UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

"ESTADO NUTRICIONAL Y FACTORES ASOCIADOS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 01D04 CHORDELEG GUALACEO, 2015"

Tesis previa a la obtención del titulo
de Licenciada/o en Enfermería

AUTORES

Paola Daniela Naranjo Bustamante

Edwin Fernando Tenecora Gómez

DIRECTORA

Lcda. Guadalupe Priscila Cabrera Contreras.

ASESORA

Lcda. Martina de Jesús Aguilar Pesantez

CUENCA - ECUADOR

2015

RESUMEN

Objetivo general: Determinar el estado nutricional y factores asociados del personal de salud del Distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo.

Metodología: Estudio transversal, analítico. Se evaluaron 210 trabajadores del área de la salud del Distrito 01D04, durante el período marzo – agosto 2015. Se aplicó una encuesta estructurada y se tomaron medidas antropométricas. Se obtuvieron valores de frecuencia y porcentaje y se correlacionaron los hallazgos del estado nutricional con el estilo de vida del personal (hábitos alimenticios y actividad física), mediante el uso del chi cuadrado de Pearson y valor de p.

Resultados: la media de edad de 34, 55 años siendo el grupo más frecuente el de 26-35 años con el 51% y de sexo femenino con el 69,5%; en esta población se determinó que el 18,1% poseían enfermedades asociadas siendo la HTA la más prominente con el 8,1%. La valoración nutricional determinó que el 40% de las personas evaluadas presentaron sobrepeso, siendo ésta la alteración matronal más frecuente; en segundo lugar se halló la obesidad pues representaron el 20,5%; el bajo peso se presentó en 3 casos lo que representa en 1,4% del total. Se encontró que existe asociación entre la frecuencia de consumo de lácteos y derivados, carne y agua con el estado nutricional ($p<0,05$), en los demás casos no se encontró significancia estadística, en la mayoría de los casos los hábitos fueron adecuados y la frecuencia de sedentarios fue de 53,8%, sin embargo no se asoció con la presencia de sobrepeso ni obesidad.

Conclusión: La prevalencia de sobrepeso y obesidad es elevada, a pesar de poseer buenos hábitos alimenticios.

PALABRAS CLAVE: OBESIDAD, PESO CORPORAL, SOBREPESO, ENCUESTAS NUTRICIONALES, SEDENTARISMO, EJERCICIO FÍSICO.

ABSTRACT

General Objective: To determine the nutritional status and associated factors of the health staff of District 01D04 Chordeleg - Gualaceo.

Methodology: Transversal analytical study. 210 health workers from District 01D04 were evaluated during the period of March to August 2015. A structured questionnaire was applied and anthropometric measurements were taken. Frequency and percentage values were obtained and findings of nutritional status were correlated with staff's lifestyle (eating habits and physical activity), using Pearson's chi square and p value.

Results: The average age was 34,55 years old. Being the 26-35 years old the most common group with 51% and females with 69,5%; in this population it was determined that the 18,1% had associated diseases being HTA (Arterial hypertension) the most prominent with 8,1%. Nutritional assessment determined that 40% of people tested were overweight, this being the most frequent alteration; secondly obesity was found accounted with 20,5%; underweight occurred in 3 cases representing 1,4% of the total. We found an association between the frequency of consumption of dairy products, meat and water with nutritional status ($p < 0.05$), in the rest of the cases no statistical significance was found, in the majority of the cases the habits were appropriate, and the frequency of sedentary was 53,8%, Nevertheless they weren't associated with the presence of overweight or obesity.

Conclusion: The prevalence of overweight and obesity is high, despite having good eating habits.

KEY WORDS: OBESITY, BODY WEIGHT, OVERWEIGHT, NUTRITIONAL SURVEYS, SEDENTARY LIFESTYLE, EXERCISE.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Contenido

RESUMEN - 2 -
ABSTRACT - 3 -
ÍNDICE DE CONTENIDOS - 4 -
AGRADECIMIENTO - 10 -
DEDICATORIA - 11 -
CAPITULO I - 12 -
1.1 INTRODUCCIÓN - 12 -
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA - 13 -
1.3 JUSTIFICACIÓN - 15 -
CAPITULO II - 16 -
2. FUNDAMENTO TEÓRICO - 16 -
2.1 La salud en el trabajador - 16 -
2.2 El estado nutricional - 17 -
2.3 Actividad física - 25 -
2.4 Alimentación y rendimiento laboral - 26 -
CAPÍTULO III - 28 -
3. OBJETIVOS - 28 -
3.1 Objetivo general - 28 -
3.2 Objetivos específicos - 28 -
CAPITULO IV - 29 -
4. DISEÑO METODOLÓGICO - 29 -
4.1 Tipo de estudio: - 29 -
4.2 Área de Estudio: - 29 -
4.3 Universo y muestra: - 29 -
4.4 Criterios de inclusión y exclusión: - 29 -
4.5 Variables - 30 -
4.6 Métodos técnicas e instrumentos - 32 -
4.7 Procedimientos - 32 -
4.8 Plan de tabulación y análisis - 33 -
4.9 Aspectos éticos - 33 -
CAPITULO V - 34 -

5. Resultados ..... - 34 -
5.1 Cumplimiento del estudio ..... - 34 -
5.2 Caracterización demográfica ..... - 35 -
5.3 Frecuencia de patologías ..... - 36 -
5.4 Estado nutricional ..... - 37 -
5.5 Hábitos alimenticios ..... - 38 -
5.6 Valoración de la actividad física ..... - 46 -
5.7 Análisis del estado nutricional según frecuencia de consumo de alimentos ..... - 48 -
5.8 Análisis del estado nutricional según actividad física ..... - 56 -
CAPÍTULO VI ..... - 57 -
6. DISCUSIÓN ..... - 57 -
CAPÍTULO VII ..... - 60 -
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ..... - 60 -
7.1 CONCLUSIONES ..... - 60 -
7.2 RECOMENDACIONES ..... - 60 -
CAPITULO VIII ..... - 62 -
8. Referencias bibliográficas ..... - 62 -
CAPITULO IX ..... - 68 -
9. ANEXOS ..... - 68 -

Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos del autor

Paola Daniela Naranjo Bustamante, autora de la tesis "Estado Nutricional y factores asociados del personal de Salud del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo, 2015.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 8 de Octubre de 2015

Paola Daniela Naranjo Bustamante

C.I: 0105649289

Universidad de Cuenca

Cláusula de derechos del autor

Edwin Fernando Tenecora Gómez, autor de la tesis "Estado Nutricional y factores asociados del personal de Salud del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo, 2015.", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Licenciado en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 8 de Octubre de 2015

Edwin Fernando Tenecora Gómez

C.I: 0105117899

Universidad de Cuenca

Cláusula de responsabilidad

Paola Daniela Naranjo Bustamante, autora de la tesis "Estado Nutricional y factores asociados del personal de Salud del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo, 2015." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 8 de Octubre de 2015

Paola Daniela Naranjo Bustamante

C.I: 0105649289

Universidad de Cuenca

Cláusula de responsabilidad

Edwin Fernando Tenecora Gómez, autor de la tesis "Estado Nutricional y factores asociados del personal de Salud del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo, 2015." certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 8 de Octubre de 2015

Edwin Fernando Tenecora Gómez

C.I: 0105117899

AGRADECIMIENTO

El presente trabajo nos gustaría agradecer al distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo; de la misma manera al Dr. Juan Pablo Vintimilla por su acogida y brindarnos las facilidades para llevar a cabo la realización del presente estudio.

También agradecemos a nuestra directora de tesis Lcda. Priscila Cabrera; a nuestra asesora de tesis Lcda. Martina Aguilar; ya que han hecho posible el avance de esta tesis con su colaboración, conocimientos y recomendaciones, para así poder llegar a la conclusión de nuestro estudio.

A nuestras familias fuente de apoyo constante e incondicional en toda nuestra vida, sobre todo en el transcurso de nuestra formación universitaria, nos formaron con reglas y a la vez con algunas libertades pero a la final de cuentas nos motivaron constantemente para alcanzar uno de nuestros anhelos.

Daniela

Edwin

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a mi Dios quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento

A mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, asistencia en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos. A mis hermanos por estar siempre presentes, acompañándome para poderme realizar. A mi sobrinito Derek quien desde su inesperada llegada ha sido y es mi motivación, inspiración y felicidad.

Daniela.

Esta tesis quiero dedicar a mi padre, mis hermanos, mi sobrina y especialmente a mi madre por estar conmigo en las buenas y malas situaciones de la vida, por alentarme a seguir adelante y por todo lo bueno que he aprendido de ella.

También dedico a mis abuelos, a toda mi familia y amigos que son considerados parte de ella, ya que de una u otra forma me apoyaron a continuar en este camino para alcanzar este peldaño más en mi vida.

Edwin.

CAPITULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Según la organización Mundial de la Salud (1) una adecuada nutrición es importante para el estado de salud adecuado de los adultos, la dieta debe poseer características como ser suficiente y equilibrada, adicionalmente añade que si se suma a una adecuada dieta el ejercicio físico regular se constituyen en prácticas beneficiosas para la salud del adulto.

Las alteraciones del estado nutricional abarcan situaciones como el bajo peso, sobrepeso y obesidad; a nivel mundial para el año 2014 se estimó que el 39% de las personas adultas (18 años o más) tenían sobrepeso y la obesidad se presenta en el 13% de los casos; lo que evidentemente genera una preocupación más aún si tomamos el dato de que aproximadamente 1900 millones de personas adultas a nivel mundial poseen sobrepeso, es decir los datos que se han citado son alarmantes y representan un serio reto de los sistemas de salud (2).

El estado nutricional inadecuado es una situación que también afecta a la población de trabajadores de la salud, este tema es relevante pues una alimentación inadecuada no solamente condicionaría el rendimiento de los trabajadores, sino también es una repercusión directa al estado de salud de los trabajadores; las dietas hipercalóricas o a su vez la hipocalórica generan malnutrición, que podrían generarse también por malos hábitos alimenticios, mal reparto de las comidas, dando inicio a un círculo vicioso donde disminuyen simultáneamente la salud nutricional y la salud en lo laboral (3).

Otro componente de este estudio es la actividad física, esta situación también crea preocupación en los trabajadores, considerando que la actividad física y el deporte es una de las mejores estrategias para valorizar a los trabajadores, haciendo que los beneficios se trasladen también hacia las oficinas o sitios de trabajo; ayudando prevenir enfermedades como son las cardiovasculares, que conjuntamente con una dieta adecuada disminuyen el riesgo de obesidad y sobrepeso (4).

En la actualidad se ha registrado cierta indolencia en el personal sanitario de primera línea, hacia el control del estado nutricional, tanto entre médicos como enfermeras y auxiliares, incluso en países desarrollados. La función que tiene la enfermera como educadora, en el primer nivel de atención, la compromete a ser modelo en la adopción de conductas sanas que redunden en beneficio de su salud y logren impacto en la población que atienden, sobre todo en los pacientes afectados por sobrepeso y obesidad. Es fundamental que los trabajadores experimenten los efectos benéficos de dicho cambio en el estilo de vida, pues de otra manera será difícil que convenzan a la población abierta a que adopten estilos de vida saludables (5).

Basándonos en lo que anteriormente se ha citado, es importante estudiar la salud de los trabajadores de la salud del distrito 01D04 Chordeleg Gualaceo; en vista de que empíricamente se he evidenciado el aumento de sobrepeso en esta población, esta situación motiva a investigar sobre la nutrición y actividad física en estos trabajadores en virtud de que se pueden emprender campañas de prevención en esta población siempre y cuando se dispongan de datos actualizados sobre este problema de salud, estos datos son generados por este trabajo de investigación.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La frecuencia de sobrepeso y obesidad en trabajadores varia, obviamente dependiendo de la población que se investigue, por ejemplo en México, Nieves y colaboradores (5) determinaron que el sobrepeso y la obesidad se encuentran en un 66%, siendo el sexo masculino el más afectado con el 74%; Nacach y colaboradores (6) en una población de 1161 trabajadores de la salud establecieron que el 29% presentaron obesidad y el 41% sobrepeso con una frecuencia de bajo peso de 0,6%; además estos autores añaden que es frecuente la asociación entre el sobrepeso/obesidad y la presentación de enfermedades cardiovasculares así como de Diabetes Mellitus.

En Guayaquil, Hanna y colaboradores (7) tras investigar una población de 441 trabajadores de la salud establecieron que la prevalencia de sobrepeso fue del 43,31% y la prevalencia de obesidad se ubicó en 27,21%, siendo más frecuente en el sexo masculino.

Un estudio en la Ciudad de Quito, llevado a cabo por Rivadeneira y colaboradores (8) encontraron que un 52% presentaron sobrepeso, el 10% obesidad I y el 3% obesidad II; atribuyendo que el 37% de los trabajadores tenían un riesgo cardiovascular alto, lo que se podría mencionar que se debe al excesivo peso y a la falta de ejercicio físico.

Es importante tomar en cuenta que los cambios en el estilo de vida y el tipo de alimentación están favoreciendo el incremento en la prevalencia de la obesidad, ya que si bien, se considera que existen factores genéticos subyacentes, la influencia del medio ambiente es indiscutible. De manera general, las actividades del personal de salud son sedentarias, por lo que es probable que la prevalencia de obesidad se deba a la falta de actividad física necesaria para permitir o mantener el equilibrio con el gasto calórico energético, aunado a los tipos de alimentación que se consumen en las unidades de atención (por lo general ricos en grasas y carbohidratos (5).

Pese a la existencia de alteraciones en el estado nutricional, no existe en el Distrito de Salud 01D04 datos disponibles respecto a prevalencia de sobrepeso y obesidad en los trabajadores sanitarios.

Por todo lo antes expuesto, se plantea entonces, las siguientes interrogantes:

¿Cuáles es la prevalencia de malnutrición del personal de salud del Distrito 01D04”?

¿Los hábitos alimenticios y la actividad física constituyen factores asociados al estado nutricional del personal de salud del Distrito 01D04?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo cardiovascular, la existencia de patologías como HTA, diabetes y dislipidemia, según datos de Masson y colaboradores (9) establecieron que el riesgo cardiovascular es mayor en la población obesa con el 44,8% versus el 36,1% en la población con sobrepeso; además menciona que estos pacientes requieren medicación especifica como las estatinas, aumentando el gasto en salud.

Según el Instituto del Corazón de Texas (10) menciona que el sobrepeso y la obesidad son los principales factores de riesgo cardiovascular, además de aumentar el riesgo de patologías como la diabetes y la HTA que en definitiva también pasan a formar parte der un complejo sistema de afectación a la salud de los adultos.

Con esta investigación se pretendió, en primera instancia, conocer cómo se encuentra el estado nutricional de los trabajadores del Distrito y como segundo punto, evaluar si su estilo de vida está influyendo sobre los resultados que encontremos; pues de esta manera se podría diagnosticar problemas de desnutrición, sobrepeso y obesidad, los cuales afectan de manera directa el estado físico del que los padece; todo esto, con el objetivo de derivar a las personas a control médico, para iniciar una terapéutica agresiva o en su defecto modificar posibles tratamientos, para erradicar la malnutrición.

Además, a la postre, se reduciría los costos institucionales y estatales en el diagnóstico, manejo y abordaje de enfermedades derivadas de las alteraciones del estado nutricional, teniendo así, un personal más saludable y por ende más productivo en sus labores de atención a los usuarios.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 La salud en el trabajador

A nivel mundial los trabajadores representan aproximadamente el 50% de la población, además son los máximos contribuyentes en materia económica y social, estando su salud condicionada no únicamente por los peligros que se puedan encontrar en el lugar de trabajo sino también por factores personales y sociales, además del acceso a los sistemas de salud (11).

Según el Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (12) de los Estados Unidos en la última década se han aumentado las tasas de accidentes laborales, sin embargo también se ha visto que las condiciones de trabajo en algunos casos no son las adecuadas, por ejemplo los horarios de los trabajadores en ocasiones limitan su alimentación, o en otras ocasiones limitan su acceso a actividades de recreación o deporte, lo que obliga al trabajador a seguir un patrón que en alguna ocasión determinaría una patología asociada a estas condiciones de trabajo, aunque esta fuente no especifica directamente a la obesidad o sobrepeso, es evidente que pueden llevar a ésta.

En nuestro país, existe la Dirección de Seguridad y Salud en el Trabajo (13) que como objetivos tiene:

- Mejorar las condiciones de los trabajadores referentes a Seguridad y Salud.
- Desarrollar consciencia preventiva y hábitos de trabajo seguros en empleadores y trabajadores
- Disminuir las lesiones y daños a la salud provocados por el trabajo
- Mejorar la productividad en base a la gestión empresarial con visión preventiva.

Con la misión de promover la prevención de riesgos laborales en los centros de trabajo con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los trabajadores (entre otros objetivos que no tienen relación con este trabajo de investigación); de esta manera se puede observar que existe un reglamento para la salud de los trabajadores, lo que contribuye a la detección de riesgos, siendo la

obesidad, el sobrepeso y la desnutrición uno de los más prevalentes, de esta manera a salid del trabajador debe abarcar también su situación nutricional y sus factores asociados.

Bajo estas premisas, pasamos a revisar el fundamento teórico del estado nutricional así como sus factores que incluyen en este estudio los hábitos alimenticios y el estado físico o actividad física de los trabajadores.

2.2 El estado nutricional

2.2.1 Definiciones

El estado nutricional de una persona es definido como el resultado final del balance entre la ingesta alimentaria y los requerimientos de nutrientes (14). Mientras que la OMS (15) en su glosario de Nutrición determina que el estado nutricional es el estado de crecimiento o en nivel de micronutrientes de un individuo.

El índice de masa corporal, es definido como la masa corporal del individuo en kilogramos dividida por la estatura en metros cuadrados (15).

La nutrición, es definida por cañete y Cifuentes (16) como aquel proceso mediante el cual se brinda del aporte y la utilización de nutrientes, materia energética y plásticas contenidas en los alimentos y que se requiere para mantener la vida, siendo una de las condiciones básicas para que se desarrolle de forma adecuada las funciones nutritivas es que la alimentación sea suficiente y equilibrada.

2.2.2 Valoración del estado nutricional en adultos

Dentro de la valoración nutricional de los adultos, se destacan los siguientes componentes:

1. Evaluación antropométrica.
2. Evaluación dietética
3. Evaluación Bioquímica y
4. Evaluación clínica

2.2.2.1 Evaluación antropométrica

Según Frias (17) menciona que las mediciones antropométricas por si mismas ofrecen un indicador bueno para la valoración del estado nutricional en la mayoría de las poblaciones, en ocasiones son el centro de los sistemas de vigilancia de la nutrición que se han venido manejando en las ultimas 2 décadas y media; además posee las características de ser un método incruento y no reviste mayor costo, aplicable a toda la población; por último, esta valoración también se puede usar ara valorar la salud y la supervivencia pues el crecimiento de las dimensiones de cuerpo es un indicador de los mencionado anteriormente.

Dentro de los parámetros que se usan en la antropometría constan:

Peso corporal: se usa una báscula graduada ya sea en kilogramos o en libras, como recomendación se cita que el sujeto debe encontrarse descalzo, de pie en el centro del instrumento de medición; distribuyendo de manera igualitaria el peso entre ambos miembros inferiores, lo ideal es tomar esta medida con la menor cantidad de ropa posible (18)

Según Aparicio y colaboradores (19) el peso es uno de los indicadores antropométricos más comunes, y sirve para determinar la deficiencia ponderal en todos los grupos de edad, estos autores también recomiendan realizar la toma de esta medida (a más de las recomendaciones citadas) por duplicado.

Talla: Hott (20) menciona que dentro de los instrumentos de medición de la talla se hallan el tallímetro, la cinta métrica, podómetro entre otros siendo estos los más usados; recomendando siempre tomar la medida en pacientes que se hallen de pie, con el torso recto y la cabeza erguida de espaldas al tallímetro, de preferencia realizar este procedimiento con el paciente descalzo, con los pies paralelos con talones, nalgas y hombros en estrecho contacto con el instrumento de medición.

Como consecuencia de la medición del peso y de la talla surge el Índice de Masa Corporal (IMC) como un indicador que agrupa estas mediciones, este indicador según la OMS (2) es una relación entre el peso u la talla que se usa muy frecuentemente para identificar sobrepeso y obesidad en los adultos, viene definido por la siguiente formula:

$$IMC = \frac{Peso(Kg)}{Talla(Metros)^2}$$

En el año 2012, Aguilar y colaboradores (21) realizaron un estudio para medir la precisión del IMC y el porcentaje de grasa corporal como métodos de diagnóstico de sobrepeso, encontrando que este indicador es uno de los más fiables para la detección de sobrepeso y obesidad, en todos los grupos poblacionales incluso en los niños donde aunque es un bien indicador aún no se podría considerar el reemplazo a las curvas de crecimiento.

2.2.2.2 Evaluación dietética

La UNAM (22) menciona que los hábitos alimentarios de la población se puede llegar a conocer mediante el uso de diferentes técnicas, una de ellas es el recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo, registro de pesos y medidas entre otras, de esta manera se podrían relacionar con hábitos más sanos, aunque se estima que no siempre se puede lograr una comparación con hábitos adecuados pues éstos dependen de la población en estudio, un hábito alimenticio considerado inadecuado para una población puede ser bueno o adecuado para otra.

Ferrari (23) tras realizar un estudio sobre la ingesta por recordatorio de 24 horas menciona que existen varias técnicas de evaluación dietética, siendo el recordatorio una de las más importantes; otras técnicas son las encuestas alimentarias.

2.2.2.3 Evaluación bioquímica

Ravasco y colaboradores (24) al respecto mencionan que en la actualidad los parámetros de índole bioquímico son indicadores de la severidad de la enfermedad, y también son indicadores pronósticos; se da un poco de importancia como indicadores nutricionales, pero menciona que dentro de los más importantes se hallan a) suero/plasma, su concentración refleja la ingestión dietética reciente; b) el contenido de un nutriente refleja un estado crónico del mismo (eritrocitos); c) los leucocitos se utilizan para monitorear

cambios cortos del estado del nutriente. Para el paciente quirúrgico se han establecidos dimensiones específica.

Para la valoración del estado proteico se menciona os siguientes indicadores:

1. Proteína visceral:
    a. Albumina
    b. Pre albúmina
    c. Proteína ligada al retinol
    d. Transferrina
    e. Somatomedina.
2. Proteína somática:
    a. Creatinina
    b. Excreción de 3 metilhistidina
    c. Balance nitrogenado
3. Otro nutrientes:
    a. Lípidos como olesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, Apo A1, Apo B, LP(a); perfil de ácidos grasos.
    b. Minerales como cinc, cromo, yodo, cobre, selenio y otros.

2.2.2.4 Clínica

La valoración nutricional por signos físicos se basa en la exploración u observación de cambios clínicos relacionados con ingesta dietética inadecuada, escasa o excesiva, mantenida en el tiempo y que pueden detectarse en tejidos epiteliales superficiales, especialmente en piel, pelo y uñas; en la boca, en la mucosa, lengua y dientes o en órganos y sistemas fácilmente asequibles a la exploración física, todos son el reflejo de varias deficiencias nutricionales. No es frecuente que un único nutriente origine signos específicos (24).

Pudiendo encontrar los siguientes signos:

- Disminución de la masa muscular en regiones proximales de los miembros inferiores y edema en regiones distales.
- Piel áspera, fría con falta de brillo.

- Cabello quebradizo, alopecia.
- Uñas frágiles, con escaso crecimiento.
- Glositis.
- Disminución de frecuencia cardiaca, hipotensión.
- Termolabilidad.
- Enflaquecimiento, entre otros signos.

2.2.3 Estado nutricional en trabajadores

Se exponen estudios de casos en los cuales el estado nutricional ha sido motivo de estudio, de esta manera se podrán ir revelando las tendencias teóricas que en lo posterior nos servirán para poder emprender una comparación entre los resultados de nuestro estudio y la bibliografía de estudios en otras poblaciones:

Ruiz y colaboradores (25) en un estudio llevado a cabo en Chile encontraron que tras comparar dos grupos de trabajadores, el primero que realizaba turnos rotativos y el segundo sin turnos rotativos, a prevalencia del estado nutricional en el turno rotativo fue en 35,4% normal, en 45,1% sobrepeso y en 19,5% obesidad, y turno permanente: 43,7% normal y 56,3% sobrepeso lo que indica un alto porcentaje de trabajadores afectados con sobrepeso y obesidad.

En un estudio en Perú llevado a cabo por Sanabria y colaboradores (26) encontraron que en los trabajadores de la salud la alteración nutricional más frecuente fue el sobrepeso pues el 64% de la población presentó esta situación; únicamente el 2% de los trabajadores presentaron bajo peso, por lo que se estima un porcentaje residual, sin embargo es preocupante que más de la mitad de los trabajadores de la salud presenten sobrepeso.

Barrios y Contreras (27) en un estudio en el personal de enfermería encontraron que del total de la población en estudio el 30,6% presentó sobrepeso; el 52,1% presentó algún grado de obesidad; en el sexo femenino los indicadores fueron más notorios pues 40,3% presentó sobrepeso y el 57,5% obesidad, además concluyen que la estructura de salud estatal debe poner atención en el personal de enfermería que implementa el programa preventivo, porque dicho personal presenta los signos de la enfermedad.

Zambrano y Zambrano (28) en un estudio en el personal de salud de Manabí encontraron que en el sexo masculino la frecuencia de sobrepeso fue del 45%, la obesidad presentó un 31%, siendo as frecuente en el sexo masculino y concluyen aseverando que las mujeres podrían poseer mayor cuidado en los hábitos alimenticios y en el cuidado de su salud.

Fernández y colaboradores (29) en un estudio en miembros de un equipo de salud en Chile, encontraron que la prevalencia de sobrepeso fue de 46% y de obesidad de 17%. Un 74,6% de la muestra tuvo una adecuada correlación entre su estado nutricional auto percibido y el calculado por IMC, lo que fue estadísticamente significativo (÷2 =63,27 con p<0,001); en este estudio también se puede evidenciar que los mayores problemas que afecta al personal de alud es el sobrepeso y la obesidad.

Un estudio llevado a cabo por Nacach y colaboradores (6) en Tijuana México reveló que de 1161 trabajadores de la salud en estudio el 41% poseían sobrepeso y el 29% obesidad; lo que nuevamente recalca que las mayores alteraciones nutricionales del personal de salud es el exceso de peso.

Otro estudio en México, llevado a cabo por Sánchez y colaboradores (30) determinó que el 72% de esta población posee obesidad visceral, concluyendo que *"los encargados de controlar la problemática de obesidad y sobrepeso también la padecen, pudiendo contribuir al fracaso de los programas que se intentan aplicar en la comunidad".*

Nieves y colaboradores (5) en una población de 85 trabajadores de la salud encontraron una prevalencia de obesidad del 66%; siendo más frecuente en el sexo masculino con el 74%, afectando más llamativamente al personal de 50 años o más, concluyendo que en el personal de enfermería la prevalencia de obesidad es más lata a la reportada en otras poblaciones de trabajadores de la salud como médicos, además que se podría estar condicionando la aparición de otras patologías como la HTA o la diabetes.

En un estudio en México de Díaz (31) determinó que en el personal de salud de una población trabajadora de la salud en emergencia la prevalencia de obesidad fue del 11,1% en mujeres y de 4,76% en hombres, mientras que del

total de la población el 63,5% presentó sobrepeso, además concluyen que es una afectación bastante común que aún no se determina su impacto en la salud laboral de los profesionales, y tampoco se abordan los factores de riesgo.

2.2.4 Hábitos alimenticios

Los hábitos alimenticios inadecuados, se asocia con mayor morbilidad en los trabajadores independientemente cual sea su área de trabajo, encontrando en un estudio llevado a cabo en España que de un total de trabajadores en la Canarias que sólo un 34% desayunan en casa al levantarse, y un 76% hacen una comida a media mañana. Los postres en la comida son fruta (50%) y pasteles o lácteos (50%), y en la cena son mayoritariamente lácteos y pasteles (70%) y en menor proporción fruta (30%). Existen pocas diferencias en función del turno, a excepción del hábito de comer entre horas o snacks. Un 30% de la población cena un vaso de leche con galletas (32).

Entre los hábitos alimentarios, es vital un consumo adecuado de alimentos, que proporcionen los nutrientes suficientes para ayudar al crecimiento y desarrollo óptimo de las personas, a fin de tener adultos sanos. De esta manera se podría evitar varias enfermedades crónico-degenerativas, debidas tanto a carencias nutricionales como a exceso de consumo de alimentos considerados en su mayoría como “comida chatarra” (33).

La influencia del ambiente familiar, cultural, social, económico y religiosos es decisiva para lograr buenos hábitos de alimentación, ya que desde edades tempranas se proporcionan determinados tipos y cantidades de alimentos (33).

Algunos hábitos alimentarios sólo se modifican temporalmente, cuando se presenta alguna enfermedad o circunstancia determinada (cirugía, embarazo, etc.) y entonces se transforman, mientras se recupera la salud o se resuelve la situación, para volver a retomar los mismos, posteriormente (33).

La formación de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para la prevención de enfermedades y promoción de la salud. La mejor manera de alcanzar un estado nutricional adecuado es incorporar una amplia variedad de alimentos a la dieta (33).

Según el Ministerio de Salud de Chile (34) en los adultos no es indispensable o no se requiere demandas energéticas y nutritivas elevadas o mayores a otras etapas de la vida, lo que si se deja claro es que en esta etapa las demandas nutricionales son menores en relación con el peso y van a depender primordialmente de entre otros factores como la edad, el género, tipo de actividad que realice el adulto, metabolismo y nivel de actividad física.

Esto nos lleva que toda dieta debe basarse en la moderación y un balance, evitando los excesos y como se ha mencionado no existe un patrón establecido para la alimentación de los adultos que se pueda ajustar a toda una población de adultos, pues depende de factores individuales; existiendo por lo tanto recomendaciones a las dietas mas no patrones a seguir (34)

El Ministerio de Salud de Perú (35) considera que la alimentación adecuada debe incluir:

1. Se debe favorecer los procesos de depuración del organismo mediante la ingesta adecuada de líquidos: agua, jugos, caldos, etc. No existe un valor predeterminado a consumir pues cada sujeto posee su propio metabolismo, esta situación se aplica para todos los alimentos.
2. Los vegetales y las frutas con fibra deben ser consumidos a voluntad, poseen la ventaja de aportar vitaminas y evitar enfermedades como el estreñimiento, adicionalmente posee sustancias anti oxidantes que retrasan el envejecimiento celular.
3. La alimentación adecuada debe ser fraccionada en todo el día, por lo general en 3 comidas principales y con ingestas pequeñas entre éstas, las condiciones para comer también deben ser adecuadas por ejemplo se debe comer sentado, tranquilo y sin mezclar los platos.
4. Los alimentos ricos en carbohidratos como son los cereales se deben ajustar a los requerimientos personales.
5. Se debe poseer un cuidado especial con el origen de los alimentos grasos, reduciendo los de origen animal pues se trata de grasa saturada lo que en el metabolismo aumenta los niveles de colesterol llevando a una ateroesclerosis.

6. Los alimentos como la sal o alimentos que posean cantidades importantes de sodio como son los embutidos, conservas deben ser limitados.

Según Oliveira y Gonzáles (36) en el año 2010 recomiendan los siguientes requerimientos:

	SENC, 2000-2004	EURODIET, 2000	NAS, 2002	NIH ATP III, 2004	AHA, 2000-2006 [B]	OMS, 2003
Hidratos de carbono (% kcal)	> 50%	> 55-75%	> 45-65%	> 50-60%	> 55-60% [b]	> 50-75%
Hidratos de carbono g/día (RDA)	-	-	130 [e]	-	-	-
Azucares (% kcal)	-	< 10-12%	< 25%	Moderar	Limitar [d]	< 10% [d]
Alimentos azucarados (frecuencia/día)	< 4/dia [b]	< 4/dia	-	Moderar	Limitar [d]	-
Frutas y verduras (g/día)	> 550	> 400	-	Aumentar	Dieta rica en frutas y verduras [d]	400
Grasas totales	≤ 35%	20-35%	20-35%	20-35%	≤ 25-35% [d]	15-30%
AGS (% kcal)	≤ 10%	7-10%	-	< 7% [g]	< 7% [d]	< 10%
AGMI (% kcal)	20%	10-15%	-	≤ 20% [h]	≤ 15% [b]	h
AGPI (% kcal)	5%	7-8%	-	≤ 10%	≤ 10% [b]	6 - 10%
AG n-6 (% kcal)	-	< 7-8%	5-10%	-		5 - 8%
AG n-3 (% kcal)	-	-	0,6-1,2% [i]	-		1 - 2%
AG n-6 g/día (linoleico) (AI)	-	-	V: 17 M: [i] 12	-		
AG n-3 g/día	-	2 g linolénico + 200 mg de AGCML	α-Linolénica V: 1,6 H M: [i] 1,1	-	≥ 2 raciones de pescado, mejor [d] graso/semana	
AG *trans*	-	< 2%	-	g	< 1% [d]	< 1%
Colesterol (mg/día)	< 350	< 300	-	< 2oo	< 300 [d]	< 300
Proteínas (% kcal)	13% [i]	-	10-15%	15%	15% [b]	15-30%
Proteínas (g/día) (RDA)	V: 56-59 M: 48-57	-	V: 56 M: 46	-	-	-
Fibra (g/día)	> 22	> 25	V: 38 [j, k] M: 25 (a4 g/1000 kcal)	20-30 [l]	≥ 25 [d,m] Al menos la mitad de oereales y derivados que sean integrales	
Actividad física	PAL > 1,75	PAL > 1,75	PAL > 1,6	≤ 2oo kcal/día	Al menos 30 min/día [d]	> 1h/día
Alcohol (si se consume)	Opcional y moderado	24-36 g/dia 12-24 g/dia [o]	-	V: ≤ 2 M: ≤ 1 [p]	V: ≤ 2 M: ≤ 1 [d,p]	No recomendado

Ilustración 1. Recomendaciones de macronutrientes y actividad física en adultos.

2.3 Actividad física

Según la OMS (37) se debe considerar como actividad física cualquier movimiento corporal que es producido por los músculos esqueléticos que exija y requiera un gasto de energía; añadiendo que la inactividad física es el cuarto

factor de riesgo en lo que respecta a mortalidad mundial; en los adultos un adecuado nivel de actividad física:

- reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- mejora la salud ósea y funcional, y
- es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.

Sanabria y colaboradores (26) en un estudio con trabajadores de la salud determinaron que el 88% tuvieron un buen nivel de actividad física pero a pesar de esta situación el 64% tuvo sobrepeso.

Viñas y colaboradores (38) mencionan que el 6% de los españoles que practican deporte lo hacen en 'sus puestos de trabajo o como actividad en el centro de enseñanza'. Por el contrario el 68% de los españoles practica deporte 'por su cuenta' y el 24% lo hace 'como actividad de un club, asociación, organización o federación', además menciona que no se conocen estudios integrales sobre el impacto de la actividad física en los trabajadores, pero si existen resultados e estudios de fomento de la actividad física, siendo alentadores.

Peña y colaboradores (39) en trabajadores universitarios determinaron que existió un total de 37,2% de sedentarismo, lo que indica que al menos 1 de cada 3 empleados presenta sedentarismo, un dato alarmante a sabiendas de las consecuencias que trae consigo la inactividad.

2.4 Alimentación y rendimiento laboral

La alimentación laboral ha alcanzado cada vez mayor importancia debido a sus efectos en la calidad de vida de los trabajadores y su productividad, porque alimentación y nutrición están fuertemente ligadas al funcionamiento del organismo. Por ejemplo, al saltarse una comida (esencialmente el desayuno o el almuerzo) genera hipoglicemia, lo que reduce el período de atención y ralentiza la velocidad con la que se procesa cualquier información. En personas con deficiencia de micronutrientes, se registra un deterioro en la capacidad

física y el desempeño en el trabajo, de hasta el 30%, sumado a la aparición de fatiga y descoordinación en los movimientos. Diversas investigaciones han demostrado que un empleado con obesidad tiene el doble de probabilidades de ausentismo laboral, en comparación con una persona con un estado nutricional adecuado (40)

León (41) cita que "*la alimentación es necesaria adaptarla a la actividad laboral, con el fin de mejorar el rendimiento y reducir la fatiga. El tipo de alimentación que consume una persona en el trabajo, tiene repercusiones nutricionales y de salud, por lo que es importante saber elegir los alimentos. El problema es que hoy las personas pueden elegir entre comida rápida, que lamentablemente está cargada hacia los lípidos, sal y la ventaja es que es económica; mientras que otro tipo de alimentación indica una preparación culinaria donde están presentes las proteínas, carbohidratos, fibras y en menor escala los lípidos, pero requiere más tiempo de preparación para su consumo".*

Además, cita un estudio de la Organización Internacional del Trabajo que menciona que una mala alimentación es causa del 20% de las perdidas en el trabajo; por motivos de productividad (41).

Un estudio en el año 2011, en Papallacta-Ecuador por Caicedo (42) encontró que los trabajadores que no tenían una adecuada nutrición producían un 30% menos en comparación con la población bien nutrida, además menciona que la nutrición y el rendimiento laboral van de la mano, una persona mal alimentada encontrará dificultades para mejorar su calidad de vida, puesto que la capacidad de trabajo, es directamente proporcional a la alimentación, e irá descendiendo cuando ésta es deficiente.

CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

Determinar el estado nutricional y factores asociados del personal de salud del Distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo.

3.2 Objetivos específicos

1. Caracterizar a la población según edad, sexo, patología asociada.
2. Determinar el estado nutricional del personal de salud.
3. Determinar la relación entre el estado nutricional y los factores asociados (hábitos alimenticios y actividad física).

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio:

El estudio fue analítico, de corte transversal, mediante el cual se pudo conocer el estado nutricional del personal que labora en el Distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo Salud, así como determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y su relación con determinados factores asociados.

4.2 Área de Estudio:

Distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo – Salud, el cual abarca a dichos cantones, con sus respectivas unidades operativas: Moreno Vázquez, Chordeleg, Daniel Córdova, Jadán, Luis Cordero, Mariano Moreno, Principal, Remigio Crespo, San Juan, UMG 3 Azuay y Cuenca del Paute, Unidad Anidada Gualaceo, Zhidmad.

4.3 Universo y muestra:

La población de estudio incluyó al personal de salud que labora en el Distrito 01D04, durante el período marzo – agosto del año 2015. No se calculó una muestra, pues se trabajó con todo el universo, el cual es de 210 personas.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Personal médico, de enfermería, tecnólogos de laboratorio e imagen, auxiliares de servicios mayores de 18 años.
- Que laboren en el Distrito 01D04 Chordeleg – Gualaceo – Salud.
- De planta central, contrato temporal, nombramiento provisional o rural.
- Que acepten participar de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Personal que no firmó el Consentimiento Informado.
- Estudiantes del internado rotativo de medicina y enfermería.

4.5 Variables

Las variables que se analizaron correspondieron a la ficha de recolección de datos y permitieron alcanzar los objetivos propuestos:

Datos para caracterizar a la población:

- Edad
- Sexo
- Patología

Datos antropométricos para establecer prevalencia de malnutrición:

- Estado nutricional (peso / talla)

Datos sobre factores asociados que pudieran influir sobre el estado nutricional encontrado:

- Hábitos alimenticios:
    - Frecuencia de consumo de alimentos.
- Actividad física

4.5.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
EDAD	Años cumplidos por la persona desde su nacimiento hasta la fecha de la entrevista	Temporal	Años cumplidos	< 30 30-49 50-69
SEXO	Características anatómicas y cromosómicas del hombre y la mujer	Biológica	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino
PATOLOGÍA	Enfermedad/es que padece una persona en un momento determinado	Antecedente	Enfermedad física asociada	Diabetes Mellitus Hipertensión arterial Dislipidemia Otro
ESTADO NUTRICIONAL	Relaciona el peso en kilogramos y la talla en metros cuadrados	Nutricoonal	Índice de masa corporal (IMC)	< 18.50 = Bajo peso 18.50-24.99 = Normal ≥25.00 = Sobrepeso ≥30.00 = Obesidad
HÁBITOS ALIMENTICIOS	Serie de conductas y actitudes que tiene una persona al momento de alimentarse, los	Consumo de productos alimenticios	Lácteos y sus derivados Carbohidratos Carnes, huevos	Número de comidas y frecuencia de las mismas

	cuales están determinados por diversos factores como las costumbres familiares, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumo de los mismos		Frutas Vegetales Grasas y aceites Azucares	
		Ingestión diaria de agua	Cantidad de agua	Frecuencia de consumo
ACTIVIDAD FÍSICA	Cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Abarca el ejercicio, juego, trabajo, formas de transporte activas, tareas domésticas y actividades recreativas	Valoración de frecuencia e intensidad de la actividad	Valoración de los siguientes componentes: **1. Horas diarias acostado** Menor a 8 8-12 Más de 12 **2. Horas diarias en actividades sentado** Menos de 6 6-10 Más de 10 **3. Horas diarias al aire libre** Más de 1 hora Entre 30 minutos y una hora Menos de 30 minutos. **4. Numero de cuadras caminadas diariamente** Más de 15 5-15 Menos de 5 **5. Horas semanales en deportes** Más de 4 2-4 horas Menos de 2	Puntaje: 0= menor frecuencia o intensidad de actividad física. 1= Niveles de actividad física medios. 2= Niveles de actividad física elevados. Puntaje menor a 5 puntos indica sedentarismo

4.6 Métodos técnicas e instrumentos

Método: Mediante observación directa, con mediciones, en un lapso específico y aplicación de una encuesta estructurada.

Técnicas: De cumplir con los criterios de inclusión, se solicitó a cada individuo su consentimiento para formar parte de la investigación. Luego se realizó medición de la talla en metros utilizando un tallímetro calibrado, con la persona de pie y sin zapatos; se pesó a cada uno (en Kg), con la ropa puesta y sin zapatos, en una balanza calibrada para el estudio, con estos datos antropométricos se calculó el IMC del trabajador. Finalmente, se procedió a realizar una encuesta estructurada, cuyas respuestas se registraron en una ficha de recolección de datos.

Instrumento: Se aplicó un formulario de recolección de datos, diseñado por los autores, exclusivamente para esta investigación. Dicha ficha consta de 3 secciones: en la primera se solicitan datos personales (nombre, edad, sexo, antecedentes patológicos); en la segunda, datos antropométricos (peso, talla, IMC) y en la tercera parte, se hace referencia a hábitos alimenticios y actividad física. (Anexo N°1)

4.7 Procedimientos

Autorización: Mediante oficio, se dio conocimiento, a la vez que se solicitó aprobación para realizar el estudio, al Director del Distrito de Salud 01D04 (Anexo N°2).

Capacitación: Para la realización del proyecto se inició con una exhaustiva revisión de la bibliografía referente al tema. Se practicó y entrenó, con mucha anterioridad, la técnica para medir y pesar correctamente al personal de salud, a fin de evitar errores técnicos, que pudieran alterar los resultados.

Supervisión: Es importante indicar que los investigadores contaron todo el tiempo con supervisión de su Directora, la Lcda. Priscila Cabrera; y para el

trabajo de campo, con enfermeras capacitadas, y de requerirse, de médicos del propio servicio.

4.8 Plan de tabulación y análisis

La información obtenida de las encuestas realizadas fue ingresada en una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS Statistics, donde se realizaron además combinación de variables y tablas para el análisis estadístico de los resultados. Se efectuó análisis univariado para describir las variables del estudio, las cuales son presentadas en tablas simples con valores de frecuencia y porcentaje.

Para determinar asociación se realizaron análisis bivariado, mediante tablas de contingencia (2x2), utilizando el chi Cuadrado de Pearson (p), con significancia estadística con valores < 0.05 y para determinar el riesgo, el Odds ratio (OR) con un intervalo de Confianza (IC) del 95% y valores > 1.

4.9 Aspectos éticos

En este trabajo se mantuvo la confidencialidad de todos los/as participantes, ya que no se divulgaron sus nombres ni otros datos; la información que se obtuvo fue manejada únicamente dentro de la investigación, y pudo ser verificada en cualquier momento, por el personal designado para ello.

A todos los encuestados se les explicó previamente en qué consiste el estudio, los beneficios para la sociedad, gracias a la información que pudieran aportar, finalmente se les pidió firmar en una hoja su consentimiento. (Anexo N° 3).

CAPITULO V

5. Resultados

5.1 Cumplimiento del estudio

La presente investigación se llevó a cabo en una población de 210 personas que son personal de Salud del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo en la provincia del Azuay; estas persona representaron la totalidad de la población pues no se calculó una muestra.

Limitaciones: El estudio se limita a un solo distrito o unidad de salud, una de las limitaciones fue justamente esa, el no poder aumentar el tamaño de la población es decir analizar otras poblaciones, lo que queda como tarea pendiente para otros estudios.

Observaciones: Tras la recolección de la información se elaboró una base de datos para el análisis mediante porcentajes (%); además los números totales se mencionan con la inicial “n”.

5.2 Caracterización demográfica

Tabla Nº 1

VARIABLE SOCIO DEMOGRÁFICAS DE 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

ESCALA	F (n=210)	%=100
Edad		
<= 25 años	37	17,6
26-35 años	107	51
36-45 años	31	14,8
46-55 años	16	7,6
56-65 años	17	8,1
Más de 65 años	2	1
Sexo		
Masculino	64	30,5
Femenino	146	69,5

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Análisis: el promedio de edad de la población se ubicó en 34,55 años con una desviación estándar de 11,2 años; el grupo de edad más prominente es el de 26-35 años con un 51%; es decir al menos 1 de cada 2 personas en el estudio tiene edades entre los 26-35 años; así mismo se logró identificar que el 69,5% de los participantes en el estudio fueron de sexo femenino mientras que el 30,5% fueron de sexo masculino.

5.3 Frecuencia de patologías

Tabla Nº 2

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Variable		Frecuencia	Porcentaje
Antecedentes patológicos personales	NO	172	81,9
	SI	38	18,1
Diabetes Mellitus	No	207	98,6
	SI	3	1,4
HTA	No	193	91,9
	SI	17	8,1
Dislipidemia	No	209	99,5
	SI	1	,5

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Se puede observar que el 81,9% de los trabajadores entrevistados no poseen enfermedades crónicas, mientras que la prevalencia de enfermedades fue del 18,1%; de estas enfermedades la más frecuente fue la HTA pues 17 casos lo que representa el 8,1% presentaron esta enfermedad, en el caso de diabetes mellitus existió un 1,4% (3 casos) y 1 caso de dislipidemia lo que representa el 0,5%.

5.4 Estado nutricional

Tabla Nº 3

VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONALES DE 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Estado nutricional	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	3	1,4
Normal	80	38,1
Obesidad	43	20,5
Sobrepeso	84	40,0
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Tras la valoración de peso y talla y el cálculo del IMC se estableció que el 40% de las personas evaluadas presentaron sobrepeso, siendo ésta la alteración matronal más frecuente; en segundo lugar se halla la obesidad pues representaron el 20,5%; el bajo peso se presentó en 3 casos lo que representa en 1,4% del total.

5.5 Hábitos alimenticios

5.5.1 Frecuencia de consumo de lácteos y derivados

Tabla Nº 4

FRECUENCIA DE CONSUMO DE LÁCTEOS Y DERIVADOS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	4	1,9
1 VEZ AL DÍA	95	**45,2**
2-3 VECES A LA SEMANA	32	15,2
2-3 VECES AL DÍA	53	25,2
4-6 VECES A LA SEMANA	12	5,7
RARA VEZ O NUNCA	14	6,7
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Se puede observar que la frecuencia de consumo de lácteos y derivados es amplia, siendo en el 45,2% de los casos 1 vez por día que por lo general se recomienda, pero también existen extremos como es el caso del 1,9% de personas que consumen lácteos y derivados una vez por semana o también el grupo que consume rara vez o nunca con el 6,7%; esto indica la variabilidad del consumo de estos productos.

5.5.2 Frecuencia de consumo de carbohidratos

Tabla Nº 5

FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARBOHIDRATOS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	5	2,4
1 VEZ AL DÍA	42	20,0
2-3 VECES A LA SEMANA	15	7,1
2-3 VECES AL DÍA	129	**61,4**
4-6 VECES A LA SEMANA	6	2,9
4-6 VECES AL DÍA	2	1,0
RARA VEZ O NUNCA	11	5,2
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

El consumo de carbohidratos es más frecuente que el de lácteos pues consumen este tipo de productos 2-3 veces al día en el 61,4% de los casos; también existen los consumos exagerados de carbohidratos por ejemplo en el 1% de los casos consumen 4-6 veces al día, otras frecuencias deben valorarse y pueden observarse en la tabla.

5.5.3 Frecuencia de consumo de carne

Tabla Nº 6

FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	7	3,3
1 VEZ AL DÍA	73	**34,8**
2-3 VECES A LA SEMANA	38	18,1
2-3 VECES AL DÍA	69	32,9
4-6 VECES A LA SEMANA	17	8,1
4-6 VECES AL DÍA	5	2,4
RARA VEZ O NUNCA	1	,5
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

La carne provee de proteína al organismo, en esta investigación se encontró que el 34,8% de la población consume carne 1 vez por día, pero una frecuencia no muy diferente a ésta es decir 2-3 veces por día se presentó en el 32,9% del total de la población, es decir existe un consumo diario de carne bien elevado; dentro de los extremos de consumo tenemos que el 0,5% de las personas consumen carne rara vez o nunca; este porcentaje representa una persona probablemente vegetariana; existe también un 3,3% (7 casos) en los cuales el consumo es 1 vez a la semana,

5.5.4 Frecuencia de consumo de frutas

Tabla Nº 7

FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	12	5,7
1 VEZ AL DÍA	59	**28,1**
2-3 VECES A LA SEMANA	41	19,5
2-3 VECES AL DÍA	59	**28,1**
4-6 VECES A LA SEMANA	19	9,0
4-6 VECES AL DÍA	7	3,3
RARA VEZ O NUNCA	13	6,2
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

La mayor parte de las personas encuestadas presenta mayor consumo de frutas en la frecuencia diaria, de esta manera el 28,1% consume frutas una vez por día y con el mismo porcentaje la frecuencia de 2-3 veces al día; en los extremos de frecuencias encontramos que el 6,2% lo que representa a 13 personas no consume frutas o lo hacen de manera esporádica; también existe un 3,3% de personas que consumen entre 4-6 veces al día.

5.5.5 Frecuencia de consumo de vegetales

Tabla Nº 8

FRECUENCIA DE CONSUMO DE VEGETALES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	8	3,8
1 VEZ AL DÍA	101	**48,1**
2-3 VECES A LA SEMANA	29	13,8
2-3 VECES AL DÍA	45	21,4
4-6 VECES A LA SEMANA	23	11,0
RARA VEZ O NUNCA	4	1,9
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

El consumo de vegetales en el 48,1% de los casos es una vez al día, también el 21,4% de las personas consumen 2-3 veces al día vegetales lo que representa la mayoría de los casos consumen vegetales suficientes diariamente, el 1,9% de las personas lo que representa 4 pacientes consumen rara vez o no consumen vegetales, lo que representa la minoría de los casos.

5.5.6 Frecuencia de consumo de grasas y aceites

Tabla Nº 9

FRECUENCIA DE CONSUMO DE GRASAS Y ACEITES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	38	18,1
1 VEZ AL DÍA	39	18,6
2-3 VECES A LA SEMANA	50	**23,8**
2-3 VECES AL DÍA	20	9,5
4-6 VECES A LA SEMANA	17	8,1
4-6 VECES AL DÍA	3	1,4
RARA VEZ O NUNCA	42	20,0
UNA VEZ A LA SEMANA	1	,5
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

El consumo de grasa y aceites en el 23,8% de los casos investigados tuvo una frecuencia de 2-3 veces por semana; la mayoría de las frecuencias de consumo de grasa y aceites se tabulan en semanas, sin embargo existió un 18,6% que consume 1 vez por día e incluso existieron 3 pacientes lo que representa el 1,4% de personas que consumen grasas y aceites 4-6 veces por semana.

5.5.7 Frecuencia de consumo de azúcares

Tabla Nº 10

FRECUENCIA DE CONSUMO DE AZÚCARES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ A LA SEMANA	28	13,3
1 VEZ AL DÍA	48	22,9
2-3 VECES A LA SEMANA	25	11,9
2-3 VECES AL DÍA	13	6,2
4-6 VECES A LA SEMANA	10	4,8
4-6 VECES AL DÍA	8	3,8
RARA VEZ O NUNCA	78	**37,1**
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Los azucares parecen ser los alimentos menos consumidos de todos los que hemos revisado, pues el 37,1% de los casos no consume estos productos o los consume rara vez; siendo esta la mayoría de la población. También existe un porcentaje de la población es decir el 6,2% lo que representa 13 personas que consumen azucares 2-3 veces al día.

5.5.8 Frecuencia de consumo de agua

Tabla Nº 11

FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo	Frecuencia	Porcentaje
1 VEZ AL DÍA	31	14,8
2-3 VECES A LA SEMANA	6	2,9
2-3 VECES AL DÍA	82	39,0
4-6 VECES A LA SEMANA	6	2,9
4-6 VECES AL DÍA	78	37,1
RARA VEZ O NUNCA	7	3,3
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

El 39% de la población refirió que consume agua 2-3 veces al día mientras que el 37,1% de las personas consumen 4-6 veces al día, es decir en la mayoría de los casos el agua es consumida diariamente, sin embargo existen personas que refirieron que consumen agua a la semana como es el caso del 2,9% de personas que consumen agua 2-3 veces a la semana.

5.6 Valoración de la actividad física

Tabla Nº 12

VALORACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Valoración de actividad física	Frecuencia	Porcentaje
Sedentario	113	53,8
Activo físicamente	97	46,2
Total	210	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

La valoración de la actividad física y sus componentes mostró que el 53,8% de las personas encuestas presentaron sedentarismo; el 46,2% de la población presentó indicadores de actividad física.

5.6.1 Componentes de la evaluación de actividad física

Tabla Nº 13

VALORACIÓN DE LOS COMPONENTES DE ACTIVIDAD FISICA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Valoración		Frecuencia	Porcentaje
Horas diarias acostado	Menos de 8 horas	3	1,4
	8-12 horas	14	6,7
	Más de 12 horas	193	91,9
Horas diarias en actividades sentado	Menos de 6 horas	102	48,6
	6-10 horas	33	15,7
	Más de 10 horas	75	35,7
Numero de cuadras caminadas diariamente	Menos de 5 cuadras	72	34,3
	5-15 cuadras	109	51,9
	Más de 15 cuadras	29	13,8
Horas diarias en actividades recreativas al aire libre	Menos de 30 minutos	173	82,4
	30-60 minutos	27	12,9
	Más de 60 minutos	10	4,8
Horas semanales de ejercicio o deportes programados	Menos de 2 horas	125	59,5
	2-4 horas	56	26,7
	Más de 4 horas	29	13,8

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Se puede observar que de todos los componentes que se usaron para la valoración de la actividad física el más prominente es el que hace referencia a las horas diarias en juegos o actividades al aire libre, pues el 82,4% de las personas realizan estas actividades menos de 30 minutos al día.

5.7 Análisis del estado nutricional según frecuencia de consumo de alimentos

5.7.1 Estado nutricional según consumo de lácteos y derivados

Tabla Nº 14

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE LÁCTEOS Y DERIVADOS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de Lácteos y derivados	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	3,0	3,8	0,0	0,0	1,0	1,2
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	36,0	45,0	24,0	55,8	35,0	41,7
2-3 VECES A LA SEMANA	2,0	66,7	8,0	10,0	4,0	9,3	18,0	21,4
2-3 VECES AL DÍA	0,0	0,0	22,0	27,5	12,0	27,9	19,0	22,6
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	7,0	8,8	3,0	7,0	2,0	2,4
RARA VEZ O NUNCA	1,0	33,3	4,0	5,0	0,0	0,0	9,0	10,7
Total	3	100	80	100	43	100	84	100

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Del total de personas que presentaron sobrepeso (84 personas) el 35% consumía lácteos y derivados una vez al día, mientras que del total de personas con obesidad el 55,8% también consumían lácteos y derivados una vez al día; en los pacientes con bajo peso el 33,3% no consumían lácteos o lo hacían raramente. Estas diferencias por grupos fueron estadísticamente significativas con chi cuadrado 27,89 y valor de p=0,022.

5.7.2 Estado nutricional según consumo de carbohidratos

Tabla Nº 15

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARBOHIDRATOS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de Carbohidratos	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	6,0
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	13,0	16,3	8,0	18,6	21,0	25,0
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	7,0	8,8	3,0	7,0	5,0	6,0
2-3 VECES AL DÍA	2,0	66,7	53,0	66,3	29,0	67,4	45,0	53,6
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	2,0	2,5	0,0	0,0	4,0	4,8
4-6 VECES AL DÍA	0,0	0,0	1,0	1,3	1,0	2,3	0,0	0,0
RARA VEZ O NUNCA	1,0	33,3	4,0	5,0	2,0	4,7	4,0	4,8
Total	3	100	80	100	43	100	84	100

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Del total de la población que presentó sobrepeso el 53,6% poseía consumos de 2-3 veces al día de carbohidratos; igual situación sucede con las personas con obesidad donde el 67,4% de la población presentaba esta frecuencia de consumo; en la población con bajo peso el 66,7% tenía consumo de carbohidratos 2-3 veces al dia es decir el mismo consumo que tenían las personas son sobrepeso, lo que indica que el consumo de carbohidratos al parecer no es una variable importante al momento de explicar el sobrepeso y la obesidad. No se encontró significancia estadística con valor de p=0,300.

5.7.3 Estado nutricional según consumo de carne

Tabla Nº 16

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE CARNE EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de carne	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	4,0	5,0	2,0	4,7	1,0	1,2
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	32,0	40,0	19,0	44,2	22,0	26,2
2-3 VECES A LA SEMANA	1,0	33,3	16,0	20,0	5,0	11,6	16,0	19,0
2-3 VECES AL DÍA	1,0	33,3	20,0	25,0	15,0	34,9	33,0	39,3
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	8,0	10,0	2,0	4,7	7,0	8,3
4-6 VECES AL DÍA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	6,0
RARA VEZ O NUNCA	1,0	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

En el 39,3% de la población que con sobrepeso tenia consumos de 2-3 veces al día de carne, por otro lado en la población con obesidad el 44,2% presentó consumo 1 vez al día de carne, en esta relación de variables si se encontró significancia estadística entre las diferentes frecuencias de consumo y el estado nutricional con p=0,000.

5.7.4 Estado nutricional según consumo de frutas

Tabla Nº 17

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE FRUTAS EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de frutas	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	3,0	3,8	4,0	9,3	5,0	6,0
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	25,0	31,3	15,0	34,9	19,0	22,6
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	18,0	22,5	3,0	7,0	20,0	23,8
2-3 VECES AL DÍA	2,0	66,7	22,0	27,5	10,0	23,3	25,0	29,8
4-6 VECES A LA SEMANA	1,0	33,3	7,0	8,8	4,0	9,3	7,0	8,3
4-6 VECES AL DÍA	0,0	0,0	1,0	1,3	3,0	7,0	3,0	3,6
RARA VEZ O NUNCA	0,0	0,0	4,0	5,0	4,0	9,3	5,0	6,0
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

En la población con bajo peso el 66,7% consumía frutas 2 a 3 veces a la semana es decir tenía un consumo bajo de frutas, mientras que en la población con sobrepeso y obesidad el consumo de frutas fue en ambos casos de 2-3 veces al día con el 39,8% y 25% respectivamente. No se encontró significancia estadística entre las asociaciones de frecuencia de consumo de frutas y el estado nutricional con p=0,483.

5.7.5 Estado nutricional según consumo de vegetales

Tabla Nº 18

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE VEGETALES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de vegetales	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	3,0	3,8	2,0	4,7	3,0	3,6
1 VEZ AL DÍA	1,0	33,3	33,0	41,3	21,0	48,8	46,0	54,8
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	9,0	11,3	7,0	16,3	13,0	15,5
2-3 VECES AL DÍA	1,0	33,3	25,0	31,3	9,0	20,9	10,0	11,9
4-6 VECES A LA SEMANA	1,0	33,3	8,0	10,0	4,0	9,3	10,0	11,9
RARA VEZ O NUNCA	0,0	0,0	2,0	2,5	0,0	0,0	2,0	2,4
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Tanto en la población con sobrepeso como en la población con obesidad el consumo de vegetales se llevaba a cabo 1 veza al día, es decir si existía consumo de vegetales a pesar de esto la frecuencia de sobrepeso y obesidad fue alta; en la población con sobrepeso la distribución fue más variada con un 33,3% para cada uno de los siguientes grupos: consumo 1 vez a la semana, consumo 2-3 veces al día y consumo 4-6 veces a la semana, las diferencias no fueron estadísticamente significativas p=0,590.

5.7.6 Estado nutricional según consumo de grasas y aceites

Tabla Nº 18

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE GRASAS Y ACEITES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de grasas y aceites	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	15,0	18,8	7,0	16,3	16,0	19,0
1 VEZ AL DÍA	1,0	33,3	17,0	21,3	7,0	16,3	14,0	16,7
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	24,0	30,0	8,0	18,6	18,0	21,4
2-3 VECES AL DÍA	1,0	33,3	2,0	2,5	3,0	7,0	14,0	16,7
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	3,0	3,8	5,0	11,6	9,0	10,7
4-6 VECES AL DÍA	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	4,7	1,0	1,2
RARA VEZ O NUNCA	1,0	33,3	19,0	23,8	11,0	25,6	11,0	13,1
UNA VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,2
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

En la población con sobrepeso se observa que el consumo de grasas y aceites tuvo una frecuencia de 21,4%; mientras que en la población con obesidad fue rara vez o no consume, algo que resulta extraño pues en la mayoría de los casos se ha evidenciado que el consumo elevado de grasas condicionaría un estado de exceso de peso. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con p=0,144.

5.7.7 Estado nutricional según consumo de azucares

Tabla Nº 19

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE AZUCARES EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO DE SALUD 01D04 CHORDELEG, CUENCA 2015.

Consumo de azucares	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ A LA SEMANA	0,0	0,0	14,0	17,5	2,0	4,7	12,0	14,3
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	18,0	22,5	7,0	16,3	23,0	27,4
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	13,0	16,3	4,0	9,3	8,0	9,5
2-3 VECES AL DÍA	1,0	33,3	2,0	2,5	7,0	16,3	3,0	3,6
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	3,0	3,8	4,0	9,3	3,0	3,6
4-6 VECES AL DÍA	0,0	0,0	1,0	1,3	2,0	4,7	5,0	6,0
RARA VEZ O NUNCA	2,0	66,7	29,0	1,3	17,0	39,5	30,0	35,7
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Tanto en la población con sobrepeso y en la población con obesidad se encontró que más frecuentemente las personas consumen azúcares rara vez o nunca, esta situación también se repite en la población con bajo peso, hay que recordar que el consumo de azúcares fue bajo lo que podría estar influenciando estos resultados, no se encontró significancia estadística en la relación entre la frecuencia de consumo y el estado nutricional con p=0,068.

5.7.8 Estado nutricional según consumo de agua

Tabla Nº 20

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN FRECUENCIA DE CONSUMO DE AGUA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO

Consumo de agua	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
1 VEZ AL DÍA	0,0	0,0	19,0	23,8	1,0	2,3	11,0	13,1
2-3 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	1,0	1,3	4,0	9,3	1,0	1,2
2-3 VECES AL DÍA	2,0	66,7	25,0	31,3	14,0	32,6	41,0	**48,8**
4-6 VECES A LA SEMANA	0,0	0,0	1,0	1,3	2,0	4,7	3,0	3,6
4-6 VECES AL DÍA	1,0	33,3	29,0	36,3	22,0	**51,2**	26,0	31,0
RARA VEZ O NUNCA	0,0	0,0	5,0	6,3	0,0	0,0	2,0	2,4
Total	3,0	100,0	80,0	100,0	43,0	100,0	84,0	100,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

En la población que presentó sobrepeso el 48,8% consumía agua 2-3 veces al día mientras que en la población que presentó obesidad el 51,2% consumía agua 4-6 veces al día, encontrando significancia estadística entre la frecuencia de consumo de agua y el estado nutricional con chi cuadrado de 30,12 y p=0,011.

5.8 Análisis del estado nutricional según actividad física

Tabla Nº 21

ANÁLISIS DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO.

Actividad física	Estado nutricional							
	Bajo peso		Normal		Obesidad		Sobrepeso	
Sedentario	0	0,0	48	60,0	18	41,9	47	56,0
Actividad física	3	100,0	32	40,0	25	58,1	37	44,0

Fuente: base de datos
Elaboración: los autores

Del total de la población que presentó sobrepeso el 56% era sedentario y el 41,9% de las personas obesas también presentaron sedentarismo, en el grupo de personas con actividad física el 100% eran activos. Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas con un valor de p=0,061.

5.8.1 Riesgo de sobrepeso y obesidad en pacientes con sedentarismo

Tabla Nº 21

RIESGO DE SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA EN 210 PERSONAS DEL DISTRITO.

Actividad física	Sobrepeso		Normal		OR (IC 95%)	p
	n	%	n	%		
Sedentario	47	49,5	48	50,5	0,84 (0,4-1,5)	0,59
Activo	37	53,6	32	46,4		
Actividad física	**Obesidad**		**Normal**		**OR (IC 95%)**	**p**
	n	%	n	%		
Sedentario	18	27,3	48	72,7	0,4 (0,2-1,01)	0,054
Activo	25	43,9	32	56,1		

Analizando el sedentarismo como factor de riesgo para sobrepeso y obesidad, no se logró determinar estadísticamente (p>0,05) que la falta de actividad física aumente el sobrepeso o la obesidad, no se tabulo el estado nutricional de bajo peso por la baja frecuencia de casos en este grupo.

CAPÍTULO VI

6. DISCUSIÓN

Como se ha mencionado en este trabajo de investigación, el estado nutricional en el sector de lo laboran debe ser evaluado de manera recurrente no solo como parte de la valoración de salud que se acostumbra a llevar a cabo de manera anual sino ante la sospecha de malos hábitos alimenticios o inactividad física; en este estudio tras una valoración cuidadosa del estado nutricional se detectó alteraciones nutricionales, las mismas que pasamos a analizar a continuación:

La principal alteración nutricional encontrada fue el sobrepeso pues se encontró una frecuencia del 40%; seguido de las personas con obesidad con el 20,5% y por último el 1,4% de las personas evaluadas; lo que crea una preocupación pues si sumamos los valores de sobrepeso y obesidad da un porcentaje de 60,5% de exceso de peso, es decir casi 2 de cada 3 personas que laboran en el distrito de salud 01D04 Chordeleg tiene exceso de peso.

Estos resultados no están alejados de lo que se ha encontrado en otros estudios como es el caso del estudio en México (6) que la prevalencia de sobrepeso fue de 41% y de obesidad de 29% estos datos son muy similares a los encontrados en nuestra población, reconociendo que estos problemas de exceso de peso se repiten en otras poblaciones de trabajadores de la salud, este estudio citado no acusa a ningún factor de riesgo en específico, si resalta que se trata de un problema de salud.

Un estudio llevado a cabo por Burgos y colaboradores (43) encontró que el personal de salud la frecuencia de sobrepeso fue del 36,2% y de obesidad del 13%; otro estudio llevado a cabo por Palacios y colaboradores (44) también encontró una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad con el 46%; además resaltan que estas patologías son el principal factor de riesgo cardiovascular.

Nieves y colaboradores (5) en su estudio en México determinaron que la prevalencia de obesidad en el personal de salud (enfermería específicamente) fue del 66% (sumatoria entre los puntajes se sobrepeso y obesidad), lo que es un valor similar al encontrado en nuestra población, por lo que se puede

concluir que en los trabajadores de la salud evidentemente existe un porcentaje elevado de exceso de peso, siendo la principal alteración nutricional encontrada.

Los hábitos alimenticios no fueron adecuados en la minoría de los casos, en todos los alimentos evaluados el patrón de consumo fue adecuado, salvo contadas excepciones por ejemplo existió un 6,7% de la población que no consume lácteos ni derivados con los consiguientes riesgo para la salud, obviamente no se especificó la razón por la cal se excluyen estos productos de la diera.

Las frutas son un componente importante en la dieta, proveen de nutrientes adecuados y valiosos para el día a día, sin embargo existo un 6,2% de personas que no consumen frutas y un 5,7% que consume 1 ocasión a la semana, lo que obviamente condiciona el beneficio de consumo de estos productos, la falta de consumo de vegetales fue menor con el 1,9%; sin embargo el consumo de grasas elevado en frecuencia es decir 2-3 veces al día fue del 9,5% y existió un 1,4% de personas que consumen 4-6 veces al día este producto.

Un resultado que demuestra en parte que los hábitos alimenticios en este personal de salud son buenos en la mayoría de los casos fue que el 37,1% de la población evita consumir los azúcares, estos productos se han relacionado con la aparición de patologías más frecuentemente que otros, pero en este caso los trabajadores de la salud los evitan en la mayoría de los casos.

Analizando las asociaciones de la frecuencia de consumo de os productos y el estado nutricional se estableció que estadísticamente fueron significativas las siguientes: consumo de lácteos y derivados (p=0,02); el consumo de carne (p=0,00) y el consumo de agua con p=0,011; estos productos son los que más condicionan el estado nutricional del personal de salud.

Tras la valoración de la actividad física se determinó que el 53,6% de los evaluados presentaron sedentarismo, y el 46,2% fueron activos físicamente; al momento de analizar el riesgo no se encontró significancia estadística ni para

obesidad ni para sobrepeso, es decir la inactividad física no condiciona un estado nutricional (p>0,05).

Aunque estadísticamente no se llegó a determinar riesgos atribuibles a los hábitos alimenticios al sedentarismo para obesidad o sobrepeso es evidente que en la práctica estos factores juegan un papel importante en la génesis de estas alteraciones nutricionales, por ejemplo Moreno (45) en un estudio llevado a cabo en Esmeraldas encontró que existe relación entre los malos hábitos alimentarios y sedentarismo con la presencia de sobrepeso y obesidad en los trabajadores, algo que no se cumplió en nuestra población.

Sanabria y colaboradores (26) encontró que el 88% de los trabajadores de la salud de su estudio en Perú presentaron bajo nivel de actividad física; este porcentaje es elevado si lo comparamos con los resultados de nuestra población y refleja que los trabajadores de la salud son sedentarios en la mayoría de los casos.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

En base a los objetivos del estudio se concluye que:

- Se estudiaron un total de 210 personas del Distrito 01D04 Chordeleg-Gualaceo con una media de edad de 34, 55 años siendo el grupo más frecuente el de 26-35 años con el 51% y de sexo femenino con el 69,5%; en esta población se determinó que el 18,1% poseían enfermedades asociadas siendo la HTA la las prominente con el 8,1%.
- La valoración nutricional determinó que el 40% de las personas evaluadas presentaron sobrepeso, siendo ésta la alteración matronal más frecuente; en segundo lugar se halla la obesidad pues representaron el 20,5%; el bajo peso se presentó en 3 casos lo que representa en 1,4% del total.
- Analizando la frecuencia de consumo de los productos se determinó que de manera general existe asociación entre la frecuencia de consumo de lácteos y derivados, carne y agua con el estado nutricional ($p<0,05$), en los demás casos no se encontró significancia estadística, en la mayoría de los casos los hábitos fueron adecuados imposibilitando la obtención de riesgo.
- La frecuencia de sedentarios fue de 53,8%, sin embargo no se asoció con la presentación de sobrepeso ni obesidad.

7.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda abordar en el distrito de alud estudiado los temas de hábitos alimenticios mediante el reforzamiento de campañas de nutrición, aunque en la mayoría de los casos los hábitos son adecuados existe una minoría que requiere atención.
- Alentar a los trabajadores del distrito a la realización de actividades físicas más frecuentemente.
- Evaluar frecuentemente el estado nutricional así como los hábitos alimenticios de esta población y medir su actividad física.

- Usar las herramientas del MSP para difundir los hábitos saludables de alimentación y la importancia de la actividad física.

CAPITULO VIII

8. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. OMS. Nutrición. Temas de Salud. 2015. Disponible en: http://www.who.int/topics/nutrition/es/

2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Centro de prensa. Nota descriptiva N°311. Enero de 2015. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/

3. Gómez M. Nutrición y trabajo. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnologías Médicas. Trabajo de Graduación. 2010. Disponible en: http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/980/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-7.pdf

4. Cantero M, Pérez Y, Portela Y, et al. Deporte, actividad física y salud de los trabajadores. Su importancia para la productividad en la Universidad de la Ciencias Informáticas. Revista Digital de Educación Física. 2009. Disponible en: http://emasf.webcindario.com/Deporte_actividad_fisica_y_salud_de_los_trabajadores.pdf

5. Nieves E, Hernández A, Aguilar N. Obesidad en personal de enfermería de una unidad de medicina familiar. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. Rev Enferm IMSS 2011; 19 (2). Disponible en: http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71&IDARTICULO=31757&IDPUBLICACION=3443

6. Nacach A, Salinas G, Guerrero F, et al. Prevalencia de obesidad en trabajadores del Instituto Mexicano del Seguro Social en Tijuana, BC. Salud Pública de México Print version ISSN 0036-3634 Salud pública Méx vol.55 n.3 Cuernavaca May./Jun. 2013. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000400001

7. Hanna I, Aveiga J, Gilbert M, et al. Diagnóstico nutricional según el índice de masa corporal en trabajadores de Guayaquil, Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Clínica Alcívar. 2011. Disponible en: http://hospitalalcivar.com/uploads/pdf/Diagn%C3%B3stico%20nutricional%20seg%C3%BAn%20el%20%C3%ADndice%20de%20masa.pdf

8. Rivadeneira M, Ruiz I. Prevalencia de obesidad en el personal administrativo de los Municipios de Ibarra y Otavalo. Imbabura, 2010. Disponible en:

http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2009/3/ARTICULO%20CIENTIFICO.pdf

9. Masson W, Lobo M, Huerin m, et al. Estratificación del riesgo cardiovascular en pacientes con sobrepeso u obesidad en prevención primaria. Implicaciones en la utilización de estatinas. Endocrinologia y Nutrición. Vol. 62. Núm. 02. Febrero 2015. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-estratificacion-del-riesgo-cardiovascular-pacientes-90377176

10. Texas Hearth Institute. Factores de riesgo cardiovascular. Centro de información Cardiovascular. 2014. Disponible en: http://www.texasheart.org/HIC/Topics_Esp/HSmart/riskspan.cfm

11. Organización Mundial de la Salud. Salud de los trabajadores: plan de acción mundial. 60 ava Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra Suiza. 2007. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_sp_web.pdf

12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC. Temas de salud y seguridad. Trabajadores de salud. 2015. Disponible en: http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html

13. República de Ecuador. Seguridad y salud en el Trabajo. 2015. Disponible en: http://www.trabajo.gob.ec/seguridad-y-salud-en-el-trabajo/

14. Carbonero M, Colomer I. Guía de nutrición Pediátrica. Hospital Macarena. 2010. Disponible en: http://www.hospital-macarena.com/comunicados/Nutricion_Pediatrica/HTML/index.html#/2/zoomed

15. Organización Mundial de la Salud. Glosario de nutrición. Un recurso para comunicadores. División de Comunicación. 2012. Disponible en: http://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf

16. Cañete R, Cifuentes V. Valoración del estado nutricional. Madrid España 2009. Disponible en: http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2000TCA/Cap01.pdf

17. Frias L. Valoración antropométrica aplicada en la nutrición clínica. Enfoque nutricional objetivo, de la evaluación antropométrica realizada en minero de Somilor. Programa de especialización tecnológica en alimentos. Carrera de Licenciatura en Nutrición. 2011. Disponible en: https://www.dspace.espol.edu.ec/bitstream/123456789/14552/1/TesinaFrias.pdf

18. Universidad De San Carlos de Guatemala. Antropometría, aplicación Clínica. Curso de Ciencias Clínicas. Centro Universitario de Occidente. División

Ciencias de la Salud. 2015. Disponible en. http://www.cunoc.edu.gt/medicina/Clinicassemana8antropometria2015.pdf

19. Aparicio M, Estrada L, Fernández C, et al. Manual de antropometría. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/Antropometria_manualinnsz.pdf

20. Hott M. Material de apoyo para la asignatura de evaluación del estado nutricional de los alumnos de la Carrera de Nutrición y Dietética. Texto Guía de Evaluación del Estado Nutricional. Universidad de Tarapaca. Arica-Chile 2014. Disponible en: http://sb.uta.cl/libros/GUIAevaluacionnutricional2014.pdf

21. Aguilar J, González E, García J, et al. Estudio comparativo de la eficacia del índice de masa corporal y el porcentaje de grasa corporal como métodos para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad en población pediátrica. Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611 Nutr. Hosp. vol.27 no.1 Madrid ene.-feb. 2012. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112012000100022

22. UNAM. Obesidad. Evaluación del estado de nutrición. México. 2010. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/periodico/obesidad/estado.html

23. Ferrari A. Estimación de la Ingesta por Recordatorio de 24 Horas. Diaeta versión On-line ISSN 1852-7337 Diaeta vol.31 no.143 Ciudad Autónoma de Buenos Aires jun. 2013. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1852-73372013000200004&script=sci_arttext

24. Ravasco P, Anderson H, Mardones F, et al. Métodos de valoración del estado nutricional. Nutrición Hospitalaria versión impresa ISSN 0212-1611 Nutr. Hosp. vol.25 supl.3 Madrid oct. 2010. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000900009&script=sci_arttext

25. Ruiz M, Cifuentes M, Segura M, et al. Estado nutricional de trabajadores bajo turnos rotativos o permanentes. Rev Chil Nutr Vol. 37, N°4, Diciembre 2010, págs.: 446-454. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182010000400005

26. Sanabria H, Tarqui C, Portugal W, et al. Nivel de actividad física en los trabajadores de una Dirección Regional de salud de Lima, Perú. Rev. salud

pública. 16 (1): 53-62, 2014. Disponible en: http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v16n1/v16n1a05.pdf

27. Barrios G, Contreras G. El estado de salud del personal de enfermería a cargo del programa preventivo “5 pasos por tu salud”: estudio transversal descriptivo. Revista Biomédica Revisada por Pares. Medwave 2013;13(6):e5738 doi: 10.5867/medwave.2013.06.5738. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5738

28. Zambrano L, Zambrano F. Evaluación del estado nutricional e identificación de patologías del personal de la Dirección Provincial de salud de Manabí de Julio a Diciembre 2012. Universidad Técnica de Manabí. Facultad de Ciencias de la Salud. 2013. Disponible en: http://repositorio.utm.edu.ec/bitstream/50000/1941/1/FCSTG%2cLND-0003.pdf

29. Fernández I, Ferreira P, Gerding M, et al. Autopercepción del estado nutricional según índice de masa corporal en el personal de salud. Fundación Lucas Sierra. 2013. Disponible en: http://fundacionlucassierra.cl/publicacion/autopercepcion-del-estado-nutricional-segun-indice-de-masa-corporal-en-el-personal-de-salud-2/

30. Sánchez J, Martínez M, Quintero M, et al. Determinación de obesidad a personal de salud de primer nivel de la Jurisdicción de Nezahualcóyotl (México) por medio del índice de masa corporal. Estudio primario Medwave 2012 Nov;12(10):e5464. Disponible en: http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5464

31. Díaz D. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de salud del servicio de Urgencias Adultos del HG Gaudencio González C.M.N. La Raza. México 2011. Disponible en: http://www.repositoriodigital.ipn.mx/handle/123456789/9039

32. Fernandez J, Sánchez A, Bello L, et al. Hábitos alimentarios y estilos de vida en trabajadores de servicio sometidos a turnicidad del Ayuntamiento de Las Palmas de Gran Canaria. Spanish journal of community nutrition, ISSN 1135-3074, Vol. 15, Nº. 3, 2009, págs. 157-162. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3162465

33. Paillacho J, Solano C. Hábitos alimentarios y su relación con los factores sociales y estilo de vida de los profesionales del volante de la Coop. 28 de septiembre de la Ciudad de Ibarra. noviembre 2009- agosto 2010. Universidad Técnica del Norte. 2011. Disponible en: http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/663

34. Ministerio de Salud de Chile. Nutrición por etapa de vida, alimentación del adulto (de 20 a 59 años). Santiago de Chile. 2010. Disponible en:

http://www.minsa.gob.pe/diresahuanuco/NUTRICION/documentos/Alimenta_Adulto.pdf

35. Ministerio de Salud del Perú. Alimentación del adulto. Octubre 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/Adulto/adul-alim.asp

36. Olveira G., González S. Nutrición en el adulto. En: Tratado de Nutrición. Gil, A. Ed. Acción Médica. Madrid, 2010: p. 291- 317.

37. Organización Mundial de la salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Actividad física. 2015. Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/

38. Viña J. mateos D, Carballo S, et al. Plan Integral para la actividad física y el deporte. España 2010. Disponible en: http://femede.es/documentos/Laboralv1.pdf

39. Peña E, Colina E, Vásquez A. Actividad física en empleados de la Universidad de Caldas, Colombia. Hacia promoc. Salud vol.14 no.2 Manizales July/Dec. 2009. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772009000200005

40. Universidad de Chile. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Nutrición laboral, Una urgente necesidad de cambio. 2015. Disponible en: http://www.uchile.cl/noticias/82911/nutricion-laboral-una-urgente-necesidad-de-cambio

41. León C. La importancia de la alimentación en la jornada laboral. Grupo Editorial EMB. 2010. Disponible en: http://www.emb.cl/hsec/articulo.mvc?xid=239

42. Caicedo E. Análisis de la relación entre la alimentación, el estado nutricional y la actividad laboral de los trabajadores de "Termas de Papallacta" de mayo a julio del 2011. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2011. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/handle/22000/4457?show=full

43. Burgos P, Rescalvo F, Ruiz T, et al. Estudio de obesidad en el medio sanitario. Medicina y Seguridad del Trabajo versión impresa ISSN 0465-546X Med. segur. trab. v.54 n.213 Madrid oct.-dic. 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000400008

44. Palacios R, Murguia C, Avila A. Sobrepeso y obesidad en personal de salud de una unidad de medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 449-453. Disponible en: http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2006/im065i.pdf

45. Moreno M. Hábitos alimentarios y actividad física y su relación con el sobrepeso y obesidad en los trabajadores de las estaciones del Terminal Marítimo Onshore y Offshore de Esmeraldas de OCP. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2013. Disponible en: http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/7519

CAPITULO IX

9. ANEXOS

9.1 Formulario de recolección de datos

UNIVERSIDAD DE CUENCA

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

ESTADO NUTRICIONAL Y FACTORES ASOCIADOS DEL PERSONAL DE SALUD DEL DISTRITO 01D04 CHORDELEG – GUALACEO 2015.

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

FORMULARIO #: _____ FECHA: _____

1. DATOS GENERALES

1.1 NOMBRES / APELLIDOS**:** _____

1.2 GENERO: MASCULINO: _____ FEMENINO: ____

1.3 EDAD: _____

1.4 Antecedentes patológicos personales: SI: _____ NO: ____

En caso de responder **SI** a la pregunta anterior.
DM: ___ HTA: ___ Dislipidemia: ___ Otros: ___

2. VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICA
2.1 Peso_____ Kg 2.2 Talla_____ cm 2.3 IMC _____ Kg/m²

3. VALORACIÓN DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS
Marque con una **X** en la casilla correspondiente a la frecuencia de consumo de alimentos

	FRECUENCIA DE CONSUMO	**A LA SEMANA**			**AL DÍA**			
ALIMENTO	**RACIÓN/# DE PORCIONES**	**4-6 veces a la semana**	**2-3 veces a la semana**	**1 vez a la semana**	**4-6 veces al día**	**2-3 veces al día**	**1 vez al día**	**Rara vez o nunca**
Lácteos y sus derivados								

Carbohidratos								
Carnes, huevos								
Frutas								
Vegetales								
Grasas y aceites								
Azucares								
Agua								

4. VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

El cuestionario contiene 5 categorías:

1. Horas diarias acostadas: (horas que permanece acostado)

a. Durmiendo en la noche ---------- < 8 horas
b. Siesta en el día ---------- 8 -12 horas
> 12 horas

2. Horas diarias de actividades sentadas

a. En el trabajo ----------
b. Tareas asignadas + ----------
c. En comidas + ---------- < 6 horas
d. En auto o transporte + ---------- 6 -10 horas
e. TV + PC + Videojuegos + ---------- = _____ > 10 horas

3. Número de cuadras caminadas diariamente

a. Hacia o desde el trabajo o a cualquier lugar rutinario

> 15 cuadras
5 - 15 cuadras
< 5 cuadras

4. Horas diarias de juegos recreativos al aire libre

a. Bicicleta, pelota, correr, etc.
> 60 minutos
30 - 60 minutos
< 30 minutos

5. Horas semanales de ejercicios o deportes programados.

a. Educación física o deportes programados
> 4 horas
2 – 4 horas
< 2 horas

Cada categoría tiene un puntaje de 0 a 2, de tal forma, que el puntaje total; va de 0 a 10
Se considera el siguiente puntaje
Puntaje: Menor a 5 Inactivo (Sedentario)
Mayor a 5 Activo
ENCUESTADORES: D.N / E.T

Anexo 2.

Paola Daniela Naranjo Bustamante

Edwin Fernando Tenecora Gómez

UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Gualaceo, Febrero 2015

Sr. Dr.
Juan Pablo Vintimilla Díaz
DIRECTOR DEL DISTRITO 01D04 CHORDELEG – GUALACEO – SALUD
Presente.

Reciba un cordial saludo de parte de Paola Daniela Naranjo Bustamante y Edwin Fernando Tenecora Gómez, egresados de la carrera de Enfermería.
El motivo de la presente, es para solicitarle de la manera más cordial, se nos permita realizar nuestro trabajo de Tesis titulado "Estado nutricional y factores asociados del personal de salud del Distrito 01D04", requisito indispensable para nuestra graduación; el mismo que se llevará a cabo por un período de 6 meses (marzo – agosto 2015), durante los cuales aplicaremos una breve encuesta al personal antes citado; sin interferir, de manera alguna, con sus labores diarias, para dicho fin. Además se les realizará medición de su peso, talla, circunferencia abdominal y determinación del índice de masa corporal, con el fin de recolectar la información para el proyecto.

Por la favorable acogida a esta petición, suscriben de Usted, atentamente

Paola Naranjo Bustamante Egresada de Enfermería	Edwin Fernando Tenecora Gómez Egresado de Enfermería

Anexo 3. Consentimiento infromado

Paola Daniela Naranjo Bustamante

Edwin Fernando Tenecora Gómez

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación, a cargo de la Srta. Paola Naranjo Bustamante y el Sr. Edwin Tenecora Gómez, titulada "Estado nutricional y factores asociados del personal de salud del Distrito 01D04 –Chordeleg – Gualaceo", corresponde a un proyecto de tesis para la obtención de su título en Enfermería, en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Antes de que usted decida ser parte de este proyecto, debe leer este documento detenidamente.
Los investigadores le explicarán su contenido y lo que usted requiera. Si está de acuerdo y decide tomar parte, firmará este consentimiento informado en el lugar que se indica.

Usted va a contribuir en un estudio que pretende conocer cómo se encuentra su estado nutricional, y si éste tiene relación con determinados estilos de vida que pueda tener.

Se determinará su peso, su talla, y mediante un cálculo matemático se conocerá su índice de masa corporal; además se medirá la circunferencia de su cintura abdominal, para conocer si presenta obesidad abdominal.
Ninguna de estas acciones pone en riesgo su integridad física.
Posteriormente, estos datos serán anotados en un formulario.
Adicionalmente se le solicitará unos minutos de su tiempo para responder a ciertas preguntas de dicho cuestionario.
Luego de lo cual, usted podrá iniciar o continuar con sus labores cotidianas sin ningún inconveniente.
Si alguna pregunta no está clara, ésta será explicada de manera que pueda ser contestada.

El beneficio que obtendrá es conocer si su estado nutricional es normal, pues de no serlo, tendría alguna posibilidad de desarrollar enfermedades en el futuro; pudiendo tomarse desde ahora medidas para ayudar a mejorar su salud y a disminuir la ocurrencia de posibles complicaciones, al consultar estos resultados con el médico correspondiente.

Su intervención es voluntaria; si no lo desea, está en su derecho de no hacerlo.
No se le pedirá dinero por la entrevista, ni recibirá ningún pago por sus respuestas.

Yo: ……., portador/a de la cédula de identidad número: ..... he leído o me han leído esta carta, y la entiendo. Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar en este trabajo.

He leído y comprendido este consentimiento informado; he tenido respuestas a mis inquietudes, y por tanto acepto formar parte, de manera libre y voluntaria, de esta investigación, respondiendo a toda la encuesta. Comprendo que ello no implica ningún riesgo.

Solamente los investigadores y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca

tendrán acceso a mis datos en este estudio. Mi nombre no aparecerá en ningún informe, ni publicación acerca de los resultados.
También entiendo que tengo derecho a retirarme en el momento que lo considere necesario, sin que esto vaya en perjuicio de mi trabajo o posible atención a mi salud en la actualidad o en el futuro.

Si tuviera otra interrogante o surgiera algún problema, sé que puedo comunicarme con los responsables, a los números de teléfono que me proporcionen.

Dirección: …….. Teléfono: ……..…

Firma: ……..