nueva recomendación en el sentido de que la fibra aportada no debe estar constituida únicamente por fibras insolubles (con celulosa), sino que un 50% del total corresponderá a fibra solubles (con pectinas).
5. La dieta debe aportar las calorías necesarias para cubrir las necesidades metabólicas de energía. En general, recomiendan unas 30-40 Kcal. por kilo de peso y día. En las últimas recomendaciones se ha pasado a matizar que el aporte mínimo de proteínas de 0,8 gr/día no se tenga en cuenta al calcular las calorías aportadas por la dieta, ya que éstas en realidad se utilizan exclusivamente con funciones plásticas y no como combustible celular.

Se aconseja no sobrepasar el consumo de sal en 6 gr/día para evitar un aporte excesivo de sodio, que podría dar lugar a sobrecarga renal e hipertensión. Evitar también los alimentos con alto contenido de sal. Éstos son la mayoría de los alimentos procesados y conservas de comidas preparadas.

Finalmente nos recomiendan que, si consumimos bebidas alcohólicas, debemos hacerlo con moderación. Parece obvio y, sin embargo, una gran parte de la población juvenil de los países industrializados consume alcohol en exceso y en cantidades cada vez mayores.

Quizá sólo habría que añadir que los alimentos deben estar libres de contaminantes tóxicos o peligrosos resultantes del proceso de producción y distribución en la industria alimentaria de nuestros días. (Dietética., 2015)

Menú recomendado para esteatosis hepática:

Día 1

- Desayuno: 1 taza de leche descremada, 1 rodaja de pan integral con 1 cda de queso descremado, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de sopa vegetales, 1 porción de pescado a la parrilla con 1 porción de ensalada, 1 fruta.
- Merienda: 1 yogur descremado o natural con cereales sin azúcar.

Día 2

- Desayuno: 1 taza de infusión, 1 rodaja de pan integral con 1 cda de mermelada dietética, 2 rodajas de melón.
- Almuerzo: 1 taza de crema de espinaca, 1 pechuga a la parrilla con 1 porción de puré de zanahorias, 1 fruta.
- Merienda: 1 plato grande de ensalada de lechuga, tomate y 1 clara de huevo cocinada picada, 1 taza de ensalada de frutas.

Día 3

- Desayuno: 1 taza de leche descremada, 1 rodaja de pan integral con 1 cda de queso descremado, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de crema de acelga, ensalada de col morada, tomate, 1 porción de carne al jugo y 1 fruta.

- Merienda: 1 porción de atún y tomate picado con 1 porción de arroz integral, 1 gelatina dietética.

Día 4

- Desayuno: 1 vaso de zumo de frutas frescas, 1 tostada de pan integral con 1 cda de mermelada dietética,
- Almuerzo: 1 taza de sopa, 1 porción de carne de ternera a la parrilla con 1 porción de ensalada de brócoli, 1 fruta asada.
- Merienda: 1 taza de yogurt con frutas.

Día 5

- Desayuno: 1 taza de leche descremada, 1 tostada de pan integral, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de crema de tomate, 1 porción de pescado a la parrilla con 1 porción de ensalada de zanahorias ralladas, 1 fruta.
- Merienda: 1 porción de pastel de zapallo, 1 porción de gelatina dietética.

Día 6

- Desayuno: 1 taza de infusión, 1 tostada de pan integral con 1 cda de queso descremado dietético, 2 rodajas de melón.
- Almuerzo: 1 taza de sopa de verduras, 1 porción pechuga a la parrilla con 1 porción de puré mixto, 1 taza de ensalada de frutas.
- Merienda: 1 plato de ensalada de tomate, cebolla, queso descremado de pasta firme cortado en cubos, 1 taza de ensalada de frutas.

Día 7

- Desayuno: 1 taza de leche descremada, 1 tostada de pan integral con 1 cda de queso descremado dietético, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de caldo de sopa casera dietética, 1 porción de tallarines con verduras cocidas como brócoli, cebolla de verdeo, ají morrón, 1 fruta asada.

- Merienda: 1 porción de pescado a la parrilla con 1 porción de ensalada de alcachofa, 1 fruta.

Para las colaciones de Media Mañana y Media Tarde puedes elegir entre:

- Yogur descremado
- Frutas
- Verduras
- Barritas de cereal dietéticas
- Queso dietético
- Gelatina dietética (Moirano, 2008)

2.4.2 Actividad física:

Actividad física es cualquier movimiento corporal que da lugar a un gasto de energía (quemar calorías). Realizar una actividad física significa, "moverse". Incorporar a la vida cotidiana algunas actividades sencillas como caminar, subir escaleras, montar en bicicleta, bailar y otras similares, es suficiente para tener una vida activa y mejorar la salud.

Tener una vida activa mejora la salud y el bienestar a cualquier edad. Además, ayuda a prevenir muchos problemas de salud:

- Alivia el estrés
- Mejora la ansiedad y la depresión
- Controla el peso corporal
- Reduce la tensión arterial
- Previene enfermedades musculares y osteoporosis
- Reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon y mama. (MADRID, 2016)

¿Cuánta actividad física es necesaria para obtener beneficios para la salud?

Para una persona adulta basta con:

- Todos o casi todos los días de la semana, 30 minutos de una actividad de intensidad moderada. (intensidad moderada es aquella que permite mantener una conversación al mismo tiempo que se realiza la actividad).

Recuerde:

→ Siempre es mejor hacer algo de ejercicio que nada

→ Siempre hay un tipo de ejercicio que puede realizar.

→ Si tiene alguna enfermedad, debe consultar en su centro de salud acerca de la actividad física que más le conviene.

¿Cómo se puede realizar actividad física?

Algunas ideas para incorporar la actividad física a la vida cotidiana:

- aproveche para caminar en los trayectos al trabajo o a tus actividades cotidianas.
- si utiliza el transporte público, bájese dos paradas antes de su destino y camine.
- utilice las escaleras en lugar del ascensor.
- valore la posibilidad de ir en bicicleta.
- utilice parte de su tiempo de ocio para practicar alguna actividad que le interese, como bailar, jugar, correr, nadar...

Algunos mitos sobre la actividad física

“La actividad física resulta demasiado cara”.

No hay que confundir actividad física con deporte. La actividad física no precisa ningún equipamiento y se puede realizar en cualquier lugar. Por ejemplo: subir escaleras, caminar, bailar, etc.

“La actividad física requiere mucho tiempo” o “estoy demasiado ocupado/a para ponerme a hacer ejercicio”.

Los 30 minutos diarios de actividad física pueden integrarse en tu actividad diaria habitual en el trabajo, en el colegio, en el hogar y en los trayectos a estos centros. Los tiempos de actividad física pueden acumularse a lo largo del día.

"La actividad física es para los jóvenes. A mi edad ya no tengo que preocuparme por esas cosas".

La actividad física mejora la calidad de vida de las personas de todas las edades. En las personas mayores, además de los beneficios generales, es muy útil para prevenir las caídas y mejorar la salud mental ya que aumenta la autoconfianza, la autonomía y además favorece las relaciones sociales. Los beneficios pueden disfrutarse incluso si la práctica regular comienza en una etapa tardía de la vida. (MADRID, 2016)

- **Ejercicio:** Se debe alentar un programa de ejercicio moderado tres o cuatro veces a la semana para alcanzar una frecuencia cardiaca de 60-75% del máximo para la edad.

El ejercicio aeróbico es el recomendado, caminar, trotar, nadar, andar en bicicleta o patines, y remar, de igual modo el trabajo en máquinas estáticas equivalentes, como caminadoras, trotadoras, bicicletas estáticas, etc.

Otros ejercicios también son beneficiosos, ya que consumen calorías y estimulan la liberación de neurotransmisores beneficiosos, ayudando a bajar de peso, y a corregir otras enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, o los excesos de colesterol y/o triglicéridos, aquí se incluyen el bailar el yoga y los deportes competitivos, como futbol, tenis, etc.

Primero que nada, siempre debe hacerse un chequeo cardiovascular previo, especialmente en las personas con factores de riesgo, como hipertensos, dislipidémicos, obesos, diabéticos, y las personas que no han practicado deportes o ejercicios hace tiempo. Una vez autorizado para hacer ejercicios, lo importante es la duración de al menos 30 minutos cada día, con una frecuencia de 3 a 5 veces a la semana.

A un ritmo de moderado a intenso de manera que pueda mantenerse sin problemas, y se disfrute con ello, de modo que poco a poco se instale un cambio en el estilo de vida.

Lo ideal, es efectuar esto en el contexto de un programa de tratamiento global, con un equipo médico multidisciplinario de especialistas, que además incluya nutricionista, psicólogo, y kinesiólogo, apoyando individualmente las necesidades de cada persona.

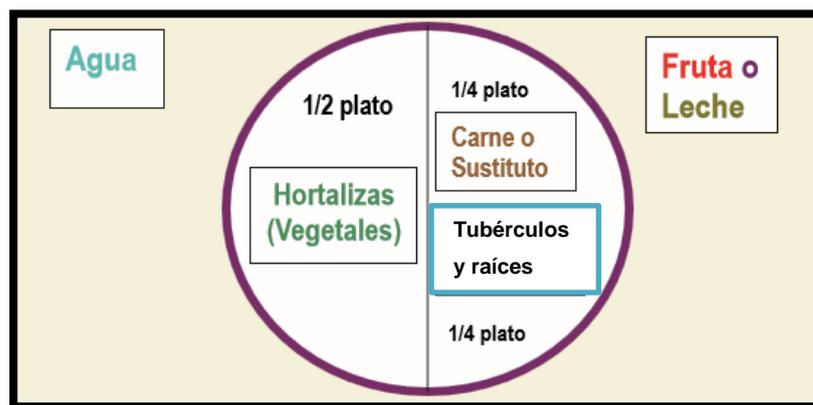
La eficacia de las medidas dietéticas y del ejercicio debe ser evaluada tras un período de 6 meses; si estas medidas no han sido eficaces, se puede considerar otras opciones terapéuticas, tales como la terapia farmacológica.

La pérdida de peso por cirugía (bariátrica) puede ser beneficiosa para los pacientes con obesidad mórbida; se repite aquí que esta técnica se debe considerar temprano, ya que la mayoría de los programas tienden a autorizar este tipo de cirugía para pacientes que ya están cirróticos. Hay algunos estudios limitados que informan una mejora drástica de la enfermedad hepática, así como de otras complicaciones del síndrome metabólico y resistencia a la insulina, luego de una cirugía bariátrica exitosa. (GASTROENTEROLOGY., 2013)

2.3.3 Plato saludable

Un plato saludable comienza con más vegetales, frutas y porciones más pequeñas de proteínas y granos. Piense en cómo ajustar las porciones en su plato para obtener más nutrientes sin incrementar las calorías. Tampoco olvide los productos lácteos; haga de ellos su bebida de acompañamiento o agregue a su plato productos lácteos descremados o con bajo contenido de grasa.

- **Haga que la mitad de su plato consista en frutas y vegetales** Las vegetales y las frutas están repletas de nutrientes que le ayudarán a promover la buena salud. Elija vegetales de color rojo, anaranjado y verde oscuro como tomates, camotes (batatas) y brócoli



Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.
Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

- **Agregue proteínas** Elija alimentos ricos en proteína, como carne magra de res, cerdo, pollo y pavo, frijoles o tofu. Haga que la proteína en su plato provenga de pescados y mariscos dos veces por semana.
- **Incluya productos de granos integrales.** Intente que por lo menos la mitad de los granos consumidos sean granos integrales. Busque las designaciones “100% granos integrales” o “100% trigo integral” en las etiquetas. Los granos integrales contienen más nutrientes, como fibra, que las harinas refinadas.

- **No olvide los productos lácteos** Acompañe sus comidas con una taza de leche descremada o baja en grasa. Esta contiene la misma cantidad de calcio y otros nutrientes esenciales que la leche entera, pero con menos grasa y calorías. ¿No bebe leche? Pruebe leche de soja (bebida de soja) como bebida, o bien incluya en su comida yogur descremado con bajo contenido de grasa.
- **Evite la grasa adicional** El uso de salsas o aderezos espesos agregará grasas y calorías a comidas que de otro modo serían sanas. Por ejemplo, el brócoli al vapor es excelente, pero evite cubrirlo con salsa de queso. Pruebe otras opciones, como queso parmesano rallado bajo en grasa o jugo de limón.
- **Coma con calma** Saboree la comida. Coma despacio, disfrute del sabor y las texturas, y preste atención a cómo se siente. Tenga en cuenta que comer demasiado rápido puede resultar en comer demasiado.
- **Use un plato más pequeño.** Use platos más pequeños a la hora de la comida para controlar las porciones. De esa manera puede “limpiar el plato” y sentirse satisfecho sin comer demasiado.
- **Controle sus alimentos** Coma en casa con más frecuencia para que sepa exactamente lo que come. Si sale a comer, lea y compare la información de nutrición. Elija opciones más sanas como alimentos horneados en lugar de fritos.
- **Pruebe alimentos nuevos** Mantenga el interés en elegir alimentos nuevos que tal vez nunca antes ha probado, como mangos, lentejas o lechuga. ¡Tal vez encuentre su nuevo alimento favorito! Intercambie recetas sabrosas y divertidas con sus amigos, o busque recetas nuevas en internet.
- **Satisfaga el gusto dulce de manera sana** Permítase un postre naturalmente dulce: ¡frutas! Sirva ensalada de frutas frescas o un postre helado con yogur y fruta. Para un postre caliente, hornee manzanas y cúbralas con canela. (Promotio, 2011)

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.

3.1. Tipo de Estudio

La presente investigación es descriptiva y de corte transversal.

Transversal porque se medirá en un solo momento y descriptivo porque se describirá la situación observada en los pacientes con hígado graso sobre estilos de vida y estado nutricional del grupo de estudio.

3.2 Localización de estudio.

El presente estudio se realizará en el Hospital Eugenio Espejo ubicado en la provincia de Pichincha, en la ciudad de Quito, localizada en la Región Sierra del Ecuador y forma parte de la Zona Norte del País; limita al norte con las provincias de Esmeraldas e Imbabura, al este con las de Sucumbíos y Napo, al sur con las de Cotopaxi, Los Ríos y Guayas, y al Oeste con la de Manabí. Su capital es Quito, que se encuentra a 2810 m. de altitud.



Google. (s.f.). [Mapa de Quito, Ecuador-Hospital Eugenio Espejo en Google maps].

3.3 Población:

La población de estudio está constituida por todos los pacientes, con hígado graso que acuden a Consulta Externa del Servicio de Nutrición y Dietética y hospitalizados del Hospital Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en un periodo de 2 meses.

3.4 Identificación de variables de estudio

- Características sociodemográficas
- Estilos de vida
- Estado nutricional

3.5 Operacionalización de las Variables

VARIABLE	INDICADOR	ESCALA
Características sociodemográficas	Género	Masculino Femenino
	Edad	12 - 18 19 – 39 40 – 60 >60
	Etnia	Afroecuatoriano Indígena Mestizo Montubio Blanco
	Estado Civil	Soltero Casado Unión libre Divorciado Viudo
	Nivel de instrucción	Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior

	Ocupación	Empleado publico Empleado privado Independiente
	Lugar de residencia	Urbano Rural
Estilos de vida	Realiza actividad física	Si - No. Tipo e intensidad de la actividad física <ul style="list-style-type: none"> - Más de 5 veces/semana → Habitual - 3 a 4 veces/semana → Muy frecuente - 2 a 3 veces/semana → Frecuente - 1 a 2 veces/mes → Poco frecuente - 1 vez/mes → Limitado o eventual
	Fuma cigarrillo	Si - No Cantidad y Frecuencia de consumo de cigarrillos <ul style="list-style-type: none"> - 1 a 5 cigarrillos o 6 a 10 cigarrillos → Poco frecuente - 11 a 15 cigarrillos o 16 a 20 cigarrillos → Frecuente - 21 a 25 cigarrillos o > de 26 cigarrillos → Muy frecuente
	Consume alcohol	Si - No. Cantidad y Frecuencia de consumo de alcohol <ul style="list-style-type: none"> - Más de 5 veces/semana → Habitual - 3 a 4 veces/semana → Muy frecuente

		<ul style="list-style-type: none"> - 1 a 2 veces/semana → Frecuente - 2 a 3 veces/mes → Poco frecuente - 1 vez/mes → Limitado o eventual
	Acude a control médico	<p>Si - No.</p> <p>Cada 6 mese</p> <p>Cada 12 meses</p> <p>>12 meses</p>
	Acude a control dental	<p>Si – No</p> <p>Cada 6 mese</p> <p>Cada 12 meses</p> <p>>12 meses</p>
	En donde come	Casa – Restaurante
	Con quien come	Familia- Amigos – Solo
	Consume comida rápida	Si – No
	Consumo de alimentos	<p>Frecuencia de consumo por grupos de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Más de 5 veces/semana → Habitual - 3 a 4 veces/semana → Muy frecuente - 1 a 2 veces/semana → Frecuente - 2 a 3 veces/mes → Poco frecuente - 1 vez/mes → Limitado o eventual - No consume

	Consume agua	<p>Si - No</p> <p>Frecuencia de consumo de agua</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 vasos/día → Muy frecuente - 5-7 vasos/día → Frecuente - 2-4 vasos/día → Poco frecuente - < 2 vasos/día → Insuficiente
--	--------------	---

Estado nutricional	Antropométricos:	
	IMC	<p>Normal de 18,5 a 24,9</p> <p>Sobrepeso Grado I de 25,0 a 29.9</p> <p>Sobrepeso Grado II de 30,0 a 34.9</p> <p>Sobrepeso Grado III de 35 a 39.9</p> <p>Obesidad de 40,0 y más.</p>
	Circunferencia cintura	<p>Hombre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal <95 cm. • Riesgo elevado 95-102 cm • Riesgo muy elevado >102 cm <p>Mujer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Normal <82 cm. • Riesgo elevado 82-88 cm • Riesgo muy elevado >88 cm
	Bioquímicos:	
	Colesterol Total	<p>Deseable: < de 200 mg/dL</p> <p>Limítrofe Alto: 200–239 mg/dL</p> <p>Alto: 240mg/dL y más</p> <p>Mayor a 35 mg/dL en Mujeres</p>

	Colesterol HDL	Mayor a 45 mg/dL en hombres
		Optimo : < de 100 mg/dL Cerca de lo optimo: 100 – 129 mg/dL Limítrofe alto: 130-159 mg/dL
	Colesterol LDL	Alto: 160-189 mg/dL Muy alto: 190 mg/dL y más.
	Triglicéridos	Deseable: < de 150 mg/dL Limítrofe alto: 150-199 mg/dL Alto: 200-499 mg/dL
	Dietéticos	
	Frecuencia de consumo de alimentos. (grupos de alimentos)	6-7 v/s → Muy frecuente 4-5 v/s → Frecuente 2-3 v/s → Poco frecuente 1 v/s → Casi nunca

3.6 Metodología y Técnica de recolección de datos

En la presente investigación se procedió a la recolección de datos a través de una encuesta personal aplicada a los pacientes tomando en cuenta las siguientes variables:

3.6.1 Características socio demográficas

Para obtener la información sobre características de la población a estudiar se aplicó una encuesta que contiene preguntas relacionadas con la ocupación, estado civil, edad, instrucción, género, etnia y lugar de residencia.

3.6.2 Estilos de vida

La información se recopiló mediante la aplicación de una encuesta de preguntas cerradas y semi abiertas con la formulación de subtítulos: fuma cigarrillo, consumo de alcohol, actividad física, hábitos, control médico - dental y alimentario las cuales darán a conocer los estilos de vida de la población a estudiar.

3.6.3 Evaluación nutricional:

Dicha información se obtuvo mediante la medición de peso, talla lo que sirvió para el cálculo del IMC, también se realizó la medición de circunferencia de la cintura y mediante la revisión en las historias clínicas de los pacientes se tomó información de pruebas bioquímicas que ayudaron a evidenciar excesos del perfil lipídico.

A continuación, se presentan los puntos de corte que sirvieron para realizar la clasificación nutricional según IMC, riesgo metabólico con circunferencia de cintura, % de grasa y perfil lipídico

IMC

Normal de 18,5 a 24,9

Sobrepeso Grado I de 25,0 a 29.9

Sobrepeso Grado II de 30,0 a 34.9

Sobrepeso Grado III de 35 a 39.9

Obesidad de 40,0 y más.

CIRCUNFERENCIA DE CINTURA

Hombre:

- Normal <95 cm.
- Riesgo elevado 95-102 cm

- Riesgo muy elevado >102 cm

Mujer:

- Normal <82 cm.
- Riesgo elevado 82-88 cm
- Riesgo muy elevado >88 cm

GRASA CORPORAL

Mujeres				
Edad (años)	Bajo en grasa	Saludable	Alto en grasa	Obeso
18 – 39	0 – 20%	21 – 32%	33 – 39%	Mayor 39%
40 – 59	0 – 22%	23 – 33%	34 – 40%	Mayor 40%
60 – 99	0 – 23%	24 – 35%	36 – 42%	Mayor 42%
Hombres				
Edad (años)	Bajo en grasa	Saludable	Alto en grasa	Obeso
18 – 39	0 – 7%	8 – 19%	20 – 24%	Mayor 25%
40 – 59	0 – 10%	11 – 21%	22 – 27%	Mayor 28%
60 – 99	0 – 12%	13 – 24%	25 – 29%	Mayor 30%

PERFIL LIPÍDICO

Colesterol total:

- Deseable: < de 200 mg/dL
- Límite Alto: 200–239 mg/dl

Colesterol LDL:

- Alto: 240mg/dL y más
- Mayor a 35 mg/dL en Mujeres

- Mayor a 45 mg/dL en Hombres

Colesterol HDL

- Optimo : < de 100 mg/dL
- Cerca de lo óptimo: 100 – 129 mg/dL
- Limítrofe alto: 130-159 mg/dL
- Alto: 160-189 mg/dL
- Muy alto: 190 mg/dL y más.

Triglicéridos:

- Deseable: < de 150 mg/dL
- Limítrofe alto: 150-199 mg/dL
- Alto: 200-499 mg/dL

3.6.4 Indicador dietético:

3.6.4.1 Frecuencia de consumo

Mediante el método de Frecuencia de consumo utilizado en el área clínica de nutrición ayuda a obtener información cualitativa, la cual consiste en preguntar al paciente la periodicidad con que consume diferentes alimentos de una lista determinada. Tiene como objetivo conocer el consumo de diferentes grupos de alimentos en el pasado lejano lo cual permite conocer los hábitos alimentarios del paciente. (Anexo 1).

3.6.5 Procesamiento y análisis de datos:

Una vez obtenida la información se construyó una base de datos con los registros de cada paciente y se elaboró las tablas de resultados que reflejan las variables estudiadas. Las variables medidas en la escala ordinal y nominal se midieron en número y porcentaje.

Las variables continuas se midieron con medidas de tendencia central y dispersión.

3.6.5.1 Descripción de variables

- Realización de una base de datos electrónicos utilizando Microsoft Excel 2013
- Depuración de datos, para la verificación de mínimos y máximos.
- Construcción de índices y escalas
- Procesamiento en el programa EPINFO, para el análisis (univariado y bivariado) de las variables más importantes
- Las variables nominales (sexo, estado civil, lugar de residencia, ocupación) se midieron en frecuencia y porcentaje.
- Las variables continuas (edad, peso, talla, IMC, relación cintura cadera, porcentaje de agua, porcentaje de grasa) se medirán con medidas de tendencia central o media, mediana, moda, medidas de dispersión: desviación estándar, coeficiente de variación y análisis de la distribución.

3.6.6 Orientación sobre estilos de vida saludables.

En base a los resultados obtenidos se procedió a la instrucción de los pacientes investigados sobre estilos de vida saludables, para ello se convocó a los pacientes que son atendidos en consulta externa de Nutrición a una charla educativa y a los pacientes hospitalizados se dio instrucción personalizada, sobre el tema antes mencionado. En los dos casos se entregó material educativo que contiene información sobre una dieta balanceada, actividad física y el consumo del plato saludable.

3.7 Recursos

3.7.1 Recursos humanos

- Pacientes con hígado graso
- Tesistas
- Tutora

3.7.2 Recursos materiales

- Formularios
- Materiales de escritorio (esfero, borrado, lápiz, hojas, apoya manos, libreta, corrector)

Equipos

- Balanza (Tanita BC-554)
Impedancia 150-900 (unidad de 1Ω).
Graduación de peso cada 0,1 kg
Graduación de masa grasa 0,1 kg
Graduación de total de agua corporal cada 0,1 kg
Posee pantalla de dos niveles
Capacidad de peso 330lb (150kg)
Datos personales 5 memorias
Incrementos cada 100gr
Proporciona la alternativa de uso “solo peso”.

Monitorea los siguientes datos: BMI (Índice de masa corporal), BMR (Rango metabólico basal), porcentaje de masa grasa corporal, porcentaje de agua corporal total, nivel de grasa visceral, masa muscular, masa ósea.

- Tallímetro (seca 213)
 - Rango de medición en cm: 20 - 205 cm
 - División: 1 mm, 1 mm
 - Dimensiones (AxAxP): 337 x 2165 x 590 mm
 - Peso neto: 2,4 kg
 - Funciones: Medición móvil

- Computadora

- Cinta métrica

CAPÍTULO IV

4.1 RESULTADOS

Tabla 1. Características socio demográficas de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo

CARACTERISTICAS	N°	%	CARACTERISTICAS	N°	%
GENERO n=69			ETNIA n=69		
Masculino	7	10,1	Mestizo	63	91,3
Femenino	62	89,9	Blanco	1	1,4
			Afroecuatoriano	5	7,2
Total	69	100	Total	69	100
EDAD n=69			INSTRUCCIÓN n=69		
12 a 18	1	1,4	Analfabeta	4	5,8
20 a 39	9	13	Primaria completa	26	37,7
40 a 60	52	75,4	Primaria incompleta	6	8,7
más 60	7	10,1	Secundaria completa	20	29
			Secundaria incompleta	4	5,8
			Superior	9	13
Total	69	100	Total	69	100
ESTADO CIVIL n=69			OCUPACION n=69		
Casado	40	58	Empleado privado	3	4,3
Divorciado	5	7,2	Empleado publico	10	14,5
Soltero	20	29	Quehaceres domésticos	56	81,2
Viudo	4	5,8			
Total	69	100	Total	69	100
LUGAR					
RESIDENCIA n=69					
Rural	11	15,9			
Urbano	58	84,1			
Total	69	100			

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

La tabla 1, se observa las características sociodemográficas de los pacientes, en donde se evidencia un mayor porcentaje de género femenino (89,9%), en edades comprendidas entre los 40 a más de 60 años (85,5%), en cuanto a la etnia existe mayor presencia de mestizos (91,3%). Con respecto a la instrucción la mayoría manifiesta haber terminado la primaria completa (37,7%). En relación al estado civil la mayor parte de la población manifestó ser casado (58%). Con respecto a la ocupación se evidencia que el (81,2%) se dedica a quehaceres domésticos. El mayor porcentaje de pacientes reside en la zona urbana con el 84.1 %

Tabla 2. Estilos de vida de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo

CARACTERISTICAS	N°	%	CARACTERISTICAS	N°	%
FUMA n=69			CONSUME ALCOHOL n=69		
No	68	98,6	No	66	95,7
Si	1	1,4	Si	3	4,3
Total	69	100	Total	69	100
CUANTOS /DIA n=69			CUAL n=69		
Ninguno	68	98,6	Ninguna	66	95,6
1 a 5 cigarrillos	1	1,4	Cerveza	2	2,8
Total	69	100	Puro	1	1,4
			Total	69	100
CUANTO TIEMPO n=69			CUANTAS		
Cero	68	98,6	VECES/SEMANA n=69		
más de 5 años	1	1,4	Cero	66	95,7
Total	69	100	1 a 2 veces	3	4,3
			Total	69	100
CUANTAS			QUE CANTIDAD n=69		
VECES/SEMANA n=69			Cero	66	95,7
Cero	68	98,6	1 botella	2	2,9
1 a 3 veces	1	1,4	menos de 1 botella	1	1,4
Total	69	100	Total	69	100
ACUDE CONTROL			ACUDE CONTROL		
MEDICO n=69			DENTAL n=69		
No	2	2,9	No	55	79,7
Si	67	97,1	Si	14	20,3
Total	69	100	Total	69	100
CADA CUANTO n=69			CADA CUANTO n=69		
no acude	2	2,9	no acude	55	79,7
cada 6 meses	67	97,1	cada 12 meses	4	5,8
Total	69	100%	cada 6 meses	10	14,5
			Total	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 2, se observa que casi en su totalidad los pacientes no fuman (98,6%), , con similares porcentajes se evidencia que la mayoría no consume alcohol (95,7%) en relación al (4,3%) que si consume con una frecuencia que va entre 1 a 2 veces a la semana y en cuanto a la bebida alcohólica que prefieren mencionan que es la cerveza. En cuanto se refiere a cuidados médicos la mayoría si acude a control médico regular

es decir cada 6 meses (97,1%), por otro lado la mayoría de pacientes (79,7%) no acude a control dental regularmente.

Tabla 3. Actividad Física de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

CARACTERISTICAS REALIZA ACT/FISC n=69			CARACTERISTICAS INTENSIDAD n=55		
	N°	%		N°	%
Si	55	79,7	Leve	35	63,6
No	14	20,3	Moderada	20	36,4
Total	69	100	Total	55	100
QUE TIPO n=55			DIAS/SEMANA n=55		
Aeróbicos	4	7,2	Uno a Dos	7	12,7
Bailoterapia	5	9	Tres	21	38
Caminata	39	71	Cuatro	9	16,3
Correr	6	11	Cinco	9	16,3
Natación	1	1,8	Seis	3	5,4
			Siete	6	11
Total	55	100	Total	55	100
MINUTOS/DIA n=55					
15 a 30 min	2	3,6			
31 a 60 min	30	54,5			
61 a 90 min	17	31			
91 a 120 min	4	7,2			
121 a 150 min	1	1,8			
151 a 180 min	1	1,8			
Total	55	100			

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

La tabla 3, evidencia que existe un alto porcentaje de pacientes que si acostumbran a realizar actividad física regularmente es decir (79,7%), en cuanto a quienes si realizan actividad física la mayoría prefiere actividades de intensidad leve con un (63,6%), de los cuales las caminata (71%) es la actividad física más realizada. Además se observa que la mayor frecuencia de actividad física es de 3 días por semana (38%); en cuanto a los minutos dedicados a realizar actividad física al día se observa que la mayoría de pacientes (54,5%) ocupa entre 30 y 60 minutos diarios.

Tabla4. Hábitos alimentarios de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

CARACTERISTICAS	Nº	%	CARACTERISTICAS	Nº	%
DONDE COME n=69			CON QUIEN n=69		
Casa	57	82,6	Compañeros	5	7,2
Restaurante	12	17,4	Familia	58	84,1
			Solo	6	8,7
Total	69	100	Total	69	100
PREPARACIONES PREFERIDAS n=69			CUANTOS VASOS DE AGUA TOMA/DIA n=69		
Estofado	31	44,9	1 a 2	2	2,9
Frito	4	5,8			
Jugo	29	42	3 a 4	19	27,5
Vapor	4	5			
Asado	1	1,4	Más de 4		69,6
Total	69	100	Total	69	100
AÑADE MÁS SAL A LAS PREPARACIONES n=69			COME EN RESTAURANTES DE COMIDA RAPIDA n=69		
Si	4	5,8	A veces	27	39,1
No	65	94,2	No	41	59,4
			Si	1	1,4
Total	69	100	Total	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva

En la tabla 4, se muestra que un elevado porcentaje de pacientes acostumbra comer en casa (57%), de la misma manera se observa que la mayoría de pacientes prefiere comer en compañía de su familia (84,1%). Dentro de la preparación preferida está el estofado (44,9%); en cuanto al consumo diario de agua la gran mayoría consume más de 4 vasos de agua al día (69,6%). Un porcentaje elevado de pacientes manifiesta no añadir más sal a las preparaciones (94,2%) además se observa que la mayoría de pacientes no come en restaurantes de comida rápida (59,4%) un (39,1%) come a veces en restaurantes de comida rápida.

Tabla 5. Tiempos de comida que consumen de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

CARACTERISTICAS DESAYUNA n=69			CARACTERISTICAS MEDIA TARDE n=69		
	N°	%		N°	%
A veces	7	10,1	A veces	29	42
No	1	1,4	No	15	21,7
Si	61	88,4	Si	25	36,2
Total	69	100	Total	69	100
MEDIA MAÑANA n=69			MERIENDA n=69		
A veces	24	34,8	A veces	24	34,8
No	13	18,8	No	6	8,7
Si	32	46,4	Si	39	56,5
Total	69	100,0	Total	69	100
ALMUERZA n=69					
A veces	5	7,2			
SI	64	92,8			
Total	69	100			

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 5, se observa que casi en su totalidad los pacientes si acostumbran desayunar (88,4%), de la misma manera se observa que la mayoría de pacientes si consume algún tipo de refrigerio a media mañana (46,4%) en cuanto se refiere a el almuerzo la gran mayoría si consume algún tipo de alimento (92,8%) pudiendo observar que ninguno de los pacientes deja de comer el almuerzo. En cuanto al consumo de refrigerio a media tarde la mayoría manifestó consumirlo a veces (42%), mientras el (21,7%) no consume ningún tipo de alimento en ese horario, por último se aprecia que la mayoría de pacientes si merienda (56,5%).

Tabla 6. Frecuencia de consumo de lácteos por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO n=69	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente		frecuente		poco frecuente		casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Leche	48	70	21	30	10	21	4	8.3	16	33.3	18	37.4
Queso	49	71	20	29	4	8	4	8	18	37	23	47

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 6, se observa que el (71%) consume queso fresco siendo el lácteo de mayor consumo por los pacientes, de este porcentaje el (47%) lo consume 1 vez a la semana, y un (37%) lo consume de manera poco frecuente es decir de 2 a 3 veces a la semana. En cuanto a la leche el (70%) de la población manifiesta que si la consume, de este porcentaje el (37.4%) corresponde a la población que consume 1 vez en la semana y el (33.3)% corresponde a la población que consume leche 2 a 3 veces a la semana es decir poco frecuente.

Tabla 7. Frecuencia de consumo de carnes, pescado, mariscos, embutidos y huevos por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO n=69	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente		frecuente		poco frecuente		casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Res	49	71	20	29	0	0	3	6	6	12	40	82
Chancho	32	46	37	54	1	3	0	0	3	9	28	88
Pollo	68	98.5	1	1.5	24	35	29	43	14	21	1	1
Vísceras	25	36	44	64	0	0	0	0	7	28	18	72
Pescado y mariscos	66	96	3	4	0	0	2	3	15	23	49	74
Atún y sardina	62	90	7	10	0	0	0	0	11	18	51	82
Huevos	62	90	7	10	5	8	10	16	33	53	14	23
Embutidos	23	33	46	67	0	0	0	0	6	26	17	74

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 7, se observa la frecuencia de consumo de alimentos fuente de proteína animal, el pollo es el alimento de mayor consumo con un porcentaje de (98,5%), del cual (43%) corresponde a la población que consume de manera frecuente es decir de 4 a 5 veces en la semana. El (96%) de pacientes si consume pescados y mariscos pero la mayoría de ellos (74%) manifiestan consumirlo 1 vez a la semana; se observa también que el huevo, el atún y las sardinas si son consumidas por los pacientes ya que el (90%) de ellos mantiene una frecuencia de consumo de 1 a 3 veces por semana.

Tabla 8. Frecuencia de consumo de leguminosas por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		Muy frecuente				poco frecuente		casi nunca	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Lenteja	49	71	20	29	2	4	12	25	15	31	20	41
Habas	52	75	17	25	2	4	12	23	14	27	24	46
Frejol	54	78	15	22	2	4	12	22	16	30	24	44
Arveja	53	77	16	23	3	6	12	23	16	30	22	42
Garbanzo	13	19	56	81	0	0	2	15	1	8	10	77
Chochos	63	91	7	9	4	6	7	11	12	19	39	62
Soya	5	7	64	93	1	20	1	20	0	0	3	60

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva

En la tabla 8, se observa que el chocho es la leguminosa más consumida con un (91%), el fréjol también se ha constituido en el alimento más consumido con un (78%) seguido por la arveja con un (77%), cabe destacar que los pacientes consumen este tipo de leguminosas con una frecuencia de 1 vez a la semana.

Tabla 9. Frecuencia de consumo de cereales y derivados por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente		frecuente		poco frecuente		casi nunca	
n=69	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Arroz	69	100	1	1.4	48	71	8	12	8	12	3	5
Fideos y tallarín	68	98.5	0	0	0	0	8	12	36	52	25	36
Pan	65	94	4	6	46	71	5	8	10	15	4	6
Harinas	39	57	30	43	2	5	2	5	12	31	23	59
Maíz y canguil	59	86	10	14	0	0	1	3	11	19	47	80

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 9, se observa que el cereal más consumido es el arroz ya que el (100%) de los pacientes manifestaron si consumirlo, en donde el (71%) de ellos lo hace de manera muy frecuente es decir todos los días, seguido de los fideos y tallarines con un (98.5%) de manera frecuente, el pan también es consumido muy frecuentemente con un (94%). En cuanto al maíz y canguil se evidencia un alto consumo (86%) de los cuales la mayoría manifiesta consumirlo 1 vez a la semana, finalmente las harinas son el alimento de este grupo con menos porcentaje de consumo con un (57%).

Tabla 10. Frecuencia de consumo de tubérculos, raíces, plátano verde y maduro por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL									
	Si		No		muy frecuente				poco frecuente				casi nunca	
n=69	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Papas	68	98.5	1	1.4	9	13	33	48.5	17	25	9	13		
Yuca	56	81	13	19	0	0	1	1.8	14	25	41	73		
Camote	23	33	46	3	0	0	2	9	8	35	13	57		
Plátano verde	63	91	6	9	1	1.6	3	5	19	30	40	63		
Plátano maduro	57	83	12	17	0	0	11	19	33	58	13	23		

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva

En la tabla 10, se puede destacar el consumo de papa con el (98.5), en donde se destaca este alimento por el hecho de ser consumido entre 4 a 5 veces a la semana es decir frecuentemente, seguida por el consumo de plátano verde con un (91%), plátano maduro (83%), yuca (81%) y finalmente el tubérculo menos consumido es el camote con un (33%), es importante mencionar que estos alimentos son consumidos entre 2 a 3 veces a la semana es decir poco frecuente.

Tabla 11. Frecuencia de consumo de frutas, verduras y hortalizas por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente				poco frecuente		casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
n=69												
Frutas	69	100	0	0	45	65	16	23	8	3	0	0
Vegetales	62	90	7	11	9	15	24	39	23	37	6	10
Hortalizas	68	99	1	1.5	38	56	19	28	11	16	0	0

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 11, se puede observar que el (100%) de los pacientes consumen frutas y de estos el (65%) lo hace diariamente y el porcentaje restante consume frutas regularmente; en cuanto al grupo de hortalizas el (99%) de los pacientes lo consume de estos (56%) lo hace diariamente, finalmente se puede ver que el (90%) del total de pacientes si consume verduras de los cuales el (39%) lo hace de 4 a 5 veces a la semana.

Tabla 12. Frecuencia de consumo de azúcares por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente		frecuente		poco frecuente		casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
n=69												
Azúcar	45	65	24	35	34	76	10	22	0	0	1	2
Mermelada	7	10	62	90	0	0	0	0	2	29	5	71
Panela	21	30	48	70	4	19	1	5	5	24	11	52

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 12, se destaca el consumo de azúcar con (65%) del total de pacientes y de los cuales el (76%) consume este alimento diariamente y el (10%) lo consume frecuentemente es decir entre 4 y 5 veces a la semana, la panela con un (21%) y la mermelada con apenas (10%) del consumo total, es evidente que dentro del grupo de alimentos netamente energéticos el azúcar prevalece ante la panela y la mermelada.

Tabla 13. Frecuencia de consumo de grasas por los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

ALIMENTO	CONSUME				CONSUMO SEMANAL							
	Si		No		muy frecuente		frecuente		poco frecuente		casi nunca	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
n=69												
Aceite vegetal de palma	64	93	5	7	40	63	14	22	6	9	4	6
Manteca vegetal	4	6	65	94	0	0	0	0	3	75	1	25
Manteca de cerdo	9	13	60	87	2	3	0	0	2	22	5	56
Chicharon	11	16	58	84	0	0	0	0	1	9	10	90

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 13, se observa el aceite vegetal de palma como alimento de mayor consumo en el grupo de grasas, ya que el (93%) de los pacientes manifestaron consumirlo del cual el (63%) lo consume de manera muy frecuente es decir todos los días mientras el (22%) lo consume de entre 4 a 5 veces a la semana es decir frecuentemente. En cuanto a los demás alimentos del grupo de grasas como el chicharrón, la manteca de cerdo y la manteca vegetal son consumidos pero en menor frecuencia.

Tabla 14. Estado nutricional y riesgo metabólico de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo

CARACTERÍSTICAS			CARACTERÍSTICAS		
IMC n=69	Nº	%	% GRASA n=69	Nº	%
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Normal	3	4,3	Bajo en grasa	1	1,4
Sobrepeso	8	11,6	Saludable	1	1,4
Obesidad 1	27	39,1	Alto en grasa	26	37,68
Obesidad 2	16	23,2	Obeso	41	59,42
Obesidad 3	15	21,7			
Total	69	100	Total	69	100
CIRCUNFERENCIA DE CINTURA n=69			% AGUA n=69		
	Frecuencia	Porcentaje		Frecuencia	Porcentaje
Hombres normal	1	1,4	Hombres normal	2	2,9
Hombres riesgo muy alto	6	8,7	Hombres bajo	5	7,2
Mujeres normal	3	4,3	Mujeres normal	12	17,4
Mujeres riesgo elevado	4	5,8	Mujeres bajo	50	72,5
Mujeres riesgo muy alto	55	79,7			
Total	69	100	Total	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 14, se determina el estado nutricional y riesgo metabólico de los pacientes en donde se puede ver que el (39%) y (23%) presenta obesidad 1 y obesidad 2 respectivamente siendo estos índices de masa corporal los más frecuentes entre los pacientes, en menor porcentaje se observa con sobrepeso un (11.6%) y con un IMC normal solamente el (4%). En cuanto al porcentaje de grasa corporal el (59%) de los pacientes son obesos seguido de un (38%) que presenta un porcentaje de grasa corporal alto y apenas el (1.4%) mantiene porcentajes de grasa saludables. Se puede observar que el (80%) de los pacientes correspondiente al género femenino presenta un riesgo muy alto de presentar problemas cardiovasculares representado por su

circunferencia de cintura, en contraste el porcentaje de pacientes de género masculino con riesgo muy alto es menor con un (9%), solamente el (4.3%) de mujeres y (1.4%) de hombres tiene circunferencia de cintura normal; finalmente en cuanto al porcentaje de agua se evidencia que en los dos géneros se presentan niveles bajos de agua en donde el género femenino representa un (72%) y masculino (7%).

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.
Elaborado: Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva

Tabla 15. Perfil lipídico de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo

CARACTERÍSTICAS	N°	%	CARACTERÍSTICAS	N°	%
COLESTEROL			TRIGLICÉRIDOS		
TOTAL n=69			n=69		
Optimo	39	57	Optimo	30	44
Limítrofe Alto	16	23	Limítrofe Alto	16	23
Alto	14	20	Alto	23	33
Total	69	100	Total	69	100
COLESTEROL HDL			COLESTEROL LDL		
n=69			n=69		
Mujer/Bajo	34	49	Optimo	16	23
Mujer/Normal	28	41	Cerca de lo Optimo	14	20
Hombre/Bajo	3	4	Limítrofe alto	19	28
Hombre/Normal	4	6	Alto	12	17
			Muy alto	8	12
Total	69	100%	Total	69	100

La tabla 15, se muestra el perfil lipídico de los pacientes de los cuales la mayoría mantiene un nivel óptimo de colesterol en sangre (57%), en cuanto a los pacientes que mantienen un nivel de colesterol alto corresponde al (20%). Es evidente que el (44%) de pacientes mantiene un nivel óptimo de triglicéridos en sangre, y el (33%) mantiene niveles de triglicéridos altos, además se evidencia un (49%) de mujeres con cantidades bajas de colesterol HDL y en hombres el (6%) mantiene niveles normales. Se analizó también el colesterol LDL en donde el (28%) se encuentra en el límite alto, mientras el (12%) mantiene sus niveles de LDL muy altos.

Tabla 16. IMC en relación con el género de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

IMC	GENERO					
	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	0	0	3	4.4	3	4.4
Sobre peso	0	0	8	11.7	8	11.7
Obesidad 1	4	5.8	23	33.3	27	39.2
Obesidad 2	2	2.9	14	20.3	16	23.3
Obesidad 3	1	1.4	14	20.3	15	21.8
Total	7	10.1	62	89.9	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 16, se observa el IMC en relación al género en donde el (39%) de los pacientes presenta obesidad 1, dentro del cual el (33%) corresponde al género femenino, el (23%) de los pacientes padece de obesidad 2 distribuido más en mujeres con un (20%) y el (21.8%) de los pacientes presentan obesidad 3 prevaleciendo en el género femenino con un (20%) ante el masculino de (1.4%); es importante mencionar que solamente el (4.4%) del total de pacientes mantiene su IMC normal.

Tabla 17. Nivel de instrucción en relación al grupo etario de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

INSTRUCCIÓN	EDAD									
	12-19		20-39		40-60		+60		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Analfabeta	0	0	0	0	3	4.4	1	1.4	4	5.8
Primaria completa.	0	0	1	1.4	22	31.8	3	4.4	26	37.7
Primaria incompleta	0	0	0	0	3	4.4	3	4.4	6	8.7
Secundaria completa	0	0	3	4.4	17	24.6	0	0	20	29
Secundaria incompleta	1	1.4	1	1.4	2	2.9	0	0	4	5.8
Superior	0	0	4	5.8	5	7.24	0	0	9	13
Total	1	1.4	9	13	49	71	7	10.2	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 17, como se puede observar del total de pacientes un (37.7%) ha completado la primaria de los cuales la mayoría corresponde al grupo de 40 a 60 años, además el (29%) completó la secundaria de los cuales la mayoría se encuentra en el grupo de 40-60 años, es importante mencionar que solamente el (13%) de pacientes ha tenido instrucción superior distribuido entre las edades de 20-60 años.

Tabla 18. Circunferencia de la cintura en relación con estado civil de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

CIRCUNFERENCIA CINTURA n=69	CASADO		DIVORCIADO		SOLTERO		VIUDO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	2	2.8	1	1.4	1	1.4	0	0	4	5.8
Riesgo elevado.	3	4.3	0	0	1	1.4	0	0	4	5.8
Riesgo muy elevado	35	50.7	4	5.7	18	26	4	5.7	61	88.4
Total	40	57.8	5	7.1	20	28.8	4	5.7	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 18, se determina la relación entre circunferencia de la cintura con el estado civil de los pacientes, en donde el (50.7%) corresponde al grupo de casados los cuales presentan un riesgo muy elevado de padecer enfermedades cardiovasculares, además es importante señalar que el (26%) de pacientes con estado civil solteros también presentan un riesgo muy elevado de padecer enfermedades cardiovasculares.

Tabla 19. Porcentaje de grasa corporal en relación con nivel de colesterol total sanguíneo de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

% GRASA	COLESTEROL TOTAL
---------	------------------

n=69	ÓPTIMO		LÍMITE				TOTAL	
			ALTO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo en grasa	1	1.4	0	0	0	0	1	1.4
Saludable	1	1.4	0	0	0	0	1	1.4
Alto en grasa	14	20.3	9	13	3	4.3	26	37.7
Obesidad	23	33.3	7	10.2	11	16	41	59.4
Total	39	56.5	16	23.2	14	20.3	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 19, es posible destacar la relación entre porcentaje de grasa corporal y el colesterol total sanguíneo, el 59,4% de los pacientes presenta obesidad pero es interesante ver que el 33.3% mantienen el colesterol total en niveles óptimos, de igual forma el 20.3% presenta un porcentaje de grasa corporal alto sin embargo mantienen un nivel óptimo de colesterol total; por otro lado quienes tienen obesidad y colesterol total alto corresponde al 16% de los pacientes lo que supone mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Tabla 20. IMC en relación con nivel de triglicéridos sanguíneo de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

TRIGLICERIDOS

IMC n=69	ÓPTIMO		LÍMTE ALTO		ALTO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Normal	2	2.9	0	0	1	1.4	3	4.3
Sobre peso	5	7.3	2	2.9	1	1.4	8	11.6
Obesidad 1	13	19	4	5.8	10	14.5	27	39.1
Obesidad 2	6	8.7	7	10.2	3	4.3	16	23.2
Obesidad 3	4	5.8	3	4.3	8	11.7	15	21.7
Total	30	43.5	16	23.2	23	33.3	69	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 20, se analiza el IMC y su relación con el nivel de triglicéridos sanguíneos, el (39%) del total de pacientes tiene un IMC correspondiente a obesidad 1 sin embargo el (19%) tienen niveles óptimos de triglicéridos y el (14.5%) presenta niveles altos de triglicéridos.

Tabla 21. Patologías personales de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

PERSONALES		
n= 69	NO: 20	SI: 49

	29%	71%
PATOLOGÍAS		
		N° %
Hipertensión		25 51
Diabetes		6 12.2
Gastritis		9 18.3
Dislipidemia		2 4
Otras		7 14.4
TOTAL		49 100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 21, se puede ver las patologías personales de los pacientes, en donde únicamente el 29% de ellos tienen hígado graso sin ninguna otra patología y el 71% restante si presentan otras enfermedades conjuntamente con el hígado graso, clasificándose de la siguiente manera, el 51% de ellos tienen hipertensión y el 18% de gastritis.

Tabla 22. Patologías familiares de los pacientes diagnosticados con hígado graso del Hospital Eugenio Espejo.

FAMILIARES		
n= 69	NO: 31	SI: 38
	45%	55%
PATOLOGIAS		

	PADRES		HERMANOS		ABUELOS		TÍOS		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión	10	26.3	1	2.6	0	0	0	0	11	29
Diabetes	10	26.3	3	8	2	5.2	2	5.2	17	44
Cáncer	5	13	2	5.2	0	0	1	2.6	8	21
Otras	1	2.6	1	2.6	0	0	0	0	2	5
TOTAL	26	68,4	7	18.4	2	5.2	3	8	38	100

Fuente: Encuestas aplicadas. Elaborado por investigadores.

Elaborado: *Fernanda Guzmán – Eduardo Grijalva*

En la tabla 22, se analiza las patologías familiares de los pacientes, en donde el 55% manifiestan tener antecedentes patológicos familiares, de los cuales la mayor parte padece diabetes e hipertensión con un 44% y 29% respectivamente, distribuida principalmente en los padres con un 26% en cada patología.

4.2 CONFRONTACIÓN DE LAS PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- 1) **¿Cuáles son las características socio-demográficas de los pacientes con hígado graso.**

Se evidencia que el 91% de los pacientes pertenece al grupo étnico denominado mestizo.

Se encontró que el 75% de los pacientes se halla en edades comprendidas entre los 40 a 60 años, siendo así el grupo de pacientes adultos el de mayor prevalencia, seguido del grupo de adultos jóvenes con (13%).

Como dato importante se observa que el 37% de la población ha culminado la primaria completa, el 29% ha culminado la secundaria completa y el 13% ha logrado cursar un nivel de educación superior.

Gran parte de los pacientes es decir el 58% se encuentra casado, el 29% se encuentra soltero y el 7% se encuentra divorciado.

Es importante mencionar que el 81% de los pacientes se dedica a quehaceres domésticos, el 14% es empleado público y el 4% es empleado privado.

La mayor parte de los pacientes es decir el 84% vive en el sector urbano, mientras el 59% vive en el sector rural.

2) ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con hígado graso?

Se observa que el 98% de la población no fuma; además el 96% no consume bebidas alcohólicas.

Cabe destacar que el 80% de los pacientes si realiza actividad física repartida de la siguiente manera; 63,6% realiza actividad física leve y el 36,4% moderada; en donde es relevante el hecho de que el 38% realiza actividad física con regularidad es decir 3 veces a la semana

La gran parte de pacientes 97% menciona que si acude a control médico con una regularidad de al menos 2 veces al año; por otro lado el 80% de los pacientes no acude a control dental regularmente es decir ni una sola vez al año.

3) ¿Cuál es el estado nutricional de los pacientes con hígado graso?

Es de gran importancia mencionar que la mayoría de los pacientes tiene obesidad grado 1 representado por un 39%, el 23% tiene obesidad grado 2, el 21,7% tiene obesidad grado 3, 11,6% tiene sobrepeso y es alarmante observar que solamente el 4,3% tiene un IMC normal.

4) ¿Cuáles son sus hábitos alimentarios?

La gran mayoría de pacientes un 82,6% se alimenta en casa en compañía de su familia, en donde manifestaron que el tipo preparación que más consumen es el estofado con un 45%; además el 69,6% toma más de 4 vasos de agua al día.

Es relevante el hecho de que el 59% de los pacientes no come en restaurantes de comida rápida.

En cuanto a los tiempos de comida que realizan los pacientes se observa que el 88,4% si acostumbra desayunar, el 93% menciona que si almuerza, el 56,5% si acostumbra merendar, y en cuanto a los refrigerios la mayoría menciona si consumir algún alimento a media mañana y a media tarde.

Se determinó que los hábitos alimentarios del grupo de pacientes con hígado graso se basan principalmente en; alimentos ricos en hidratos de carbono, alimentos altos en fibra como verduras y leguminosas, también se evidencio un alto consumo de aceite vegetal.

5) ¿La instrucción sobre hábitos saludables contribuirá a mejorar el estilo de vida del grupo de estudio?

La instrucción sobre hábitos alimentarios saludables si contribuye a la mejora del estilo de vida de los pacientes con hígado graso que fueron estudiados, ya que la educación nutricional ha pasado a un primer plano actualmente, centrada especialmente en el consumo adecuado de alimentos y su preparación, hábitos alimentarios y compra de

alimentos adecuados. Es evidente que los pacientes están conscientes de la importancia de prevenir mayores problemas en su salud, ya que han comprendido que su alimentación juega un papel primordial en su estado nutricional y el manejo de su patología, ya que se ha logrado influenciar positivamente en su estilo de vida, hábitos dietéticos, distribución adecuada de calorías diarias, higiene de los alimentos, tratando principalmente de evitar que continúen con hábitos poco saludables como el consumo elevado de azúcares, grasas y sal.

CAPITULO V

5.1 DISCUSIÓN:

El hígado graso o Esteatosis es un cuadro clínico muy frecuente que en general se diagnostica en forma casual durante rastreos ecográficos de abdomen (hígado hiperecogénico) realizados para la evaluación de diferentes patologías, por lo tanto el diagnóstico de Hígado Graso se establece cuando el órgano tiene más de un 5% de su peso total con contenido lipídico y predominante constituido por triglicéridos. (Solis, 2004)

En este estudio se pudo determinar que el género femenino es más afectado de hígado graso que el masculino, debido también a que la mayor parte de pacientes estudiados corresponde al género femenino, de igual manera se determinó un mayor porcentaje son mujeres de 20 a 60 años de edad con un estado civil casado y se dedican principalmente a los quehaceres domésticos, en donde un gran porcentaje solamente ha alcanzado a completar la primaria.

Dentro de la malnutrición principalmente por exceso existen porcentajes elevados de pacientes principalmente con obesidad grado 1, después se observan pacientes con obesidad grado 2 y grado 3, y en menores porcentajes pacientes con un índice de masa corporal correspondiente a sobrepeso y normal, observándose que la sobre alimentación en pacientes con hígado graso es común, así como en la población en general considerándose un problema nutricional de carácter nacional y mundial.

En Cuenca-Ecuador en el hospital “José Carrasco Arteaga” se realizó una investigación similar con 120 estudios tomográficos de pacientes diagnosticados con esteatosis hepática, en donde se encontró que según el índice de masa corporal (IMC) el 67% tiene un IMC normal, 28% sobrepeso y 5% obesidad. En cuanto a las edades se encontró mayor prevalencia en

pacientes que comprenden entre los 30 y 60 años de edad. (Angel Ucapaña, Ricardo Ochoa, Luis Vera, 2012-2013).

Los resultados encontrados en este estudio difieren con el nuestro ya que como se puede observar solamente el 5% de los pacientes tiene obesidad, 28% sobrepeso y 67% mantiene un IMC normal, mientras que en nuestro estudio el 8% tiene sobrepeso, el 58% tiene obesidad, y solamente el 3% mantiene su IMC normal, por otro lado se asemejan los dos estudios en cuanto a edades de mayor prevalencia.

Existe un estudio similar realizado en la ciudad de Guayaquil-Ecuador, denominado “Prevalencia y factores asociados de hígado graso en el hospital “Luis Vernaza-Guayaquil”, en donde se encontró que según el IMC el 61,2% de los pacientes tiene Sobrepeso, el 26,5% obesidad y el 12,2% mantiene su IMC normal, en cuanto a las edades con mayor prevalencia se observa que está entre los 16 y 55 años. (ALARCÓN, 2015)

En la universidad complutense de Madrid-España se realizó una investigación denominada “Estudio anatomoclínico y fisiopatológico de una serie de 85 pacientes con esteatohepatitis no alcohólica” en donde los resultados arrojaron la siguiente información: La hiperlipemia fue la segunda condición asociada a la esteatohepatitis, en donde presentaban hipercolesterolemia y/o hipertrigliceridemia 45 pacientes (53%): 21 (47%) tenían hipertrigliceridemia (triglicéridos > 150 mg/dl), 8 (18%) hipercolesterolemia (colesterol total \geq 240 mg/dl), y 16 (35%) ambas alteraciones asociadas. (Dra. María Perez Carrera, 2001)

En comparación con los datos expuestos se puede observar que se asemejan los porcentajes en cuanto a hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia; en nuestro estudio el 56,5% de pacientes tiene hipertrigliceridemia (triglicéridos > 150 mg/dl) y el 43,4% tiene hipercolesterolemia (colesterol total \geq 240 mg/dl), evidenciándose así que ambas alteraciones están asociadas al hígado graso no alcohólico.

Los pacientes diagnosticados con hígado graso deben tener una alimentación adecuada, equilibrada y balanceada que les permita cubrir los requerimientos

nutricionales demandados por la propia enfermedad y el tratamiento, sin embargo al momento de consumir los alimentos por parte de los pacientes ellos ingieren una cierta cantidad que sobre pasan con los requerimientos y a su vez por disponibilidad de los alimentos en el hogar que no les permite tener un régimen alimentario adecuado.

En general la dieta de estos pacientes debe ser: reducida en calorías (hipocalórica), si la persona presenta sobrepeso u obesidad sustituyendo los carbohidratos simples (galletas, alimentos a base de harinas refinadas, dulces etc.) por carbohidratos complejos (avena, camote, yuca, arroz etc.), baja en grasas saturadas (menor al 10% de las calorías totales), baja en azúcares simples (como la sacarosa “azúcar de mesa”), consumir ensalada 2 veces al día y de preferencia crudas, no consumir ninguna bebida alcohólica y sobre todo realizar actividad física todos los días al menos 30 minutos diarios hasta llegar a los 40 minutos, los ejercicios más aconsejados son los cardiovasculares: caminar, trotar, bailar, rutinas en máquinas, bicicleta, etc.

5.2 CONCLUSIONES

- En el estudio se pudo determinar que el género femenino es más afectado de hígado graso que el masculino, debido también a que la mayor parte de pacientes estudiados corresponde al género femenino, de igual manera se determinó un mayor porcentaje son mujeres de 20 a 60 años de edad con un estado civil casado y se dedican principalmente a los quehaceres domésticos, en donde un gran porcentaje solamente ha alcanzado a completar la primaria.
- Se determinó que la población en estudio no tiene el hábito de fumar y tampoco consume bebidas alcohólicas, cabe destacar que la mayoría de los pacientes si realiza algún tipo de actividad física ya sea de intensidad leve o moderada; en donde es relevante el hecho que muchos de estos pacientes no realizan actividad física regularmente es decir lo practican menos de 3 veces a la semana.
- La relación del índice de masa corporal con los triglicéridos nos demuestra que no todos los pacientes que presenten un cierto grado de obesidad necesariamente tengan los triglicéridos altos por lo menos la mitad de esta población tuvo resultados óptimos en cuanto al nivel de triglicéridos.
- En cuanto a la alimentación de los pacientes se pudo determinar la mayoría de ellos comen en sus hogares en compañía de familiares, el tipo de preparación de mayor consumo de sus alimentos es estofado y toman más de 4 vasos de agua al día, por otra lado en cuanto a los tiempos de comida una gran parte de pacientes acostumbran a desayunar, almorzar y tener los refrigerios de media mañana y media tarde, y solo la mitad de la población en estudio consume la merienda y en cuanto a su patrón alimentario se pudo determinar que macro y micro nutrientes son los más consumidos, sin embargo los factores de riesgo que prevalecieron en la investigación fue el consumo excesivo de carbohidratos en su régimen alimentario.
- De los pacientes que participaron en este estudio se pudo observar que la mayoría de ellos presentaban otras patología aparte del hígado graso entre ellas las más relevantes están hipertensión y gastritis y en relación a las patologías familiares en su mayoría se presentaba en los padres que sufrían de hipertensión y diabetes que eran las patologías más relevantes.

5.3 RECOMENDACIONES

- Se recomienda que las investigaciones realizadas tengan seguimiento por parte de los estudiantes de la Carrera de Nutrición ya que este trabajado deja muchas puertas abiertas para otras futuras investigaciones en cuanto al tema de hígado graso que hoy en día afecta a una gran parte de la población.
- Es importante que los estudiantes que acudan al Hospital Eugenio Espejo aporte con material didáctico en cuanto a la alimentación y prevención del hígado graso, brindando la información adecuada a través de charlas educativas y consejos prácticos que puedan ser realizados en casa para este tipo de patología.
- A los internos de Nutrición y Salud Comunitaria se les recomienda que en el área de consulta externa de Nutrición aporten con una dieta e indicaciones específicas para la enfermedad.
- Realizar una concientización en los pacientes en el reconocimiento del hígado graso y como prevenirlo, para evitar problemas graves a futuro.
- Poner mayor énfasis en los pacientes con Diabetes Mellitus ya que la enfermedad por si sola es un factor de riesgo para desarrollar el Hígado Graso no alcohólico en su fase más temprano y prevenir su evolución a cirrosis.

BIBLIOGRAFIA

- (NDDIC), N. D. (2006). *National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC)*. Recuperado el 2014, de National Digestive Diseases Information Clearinghouse (NDDIC): http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
- ., C. J. (2000). *Enfermedad hepatica alcohólica medicina8: 435-441*. Recuperado el Mayo de 2014, de Enfermedad hepatica alcohólica medicina8: 435-441: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/hepatopatia_alcoholica.pdf
- Adelaida Rodriguez, E. B. (2010). *Istituto de gastroenterologia, Dieta terapeutica para esteatosis hepatica, Revista Cubana* . Recuperado el Mayo de 2014, de Instituto de gastroenterologia, Dieta terapeutica para esteatosis hepatica, Revista Cubana : http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol13_2_99/ali06299.pdf
- ALARCÓN, M. C. (2015). *“PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE GUAYAQUIL: UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL, FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA, ESCUELA DE POSTGRADO.*
- Angel Ucapaña, Ricardo Ochoa, Luis Vera. (2012-2013). *Prevalencia de esteatosis hepatica en paceutes con solicitud de ecografia abdominal, departamento de imagenologia, Hospital "Jose Carrasco Erteaga"*. Cuenca: Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias medicas, Escuela de tecnologia medica.
- Argentina, U. d. (2015). *fmed*. Recuperado el 2016, de fmed: <http://www.fmed.uba.ar/depto/nutrievaluacion/2015/evaluacion.pdf>
- Bond, D. L. (s.f.). Manual de encuestas sobre conociminetos, actitudes, creencias y practicas (CACP) sobre sida y ETS. En D. L. Bond.
- Cairns SR, a. P. (2014). *Biochemical analysis of hepatic lipid in alcoholic, diabetic and control subjets*. Recuperado el Mayo de 2014, de Biochemical analysis of hepatic lipid in alcoholic, diabetic and control subjets: http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos_medicos/30.htm
- Campillo B, R. J. (2011). *Cirrosis Hepatocelular*. Recuperado el Mayo de 2014, de Complicaciones .

- Cancela, L. d. (Mayo de 2010). *A perder peso*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2015, de Hígado graso como consecuencia de obesidad: <http://www.aperderpeso.com/higado-graso-como-concecuencia-de-obesidad-html>
- Cancela, L. N. (mayo de 2010). *A PERDER PEDO*. Recuperado el 28 de septiembre de 2015, de Hígado graso como consecuencia de obesidad: <http://www.aperderpeso.com/higado-graso/higado-graso-como-consecuencia-de-obesidad.html>
- D'Angelo, M. G., Actis, A. M., & Outomuro, D. (2009). Hígado graso no alcohólico: una entidad cada vez más frecuente y de pronóstico incierto. *Scielo*, http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292009000100007.
- de, D. d. (2007). *www.hepatitis.va.gov*. Recuperado el Mayo de 2014, de www.hepatitis.va.gov.
- Dietética., U. F. (2015). *UNED*. Recuperado el 29 de MAYO de 2015, de <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I/guia/presentacion/index.htm?ca=n0>
- Dr. Marco Arrese Jiménez, D. F. (2014 de 2014). *Higado graso*. Recuperado el mayo de 2014, de Hígado graso: <http://www.higadograso.cl/datos-higado-graso.htm#1>
- Dr. Roberto del Aguila, C. O. (5 de abril de 2012). *OPS, OMS*. Recuperado el 29 de mayo de 2015, de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Dr. Calixto Cifuentes, D. R. (2013). *Cirrosis hepática*. Recuperado el 2 de 2014, de Cirrosis hepática: http://www.ovegastro.org/pdf/prodigo_material/tema12.pdf
- Dra. María Perez Carrera. (2001). *ESTUDIO ANATOMOCLÍNICO Y FISIOPATOLÓGICO DE UNA SERIE DE 85 PACIENTES CON ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA*. Madrid: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID, FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA.
- Dra. Roca Ruiz, A. M. (29 de Septiembre de 2004). *Puleva Salud*.

- Dres Gabriela Ruffillo, G. G. (2005). TRATAMIENTO DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO. *Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas*.
- Drs. Rodrigo Zapata, Edgar Sanhueza, Jorge Contreras, Antonio Rollán. (2011). Diagnóstico y Tratamiento del Hígado Graso No Alcohólico. *Equipo de Hepatología. Departamento de Enfermedades Digestivas*.
- EL COMERCIO . (2 de abril de 2014). El hígado graso ahora también afecta a jóvenes. *EL COMERCIO*, págs. <http://www.elcomercio.com/tendencias/salud/higado-graso-ahora-afecta-a.html>.
- ELCOMERCIO. (2 de Abril de 2014). El Hígado graso ahora tambien afecta a jovenes. *EL COMERCIO*, págs. <http://www.elcomercio.com/tendencias/saludhigadograso-ahora-afecta-a-jovenes>.
- FAO. (2011). La importancia de la educación alimentaria. *FAO*, 16.
- FDA. (28 de FEBRERO de 2012). *U.S. Food and Drug Administration*. Obtenido de U.S. Food and Drug Administration: <http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm293980.htm>
- Fernández, D. M. (2012). *Nutricion y Salud* . Recuperado el 2 de Mayo de 2014, de Nutricion y Salud : http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol11_1_03/act17103.htm
- Firman G, M. (1 de Marzo de 2005). Obtenido de medicalcriteria.com: http://www.medicalcriteria.com/site/index.php?option=com_content&view=article&id=85%3Acaratpiii&catid=52%3Aendocrinology-and-metabolism&Itemid=1
- Frontera, U. d. (2009). *Gastroenterologia*. Recuperado el Mayo de 2014, de Cirrosis Hepatica: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/22-cirrosis.pdf
- Gallegos.B, D. A. (s.f.). *UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA, Universidad de La Frontera*. Recuperado el Mayo de 2014, de Gastroenterología: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/15-higado-y-pruebas-hepaticas.pdf
- Gastroenterología, G. d. (Junio de 2012). *Enfermedad del hígado graso no* . Recuperado el Mayo de 2014, de Enfermedad del hígado graso no : http://www.worldgastroenterology.org/assets/export/userfiles/2013_NASH-NAFLD_SP_Final_long.pdf

GASTROENTEROLOGY., N. A. (2013). *NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY.*. Recuperado el Mayo de 2014, de NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY,:

<http://www.gikids.org/files/documents/digestive%20topics/spanish/NAFLD%20-%20Spanish.pdf>

jc, J. (24 de mayo de 2011). *ECURED conocimientos con todos y para todos.* Recuperado el 29 de mayo de 2015, de http://www.ecured.cu/index.php/Gu%C3%ADa_Alimentaria

Leandro, D. L. (FEBRERO de 2008). *CICLOBAR.* Recuperado el 10 de 02 de 2016, de <http://www.ciclobr.com/cintura.html>

Lope, D. J. (2013). *Hospital Español de México, México, D.F.* . Recuperado el Mayo de 2014, de Hospital Español de México, México, D.F. Hígado graso y esteatohepatitis no alcohólica: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13131924&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=288&ty=150&accion=L&origen=gastromexico%20&web=www.revistagastroenterologiamexico.org/&lan=es&fichero=288v73nSupl.1a13131924pdf001.pdf

MADRID, c. d. (16 de 02 de 2016). *PORTAL DE SALUD MADRID.* Obtenido de http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142460583241&pagename=PortalSalud/Page/PTSA_pintarContenidoFinal

Marriot, G. E. (14 de junio de 2005). El hígado graso aumenta y acelera el riesgo de cirrosis. *El Universo*, pág. <http://www.eluniverso.com/2005/06/14/0001/18/88B2C34CD8614FDFA2339F5947CFB7AA.html>.

Martínez-Campos., D. A. (2014). *Instituto de salud OM-C.* Recuperado el 29 de mayo de 2015, de <http://www.omcsalud.com/articulos/un-estilo-de-vida-saludable/>

Metodología de la Investigación, s. e.-H. (2014). *El Centro de Tesis, Documentos, Publicaciones y Recursos Educativos de la Red.* Obtenido de Monografias.com S.A.: <http://www.monografias.com/trabajos15/el-conocimiento/el-conocimiento.shtml>

- Mexico, M. d. (2011). *dgplades.salud*. Recuperado el 2014, de dgplades.salud.gob.mx
- Moirano, P. A. (Junio de 2008). *Departamento de Nutrición Clínica, Escuela de Nutrición y Dietética*. Obtenido de Departamento de Nutrición Clínica, Escuela de Nutrición y Dietética: <file:///G:/higadograso3.pdf>MANEJO%20NUTRICIONAL.pdf
- OH, M. W. (2008). *Diagnosis and treatment of non alcoholic fatty liver disease*. Recuperado el mayo de 2014, de *Diagnosis and treatment of non alcoholic fatty liver disease*.
- P, A. (2002). *Nonalcoholic fatty liver disease*. Recuperado el Mayo de 2014, de *Nonalcoholic fatty liver disease*: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0016508599705068>
- Paredes, A., & Gallegos, G. (2000). *UNIDAD DE GASTROENTEROLOGIA, Universidad de La Frontera*. Recuperado el Mayo de 2014, de *Gastroenterología*: http://www.med.ufro.cl/clases_apuntes/medicina-interna/gastroenterologia/docs/15-higado-y-pruebas-hepaticas.pdf
- Promotio, U. S. (2011). 10 consejos para platos saludables . *ChooseMyPlate*, 1.
- R., D. (AGOSTO de 2012). *Hígado Graso-QUITO-ECUADOR-TELEAMAZONAS*. Recuperado el 28 de SEPTIEMBRE de 2015, de Programa Día a Día: <http://www.teleamazonas.com/index.php/nuestra-programacion/actualidad/dia-a-dia/13728-higado-gras>
- Saluddiaria*. (2015). Recuperado el 2016, de *Saluddiaria*: <http://www.saluddiaria.com/2192/efectos-consecuencias-del-colesterol-alto/>
- Solis, D. B. (2004). *Medicos Ecuador*. Recuperado el Octubre de 2016, de *Medicos Ecuador*: http://medicosecuador.com/espanol/articulos/higado_graso.htm
- V., G. P. (2009). *Natural history and prognostic factors*. . Recuperado el Mayo de 2, de *Natural history and prognostic factors*. : http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/area_medica/gastro/cirrosis_hepatica.pdf
- Valladolid, U. d. (2014). *Centro de investigacion de endocrinologia y nutricion clinica*. Recuperado el Mayo de 2014, de *Centro de investigacion de endocrinologia y nutricion clinica*: <http://www.ienva.org/web/index.php/es/>

ANEXOS

Anexo 1 Encuesta

UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE NUTRICIÓN Y SALUD COMUNITARIA



FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACION SOBRE ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE LOS PACIENTES CON HIGADO GRASO AMBULATORIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICION Y DIETETICA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.

La presente encuesta servirá para investigación y recolección de datos sobre hígado graso, estilos de vida, los cuales serán confidenciales de ante mano se agradece su colaboración.

1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS:

Apellidos y Nombres:.....

Género: M F

Edad:

Estado civil: soltero/a casado/a UL Divorciado/a
Viudo/a

Etnia: Mestiza AfroEcuatoriana Indígena
Mulata Afrodescendiente Blanca Montubia

1.1 **Instrucción:** Analfabeto Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta Superior

1.2 **Ocupación:** Empleado publico Empleado privado
Independiente

1.3 **Lugar de residencia:** Urbano:Rural

2 ESTILOS DE VIDA

Es fumador: si no ocasional (compromisos)

Cuantos cigarrillos al día: de 1-5 más de 6

Cuanto tiempo tiene fumando: menos de 5 años más de 5 años

Cuantas veces fuma durante la semana: diario 4-6 veces a la semana
1-3 veces por semana

Consume bebidas alcohólicas: si no ocasional

Que bebida alcohólica prefiere?.....

Cuantas veces a la semana toma? 1 a 2 veces de 3 a 4 veces
5 a 6 más de 6 veces

En que cantidad?

1 botella menos de 1 botella más de una botella

1 vaso(200cc) menos de 1 vaso(200cc)

Usted realiza actividad física? Si No

Qué tipo de actividad física realiza?

Actividad física realizada	Tipo de actividad			Días/semana	Duración en horas	Minutos/semana
	Leve Caminata suave	Moderada Bicicleta, natación recreativa, trotar lentamente, aeróbicos	Intensa Correr, saltar, fútbol, deportes en general.			

Usted acude a control médico: Si No

Cada cuanto tiempo usted se realiza control médico:

Cada 6 meses: cada 12 meses: más de 12 meses:

Usted acude a control dental: Si No

Cada cuanto tiempo usted se realiza control dental:

Cada 6 meses: cada 12 meses: mas de 12 meses:

HÁBITOS ALIMENTARIOS

Ud come?: En casa Familiares Restaurante

Con quien come?: Familia compañeros solo

Ud desayuna: SI NO De vez en cuando

Ud almuerza: SI NO De vez en cuando

Ud merienda: SI NO De vez en cuando

Ud come a media mañana: SI NO De en cuando

Ud come a media tarde: SI NO De en cuando

Ud prefiere alimentos: Fritos en otras preparaciones

Cuales preparaciones.....

En la mesa ud añade sal a la comida? Si No

Come en restaurantes de comida rapida? Si No

De vez en cuando

Cuantos vasos de agua toma de agua al dia 1 a 2 3 a 4 >de 4

Actualmente está tomando alguna vitamina o suplemento nutricional?

Si No cual:.....

Medición de consumo de alimentos (Frecuencia de consumo)

En la siguiente lista de alimentos, señale los alimentos que usted consume.

ALIMENTOS	6-7 v/s	4-5 v/s	2-3 v/s	1 v/s	No consume	CANTIDAD
	Muy Frecuente	Frecuente	Poco Frecuente	Casi Nunca		
LECHE						
QUESO de MESA						
CARNE DE CHANCHO						
CARNE RES y BORREGO						
VÍSCERAS						
POLLO						
PESCADO y MARISCOS						
EMBUTIDOS CÁRNICOS						
ATÚN y SARDINA						
HUEVOS						
LENTEJA						
HABAS						
FRÉJOL						
ARVEJA						

GARBANZO						
CHOCHOS						
SOYA						
ARROZ						
FIDEOS y TALLARINES						
PAN						
HARINAS de CEREALES						
MAÍZ, CANGUIL, otros						
PAPAS						
YUCA, CAMOTE, otros						
PLÁTANO VERDE y MADURO						
FRUTAS DE LA SIERRA						
FRUTAS DE LA COSTA						
VEGETALES DE HOJA						
VERDURAS y HORTALIZAS						
GRANOS TIERNOS						
AZÚCAR						
MERMELADAS						
PANELA						
ACEITE VEGETAL						
MANTECA VEGETAL						
MANTECA DE CERDO						
CHICHARRÓN						

Datos Antropométricos:

Peso		Talla		IMC	
Relación cintura/cadera		Peso ideal		% de masa muscular	
% de agua		% de grasa			

Datos Bioquímicos:

Colesterol total	
Colesterol HDL	
Colesterol LDL	
Triglicéridos	

Valoración médica:

Antecedentes patológicos personales	
Antecedentes patológicos familiares	

“GRACIAS POR SU COLABORACIÓN”

6.2.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION.

Título de la investigación:

“ESTILOS DE VIDA Y ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON HIGADO AMBULATORIOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZADOS. HOSPITAL EUGENIO ESPEJO.2016.”

- **INVESTIGADORES:**

- Fernanda Elizabeth Guzmán Cabrera (**investigador**) e-mail: ferguz_8_12@live.com
- Eduardo Xavier Grijalva Flores (**investigador**) e-mail: eduardogrijalva37@yahoo.es
- Dr. Susana Castillo (**Tutora**) e-mail: pscastillo@utn.edu.ec

Por favor tómese su tiempo para leer este formulario atentamente y si usted siente que le gustaría obtener información acerca de la investigación; por favor realice sus preguntas respectivas.

- **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** El hígado graso como consecuencia de obesidad es una realidad que cada día aumenta más y más; en el Ecuador el 22% de la población sufre de obesidad esto se debe a que el sobrepeso se ha convertido en una pandemia que afecta a millones de personas en el mundo, y cada una de ellas se encuentran expuestas a este tipo de dolencias, entre otras. Por ello la reducción de peso es fundamental para restablecer el normal metabolismo hepático, para ello no sólo es necesario llevar a cabo un menú especial para hígado graso, sino también es muy importante realizar actividad física.
No hay cifras actuales sobre la incidencia de esta patología en el país, pero en un estudio realizado el 2007, sobre 30 000 personas de Guayas, Pichincha, Azuay, Chimborazo e Imbabura, se reveló que el

55% de ellos padecía esta enfermedad. La mayor parte mujeres y personas de clase media y baja. Según el Ministerio de Salud afirma que un 17% de niños y adolescentes vive con sobrepeso en el país.

En conclusión, el hígado graso es una condición altamente prevalente en la población, que se asocia a la obesidad, debido a que la **dieta es alta en grasas, hidratos de carbono simples y baja en proteínas**. Por ello, la distribución calórica de los distintos grupos de alimentos juega un papel fundamental para el tratamiento de esta enfermedad; también es importante la actividad física para poder quemar energías y movilizar el tejido graso.

- **PROCEDIMIENTO A SEGUIR:** Si usted autoriza participar en este estudio le realizaremos lo siguiente:

Recolección de los siguientes datos:

- Características sociodemográficas: apellidos y nombres, género, edad, etnia estado civil, instrucción, ocupación y lugar de residencia.
- Estilos de vida: es fumador, consume bebidas alcohólicas, realiza actividad física, acude al control médico, acude al control dental.
- Hábitos alimentarios: en donde come, con quien come, consume comida rápida, consume agua.
- Estado nutricional: a través del Índice de Masa Corporal (medición de peso y talla), revisión de exámenes bioquímicos en su historia clínica(colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos) y frecuencia de consumo de alimentos(grupos de alimentos).

Obtenido los datos antes mencionados se procederá a realizar el análisis correspondiente.

El tiempo que el que estará presente el participante en el estudio, será en la colaboración con la información de los datos que contiene la encuesta.

- **RIESGO.** No existe ningún riesgo para usted de tal manera que no afectará ninguna condición de salud del paciente, mientras se recopile la información que su parte, el investigador cumplirá con las normas de respeto y confidencialidad de paciente.

- **BENEFICIOS:** Las personas que participen en el estudio serán un pilar fundamental como base de una tesis de investigación, previo a la obtención de un título universitario.

También participarán en un estudio a realizarse en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo para recopilar información acerca del estilo de vida y estado nutricional de los pacientes diagnosticados con hígado graso que son atendidos en el servicio de Nutrición y hospitalizados.

La información recopilada en este estudio puede servir para contar con una base de datos que oriente el tratamiento Alimentario Nutricional acorde a la realidad observada.

- **CONFIDENCIALIDAD:** en el presente estudio se conservará la confidencialidad de la información proporcionada por la persona estudiada y se facilitara su información únicamente si las instancias legales lo solicitan. Los datos será ingresados en una base de datos segura a la que solo los investigadores tendrán acceso. Usted será identificado con un número y la información proporcionada por usted no será identificada directamente, además toda la información de mantendrá en una carpeta y guardada de forma segura.
- **NUMERO DE TELEFONO DE LOS INVETIGADORES, TUTORES Y/O RESPONSABLES:**

Advierto que si tengo alguna pregunta o problema puedo llamar a consultar:

Fernanda Elizabeth Guzmán Cabrera (**investigador**)

Teléfono: 0995187167

Eduardo Xavier Grijalva Flores (**investigador**)

Teléfono: 0998587064

Dr. Susana Castillo (**Tutora**)

Teléfono: 0987591372

- DE CLARACION DEL PACIENTE:

Yo.....
.....he leído este formulario de consentimiento y he discutido con los responsables del estudio los procedimientos descritos anteriormente.

Sé que me van a solicitar información sobre: apellidos y nombres, género, edad, etnia estado civil, instrucción, ocupación y lugar de residencia; es fumador, consume bebidas alcohólicas, realiza actividad física, acude al control médico, acude al control dental; en donde come, con quien come, consume comida rápida, consume agua; medición de peso y talla, revisión de exámenes bioquímicos en la historia clínica(colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL, triglicéridos) y frecuencia de consumo de alimentos(grupos de alimentos).

He tenido la oportunidad de hacer preguntas, las mismas que han sido respondidas satisfactoriamente. Yo comprendo que cualquier pregunta que tenga que hacerlo después de la encuesta, lo debo hacer por escrito.

Lo he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi decisión en la participación de la investigación es totalmente voluntaria.

Firma
CI

Anexo 3. Trípticos

1.- Dieta balanceada.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Evitar los productos de pastelería y bollería, así como los helados ricos en nata.
- Si se come fuera de casa, elegir menús ligeros, compuestos por ensaladas, carne de pollo y pescados a la parrilla en lugar de platos más fuertes, moderando el consumo de salsas.
- Aumentar el consumo de fibra y antioxidantes mediante el consumo de cereales integrales, legumbres, frutas y verduras.
- Moderar el consumo de bebidas alcohólicas.
- Moderar la ingesta de hidratos de carbono simples o azúcares, como el azúcar de mesa, la miel, mermeladas, dulces y bebidas azucaradas.
- Suprimir el tabaco.
- Realizar un ejercicio físico moderado y regular
- Evitar las situaciones de estrés intentando llevar un ritmo de vida saludable.

Pirámide de Alimentación

¡Haz ejercicio físico con todos los días de la semana!

INVESTIGADORES:

⇒ EDUARDO GRIJALVA
⇒ FERNANDA GUZMAN

TUTORA DE TESIS:

DRA. SUSANA CASTILLO

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
HOSPITAL EUGENIO ESPEJO
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
UNIDAD DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

¡HEGADO GRASO!

DIETA BALANCEADA

Hígado normal
Esteatosis hepática
Esteatohepatitis
Cirrosis
Cáncer

QUITO - 2016

QUE ES DIETA BALANCEADA?

Adoptar una alimentación saludable implica mantener un peso ideal y a su vez es necesario realizar una adecuada combinación de alimentos, a fin de poder tener una dieta nutritiva, variada y sabrosa. Ésta se puede lograr tomando en cuentas las siguientes características para asegurar una sana alimentación y por lo tanto salud:

LEYES DE UNA DIETA BALANCEADA

Completa: incluye alimentos de cada uno de los grupos de alimentos: verdura y fruta, cereales, alimentos de origen animal y leguminosas; para asegurar la ingestión de todos los nutrimentos necesarios.

Equilibrada: guarda proporciones adecuadas entre proteínas, carbohidratos y lípidos (grasas). Sabiendo que todos los nutrimentos son igual de importantes para mantener la salud.

Suficiente: pretende cubrir con las necesidades nutricias que cada persona requiere y obtener un peso saludable. En el caso de los niños se favorece el crecimiento y desarrollo en la velocidad adecuada.

Variada: integra diferentes alimentos de

RECOMENDACIONES GENERALES

- Es conveniente moderar o reducir el consumo de grasa total y, en especial de grasa animal. Esto no quiere decir que no deban ser consumidos, sólo que hay que ser moderados con determinados alimentos.
- Elegir carnes magras(sin grasa) y quitar la grasa visible antes de cocinarlos.
- Se debe mantener o aumentar el consumo de pescado frente al de carne.
- Se recomienda el consumo hasta 2-3 huevos a la semana (dependiendo del grado de hipercolesterolemia).
- Evitar las preparaciones culinarias excesivamente grasas, como frituras, rebozados, empanados y guisos muy elaborados y elegir las técnicas de parrilla, plancha, cocidos, asados y al horno.
- Evitar las comidas preparadas y los precocinados, ya que con frecuencia llevan adicionada grasa para incrementar su sabor.
- Comprobar el etiquetado de los productos elaborados existentes en el mercado, eligiendo aquellos pobres en grasas y colesterol.

2.- Plato saludable y actividad física.

RECOMENDACIONES GENERALES

Ejercicio: Se debe alentar un programa de ejercicio moderado tres o cuatro veces a la semana para alcanzar una frecuencia cardiaca de 60-75% del máximo para la edad.

El ejercicio aeróbico es el recomendado, caminar, trotar, nadar, andar en bicicleta o patinar, y remar, de igual modo el trabajo en máquinas estáticas equivalentes, como caminadoras, trotadoras, bicicletas estáticas, etc.

Otros ejercicios también son beneficiosos, ya que consumen calorías y estimulan la liberación de neurotransmisores beneficiosos, ayudando a bajar de peso, y a corregir otras enfermedades como la hipertensión arterial, la diabetes, o los excesos de colesterol y/o triglicéridos, aquí se incluyen al bailar el yoga y los deportes competitivos, como fútbol, tenis, etc.

Primero que nada, siempre debe hacerse un chequeo cardiovascular previo, especialmente en las personas con factores de riesgo, como hipertensos, dislipidémicos, obesos, diabéticos, y las personas que no han practicado deportes o ejercicios hace tiempo. Una vez autorizado para hacer ejercicios, lo importante es la duración de al menos 30 minutos cada día, con una frecuencia de 3 a 5 veces a la semana.

INVESTIGADORES:
 ⇒ EDUARDO GRIJALVA
 ⇒ FERNANDA GUZMAN

TUTORA DE TESIS:
DRA. SUSANA CASTILLO

HIGADO GRASO

PLATO SALUDABLE Y ACTIVIDAD FISICA

QUITO . 2016

QUE ES UN PLATO SALUDABLE?

Un plato saludable comienza con más vegetales, frutas y porciones más pequeñas de proteínas y granos. Piense en cómo ajustar las porciones en su plato para obtener más nutrientes sin incrementar las calorías. Tampoco olvide los productos lácteos; haga de ellos su bebida de acompañamiento o agregue a su plato productos lácteos descremados o con bajo contenido de grasa.

COMO ARMAR UN PLATO SALUDABLE?

- Haga que la mitad de su plato consista en frutas y vegetales
- Agregue proteínas (pollo, carne, huevos, lácteos, leguminosas)
- Inchuya productos de granos integrales. (avena, arroz integral)
- No olvide los productos lácteos (preferir descremados o semidescremados)
- Evite la grasa adicional (salsas como mayonesa o similares, evite frituras)
- Coma con calma (coma despacio masticando bien los alimentos)
- Use un plato más pequeño. (prefiera platos más pequeños de los que normalmente usaba)
- Controle sus alimentos (prefiera siempre las preparaciones más saludables)
- Satisfaga el gusto dulce de manera sana Permitase un postre naturalmente dulce: ¡frutas! Sirva ensalada de frutas frescas o un postre helado con yogur y fruta. Para un postre.

ACTIVIDAD FISICA

Realizar una actividad física significa, "movers". Incorporar a la vida cotidiana algunas actividades sencillas como caminar, subir escaleras, montar en bicicleta, bailar y otras similares, es suficiente para tener una vida activa y mejorar la salud.

Tener una vida activa mejora la salud y el bienestar a cualquier edad. Además, ayuda a prevenir muchos problemas de salud:

- alivia el estrés
- mejora la ansiedad y la depresión
- controla el peso corporal
- reduce la tensión arterial
- previene enfermedades musculares y osteoporosis
- reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer de colon y mama.

Anexo 4. GUÍA ALIMENTARIA PARA PACIENTES CON HIGADO GRASO:

Grupo de alimentos	Alimentos Permitidos	Alimentos Restringidos	No consumir
Cereales	Fideos/tallarín y galletas, arroz integrales, avena, pan de agua o integral.	Harinas, arroz blanco, maíz. Cereales con azúcar	Galletas dulces y repostería.
Frutas y verduras y legumbres	Todas. Granos tiernos y todas las verduras.	Aceitunas, aguacates, patatas fritas en aceite de oliva.	Coco. Granos secos y verduras fritas en aceites inadecuados.
*Frutos secos	Nueces, ciruelas pasas, pipas de girasol sin sal	Almendras, avellanas, mani	Pipas de girasol saladas
Huevos, leche y derivados	Leche desnatada, yogurt y productos elaborados con leche desnatada, clara de huevo.	Huevo entero (3 x semana) Queso fresco, leche y yogurt semidesnatado	Leche entera, nata, crema, flanes de huevo, quesos maduros y cremosos.
Pescados y Mariscos	Pescado blanco y atún en agua.	Bacalao, sardinas y calamares, langostinos, cangrejos.	Pescados y mariscos fritos y apanados.
Carnes rojas	No	Ternera, vaca, cerdo, cordero (partes magras sin grasa).	Embutidos, vísceras.
Aves	Pollo, pavo y pato sin piel.		La piel y grasa de aves
Grasas y aceites	Aceites de oliva y girasol	Manteca vegetal	Mantequilla, margarinas sólidas, manteca de cerdo, tocino, aceites de palma y de coco

Postres	Reposterías caseras preparadas con alimentos bajos en calorías, como frutas y vegetales sin azúcar	Mermeladas, miel, azúcar, tortas (preparadas con leche descremada y margarina), flan sin huevo, frutas en almíbar, bizcochos caseros,	Chocolates, caramelos, turrón y pasteles. Postres con leche entera, huevo y nata o mantequilla. Tartas comerciales.
Bebidas	Agua mineral, zumos naturales, infusiones, Café y té: 2 al día	Bebidas y refrescos ligeros sin azúcar	Bebidas azucaradas, sopas de sobre o lata
Especias y salsas	Pimienta, hierbas, ajo, vinagre,	Mostaza y salsa de tomate	Salsas hechas con mantequilla, margarina, leche entera y grasas animales (huevo y/o grasa de cerdo), mayonesa.
Nota: la dieta debe modificarse en caso de diabetes, obesidad, hiperuricemia o hipertensión.			

- **Fuente:** (Dra. Roca Ruiz, 2004)

MENÚ RECOMENDADO PARA ESTEATOSIS HEPÁTICA:

Día 1

- Desayuno: 1 taza con leche descremada, 1 tostada de pan integral con 1 cda de queso descremado dietético, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de caldo de sopa casera dietética con verduras, 1 porción de pescado a la parrilla con 1 porción de ensalada de alcachofas, 1 fruta.
- Merienda: 1 plato grande de verduras cocidas como acelga, calabaza y zanahoria, 1 taza de ensaladas de frutas.

Día 2

- Desayuno: 1 taza de infusión, 1 tostada de pan integral, una clara de huevo, 2 rodajas de melón.
- Almuerzo: 1 taza de caldo de sopa casera dietética, 1 pechuga a la parrilla con 1 porción de puré de zanahorias, 1 fruta.
- Merienda: 1 plato grande de ensalada de lechuga, tomate, zanahoria amarilla y clara de huevo picada, 1 taza de ensaladas de frutas.

Día 3

- Desayuno: 1 vaso de jugo natural, 1 tostada de pan integral con 1 cda de queso descremado, 2 rodajas de piña.
- Almuerzo: 1 taza de caldo de sopa casera, ensalada de atún con dos papas pequeñas cocinadas, 1 fruta.
- Merienda: 1 taza de caldo de sopa casera, 1 pechuga al jugo, con 1 porción de arroz integral, 1 gelatina dietética

Para las colaciones de Media Mañana y Media Tarde puedes elegir entre:

- Yogur descremado, frutas, verduras, galletas integrales, chochos, etc.

Anexo 5. FOTOS:



