

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

## Facultad de Medicina Humana

### Escuela Profesional de Medicina Humana



**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN  
PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES, EN MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE  
LA ZONA URBANA DE LA RED SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA,  
FEBRERO - 2017**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Fiorela Casanova Rojas**

Para optar por el Título Profesional de:

**Médica Cirujana**

Asesor:

**Dr. José Andrés Romaní Alanoca**

**AREQUIPA – PERÚ**

**2017**

**DEDICATORIAS:**

A Dios por brindarme vida, inteligencia, sabiduría y amor cada día de mi existencia.

A mis padres, Oscar Rubén y Liliana Rosa, por brindarme apoyo moral y amor incondicional en todas las decisiones que he tomado.

A mi hermano, Lucciano, por el ejemplo que me da.

A mi tía Dra. Nohemí Ramírez por todo su apoyo, colaboración y esfuerzo para el desarrollo de esta investigación.

A aquellos docentes que lograron marcar diferencia en mi formación y me motivaron constantemente a ser mejor.

**ÍNDICE GENERAL:**

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABSTRACT:</b> .....	<b>VI</b>
<b>INTRODUCCIÓN:</b> .....	<b>VIII</b>
<b>CAPITULO I: MATERIAL Y MÉTODOS</b> .....	<b>1</b>
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	2
2. Campo de verificación.....	3
3. Objetivos.....	4
4. Estrategia de Recolección de datos .....	4
<b>CAPITULO II:RESULTADOS</b> .....	<b>7</b>
<b>CAPITULO III:DISCUSIÓN Y COMENTARIOS</b> .....	<b>18</b>
<b>CAPITULO IV:CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>27</b>
a. CONCLUSIONES:.....	28
b. RECOMENDACIONES: .....	29
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>34</b>
ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS .....	35
ANEXO 2: ENCUESTA .....	74
ANEXO 3: SOLICITUD 1 .....	79
ANEXO 3: SOLICITUD 2 .....	80
ANEXO 4: AUTORIZACIÓN .....	81
ANEXO 5: MATRIZ DE DATOS .....	82

## RESUMEN:

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** La nutrición, como parte de los estilos de vida saludable, cumple un rol importante para lograr y mantener un buen estado de salud y en general prevenir múltiples enfermedades como las crónicas no transmisibles; es elemental que los médicos del primer nivel de atención, identifiquen la importancia y utilidad que tiene el correcto uso de esta.

**OBJETIVO:** Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma durante el mes de febrero del año 2017.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. La recolección informática se logró utilizando una encuesta conformada por 14 preguntas de conocimientos (con un valor de 1 punto cada una, haciendo un total de 14 puntos que se calificaron considerando un conocimiento malo (0 a 04 puntos), regular (05 a 09 puntos) y bueno (10 al 14 puntos); 10 preguntas de actitud ( con un valor de 1 a 4 puntos cada una, haciendo un total de 40 puntos que se calificaron considerando una actitud negativa (10-25 puntos) y una actitud positiva (26-40 puntos); y 10 preguntas de práctica clínica (con valor de 0 a 2 puntos cada una, haciendo un total de 20 puntos que se calificaron considerando una práctica mala (0 a 7 puntos), regular (8 a 14 puntos) y buena (15 al 20 puntos).

**RESULTADOS:** La encuesta fue contestada por 61 médicos donde se evidenció que: Más de la tercera parte de los médicos encuestados estuvieron en el rango de edad entre 30-39 años, encabezado por individuos con más de 10 años de experiencia laboral y en número similar según sexo. El 73,8% tiene un nivel de conocimiento regular, 98,4% una actitud positiva y el 63% realiza una práctica regular.

**CONCLUSIONES:** 1. Los médicos asistenciales que laboran en los Centros de Salud, tienen un nivel de conocimiento inadecuado en relación a la nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. 2. Se observó que la mayoría de los encuestados, obtuvieron una actitud positiva hacia la nutrición clínica. 3. Según los resultados, las prácticas son inadecuadas en más del 70% de todos los encuestados. 4. Existe una incoherencia entre actitudes y prácticas para el manejo nutricional, ya que casi el 100% tiene una actitud positiva, sin embargo más del 70% realiza una práctica inadecuada.

**PALABRAS CLAVE:** Estilos de vida saludable; nutrición; prevención; enfermedades crónicas no transmisibles; Síndrome Metabólico.



**ABSTRACT:**

**PROBLEM APPROACH:** Nutrition, as part of healthy lifestyles, plays an important role in the achievement and maintenance of good health and, in general, the prevention of multiple diseases such as chronic noncommunicable diseases; It is elementary that the doctors of the first level of attention, identify the importance and utility that has the correct use of this.

**OBJECTIVE:** To identify knowledge, attitudes and practices on nutrition for the prevention of chronic noncommunicable diseases in physicians of the Health Centers of the urban area of the Arequipa-Caylloma Health Network during February 2017.

**MATERIAL AND METHODS:** Observational, descriptive and transversal study. The data collection was done through a survey of 14 knowledge questions (with a value of 1 point each, which represents a total of 14 points that were classified considering poor knowledge (0 to 04 points), regular (05 to 09 points) (10 to 14 points), 10 attitude questions (with a value of 1 to 4 points each, with a total of 40 points that were classified considering a negative attitude (10-25 points) and a positive attitude ( 26-40 points) and 10 clinical practice questions (0 to 2 points each), totaling 20 points that were scored considering a bad practice (0 to 7 points), regular (8 to 14 points) and Good (15 to 20 points).

**RESULTS:** The survey was answered by 61 doctors where it was shown that: More than a third of the surveyed physicians were between 30 and 39 years of age, headed by individuals with more than 10 years of work experience and a similar number by sex. 73.8% have a regular level of knowledge, 98.4% have a positive attitude and 63% have a regular practice.

**CONCLUSIONS:** 1. Physicians working in Health Centers have an inadequate level of knowledge in nutrition for the prevention of chronic noncommunicable diseases. 2. It was observed that the majority of the physicians surveyed obtained a positive attitude toward clinical nutrition. 3. According to the results, the practices are inadequate in more than 70%

of all respondents. 4. There is an inconsistency between attitudes and practices for nutritional management, since almost 100% have a positive attitude, however more than 70% makes an inappropriate practice.

**KEYWORDS:** Healthy lifestyles; nutrition; prevention; Chronic noncommunicable diseases; Metabolic syndrome.



## INTRODUCCIÓN:

Para mantener un buen estado de salud, es evidente que se tienen que practicar adecuados estilos de vida, como por ejemplo una buena nutrición(1). Hoy en día se sabe que gran variedad de patologías se relacionan con unos inadecuados hábitos alimenticios, entre ellos algunas Enfermedades Crónicas no Trasmisibles (ECNT) que forman parte de las principales causas de morbi-mortalidad en todo el mundo. Por ello es indispensable que los médicos que laboran en el primer nivel de atención identifiquen la importancia y la utilidad que tiene el correcto uso de la nutrición en diferentes procesos, como la prevención, que busca garantizar el bienestar y salud del individuo(2).

Razones con peso científico avalan que una de las áreas de las Ciencias Básicas como lo es la nutrición, es un instrumento que debe ser empleado correcta y oportunamente para convertirse en una pieza fundamental en la prevención de las diferentes enfermedades que afectan a las personas(3). Contrario a esto, gran parte de los médicos, no le dan la importancia ni la utilidad que tiene para evitar contraer enfermedades(4).

Los médicos a pesar tener un conocimiento básico y tal vez ampliado de un gran número de teorías que avalan y buscan promover el uso de la nutrición como una herramienta valiosa en el trabajo dentro del área clínica; dejan de lado la aplicación de las teorías de esta área en todos los procesos de atención integral dando como consecuencia que la formación académica en esta área, no sea sólida, ante lo cual su uso dentro del desempeño clínico no es el mejor(3).

Por lo tanto se realizó este trabajo de investigación con los médicos que laboran en los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa Caylloma, para lograr identificar la actitud que presentan estos profesionales ante la nutrición clínica y de mismo modo evaluar la solidez del manejo preguntando si conocen algunos conceptos básicos de nutrición como también evaluar su práctica clínica.

Para ello se elaboró un cuestionario conformado por 14 preguntas de conocimientos, 10 preguntas de actitud y 10 preguntas de práctica, el cuál fue sometido a validación de contenido con la ayuda del tutor y dos expertos en el tema, para asegurar que el contenido

de la encuesta abarque todos los aspectos necesarios; luego fue aplicado en una prueba piloto a 10 médicos para validación de constructo y su validez predictiva, y por ultimo para establecer los puntos de corte y confiabilidad se utilizó el coeficiente de Cronbach obteniendo los siguientes valores: 0.750 para las preguntas de conocimientos, 0.753 para las de actitudes y 0.734 para las de prácticas.

Dentro de las limitaciones que tuvo nuestro trabajo, fue el no poder abarcar el cien por ciento de la población ya que el cuestionario fue de forma voluntaria, así mismo algunos médicos durante el mes de febrero se encontraron en vacaciones.





# **CAPÍTULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de encuesta.
- Instrumentos:
  - Ficha de datos generales
  - Cuestionario de conocimiento: 14 preguntas cerradas de opción múltiple, con puntaje de 1 punto cada una, haciendo un total de 14 puntos que se calificaron considerando un conocimiento malo (0 a 04 puntos) regular (05 a 09 puntos), y bueno (10 al 14 puntos).
  - Cuestionario de actitudes: 10 preguntas según escala Likert que se valoraron según cuatro parámetros, del 1 al 4, haciendo un total de 40 puntos que se clasificaron considerando una actitud negativa (10-25 puntos) y una actitud positiva (26-40 puntos).
  - Cuestionario de prácticas: 10 preguntas cerradas de opción múltiple, con valor de 0 a 2 puntos cada una, que suman un total de 20 puntos que se calificaron, considerando una práctica mala (0 a 7 puntos) regular (8 a 14 puntos), y buena (15 al 20 puntos).
- Materiales:
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programa de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos
  - Ficha y Cuestionarios.

## 2. Campo de verificación

1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizó en todos los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del 2017.
3. Unidades de estudio:
  - a. Universo: Médicos generales y de medicina familiar que laboren en los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, 2017.
  - a. Población blanco: Médicos asistenciales que laboren en los siguientes Centros de Salud: Socabaya, Edificadores Misti, 15 de Agosto, Cayma, Hunter, Alto selva Alegre, Ciudad Blanca, Mariano Melgar, Víctor Raúl Hinojosa Ll. Ampliación Paucarpata, Mariscal Castilla, Tiabaya, Maritza Campos Zamacola, Francisco Bolognesi, Yanahuara, Generalísimo San Martín y Cerro Colorado.
  - b. Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se esperó abarcar a todos los integrantes de la población que cumplan con los criterios de inclusión.
4. Criterios de selección:
  - Criterios de inclusión:
    - Médicos generales y de Medicina Familiar que laboren en el área de Medicina de los Centros de Salud ya mencionados.
  - Criterios de Exclusión:
    - Médicos generales y de Medicina Familiar ausentes durante periodo del estudio por enfermedad, vacaciones u otro motivo.
    - Médicos generales y de Medicina Familiar que no deseen participar del trabajo de investigación.
    - Médicos Administrativos.

### 3. Objetivos

#### General

- 1) Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma – 2017.

#### Específicos

- 1) Caracterizar la población de médicos de Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, por sexo, edad y años de experiencia laboral en primer nivel de atención.
- 2) Determinar el nivel de conocimiento sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.
- 3) Determinar las actitudes ante temas de nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.
- 4) Evaluar la práctica en nutrición clínica para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.

### 4. Estrategia de Recolección de datos

#### Organización

Se realizó la coordinación con la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Coordinadora de la Red de Salud Arequipa Caylloma, para obtener la Autorización para la realización del estudio.

Se entregó una encuesta (con 34 preguntas, divididas en 4 grupos de interés: determinantes demográficas de la población, nivel conocimientos, actitudes y prácticas) a los Médicos generales y de Medicina Familiar.

### **Recursos**

1) Humanos: Investigador, asesor, población encuestada.

2) Materiales:

- Estudios relacionados
- Revistas médicas
- Artículos de Investigación
- Documentos publicados en internet
- Páginas de internet consultadas
- Ficha de investigación
- Cuestionarios de investigación
- Solicitud de Autorización

3) Financiero: Autofinanciado

### **Validación de los instrumentos**

El cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas fue sometido a validación de contenido con la ayuda del tutor y un experto, para asegurar que el contenido de la encuesta abarque todos los aspectos necesarios; luego se aplicó en una prueba piloto a 10 médicos para realizar la validación de constructo y su validez predictiva, estableciendo los puntos de corte y su confiabilidad a través del cálculo de coeficiente de Cronbach (0.750 para las preguntas de conocimientos, 0.753 para las de actitudes y 0.734 para las de prácticas)

## **Criterios para manejo de resultados**

### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

### **c) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

### **d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

### **e) Plan de análisis**

Se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas conceptuales, así mismo se realizó gráficas de barras para las diferentes variables de estudio. El proceso de la información fue realizado en el Software estadístico SPSS v.24.0 para Windows.



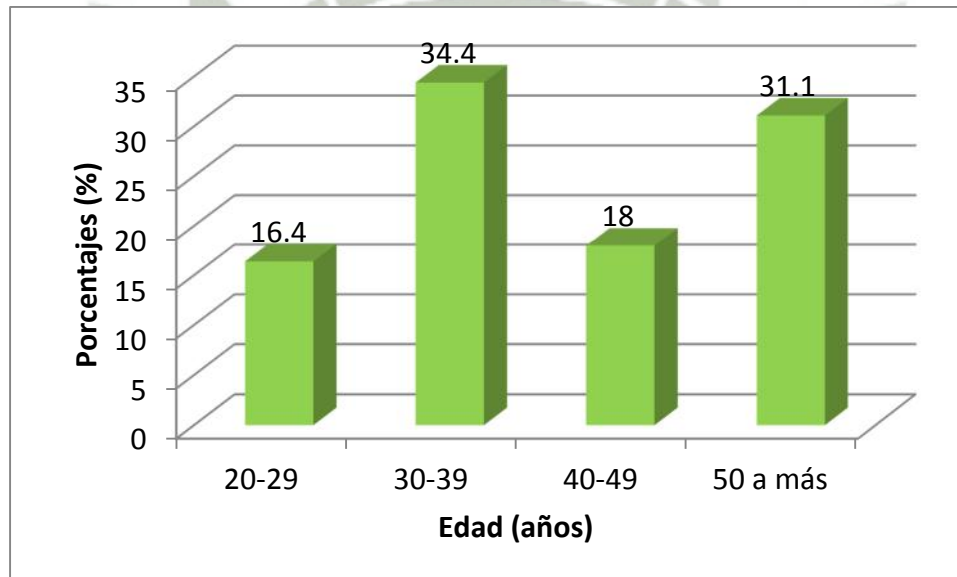
# **CAPÍTULO II**

## **RESULTADOS**

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO - 2017**

**GRÁFICO N°. 1**

**EDAD DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DE  
LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**



Fuente: Propia

Edad promedio = 40.46

Edad Máxima = 69

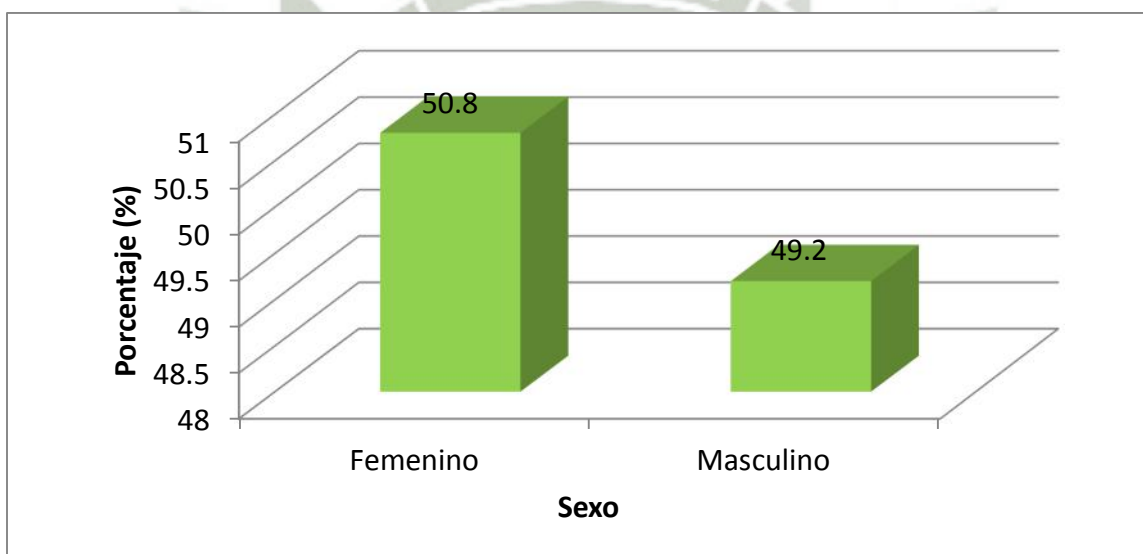
Edad mínima = 28

El gráfico N<sup>a</sup>.1 muestra que el 34.4 % de los médicos encuestados tiene de 30 a 39 años de edad.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO - 2017**

**GRÁFICO N°. 2**

**SEXO DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DE  
LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**



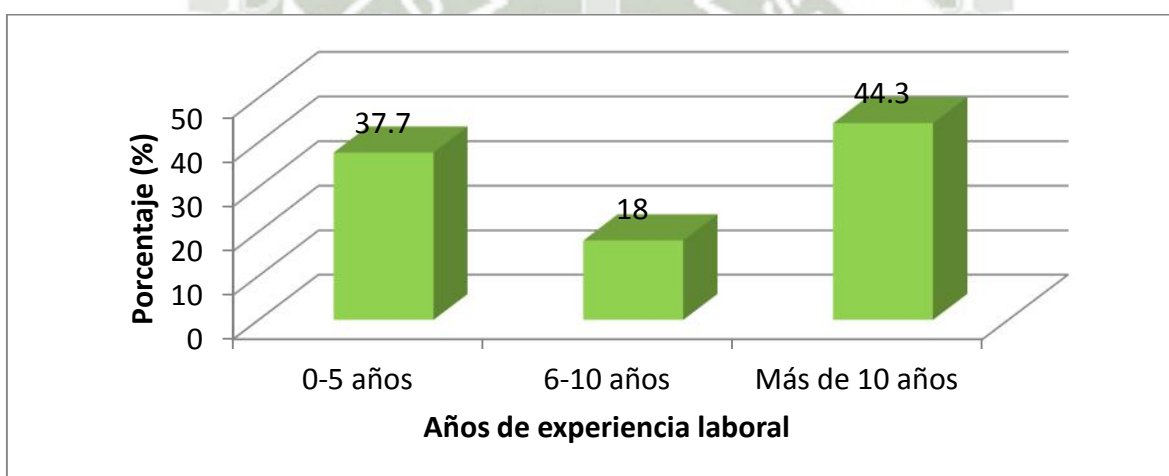
Fuente: Propia

El gráfico N°.2 muestra que los encuestados son de número similar según sexo.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO – 2017**

**GRÁFICO N° 3**

**AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE  
LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-  
CAYLLOMA**



Fuente: Propia

El gráfico N°3 muestra que el 44.3% de los médicos asistenciales tienen más de 10 años de ejercer como médicos, seguidos de un 37% que tiene menos de 5 años de serlo, mientras que sólo el 18.0% de ellos tienen una experiencia laboral de 6 a 10 años.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO – 2017**

**GRÁFICO N°. 4**

**RESPUESTAS CORRECTAS SOBRE CONOCIMIENOS EN TEMAS DE  
NUTRICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO  
TRANSMISIBLES EN LOS MÉDICOS ASISTENCIALES**



Fuente: Propia

El gráfico N°. 4 muestra que el 91.8% de los médicos asistenciales sabe hallar el IMC, sin embargo sólo el 65.0% sabe clasificarlo según el estado nutricional y el 65.6% de los médicos sabe los valores para identificar cuando un paciente tiene un alto riesgo de contraer alguna enfermedad según el perímetro abdominal.

Así mismo, sólo el 32.8 % de la población estudiada conoce los criterios diagnóstico de Síndrome Metabólico.

El 62.3% de ellos saben las propiedades de la fibra dietética, sin embargo sólo el 32,8% sabe en qué alimentos se encuentra. Solamente 18% de los médicos asistenciales saben cuánto debe ser el consumo de sal diario para prevenir la Hipertensión Arterial (HTA).

Menos de la mitad de los médicos, el 45.9%, tiene entendido que el inicio de la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se da desde la etapa prenatal del desarrollo humano.

Un poco más de la mitad de los médicos, el 59%, considera que la alimentación saludable es el factor más importante para prevenir ECNT.

En las últimas tres preguntas, hacemos referencia sobre consejos prácticos y recomendaciones para una alimentación saludable, donde se observó que más del 70 % de la población encuestada si tienen conocimiento de éstos.

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO - 2017**

**TABLA N° 1**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS  
CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-  
CAYLLOMA**

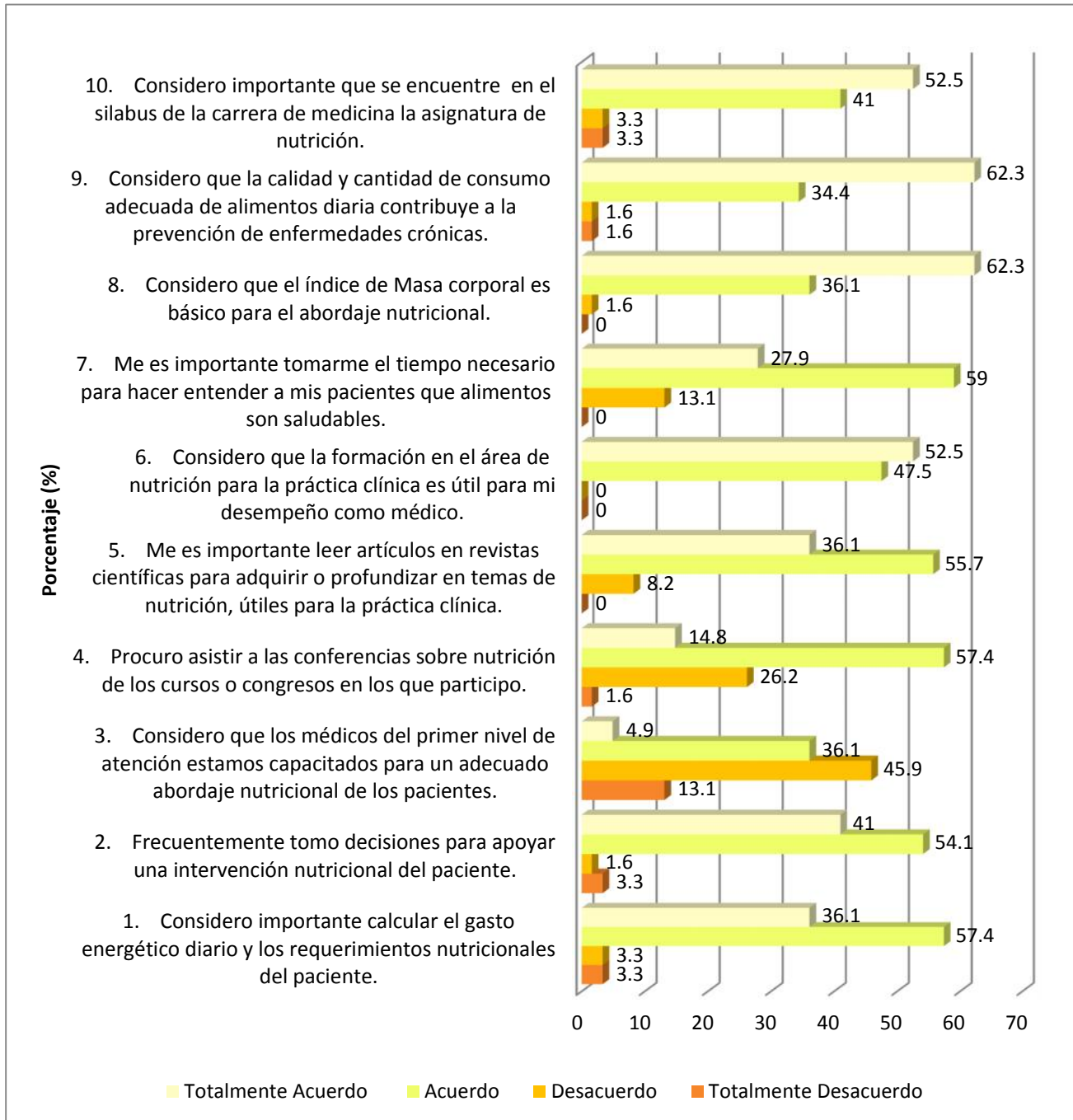
<b>CONOCIMIENTO</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Malo</b>	3	4,9
<b>Regular</b>	45	73,8
<b>Bueno</b>	13	21,3
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia

La tabla N°. 1 muestra que el 73,8% de los médicos asistenciales tienen un nivel de conocimiento regular sobre temas relacionados con la nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles, seguidos del 21.3% con un nivel de conocimiento bueno y sólo el 4.9% con un nivel malo

**GRÁFICO Nº.5**

**ACTITUDES DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**



Fuente: Propia

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO – 2017**

**TABLA N°.2**

**NIVEL DE ACTITUD DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS  
DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**

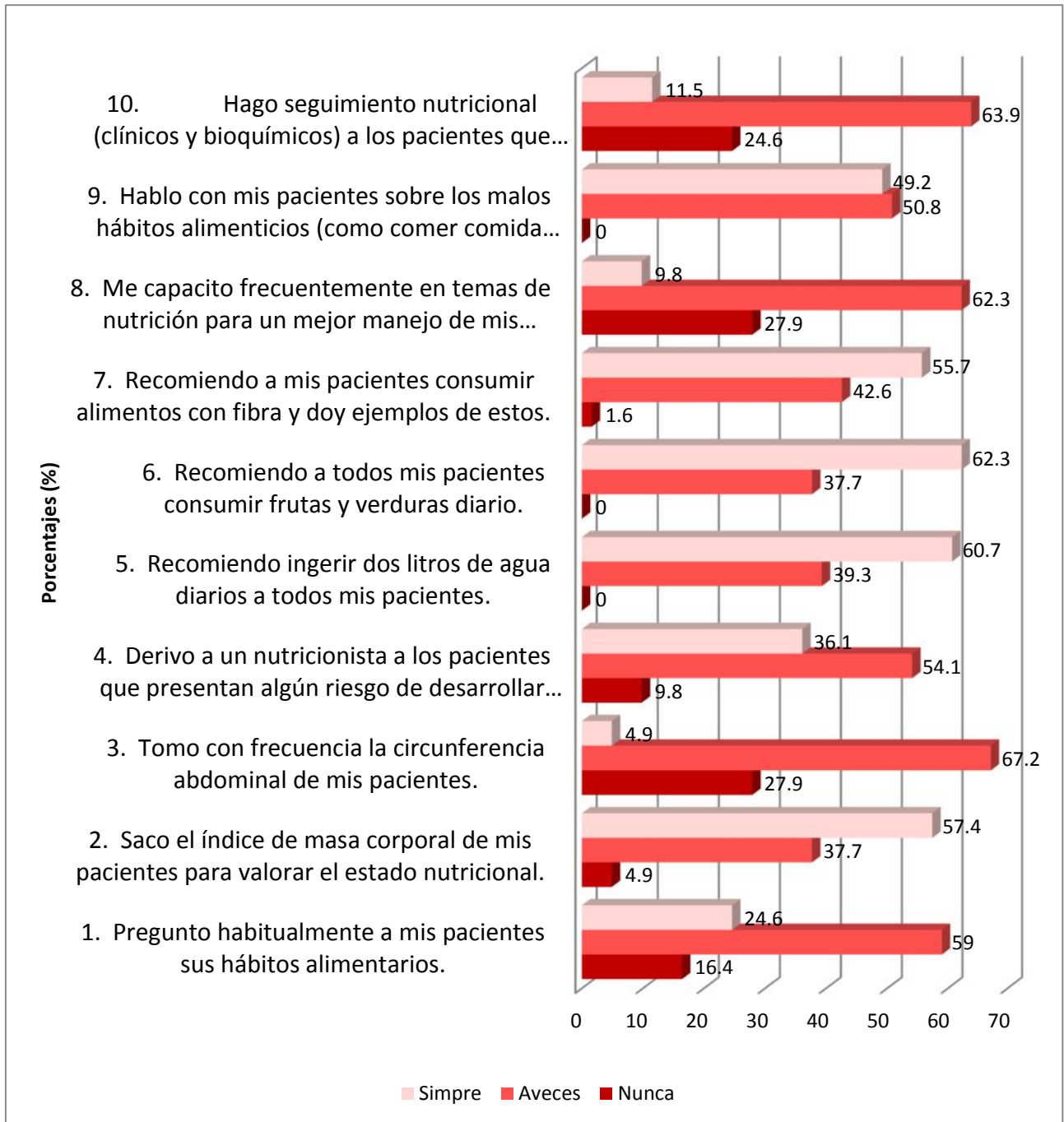
<b>ACTITUD</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Negativo</b>	1	1,6
<b>Positivo</b>	60	98,4
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia

La tabla N°. 2 muestra que el 63,9% de los médicos asistenciales mostraron una actitud totalmente de acuerdo respecto a los temas de nutrición clínica y el 36,1% de ellos tienen actitud de acuerdo.

GRÁFICO N.º.6

**PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**



Fuente: Propia

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN NUTRICIÓN PARA LA  
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN  
MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED  
SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FEBRERO - 2017**

**TABLA N°3**

**NIVEL DE PRÁCTICA DE LOS MÉDICOS ASISTENCIALES DE LOS CENTROS  
DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED AREQUIPA-CAYLLOMA**

<b>PRÁCTICA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>Mala</b>	7	11,5
<b>Regular</b>	39	63,9
<b>Buena</b>	15	24,6
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Propia

La tabla N°. 9 muestra que el 63,9% de los médicos asistenciales tienen un nivel de práctica regular y sólo el 11.5% de la población de estudio tienen un nivel malo.



# **CAPÍTULO III**

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

La nutrición está pasando al primer plano como un determinante importante de enfermedades crónicas que puede ser modificado, y no cesa de crecer la evidencia científica en apoyo del criterio de que el tipo de dieta tiene una gran influencia, tanto positiva como negativa en la salud a lo largo de la vida. Lo que es más importante, los ajustes alimentarios no sólo influyen en la salud del momento sino que pueden determinar que un individuo padezca o no enfermedades tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes en etapas posteriores de la vida. Sin embargo, estas ideas no han llevado a modificar las políticas o la práctica. En muchos países en desarrollo, las políticas alimentarias siguen concentrándose sólo en la desnutrición y no consideran la prevención de las enfermedades crónicas.(5)

La nutrición clínica tiene un papel importante para el manejo integral del paciente por lo tanto sus conocimientos, adecuadas prácticas y buenas actitudes hacia la rama son fundamentales.(6)

Este estudio comprende descripción de datos sobre conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición clínica dirigido a la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles de los médicos asistenciales que trabajan en el primer nivel de atención, en los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma; el estudio comprendió una población total de 61 médicos no abarcando la totalidad debido a que hubo rechazo a participar del mismo o algunos médicos se encontraban de vacaciones durante el mes de estudio.

Según el gráfico N°.1 muestra que el 34.4% de los médicos asistenciales tienen de 30 a 39 años de edad, seguidos de los médicos con más de 50 años con un 31.1% del total. Sólo el 16.4% de ellos tienen de 20 a 29 años.

Lo anterior implica que la población está conformada por médicos de mayor edad siendo en predominio los de 30 a 39 años. Asimismo la gráfica N°.2 muestra que el 50.8% del total son de sexo femenino, y el 49.2% de sexo masculino, siendo estas cifras similares según sexo.

Los resultados de la gráfica N°.3 muestra que el 44.3% de la muestra, tiene más de 10 años de ejercer como médicos, seguido de un 37% que tiene menos de 5 años de serlo, mientras que sólo el 18.0% de ellos tienen una experiencia laboral de 6 a 10 años.

Lo anterior implica que el grupo de médicos predominante, tiene más años de experiencia en la atención de pacientes lo que les permite tener un conocimiento histórico de la población atendida, historial médico, factores de riesgo, entre otras características, que hacen que el medico interprete y atienda a los pacientes de una forma eficaz y eficiente.

En cuanto el nivel de conocimientos, la tabla N°1., muestra que el 73,8% de los médicos asistenciales tienen un conocimiento regular, seguidos del 21.3% con un conocimiento bueno y el 4.9% con un conocimiento malo. Con estos datos, se podría interpretar de que los médicos del primer nivel de atención a pesar de haber llevado el curso de nutrición durante su pregrado, no obtuvieron un alto nivel de conocimientos, esto se puede deber a que lamentablemente los cursos sobre nutrición clínica no fueron lo suficiente, no se capacitaron constantemente o no se ha tenido la importancia u orientación correcta. Situación que reafirma Herrarte AG, en su trabajo titulado “Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes de los postgrados de Pediatría y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios” cuando manifiesta que en la formación del médico, no se profundiza a detalle la nutrición clínica.(6) Hallazgos similares los menciona Casanueva E, en su tema de investigación titulada “El conocimiento nutriólogo en médicos residentes” donde menciona que 1 de cada 10 médicos logra alcanzar la calificación estipulada como aprobatoria.(7) Esta problemática que se genera con los médicos del primer nivel de atención pareciera ser la norma general, ya que es consecuente con lo expuesto por Gómez y Cos, en su libro “Nutrición en atención primaria” quienes dicen que a pesar de la importancia que ha cobrado la nutrición, el personal de salud no hemos adquirido en general, los conocimientos necesarios en este campo.(4)

Detallando las respuestas de las preguntas de conocimiento, se observa en el gráfico N°4 que el 91.8% de los médicos asistenciales sabe hallar correctamente el IMC, sin embargo,

sólo el 65,0% sabe interpretarlo, al llegar a clasificarlo correctamente según la valoración nutricional en la pregunta siguiente. El IMC es la relación entre el peso y la altura del individuo, nos brinda una clasificación del estado nutricional, poniendo en evidencia la normalidad o grado de sobre peso u obesidad que el paciente represente, tomando en cuenta el alto riesgo que representa la obesidad en la incidencia de varias enfermedades crónicas no transmisibles.(8) Ésta situación pone en evidencia de que de nada sirve saber cómo hallar el IMC si no se sabe interpretarlo.

Sólo el 65.6% de los médicos asistenciales sabe los valores para identificar cuando es que un paciente tiene un alto riesgo de contraer alguna enfermedad mediante el perímetro abdominal. Según la literatura, la determinación del perímetro abdominal se utiliza para identificar el riesgo de enfermar, por ejemplo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, entre otras;(8) además que forma parte de los criterios diagnóstico del Síndrome Metabólico, el cual es un factor que determina un mayor riesgo para el desarrollo futuro de enfermedades crónicas(9), por lo tanto, si no lo sabemos diagnosticar tempranamente, aumentará la prevalencia de estas. Así mismo, se observó que tan sólo el 32.8 % de los médicos conocen los criterios diagnóstico de Síndrome Metabólico.

El 62.3% de los médicos asistenciales saben algunas de las propiedades de la fibra dietética, sin embargo sólo el 32,8% sabe en qué alimentos está. Por lo anterior se da a conocer de que los médicos no poseen suficiente capacitación para poder recomendar a sus pacientes diferentes alimentos ricos en fibra, que hoy en día se sabe que con un aporte correcto de ésta, además de facilitarnos el tránsito digestivo, ayuda también a la prevención de ECNT.(10)

Solamente 18% de los médicos asistenciales saben cuánto debe ser el consumo de sal diario para evitar la HTA. Existen estudios epidemiológicos que han demostrado su relación con la prevalencia de HTA. La reducción de la ingesta a 5 g por día reduce un promedio de 6 mmHg la PAS. La respuesta a la reducción de sal es individual, siendo los ancianos y los pacientes de raza negra, los diabéticos y los hipertensos con resistencia a la insulina los más

sensibles, y los que más se beneficiarán de su reducción. Se recomienda que la ingestión de cloruro sódico no supere los 6 g diarios.(11)

Menos de la mitad de los médicos, sólo el 45.9%, opina que el inicio de la prevención de ECNT se da desde la etapa prenatal del desarrollo humano. Existe evidencia de que los riesgos de sufrir enfermedades crónicas empiezan en la vida fetal y persisten hasta la vejez es cada vez mayor. Por consiguiente, las enfermedades crónicas del adulto reflejan distintas exposiciones acumuladas durante toda la vida a entornos físicos y sociales perjudiciales, por ello, los riesgos se corren a todas las edades; análogamente, todas las edades forman parte del continuum de oportunidades para la prevención y el control de esas enfermedades. (5)

Más de la mitad de los médicos, el 59%, considera prioritario que una adecuada alimentación es el factor más importante para prevenir ECNT. Lo cual es correcto ya que según la literatura la nutrición está pasando al primer plano como determinante importante para prevenir dichas enfermedades.(5) Sin embargo el resto de la población aún opina que es prioritario la actividad física antes de una adecuada alimentación.

En las últimas tres preguntas de conocimiento, hacemos referencia sobre consejos prácticos y recomendaciones para una alimentación saludable, donde se observa que más del 70 % de la población encuestada si tienen conocimiento de éstos.

En relación a las actitudes, la tabla N°2 muestra que la mayoría de los médicos encuestados, el 83.6%, tienen una actitud positiva en relación a la nutrición clínica y el 1,6% una actitud negativa. Hallazgos similares los menciona Herrate AG en su investigación ya mencionada más atrás.(6) Podríamos deducir con esto que posiblemente en su formación académica y profesional los médicos si llevan una visión de un tratamiento integral, pero a medida que poseen más conocimientos y pasan los años, enfocan menos de forma integral a un paciente, dejando a un lado la importancia del campo de la nutrición dentro del tratamiento de apoyo de los pacientes.

Los resultados sobre la actitud que se obtuvieron pueden compararse con el estudio realizado por Awad S, denominado “Conocimiento y actitudes de los cirujanos en formación ante el soporte nutricional” publicado en el Journal Clinical Nutrition el 26 de agosto del año 2009, ya que las primeras 6 preguntas de actitud fueron tomadas de la encuesta que fue utilizada en dicho estudio. Esta encuesta fue realizada a 63 médicos en el Reino Unido y sus resultados muestran que en la primera pregunta, si estaban de acuerdo en que era importante calcular el gasto energético diario y los requerimientos nutricionales del paciente; los resultados arrojan que el 66,6% de los médicos en el Reino Unido están de acuerdo, un resultado similar fue obtenido con los médicos que encuestamos en donde el 57.4% respondió lo mismo. Continuando; la segunda pregunta hace referencia si frecuentemente toman decisiones para apoyar una intervención nutricional en los pacientes, un 58.7% de los médicos europeo respondió que está totalmente de acuerdo. 41% de los médicos de nuestro país respondió de forma similar y el 54.1% respondió que está de acuerdo, lo que lleva a plantear que en los dos grupos, la nutrición es vista como un elemento clave para manejo y prevención de las diferentes enfermedades.

Otra de las preguntas realizadas, consistió en establecer si los médicos encuestados se encuentran debidamente capacitados para un adecuado abordaje nutricional de los pacientes. De los 61 médicos encuestados, el 13.1% respondió que están en total desacuerdo y el 45.9% que está desacuerdo, es decir que más del 50 % respondió por decirlo de alguna manera de forma negativa esta respuesta. La contra parte respondió que están en desacuerdo en un 68.2% lo que nos lleva nuevamente a postular que la formación en nutrición durante toda la etapa de pregrado no es la indicada para estos profesionales. Hallazgos más impactantes se observan en el estudio de Guerrero I donde el 100% de los encuestados responde de forma negativa.(3) La última pregunta fue si considera que la formación en el área de nutrición para la práctica clínica será útil para su desempeño; el 47.5% de los médicos peruanos respondió que está de acuerdo y un 52.5% está totalmente de acuerdo, es decir cerca del 100% considera que la formación en nutrición puede en gran medida contribuir a brindar una mejor atención de los pacientes. La respuesta por parte de los médicos ingleses, fue que un 66,6% está de acuerdo y un 23.8% totalmente de acuerdo,

que se asemeja a lo contestado por los médicos peruanos. Tanto en América como en Europa, según lo planteado anteriormente adquirir y manejar conocimientos sobre nutrición, es útil para la atención de los pacientes.

En cuanto al grado de importancia que le dan del IMC para el abordaje nutricional, el 52.3% está totalmente de acuerdo y el 36.1% de acuerdo, es decir que casi el 100% considera importante este valor antropométrico para la valoración nutricional. Cifras algo similares pero que no abarcan el 100% de la población, se indican en la tesis de Salas A, titulada “Determinación de los conocimientos en Nutrición que tienen los profesionales de salud del primer nivel para el abordaje clínico y preventivo de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles” realizada en Costa Rica, donde el 61% de su población encuestada considera que si es importante, sin embargo, un 39% considera que no lo es. Esto significa que aún existe una falta de conocimiento del tema por parte de los médicos en Costa Rica. Esto se puede explicar ya que en ese país no todas las universidades incluyen en su silabus universitario el curso de nutrición, sin embargo, en nuestro país y sobretodo en nuestra región si lo incluyen. Por último, en la última pregunta de actitud, hacemos referencia si es importante incluir en el sílabus de la carrera de medicina el curso de nutrición, observando que el 52.5% está totalmente de acuerdo y el 41% acuerdo, es decir casi el 100% de los médicos encuestados. Ésta pregunta fue elaborada ya que como vimos existen estudios donde se observa que el curso de nutrición no se imparte en todas las universidades que brinda licenciaturas médicas y las universidades que si tienen una asignatura de nutrición la misma es de poca duración y extensión. (6)

Se encontró incoherencia entre las actitudes (que como vimos fue del 100% positiva) es decir lo que el médico piensa que debe hacer y lo que hace realmente, es decir las prácticas, ya que como se ve en la tabla N°3, el 63,9% de los médicos asistenciales refieren que tienen una práctica regular y el 11.5% una práctica mala, es decir que el 88.5% de los encuestados realiza una práctica inadecuada y que sólo el 24,6% refieren una buena práctica. Resultados similares obtuvo Ivette P en su trabajo de investigación titulado “Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre nutrición hospitalaria en el personal médico del hospital del niño Manuel Ascencio Villarroel” en Bolivia, al observar que los médicos

que respondieron su encuesta obtuvieron un 75% de actitud positiva, sin embargo, sólo el 12% realizaba una práctica adecuada.(12)

Como se observa en los gráficos 5 y 6, existe una fuerte contradicción entre las actitudes y las prácticas, por ejemplo:

- Las actitudes sobre considerar que el IMC es importante para el abordaje nutricional del paciente es positiva en un 98.4% de los médicos encuestados y las prácticas de medir el IMC a todos sus pacientes es tan del 57.4% de los casos.
- La actitud de considerar que si es importante leer artículos o profundizar temas relacionados con nutrición fue del 91.8% de los encuestados, sin embargo, sólo el 9.8% de los médicos se capacita frecuentemente en el tema y el 27.9% nunca lo hace.

En la última pregunta sobre si se hace seguimiento nutricional a los pacientes que se evalúa, el 63.9% lo realiza a veces y el 24.6% nunca lo hace, es decir el 88.5% no realiza un adecuado seguimiento. Al interrogar al personal médico las razones por las cuales no lo hace, se encontró que parte del personal de salud piensa que el seguimiento nutricional solo debe realizarse en los desnutridos y otra parte de los médicos reconoce que el soporte nutricional es importante en todos los pacientes pero afirman que esto no es posible debido a la alta afluencia de pacientes al hospital y que médicos diferentes atienden a los pacientes.

El hecho de que el personal médico que labora en el primer nivel de atención presente un nivel de conocimiento insuficiente con prácticas inadecuadas en nutrición es un importante problema en su formación que repercute en el manejo adecuado de los pacientes, pues es conocido que una adecuada intervención nutricional reduciría un gran porcentaje de enfermedades relacionadas con ésta como las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Debido a la importancia que tiene la nutrición en todas las áreas de actuación médica, es evidente la necesidad de reforzar la enseñanza de esta disciplina que sea acorde a la visión y misión de las facultades de medicina que busca formar médicos capaces de responder a

los problemas y necesidades de nuestro país y en postgrado se formen profesionales especialistas que puedan contribuir a mejorar los problemas de salud de nuestra población , reconociendo a las enfermedades crónicas no trasmisibles como problema de salud pública en nuestro medio que pueden ser prevenibles con una adecuada nutrición.





**CAPÍTULO IV**  
**CONCLUSIONES Y**  
**RECOMENDACIONES**

## a. CONCLUSIONES:

1. **Primera:** Más de la tercera parte de los médicos encuestados estuvieron en el rango de edad entre 30-40 años, encabezado por individuos con más de 10 años de experiencia laboral y en número similar según sexo.
2. **Segunda:** Los médicos asistenciales que laboran en los Centros de Salud, tienen un nivel de conocimiento inadecuado en relación a nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles.
3. **Tercera:** Se observó que todos los médicos encuestados, obtuvieron una actitud positiva hacia la nutrición clínica.
4. **Cuarta:** Las prácticas son inadecuadas en más del 70% de todos los encuestados.
5. **Quinta:** Existe una incoherencia entre actitudes y prácticas para el manejo nutricional, ya que el 100% tiene una actitud positiva frente al tema, sin embargo el 80% realiza una práctica inadecuada.

## b. RECOMENDACIONES:

1. **Primera:** Se sugiere a las Facultades de Medicina Humana revisar, implementar y reforzar los programas de formación en nutrición clínica tanto en el pregrado como en el postgrado.
2. **Segunda:** Se sugiere a la Red de Salud Arequipa Caylloma capacitar al personal médico que actualmente se encuentra laborando en el primer nivel de atención de nuestra región en temas de nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles, para mejorar la salud de nuestra población.
3. **Tercera:** Se recomienda capacitar al personal médico en técnicas de comunicación, que les facilite dar educación en cuanto a prevención y consejo nutricional a sus pacientes, asegurándose con esto, que el paciente capte la información y el consejo que se le brinde.
4. **Cuarta:** Difundir la información que nos brindada el Ministerio de Salud en su página Web relacionada a este tema, tanto al personal de salud como a la población en general.

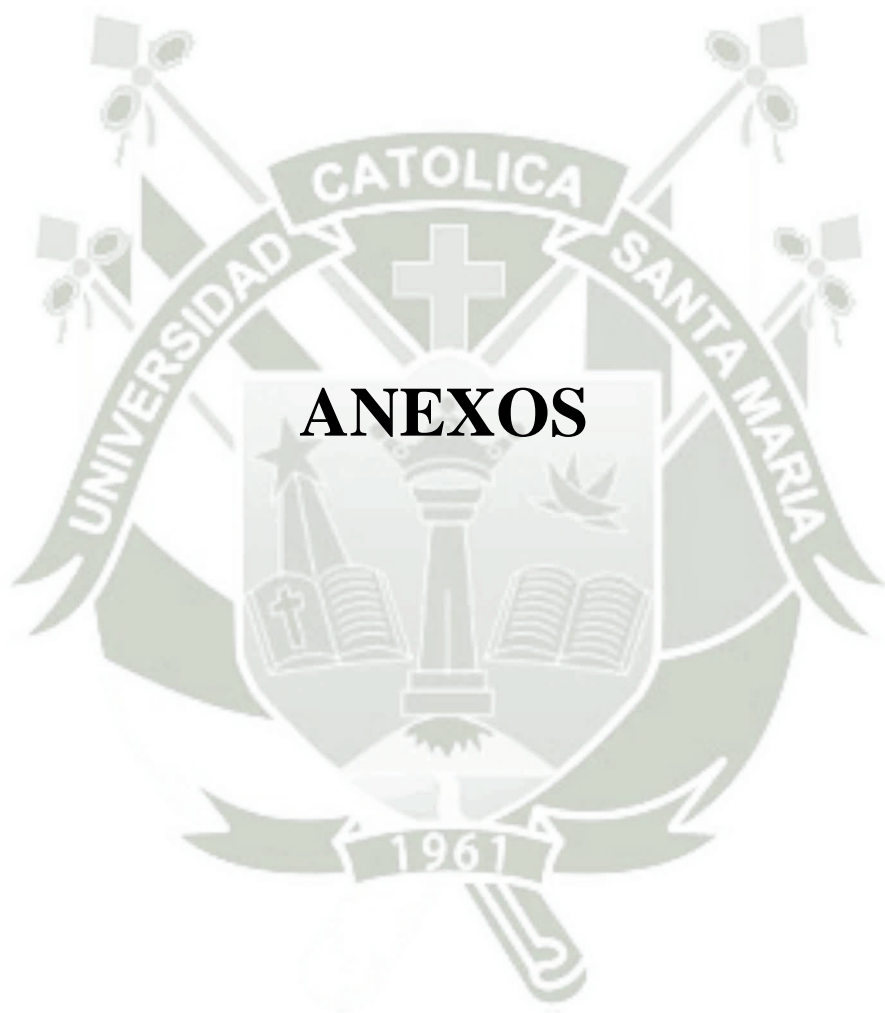
## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Nutrición WHO. Available from: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
2. OMS Alimentación sana WHO. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
3. Guerrero IG. Actitud y Conocimientos de los Médicos Residentes de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Javeriana en el Hospital Universitario San Ignacio frente a los temas de Nutrición en la práctica clínica. Bogotá-Colombia; 2010.
4. Gómez C CA. Nutrición en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 2001 228 p. Available from: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/novartis/nutricionap.pdf>
5. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas Available from: <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>
6. Herrarte AG. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes de los postgrados de Pediatría y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Marzo - abril 2013. Guatemala De La Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2013.
7. Casanueva E VR. El conocimiento nutricional de médicos residentes. Hospital de Enfermedades de la Nutrición, México. 1991;43(3):211-4.
8. Aguilar L CM. Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Available from: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros\\_lamejo\\_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf)
9. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese M, Arteaga A, Rigotti A. El síndrome metabólico: De factor agravante a principal factor de riesgo patogénico en diversas enfermedades crónicas. Rev Médica Chile. 2010 Aug;138(8):1012-9.

10. Almeida SL . La fibra y sus beneficios a la salud. 2014;27(1):73–6.
11. Lombera RF, Barrios AV, Arcos S, Peralta P, Fernández C, Ma J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2000 Jan 1;53(1):66–90.
12. Ivette P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición hospitalaria en el personal médico del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel. Bolivia: Mayor de San Simón; 2011.
13. OPS/OMS Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Chile. Available from: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
14. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 resumen de orientación. 2011. Available from: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
15. WHO. Causes of death 2008 sources and methods\_final.doc - cod\_2008\_sources\_methods.pdf.2011. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_2008\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf)
16. Importancia de la dieta en la prevención de enfermedades. Instituto Gerontológico. 2006. Available from: <http://www.igerontologico.com/salud/metabolismo-nutricion-salud/importancia-dieta-prevencion-enfermedades-6479.htm>
17. Ramírez L. Apoyando la promoción de estilos de vida saludables . 2013. Available from: [http://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_content&view=article&id=950%3Aops-oms-sigue-apoyando-promocion-estilos-vida-saludables&catid=516%3Ahon-04-desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-saludables&Itemid=228](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=950%3Aops-oms-sigue-apoyando-promocion-estilos-vida-saludables&catid=516%3Ahon-04-desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-saludables&Itemid=228)

18. OMS. Enfermedades no transmisibles. Available from:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
  
19. Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Available from:  
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>
  
20. MINSA. Principales causas de mortalidad por sexo Perú - año 2014. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
  
21. MINSA. Prevención para la Salud. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=2&box=2>
  
22. FAO. Nutrición y Salud. Available from:  
<http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>
  
23. Farré R. Manual Nutrición Kelloggs. Available from:  
[https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual\\_de\\_nutricion\\_new/Manual\\_Nutricion\\_Kelloggs\\_Capitulo\\_07.pdf](https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_07.pdf)
  
24. Mala nutrición es factor de riesgo principal para enfermedades crónicas. Available from: <http://www.elmostrador.cl/vida-en-linea/2014/08/13/mala-nutricion-es-factor-de-riesgo-principal-para-enfermedades-cronicas/>
  
25. Importancia de la dieta en la prevención de enfermedades. Instituto Gerontológico. 2006. Available from: <http://www.igerontologico.com/salud/metabolismo-nutricion-salud/importancia-dieta-prevencion-enfermedades-6479.htm>
  
26. Mataix J. Nutrición y Alimentación Humana 2a ed. Vol. 2. Ergón; 2015 2032 p. Available from: <http://www.tirant.com/derecho/libro/nutricion-y-alimentacion-humana-2-tomos-jose-mataix-verdu-9788484736646>
  
27. Ordovás JM CD. Genes, Dieta Y Enfermedades Cardiovasculares. Available from:  
<http://www.investigacionciencia.es/files/2792.pdf>

28. Berciano S. Nutrición y salud cardiovascular. 2014 setiembre;67:47.
29. Villamil AS. ¿Cómo educar a mi paciente hipertenso? ¿Qué debe saber?. Available from: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c310/villamil.PDF>
30. FAO. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS: The Pan American Health Organization; 1978 Sep. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=parliaments-of-the-americas&alias=19004-declaracion-de-alma-ata-6-12-de-septiembre-de-1978&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=parliaments-of-the-americas&alias=19004-declaracion-de-alma-ata-6-12-de-septiembre-de-1978&Itemid=270&lang=en)
31. Recogida de datos Métodos cuantitativos Ejemplo de encuestas CAP by Médecins du Monde - issuu. Available from: [https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm\\_guia\\_encuesta\\_cap\\_2011](https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guia_encuesta_cap_2011)
32. conocimiento – definición de conocimiento en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento>
33. actitud – definición de actitud en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/actitud>
34. practicar – definición de practicar en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/practicar>



## ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

### I. PREÁMBULO

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental para la buena salud. (1)

Sin embargo a pesar de tener claro este aspecto, hay muy poca conciencia pública, ya que solo una pequeña parte de la población sigue esa rutina. Una mala nutrición puede reducir la inmunidad, aumentar la vulnerabilidad a las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental, y reducir la productividad. (2).

Actualmente el llevar una vida saludable está disminuyendo, debido al aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y cambios en los estilos de vida como es el sedentarismo. Ahora se consumen más alimentos hipercalóricos, grasas saturadas, grasas de tipo trans, azúcares libres y sal o sodio; además, hay muchas personas que no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales(2).

Todo esto trae como consecuencia, el aumento de diversas enfermedades, como por ejemplo la hipertensión arterial, cardiopatías, diabetes mellitus, accidentes cerebro-vasculares, entre otros, incluso desde la infancia y la adolescencia(13).

La OMS llama a esas enfermedades como: enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), y las define como aquellas que no se transmiten de persona a persona, son de larga duración y evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de ECNT son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

Estas enfermedades, constituyen hoy en día, la causa principal de mortalidad en todo el mundo.(14) En el año 2008 se calculó que de 57 millones de muertes registradas, el 63%

(36 millones) se debieron a ECNT (15). Según las previsiones de la OMS, si todo esto sigue igual, la cifra anual aumentará a 55 millones para el año 2030, perjudicando en su mayoría a poblaciones de bajos recursos. Por ello, es preciso empezar a crear acciones que puedan disminuir este porcentaje y prevenir las consecuencias adversas, que los hábitos alimentarios inapropiados nos traen. (5)

Está demostrado que la carga de enfermedades crónicas se pueden reducir si se aplica de forma eficaz y equilibrada, intervenciones preventivas. Además, el elevado costo económico derivado de estas justifica la introducción en nuestra política sanitaria de la promoción de estilos de vida saludable.

Cabe recalcar que la nutrición está pasando al primer plano como determinante importante para prevenir dichas enfermedades. Se sabe que 6 de las 10 principales causas de muerte (cáncer, enfermedad coronaria, diabetes, aterosclerosis, ictus y cirrosis hepática) se relacionan con malos hábitos de alimentación. Y lo que es aún más importante, saber que mediante una adecuada intervención nutricional podemos reducir en cerca de un 30% la mortalidad por cáncer, en un 20% la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y casi en un 100% otras enfermedades como la anemia.(16)

Aunque el tema que más nos compete para éste trabajo de investigación es la nutrición es necesario mencionar que vivir en un entorno saludable, tener una actividad física continua y tener un equilibrio emocional adecuado, son importantes para prevenir enfermedades crónicas.

En el primer nivel de atención del sistema nacional de salud, se ubican las actividades preventivas, las cuales tienen como meta principal disminuir la morbimortalidad de diversas enfermedades. Aquí tenemos por ejemplo a los Centros o Puestos de salud, lugares que representan el primer contacto de la población con el sistema de salud, lo cual permite actuar tempranamente para promover estilos de vida saludable y mejorar el estado integral de salud de las personas y con ello disminuir las cifras de morbimortalidad tan elevadas que tenemos actualmente.

Ésta realidad, pone en evidencia la importancia de determinar el nivel de conocimiento, las actitudes y prácticas frente al tema nutricional como parte de promover los estilos de vida saludable, por parte de los médicos del primer nivel de atención, ya que los resultados revelarían si realmente nuestro personal médico está capacitado para educar a la población y prevenir, en especial estas enfermedades crónicas que están causando mayor morbi-mortalidad, situación que no está demás mencionar, es la meta primordial del sector salud.



## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Problema de investigación

#### 1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017?

#### 1.2. Descripción del Problema

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Nutrición, Salud pública y administración
- Línea: Salud Publica y administración

#### 1.3. Análisis de Variables

Características demográficas de población entrevistada y años de experiencia laboral.

Variable:	Definición Conceptual	Indicador:	Unidad Categoría:	Esca:
<b>Grupo etáreo</b>	Años cumplidos según fecha de nacimiento.	Años cumplidos.	20 - 29 años 30 - 39 años 40 - 49 años Más de 50 años	Cuantitativo De Razón
<b>Sexo</b>	Condición Orgánica (caracteres sexuales) que distingue a los seres humanos entre hombre o mujer.	Características sexuales masculinas y femeninas.	Masculino Femenino	Cualitativo Nominal
<b>Años de experiencia</b>	Periodo desde el inicio del ejercicio de la profesión hasta la actualidad.	Tiempo de ejecución profesional	0 – 5 años 6 – 10 años Más de 11 años	Cuantitativo De Razón

Determinar el nivel de conocimiento sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.

Variable:	Definición Conceptual	Indicador:	Unidad / Categoría: VAOR FINAL	Escala:
<b>Conocimiento</b>	Hechos, o datos de información adquiridos por el médico a través de la experiencia o su educación profesional, en temas de nutrición.	Encuesta: Conformada por 14 preguntas, cada una con valor de 1 punto, que suman un total de 14 puntos	Bueno: 10-14 pts Regular: 05-09 pts Malo :0-04 pts	Cualitativo Ordinal

Determinar las actitudes sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no trasmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.

Variable:	Definición Conceptual	Indicador:	Unidad / Categoría:	Escala:
<b>Actitud</b>	Forma de actuar y el comportamiento de una persona frente a un tópico específico como la nutrición clínica en este caso.	Encuesta: Conformada por 10 preguntas, según escala Likert que se valorarán según cuatro parámetros, del 1 al 4, con un puntaje total de 40 puntos	Actitud positiva: 25 - 40 puntos  Actitud negativa: 10 - 24 puntos	Cualitativo Ordinal

Determinar las prácticas sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.

Variable:	Definición de Conceptos	Indicador:	Unidad / Categoría:	Escala:
Practica	Aplicación de los conocimientos adquiridos por el médico para actuar ya sea identificando factores de riesgo, diagnosticando o dando indicaciones nutricionales para la prevención de ECNT	Encuesta: Conformada por 10 preguntas, con un valor de 0-2 puntos cada una que suman un total de 20 puntos	Buena: 15-20 pts Regular: 08-14 pts Mala: 0-07 pts	Cualitativo Ordinal

#### 1.4. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los datos demográficos de la población entrevistada y cuantos años de experiencia laboral tienen en el primer nivel de atención?
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017?
- ¿Tienen una buena actitud ante el tema de nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017?
- ¿Ejercen buena práctica en nutrición clínica para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017?

#### 1.5. Tipo de investigación: De campo

#### 1.6. Nivel: Observacional, descriptivo, transversal

### 1.7. Justificación del problema

- **Justificación personal:** Los estilos de vida saludable, en especial la nutrición, juega un rol importante para prevenir enfermedades crónicas no transmisibles. por ello el médico que labora en el primer nivel de atención, debe estar debidamente capacitado en temas de nutrición y comprometido a promover una alimentación saludable ya que es el primer eslabón del contacto de la población con el Sistema de Salud.
- **Justificación Humana y social:** Tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como la Organización Mundial de la Salud (OMS) se preocupan en promover estilos de vida saludables y crean talleres para educar a médicos a tener un mayor compromiso en la prevención(17). En estos se habla que la alimentación correcta y un plan de actividad física adecuada, ayudarían a disminuir la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, además de ambas ser la primera indicación terapéutica y más económica. La baja percepción de esta relación por parte de la población es otra barrera importante, que como médicos debemos de romper para generar más conciencia y vida saludable. Es importante saber, que estas enfermedades determinan un alto costo personal, familiar y social. Son responsables de significativas pérdidas económicas relacionadas al costo directo de los cuidados médicos así como al costo indirecto derivado de la pérdida de productividad.
- **Justificación científica:** En el último decenio, la rápida expansión de diversos campos científicos pertinentes y los muchos datos epidemiológicos basados en la población han ayudado a aclarar la función del régimen alimentario en la prevención y el control de la morbimortalidad prematura causada por las enfermedades crónicas no transmisibles. También se han identificado algunos de los componentes alimentarios específicos que aumentan la probabilidad de aparición de esas enfermedades en individuos y las intervenciones adecuadas para modificar su repercusión.(18)
- **Justificación contemporánea:** Desde la pasada década, se han acelerado los rápidos cambios experimentados por los regímenes alimentarios y los modos de vida en respuesta a la industrialización, la urbanización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados. Esto está teniendo grandes repercusiones en la salud y el estado nutricional de las poblaciones, sobre todo en los países en desarrollo y en los

países en transición. Si bien han mejorado los niveles de vida, se ha ampliado la disponibilidad de alimentos, éstos se han diversificado más y ha aumentado el acceso a los servicios, también hay que contabilizar repercusiones negativas significativas en forma de hábitos alimentarios inapropiados, disminución de la actividad física y mayor consumo de tabaco, con el correspondiente incremento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta, especialmente entre las personas pobres.(18)

- **Justificación académica:** esta investigación nos ayudará a tener conocimiento con respecto a ver si el médico del primer nivel de atención tiene competencias para educar a la población frente a temas de nutrición para en un futuro prevenir problemas crónicos.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

La relación entre la nutrición y los orígenes de múltiples enfermedades está abundantemente demostrada. En los países relativamente ricos, gran parte de la investigación, la enseñanza y las actividades en materia de nutrición se relacionan con ciertas enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación, estas incluyen obesidad, arteriosclerosis, enfermedad coronaria, hipertensión o presión arterial elevada (que puede inducir a accidentes cerebrovasculares), algunos tipos de cáncer, osteoporosis, algunas enfermedades hepáticas y renales, diabetes mellitus y alcoholismo entre otras.(19)

Se considera que la mayoría de estas enfermedades tienen factores dietéticos o nutricionales conocidos entre sus factores de riesgo o en su tratamiento, o en ambos.

Hoy día, se confirma que la incidencia de muchas de estas condiciones o enfermedades crónicas está en aumento en los países en desarrollo, sobre todo en los sectores más acomodados de su población.(5)

Perú, un país en vías de desarrollo, no se escapa de la situación escrita, ya que no menos del 64% de las defunciones y el 60% de la mortalidad en el Perú están provocadas por este grupo de trastornos. Para el año 2014 las principales causas de muerte se debieron a

tumores malignos, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, hipertensivas y diabetes mellitus (20).

También se observa en el país que la combinación de factores como: cambios en los hábitos alimentarios, estilos de vida, sedentarismo, producción masiva de alimentos industrializados con alto contenido calórico y escaso valor nutricional y adopción de patrones de consumo foráneos, han condicionado la prevalencia de éstas patologías.(21)

## 2.1 Estilos de vida

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la Salud. Estos comportamientos junto con la biología molecular humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud están considerados como los grandes componentes de la producción salud o enfermedad de la población. (13)

Existen tres estilos de vida no saludables que están muy relacionados con el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles, los cuales son: la dieta poco saludable, la inactividad física y el tabaquismo. Así mismo, la combinación de cuatro factores de un estilo de vida saludable como son: el seguir una dieta saludable, mantener un peso saludable, hacer ejercicio regularmente y no fumar, parece estar relacionados a una reducción de hasta un 80% del riesgo de desarrollar estas enfermedades mortíferas.

Estas circunstancias refuerzan las recomendaciones actuales de que se sigan hábitos de estilos de vida saludables, y como estos hábitos se adquieren durante las etapas formativas de la vida, es especialmente importante que los médicos que saben más del tema comiencen pronto a impartir lecciones sobre una vida sana.

Sin embargo, a pesar de los beneficios conocidos de una vida saludable, hay muy poca conciencia pública, ya que solo una pequeña parte de la población sigue esa rutina, de hecho, los que llevan una vida saludable están disminuyendo.

Unos ajustes modestos pero factibles en los hábitos de vida pueden tener un impacto considerable en las personas. Actualmente los profesionales de la salud tienen el deber de

transmitir el mensaje de que para mantenerse sanas las personas, tienen que adoptar comportamientos saludables. La actividad física, dejar de fumar, el consumo de alimentos con un alto contenido en fibra, una dieta baja en grasas, el control del peso corporal y aprender a gestionar el estrés reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, cáncer y una mortalidad prematura. Por esta razón es labor del médico estar capacitado para tocar sobre estos temas con sus pacientes. (13)

Como vimos, existen diferentes factores de riesgo conductuales que pueden ser modificados para llevar una vida sana, de los cuales, el factor alimentario tiene un gran impacto, motivo por el cual lo abordaremos ya que es el de mayor interés en nuestra investigación.

La composición exacta de una alimentación saludable, equilibrada y variada depende de las necesidades de cada persona (por ejemplo, de su edad, sexo, hábitos de vida, ejercicio físico), el contexto cultural, los alimentos disponibles localmente y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable son siempre los mismos (2).

## **2.2 Nutrición**

La OMS, hace mención que “la nutrición es la ciencia del estudio y entendimiento del equilibrio homeostático del organismo a nivel molecular y macro sistémico, garantizando que todos los eventos fisiológicos se efectúen de manera correcta, logrando una salud adecuada y previniendo enfermedades”(5).

En la actualidad la nutrición ha tenido muchos adelantos, sin embargo la aplicación de estos en la vida diaria de las personas ha sido menor. Ya que el comportamiento, las costumbres y las formas de alimentación que se transmiten de generación a generación, constituyen una parte indispensable la cultura de los pueblos.

Se distinguen dos tipos de enfermedades relacionadas con la nutrición (22):

- Enfermedades producidas por una ingesta insuficiente de energía o nutrientes específicos: Desnutrición, anemia nutricional, osteoporosis y bocio endémico. También podrían colocarse en este grupo las caries dentarias.
- Enfermedades producidas por una ingesta excesiva de energía: Obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y algunos cánceres.

Éstas últimas son las que más nos interesan en nuestro trabajo de investigación, ya que forman parte de las llamadas Enfermedades Crónicas no Trasmisibles, y que como vimos, fueron las que en los últimos años aumentaron su prevalencia y causaron mayores muertes en el mundo.

### **2.2.1 Valoración nutricional:**

La evaluación del estado nutricional de un individuo permite conocer el grado en que la alimentación cubre las necesidades del organismo, lo que es lo mismo, detectar situaciones de deficiencia o de exceso. Dicha evaluación debe ser un complemento del examen rutinario de las personas sanas y es importante en la exploración clínica del paciente. Es necesario para proponer las actuaciones dietético-nutricionales adecuadas en la prevención de trastornos en personas sanas y su corrección en las enfermas(23)

### **Métodos para la evaluación del estado nutricional:**

1. **Historia clínica, datos socioeconómicos y psicosociales y estilo de vida:** La historia clínica y psicosocial ayuda a detectar posibles deficiencias y a conocer los factores que influyen en los hábitos alimentarios, tales como los antecedentes personales y familiares, los tratamientos terapéuticos (medicamentos que modifican el apetito y/o el sabor de los alimentos; medicamentos que interaccionan con componentes de los alimentos), el estilo de vida, la situación económica y la cultura. La exploración física de las zonas corporales con elevada capacidad de regeneración (piel, labios u ojos) puede alertar sobre posibles deficiencias nutricionales.
2. **Historia dietética:** La historia dietética proporciona información sobre los hábitos alimentarios y los alimentos que se consumen (tipo, calidad, cantidad, forma de preparación,

número de tomas, etc.). Permite conocer el patrón de consumo de alimentos e identificar alteraciones en la dieta antes de que aparezcan signos clínicos por deficiencia o por exceso.

3. **Parámetros antropométricos y composición corporal:** La antropometría evalúa el tamaño corporal y la proporción entre talla y peso. Igualmente, permite estimar de forma indirecta los distintos compartimentos corporales (agua, masa magra y masa grasa). Cambios en el peso, y en las circunferencias de la cintura y de la cadera, entre otros, son indicadores de variaciones en el estado nutricional, que pueden valorarse por comparación con los valores previos o con los intervalos de normalidad obtenidos en estudios poblacionales. Los parámetros son los siguientes:

- a. Talla: La relación entre la talla y la circunferencia de la muñeca permite determinar la complexión individual.
- b. Peso: Se divide en: Peso habitual, el que usualmente tiene; peso actual, el que se determina en el momento de realizar la valoración; peso ideal, se obtiene a partir de la talla y complexión en tablas de referencia (como las de Metropolitan Life Insurance Company) o se calcula con fórmulas. Una variación reciente de peso del 10% es significativo en el estado nutricional.
- c. Índice de Masa Corporal IMC, o índice de Quelet:  $\text{Peso (kg)/talla}^2 \text{ (m)}$ : Es una determinación sencilla, pero de interés en epidemiología. Se clasifica en:
  - a. Normal: 20-25
  - b. Obesidad grado I (sobrepeso): 27-29,9
  - c. Obesidad grado II (definida): 30-34,9
  - d. Obesidad grado III (mórbida): 35-39,9
  - e. Obesidad grado IV (mórbida): Superior a 40
- d. Los pliegues cutáneos y los perímetros corporales (perímetro del brazo) son útiles para determinar la grasa subcutánea y la masa muscular, respectivamente. El grosor de determinados pliegues cutáneos (bíceps, tríceps, subescapular, supra iliaco, abdominal, etc.) es indicador de la grasa corporal total, puesto que en el ser humano la mitad de la grasa corporal se encuentra en la capa subcutánea.

- e. Circunferencia de la cintura o perímetro abdominal: Es útil para conocer la distribución de la grasa corporal y determinar el tipo de obesidad (abdominal o central). Así mismo se incluye en la definición de síndrome metabólico
- f. Índice cintura cadera: Es el cociente entre los perímetros de la cintura y de la cadera. El índice permite clasificar la obesidad en central abdominal y periférica (generalizada). Valores de ICC > 0.95 en hombres y > 0.80 en mujeres son indicadores de obesidad central/abdominal/troncal, mientras que valores < 0.95 en hombres y < 0.80 en mujeres indicaran obesidad generalizada. La importancia del ICC radica en que la distribución central de la grasa es un buen factor predictivo de alteraciones metabólicas y permite detectar riesgo cardiovascular

4. **Datos bioquímicos: En base a la evaluación del estado nutricional proteico:**

- a. Proteínas somáticas (corporal/ muscular). Se utiliza el balance nitrogenado (Bn) y el índice creatinina/altura (ICA).
  - 1. El Bn diferencia entre el nitrógeno ingerido y el eliminado, es un buen indicador de los cambios en la proteína corporal Finalizado el crecimiento, en condiciones normales existe un equilibrio entre anabolismo y catabolismo y el valor de Bn debe ser cero. Un Bn negativo indica depleción proteica, ya sea por una situación catabólica o por una ingesta proteica insuficiente. Un Bn positivo indica repleción proteica.

$$\text{Bn} = \left[ \text{Ingesta de proteína (g/día)} / 6,25 \right] - \left[ \text{Nitrógeno urinario (g/día)} + 4 \right]$$

- 2. La creatinina: La creatinina se elimina por la orina sin modificar. En ausencia de insuficiencia renal, la excreción de creatinina en orina de 24 horas se relaciona con la masa muscular total del organismo y con la altura. Al ser dicha excreción bastante constante, se considera un valor de referencia útil en la práctica como indicador clínico para estimar la situación de la proteína muscular o somática.
- 3. El ICA relaciona la cantidad de creatinina excretada en la orina en 24 horas con la talla del individuo. La comparación del valor obtenido con el

correspondiente a un individuo de la misma talla y sexo (tablas de referencia) es útil para determinar el grado de desnutrición.

- b. Proteína visceral se utilizan como indicadores indirectos las concentraciones plasmáticas de proteínas de transporte sintetizadas por el hígado. Se usan para evaluar tanto el deterioro del estado nutricional como su recuperación, en especial en pacientes hospitalizados o con patologías crónicas. Se considera que la disminución de los contenidos séricos de las proteínas viscerales depende de una reducción de su síntesis hepática en la que influyen factores nutritivos como el aporte de nutrientes, y no nutritivos como la masa hepática, que condicionará su síntesis, el índice de utilización metabólica de las proteínas y su excreción, la transferencia del espacio extravascular al intravascular y el grado de hidratación y de expansión del espacio extracelular. Por otra parte, en situaciones de agresión, los hepatocitos priorizan las proteínas más necesarias y, en consecuencia, disminuyen las proteínas viscerales. Así pues, en situaciones de agresión es difícil atribuir a la nutrición los cambios en los contenidos plasmáticos de las proteínas viscerales. Las proteínas plasmáticas más frecuentemente utilizadas se muestran en la tabla 1

**Tabla 1.** Proteínas plasmáticas

Proteína plasmática	Vida media	Concentración normal	Grado de desnutrición		
			Leve	Moderada	Grave
Albúmina (g/dl)	20 días	3,5-5,0	2,8-3,5	2,1-2,7	< 2,1
Transferrina (mg/dl)	8-10 días	175-300	150-175	100-150	< 100
Prealbúmina o proteína transportadora de tiroxina (mg/dl)	2 días	17-29	10-15	5-10	< 5

**Fuente:** Farré R. Evaluación del estado nutricional (dieta, composición corporal, bioquímica y clínica) Cap7 p.115

### 2.3. Nutrición y enfermedades crónicas no transmisibles

Según expertos, estas enfermedades tienen una relación directa con el estilo de vida actual, especialmente en materia de hábitos alimentarios, que no suelen ser los correctos. De ahí

que sea de primera importancia que las personas tomen conciencia respecto al significado de nutrirse en forma sana y equilibrada (24).

La OMS el año 2003, se reúne con miembros de la FAO ( Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación ) y crean un informe llamado “Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades Crónicas” tras observar la problemática que los malos hábitos alimenticios nos traen (5).

En este apartado, se hablarán de las enfermedades más relevantes, como es que la mala alimentación puede actuar como factor de riesgo para producirlas y cuáles son las recomendaciones nutricionales más importantes que el informe de la OMS y FAO nos da para prevenirlas.

**La obesidad:** Se produce como consecuencia de una ingestión excesiva de energía junto con la falta de actividad física. Entre los hábitos alimenticios que se han relacionado con el exceso de peso y la obesidad figuran la frecuencia de las comidas y de los tentempiés entre comidas, los episodios de ingestión compulsiva de alimento, las comidas fuera de casa y la lactancia materna exclusiva (efecto de protección). Entre los factores relacionados con los nutrientes cabe citar las grasas, el tipo de carbohidratos (incluidos los refinados como el azúcar), el índice glucémico de los alimentos y la fibra(5).

La obesidad aumenta la mortalidad, la presencia de enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, diabetes mellitus y litiasis biliar, así como aumenta el riesgo de gota, artritis y determinados tipos de cáncer (mama, útero, próstata y de vesícula biliar).

#### Beneficios de la reducción gradual y pérdida de peso

La pérdida moderada de peso en el individuo obeso mejora todas las alteraciones metabólicas que pueden estar presentes. Mejora el control de la glucosa, baja la tensión arterial y reduce los niveles de colesterol. Otras posibilidades consecuencias de la obesidad, como la litiasis biliar, la artritis y la apnea del sueño, también mejoran con la reducción de peso. Pequeñas pérdidas de peso del orden del 10% sobre el peso inicial proporcionan beneficios muy claros.(25).

Adecuar la ingesta energética, moderar el consumo total de grasas y fomentar la actividad física son medidas que van a contribuir a prevenir este problema. Constituyendo el consejo dietético y el ejercicio físico los pilares básicos del tratamiento de la obesidad.

- **Ingesta energética total:** Un menor consumo de alimentos ricos en energía (es decir, ricos en grasas, azúcares y almidones) y bebidas ricas en energía (es decir, ricas en azúcares libres) contribuye a reducir el aporte calórico total. A la inversa, una mayor ingesta de alimentos menos concentrados en energía (es decir, verduras y frutas) y alimentos ricos en PNA (es decir, cereales integrales) contribuye a reducir la ingesta energética total y aumentar la ingesta de micronutrientes. Debe señalarse, no obstante, que los grupos muy activos con dietas ricas en verduras, leguminosas, frutas y cereales integrales pueden mantener una ingesta total de grasas de hasta el 35% sin exponerse a un aumento de peso perjudicial.

**El cáncer;** Se han implicado diferentes factores dietéticos en la etiología de tumores de distinta localización, Las mayores asociaciones se dan entre grasas y cánceres de mama, colon y próstata, calorías totales y obesidad con cáncer de mama, colon, recto, útero y riñón, fibra dietética y efecto protector frente al cáncer de colon, frutas y vegetales por su alto contenido en vitaminas y carotenoides parecen proteger frente a diferentes tipos de tumores epiteliales malignos. Por último, diferentes estudios sugieren que las poblaciones que consumen dietas ricas en alimentos ahumados, salados y adobados tienen mayor riesgo de padecer cáncer de esófago y estómago.

Está comprobado que la aceleración del tránsito intestinal, que provoca la fibra dietética insoluble, reduce el riesgo de contraer ciertos tipos de cáncer (en especial el colorrectal) mediante la reducción del tiempo de exposición/interacción entre el epitelio intestinal y posibles agentes cancerígenos

### Recomendaciones dietéticas para la prevención del cáncer:

- 1) Aumentar el consumo de alimentos ricos en fibra, tales como frutas, verduras, legumbres y cereales en grano entero; además, este tipo de alimentos son una excelente fuente de vitaminas.
- 2) Disminuir el consumo de grasas animales y de carnes rojas.
- 3) Seguir métodos de cocción correctos, evitar freír los alimentos a altas temperaturas y no abusar de alimentos ahumados, salados o en adobo.
- 4) Evitar o moderar las bebidas alcohólicas.
- 5) Evitar la obesidad y el sobrepeso
- 6) Mantener un peso (en adultos) tal que el IMC se encuentre en el intervalo 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>, y evitar ganar más de 5 kg durante la vida adulta.
- 7) Mantener una actividad física regular.

**Enfermedades cardiovasculares:** Las más frecuentes son la aterosclerosis obliterativa, la trombosis arterial y la hipertensión arterial, y todas pueden estar influenciadas por la dieta. La enfermedad coronaria, resultado del estrechamiento de la luz de las arterias coronarias por la aterosclerosis, representa la primera causa de muerte en los países desarrollados. Su desarrollo es silencioso y de larga evolución, por eso es importante la actuación preventiva, identificando y controlando los principales factores de riesgo asociados, que en este caso son: niveles de colesterol elevados en sangre, hipertensión arterial y tabaco.

El 95% de la grasa que ingerimos con la dieta corresponde a triglicéridos (ácidos grasos). Se distinguen tres tipos de ácidos grasos:

- a. Ácidos grasos saturados, con notable efecto hipercolesterolémico. Todas las grasas animales son altamente saturadas, excepto las del pescado. Algunas grasas vegetales como los aceites de coco y palma son muy saturados. Curiosamente, estos aceites vegetales son los más usados en la fabricación de bollería industrial.

- b. Ácidos grasos monoinsaturados, cuyo representante principal es el ácido oleico, que carece de efectos hipercolesterolemiantes y, además, mantiene o eleva los niveles en sangre del colesterol HDL, "colesterol bueno".
- c. Ácidos grasos poliinsaturados, que son las grasa más esenciales para el ser humano, ya que nuestro organismo es incapaz de fabricarlo a través de precursores y es obtenido únicamente por la dieta. Existen dos grupos fundamentales, el denominado omega-6 presente en los aceites vegetales (maíz, girasol, etc.) y el omega-3 presente en el pescado. Ambos carecen también de efectos hipercolesterolemiantes, pero, a diferencia del ácido oleico, su consumo elevado puede producir descensos en los niveles del colesterol bueno (HDL), entre otros efectos para nuestro organismo.

El ser humano responde menos a la ingestión de colesterol que otras especies animales. Aunque es conocido que su ingestión eleva los niveles de colesterol en sangre, existen grandes diferencias entre individuos. Actualmente existe la evidencia de que el colesterol de la dieta tiene menos influencia que las grasa saturada sobre los niveles de colesterol en sangre. Además de su absorción en el intestino es limitada (40-50 por ciento de lo ingerido). La presencia de otros componentes de la dieta (vegetales, fibra) también disminuye su absorción.

**La diabetes:** No es una enfermedad, sino un síndrome o conjunto de síndromes que se producen como consecuencia de un déficit absoluto o relativo de insulina. Una vez establecida, en cualquiera de sus formas clínicas, los objetivos terapéuticos tienen también un sentido preventivo de las complicaciones tardías de esta enfermedad. De esto dependerá que la calidad de vida del diabético sea mejor o peor.

Un parámetro fundamental para lograrlo es sin duda la educación diabetológica personalizada, donde la educación nutricional adquiere una consideración doble, terapéutica y preventiva. La dieta es un elemento clave en la prevención de la diabetes tipo 2 e indispensable en el tratamiento de la diabetes y sus complicaciones.

La terapia nutricional representa el principal elemento terapéutico para el control metabólico en una proporción muy importante de diabéticos tipo 2 con obesidad asociada.

No existe ninguna dieta especial para diabéticos; por el contrario, en el tratamiento de estos pacientes la valoración individualizada por un experto en nutrición y el establecimiento de objetivos terapéuticos específicos por el equipo de salud primaria han de ser la norma. Debe subrayarse, sin embargo, que el principal objetivo de la dieta es ayudar a estos pacientes a modificar sus hábitos de alimentación para mejorar el control metabólico global y reducir las complicaciones.

1. Prevención/tratamiento del sobrepeso y la obesidad, particularmente en los grupos de alto riesgo.
2. Mantenimiento de un IMC óptimo, es decir, en los valores inferiores del intervalo de normalidad. Para la población adulta, eso significa un IMC medio en el intervalo de 21-23 kg/m<sup>2</sup> y evitar el aumento de peso (> 5 kg) durante la vida adulta.
3. Reducción de peso voluntaria en los individuos preobesos u obesos con problemas de intolerancia a la glucosa (aunque el cribado de esos individuos puede no ser costo eficaz en muchos países).
4. Práctica de una actividad física de resistencia de intensidad entre moderada y alta (por ejemplo, caminar a paso ligero) durante al menos una hora diaria la mayoría de los días de la semana.
5. Garantizar que la ingesta de grasas saturadas no supere el 10% del total de energía y, para los grupos de alto riesgo, que la ingesta de grasas sea inferior al 7% de la energía total.
6. Lograr una ingesta adecuada de PNA mediante el consumo regular de cereales integrales, leguminosas, frutas y verduras. Se recomienda una ingesta diaria mínima de 20 g Cantidad adecuada de hidratos de carbono de absorción lenta (patata, arroz, pan, legumbres).

**Hipertensión arterial (HTA):** Se tipifica por ser una enfermedad controlable, pero no curable, de ahí que una vez diagnosticada, su tratamiento se extiende a lo largo de toda la

vida del individuo que la padece(26).Por sí misma tiene gran impacto en el perfil epidemiológico y además es reconocida como un importante factor de Riesgo para la enfermedad isquémica coronaria y la enfermedad cerebrovascular.(27)

Es bien sabido que un consumo excesivo de cafeína conduce a hipertensión, y en particular el café no filtrado contribuye a elevar la concentración sérica de lipoproteínas de baja densidad, colesterol total y triglicéridos. También el consumo excesivo de sal condiciona HTA, la recomendación es de reducir el consumo de sodio a aproximadamente  $2 \text{ g/día}$  ( $5 \text{ g de sal/día}$ ). Así mismo, los datos existentes respaldan el concepto de que la leche y los productos lácteos con pocas grasas contribuyen a prevenir la hipertensión y reducen el riesgo de ictus y, potencialmente, otros eventos de ECV.(28)

Cabe destacar que una reducción de las cifras de PA de 5 a 6 mm Hg, puede llegar a reducir la mortalidad por enfermedad cerebrovascular hasta un 35 – 40% y por enfermedad isquémica del corazón en un 15 – 20%. Las Guías para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión Arterial la definen como personas de 18 años o más con presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90mmHg (27).

Esta situación representa para el paciente la necesidad de modificar en mayor o menor grado los factores modificables, entre ellos estilos de vida saludables y probablemente el recibir medicación crónica. Por otro lado, la hipertensión arterial plantea un desafío aun mayor, debido a que se le considera como una enfermedad silenciosa, es decir suele ser asintomática, por ende resulta más difícil para el individuo la aceptación de la misma y consecuentemente la necesidad de recibir tratamiento(29).

#### **2.4 Síndrome Metabólico**

Si bien éste síndrome no forma parte de las llamadas ECNT, es importante mencionarlo ya que representa un factor de riesgo determinante para la presentación de éstas y si lo sabemos diagnosticar tempranamente, evitaremos que a futuro que se presenten.

Villamayor indica (22) el síndrome metabólico, llamado también síndrome de resistencia a la insulina o síndrome "X", se define como la asociación de factores de riesgo relacionados con la imposibilidad de la insulina de mantener la glucemia (glucosa en sangre) dentro de los valores considerados como normales.

El síndrome metabólico, surge de lo que se conoce como el síndrome X, que fue descubierto y descrito por el científico Gerald Reaven en 1988, quien unificando la relación entre la resistencia a la insulina e hiperglucemia, hipertensión arterial y dislipidemias como mediadores de riesgo cardiovascular, observó que estos tres factores de riesgo tendían a producirse generalmente juntos en el mismo sujeto, y debido a que el denominador común de estos factores de riesgo era la resistencia a la insulina, se le denominó también como síndrome de insulino resistencia. El síndrome metabólico es un grupo de cuadros patológicos que ponen en riesgo al sujeto de desarrollar una enfermedad cardíaca y diabetes tipo 2. Estos cuadros son:

- Hipertensión arterial.
- Aumento de los niveles de azúcar.
- Niveles sanguíneos elevados de triglicéridos, un tipo de grasas.
- Bajos niveles sanguíneos de HDL, el colesterol bueno.
- Exceso de grasa alrededor de la cintura.

La prevalencia es aproximadamente de 19.3 % en la población general, afectando al 42% de las mujeres y al 64% de los hombres. Su importancia radica en que es un fuerte indicador de diabetes y enfermedad cardiovascular, siendo esta la principal causa de muerte en el mundo.

### **Diagnostico**

El diagnóstico se establece cuando están presentes 3 o más de los siguientes criterios:

- Circunferencia abdominal: Mayor o igual a 102 cm en el hombre y mayor o igual a 88 cm en la mujer.
- Presión arterial: Mayor o igual a 130-85 mmhg.
- Glucemia en ayunas: Mayor o igual a 100 mg / dl.
- Triglicéridos (lípidos en sangre): mayor a 150 mg/dl.

- Colesterol (HDL): menor de 40 mg / dl en el hombre y menor de 50 mg / dl en las mujeres.

### **Prevención**

La existencia de un consenso general donde el síndrome metabólico debe ser tratado enérgicamente en forma preventiva y no esperar la aparición de diabetes ni de la enfermedad cardiovascular. La mejoría de los hábitos de vida tiende a normalizar todos los factores de riesgo, y retrasa de esta manera la aparición de complicaciones irreversibles, que llevan a un aumento en la morbilidad y mortalidad general.

Para prevenir y revertir el síndrome metabólico se deben considerar las siguientes recomendaciones: reducción del peso corporal entre un 7% y 10% en el primer año, continuar con la reducción de peso hasta alcanzar un IMC adecuado. Esto se logra fundamentalmente con dieta hipocalórica (500 a 1000 calorías diarias) y ejercicio. Evitar el sedentarismo. Iniciar o aumentar un estilo de vida saludable, suprimir el alcohol y el tabaco. Aumentar el consumo de frutas y verduras. Prescripción médica de fármacos, antihipertensivos, hipolipemiantes e hipoglucemiantes, cuando sea necesario.

### **2.5 Primer nivel de Atención**

Según la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata de 1978, se define Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación(30).

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención

de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria(30).

Por todo ello, recalcamos la importancia de hacer nuestro trabajo de investigación en médicos que trabajen en éste nivel de atención.

### **Red de Salud Arequipa Caylloma**

Ésta Red está conformada por 28 Centros de Salud, de los cuales 17 son los que se encuentran en la zona urbana de la ciudad de Arequipa y forman parte del primer nivel de atención:

- |                       |                         |                         |
|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Socabaya           | 8. Mariano Melgar       | 13. Maritza Campos      |
| 2. Edificadores Misti | 9. Víctor Raúl Hinojosa | Zamacola                |
| 3. 15 de Agosto       | Llanos                  | 14. Francisco Bolognesi |
| 4. Cayma              | 10. Ampliación          | 15. Yanahuara           |
| 5. Hunter             | Paucarpata              | 16. GeneralísimoSan     |
| 6. Alto selva Alegre  | 11. Mariscal Castilla   | Martin                  |
| 7. Ciudad Blanca      | 12. Tiabaya             | 17. Cerro Colorado      |

Se tomará a esta población debido a que aquí se atienden pacientes que se encuentran en mayor riesgo a presentar malos hábitos alimenticios debido a la transición epidemiológica, ya que la población rural, aún conservan sus tradiciones culturales y costumbres en su alimentación.

### **2.6 Encuestas CAP**

Una encuesta CAP (cuyas siglas significan **C**onocimientos, **A**ctitudes y **P**rácticas), es un método de registró o recopilación de tipo cuantitativo (preguntas predefinidas y formateadas en cuestionarios estandarizados) que da acceso a información tanto cuantitativas como cualitativas (definiendo aquí “informaciones cualitativas” como informaciones de orden subjetivo o perceptivo y no deben confundirse con las “metodologías cualitativas”).

El objetivo de los métodos cuantitativos de recogida de datos es cuantificar y medir un fenómeno gracias al uso de cuestionarios y al tratamiento estadístico de las informaciones recogidas. Las encuestas por cuestionario son el principal método cuantitativo de recogida de datos. Consisten en interrogar con ayuda de un cuestionario, a una muestra de individuos de la población estudiada. Una de las ventajas de una encuesta CAP es permitir el transcurso de un solo sondeo, la recogida de una gran cantidad de datos que serán objeto de análisis estadístico (a diferencia de métodos cualitativos de recogida de datos). (31)

**Conocimiento:** conjunto de saberes que se tienen de una materia o ciencia concreta. El conocimiento a fondo de un comportamiento considerado beneficioso no implica una aplicación automática del mismo. El grado de conocimiento constatado permite situar los ámbitos en los que es necesario realizar esfuerzos en materia de información y educación(32).

En este apartado, formularemos preguntas acerca de conocimientos que todo médico debe de saber para realizar una adecuada valoración nutricional a su paciente , así como reconocer factores de riesgo que puedan llevar al desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y las indicaciones que recomienda para una dieta saludable.

**Actitudes:** Manera de estar alguien dispuesto a comportarse u obrar (33). Se trata tendencias, de “disposiciones a”. Permite explicar que, entre las posibles alternativas de un sujeto sometido a un estímulo, éste adopte una determinada práctica y no otra. Es interesante destacar que numerosos estudios muestran un vínculo a menudo débil y en ocasiones nulo en la relación entre actitud y prácticas. (31)

En éste otro apartado, formularemos preguntas para saber si es importante para los médicos hacer una valoración nutricional adecuada a sus pacientes, si están dispuestos a educarlos sobre una buena alimentación y aún más importante saber si realmente tienen interés en aprender del tema.

**Prácticas:** Realizar de forma habitual o continuada determinada acción o actividad(34). Son el aspecto concreto, la acción.

Por último, preguntaremos si el médico pone en práctica sus conocimientos del tema durante su labor asistencial.

### 3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

- **Autor:** Ivan Gerardo Guerrero Diaz
- **Título:** Actitud y conocimientos de los médicos residentes de medicina interna de la pontificia universidad javeriana en el Hospital Universitario San Ignacio frente a los temas de nutrición en la práctica clínica
- **Lugar y fecha de publicación :** Bogotá, 2010
- **Cita Vancouver:** Guerrero IG. *Actitud y conocimientos de los médicos residentes de medicina interna de la pontificia universidad javeriana en el Hospital Universitario San Ignacio frente a los temas de nutrición en la práctica clínica.* <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/ciencias/tesis565.pdf> (accessed 10 enero 2017).
- **Resumen:** La nutrición cumple una labor primordial para lograr y mantener un buen estado de salud; es elemental que los agentes del área de la salud, en especial los médicos, identifiquen la importancia y utilidad que tiene el correcto uso de esta. El objetivo general fue identificar la actitud y conocimientos que presentan los médicos residentes de medicina interna de la Pontificia Universidad Javeriana, frente a los temas de nutrición clínica, en el Hospital Universitario San Ignacio. La recolección de la información se logró utilizando una encuesta conformada por 35 preguntas sobre actitud, manejo de algunos de los conocimientos básicos y recomendaciones nutricionales para el manejo de patologías específicas. La encuesta fue contestada por 40 médicos. Los resultados muestran que 97,5% de los médicos está totalmente de acuerdo en que la formación en el área de nutrición es útil. Con el grado de complejidad de las preguntas sobre temas nutricionales, los resultados indican que los médicos no tienen un buen manejo de estos. Se pudo concluir que un 45% de los encuestados no tiene el conocimiento ni el manejo de herramientas para identificar al paciente con riesgo de malnutrición. El manejo de recomendaciones nutricionales sobre patologías como DM tipo 2 y el EPOC, los conocimientos son limitados, evidenciando que la intervención del nutricionista dietista es válida y necesaria para el tratamiento de estas y otras patologías. Dando una calificación de 1 a 5 para las preguntas 8 a 35, se encontró que la nota promedio fue de 2.79.

- **Autor:** Ana Gabriela Herrarte Guzmán
- **Título:** Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes de los Postgrados de Pediatría y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Marzo - abril 2013.
- **Lugar y fecha de publicación:** Guatemala de la Asunción, 2013
- **Cita Vancouver:** Herrarte AG. *Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes de los postgrados de Pediatría y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Marzo - abril 2013...* <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/09/15/Herrarte-Ana.pdf> (accessed 10 enero 2017)
- **Resumen:** **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:** La desnutrición afecta aproximadamente el 50% de los pacientes hospitalizados de todas las edades, tanto por causas quirúrgicas como médicas, aumentando a medida que se prolonga la estancia hospitalaria. Los responsables de dicho tratamiento son los profesionales en salud quienes deben poseer los conocimientos, actitudes y prácticas específicas para llevar a cabo un tratamiento integral. Actualmente en Guatemala no existen estudios que demuestren los conocimientos, actitudes y prácticas de nutrición clínica de los Médicos residentes que se forman en los programas de postgrados. Por lo anterior surge el interés de llevar a cabo una investigación sobre dicho tema, en los Médicos residentes de postgrado de Pediatría y Medicina interna del Hospital General San Juan de Dios. **OBJETIVO:** el objetivo de realizar este estudio fue evaluar el grado de conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica a nivel hospitalario, de los Médicos residentes de los programas de postgrado de Pediatría y Medicina interna del Hospital General San Juan de Dios. **DISEÑO:** se realizó un estudio descriptivo transversal mixto debido a que englobo un estudio de tipo cualitativo y cuantitativo. **LUGAR:** Unidad de Pediatría y Medicina Interna del Hospital San Juan de Dios de la ciudad de Guatemala. **MATERIALES Y METODOS:** la metodología que se utilizó para la realización del estudio fue a través de dos instrumentos, el primer instrumento basado en el TEST de terapia nutricional total elaborado por la Federación Latinoamericana de terapia nutricional, nutrición clínica y metabolismo originaria de alimentación enteral y parenteral FELANPE, el

cual evaluó diez preguntas de conocimientos básicos sobre nutrición clínica en el mismo se adaptó ocho preguntas abiertas para evaluar actitudes, el TEST fue entregado anunciando previamente los objetivos del estudio y así mismo se otorgando al sujeto de estudio una carta de consentimiento informado para la participación voluntaria y anónima. El área practica en relación a nutrición clínica se evaluó de forma observacional directa a través de una guía realizada dicha observación se realizó en un periodo de tres días hábiles por departamento.

**ANÁLISIS DE DATOS:** los resultados fueron analizados de forma cuantitativa a través de porcentajes, análisis de varias ANOVA, chi cuadrado y de forma descriptiva cualitativa. **RESULTADOS:** para determinar el nivel de conocimientos y actitudes se realizaron pruebas estadísticas contrastando hipótesis donde se compararon los niveles de residencias y especialidades médicas, dando como resultado un análisis de varianza de p-valor de 0.338 y un chi cuadrado de 0.66 con un p-valor de 0.7207, lo cual nos indica que no hay significancia estadística , ya que el valor de P-valor es superior al 0.05 y al 0.01 por lo que se acepta la hipótesis nula de que los conocimientos de los residentes son iguales independientemente de la especialidad y nivel de residencia. **LIMITACIONES:** no se pudo abarcar el cien por ciento de la muestra ya que el test fue de forma voluntaria **CONCLUSIONES:**

- 1.De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que todos los médicos residentes tienen el mismo nivel de conocimiento no importando la especialidad ni el nivel de residencia.
- 2.La mayoría de los médicos residentes obtuvieron una actitud positiva hacia nutrición clínica, pero se puede concluir que los médicos residentes del postgrado de pediatría tuvieron una mejor actitud en comparación de los médicos residentes del postgrado de medicina interna.
- 3.En los dos departamentos se observó que la actitud positiva iba declinando conforme avanzaban los años de residencia.
4. Según lo observado en los dos postgrados, las prácticas son deficientes en su mayoría en el departamento de Medicina interna, únicamente se realizan interconsultas y controles necesarios en situaciones especiales, como paciente crítico o en desnutrición, habiendo una comunicación inadecuada con el departamento de nutrición.

- **Autor:** Dra. Pamela Ivette Pardo Ramírez
- **Título:** Conocimientos actitudes y prácticas sobre nutrición hospitalaria en el personal médico del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel
- **Lugar y fecha de publicación:** Cochabamba – Bolivia, 2012
- **Cita Vancouver:** Pardo PI. *Conocimientos actitudes y prácticas sobre nutrición hospitalaria en el personal médico del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel.* <http://atlas.umss.edu.bo:8080/xmlui/handle/123456789/127?locale-attribute=es> (accessed 10 enero 2017).

- **Resumen:** La desnutrición continúa siendo un problema de salud importante en nuestro medio. Los pacientes desnutridos al estar inmunodeprimidos tienen mayor morbi - mortalidad que los que tienen una nutrición adecuada, de modo que su estancia en el Hospital será mayor ocasionando un mayor costo al sistema de salud. La cuarta parte de los pacientes ingresan desnutridos al hospital, por procesos crónicos que les genera un estado de anorexia o dificultades para alimentarse sumada al aumento de sus requerimientos energéticos, ***otra parte está relacionada a un manejo inadecuado en el mismo hospital***, que puede producir desnutrición severa, con sus consecuencias respectivas en la recuperación del paciente.

Debido a la gran importancia de un adecuado manejo nutricional en el paciente hospitalizado es relevante saber el nivel de conocimiento de los médicos y residentes, en relación a los aspectos nutricionales y las repercusiones que tienen en el estado nutricional de los niños; más aún en los hospitales escuela que tienen la misión de difundir y aplicar los conocimientos a este respecto, es con este fin que se realizó este estudio para determinar el grado de conocimiento del personal médico del “Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel”, sus actitudes y las practicas que prevalecen sobre la nutrición de los niños hospitalizados y analizar los resultados de las intervenciones nutricionales en los niños hospitalizados.

El presente estudio es descriptivo, no experimental, transversal, realizado en el mes de marzo en el HNMAV. Tiene por objetivo Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la nutrición hospitalaria del personal médico del HNMAV y los resultados de las intervenciones nutricionales en los niños hospitalizados.

Para evaluar los conocimientos y las actitudes se aplicó una encuesta elaborada en base a la utilizada por Goiburu E. y cols., a los médicos y residentes que trabajaron en el HNMAV durante el mes de marzo y para evaluar las prácticas se revisó las historias clínicas de los pacientes y se aplicó una lista de seguimiento al personal médico.

Los resultados obtenidos muestran que 50% de los pediatras obtuvieron una puntuación catalogada como insuficiente para los conocimientos en nutrición y los residentes 78.9%. La mediana de respuestas correctas en los pediatras es de 55.5% (IC 95% 50.5; 60.5) y en los residentes de 50% (IC 95% 44.9; 55.1).

Los resultados obtenidos sobre las actitudes acerca de nutrición hospitalaria nos muestran que 75% de los pediatras y el 52.6% de los residentes tienen una actitud apropiada que es incoherente a las prácticas puesto que 88% de los pediatras y residentes tienen prácticas inadecuadas.

El grado de desnutrición hospitalaria es de 21.7%. El RR es de empeorar el estado nutricional de los niños hospitalizados en las salas de los médicos que obtuvieron un nivel de conocimiento insuficiente es 2.76 veces mayor con un RA de 65% y una FER de 22%. Los pacientes con mayor grado de estrés presentan un RR de 3,32 veces mayor de empeorar el estado nutricional con un RA de 58%, y FER de 17%. El nivel de conocimientos insuficiente con prácticas inadecuadas en nutrición hospitalaria de los médicos es un problema de salud para los niños pues es conocido que la desnutrición es un terreno propicio para múltiples enfermedades. La desnutrición puede ser consecuencia de falta de una terapia integral con un manejo nutricional adecuado a las necesidades del paciente hospitalizado por el equipo profesional de salud repercutiendo en el estado de salud del niño.

Finalmente se recomienda revisar los programas de formación en nutrición clínica en pre y postgrado; realizar talleres participativos para analizar el problema de la nutrición y la desnutrición terciaria; implementar un equipo de soporte nutricional para mejorar la calidad de la atención hospitalaria en la problemática de la nutrición.

## 2 Objetivos.

### General

- 1) Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma – 2017.

### Específicos

- 1) Caracterizar la población de médicos de Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, por sexo, edad y años de experiencia laboral en primer nivel de atención.
- 2) Determinar el nivel de conocimiento sobre nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.
- 3) Determinar las actitudes ante temas de nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.
- 4) Evaluar la práctica en nutrición clínica para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de los médicos de los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma - 2017.

## 3 Hipótesis

No se requiere de hipótesis ya que se trata de un estudio descriptivo - observacional.

### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de encuesta.
- Instrumentos:
  - Ficha de datos generales
  - Cuestionario de conocimiento: 14 preguntas cerradas de opción múltiple, con puntaje de 1 punto cada una, haciendo un total de 14 puntos que se calificaron considerando un conocimiento malo (0 a 04 puntos) conocimiento regular (05 a 09 puntos), y conocimiento bueno (10 al 14 puntos).
  - Cuestionario de actitudes: 10 preguntas según escala Likert que se valoraron según cuatro parámetros, del 1 al 4, haciendo un total de 40 puntos que se clasificaron considerando una actitud negativa (10-24 puntos) y una actitud positiva (25-40 puntos).
  - Cuestionario de prácticas: 10 preguntas cerradas de opción múltiple, con valor de 0 a 2 puntos cada una, que suman un total de 20 puntos que se calificarán, considerando una práctica mala (0 a 7 puntos) práctica regular (8 a 14 puntos), y buena práctica (15 al 20 puntos).
- Materiales:
  - Material de escritorio
  - Computadora personal con programa de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos
  - Ficha y Cuestionarios

#### 2. Campo de verificación

1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizó en todos los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma.
2. Ubicación temporal: El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de febrero del 2017.

3. Unidades de estudio:
  - a. Universo: Médicos generales y de medicina familiar que laboren en los Centros de Salud de la zona urbana de la Red de Salud Arequipa-Caylloma, 2017.
  - b. Población blanco: Médicos asistenciales que laboren en los siguientes Centros de Salud: Socabaya, Edificadores Misti, 15 de Agosto, Cayma, Hunter, Alto selva Alegre, Ciudad Blanca, Mariano Melgar, Víctor Raúl Hinojosa Ll. Ampliación Paucarpata, Mariscal Castilla, Tiabaya, Maritza Campos Zamacola, Francisco Bolognesi, Yanahuara, Generalísimo San Martín y Cerro Colorado.
  - c. Muestra: No se consideró el cálculo de un tamaño de muestra ya que se esperó abarcar a todos los integrantes de la población que cumplan con los criterios de inclusión.
4. Criterios de selección:
  - Criterios de inclusión:
    - Médicos generales y de Medicina Familiar que laboren en el área de Medicina de los Centros de Salud ya mencionados.
  - Criterios de Exclusión:
    - Médicos generales y de Medicina Familiar ausentes durante periodo del estudio por enfermedad, vacaciones u otro motivo.
    - Médicos generales y de Medicina Familiar que no deseen participar del trabajo de investigación.
    - Médicos Administrativos.

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **Organización**

Se realizó la coordinación con la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Arequipa Caylloma y la Coordinadora de la Red de Salud Arequipa Caylloma, para obtener la Autorización para la realización del estudio.

Se entregó una encuesta (con 34 preguntas, divididas en 4 grupos de interés: determinantes demográficas de la población, nivel conocimientos, actitudes y prácticas) a los Médicos generales y de Medicina Familiar.

### **Recursos**

- 1) Humanos: Investigador, asesor, población encuestada.
- 2) Materiales:
  - Estudios relacionados
  - Revistas médicas
  - Artículos de Investigación
  - Documentos publicados en internet
  - Páginas de internet consultadas
  - Ficha de investigación
  - Cuestionarios de investigación
  - Solicitud de Autorización
- 3) Financiero: Autofinanciado

### **Validación de los instrumentos**

El cuestionario de conocimientos, actitudes y prácticas fue sometido a validación de contenido con la ayuda del tutor y un experto, para asegurar que el contenido de la encuesta abarque todos los aspectos necesarios; luego se aplicó en una prueba piloto a 10 médicos para realizar la validación de constructo y su validez predictiva, estableciendo los puntos de corte y su confiabilidad a través del cálculo de coeficiente de Cronbach (0.750 para las preguntas de conocimientos, 0.753 para las de actitudes y 0.734 para las de prácticas)

## **Criterios para manejo de resultados**

### **a) Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

### **b) Plan de Clasificación:**

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

### **c) Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

### **d) Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

### **e) Plan de análisis**

Se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar las frecuencias absolutas y relativas conceptuales, así mismo se realizó gráficas de barras para las diferentes variables de estudio. El proceso de la información fue realizado en el Software estadístico SPSS v.24.0 para Windows.

#### IV. Cronograma de Trabajo

ACTIVIDADES	Diciembre 2016				Enero 2017				Febrero 2017				Marzo 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda de Bibliografía	■	■	■	■												
Elaboración de proyecto		■	■	■	■	■	■	■								
Ejecución de proyecto									■	■	■	■				
Tabulación de resultados										■	■	■				
Presentación de resultados													■	■	■	

**Fecha de inicio:** 1 diciembre

**Fecha probable de término:** 15 marzo



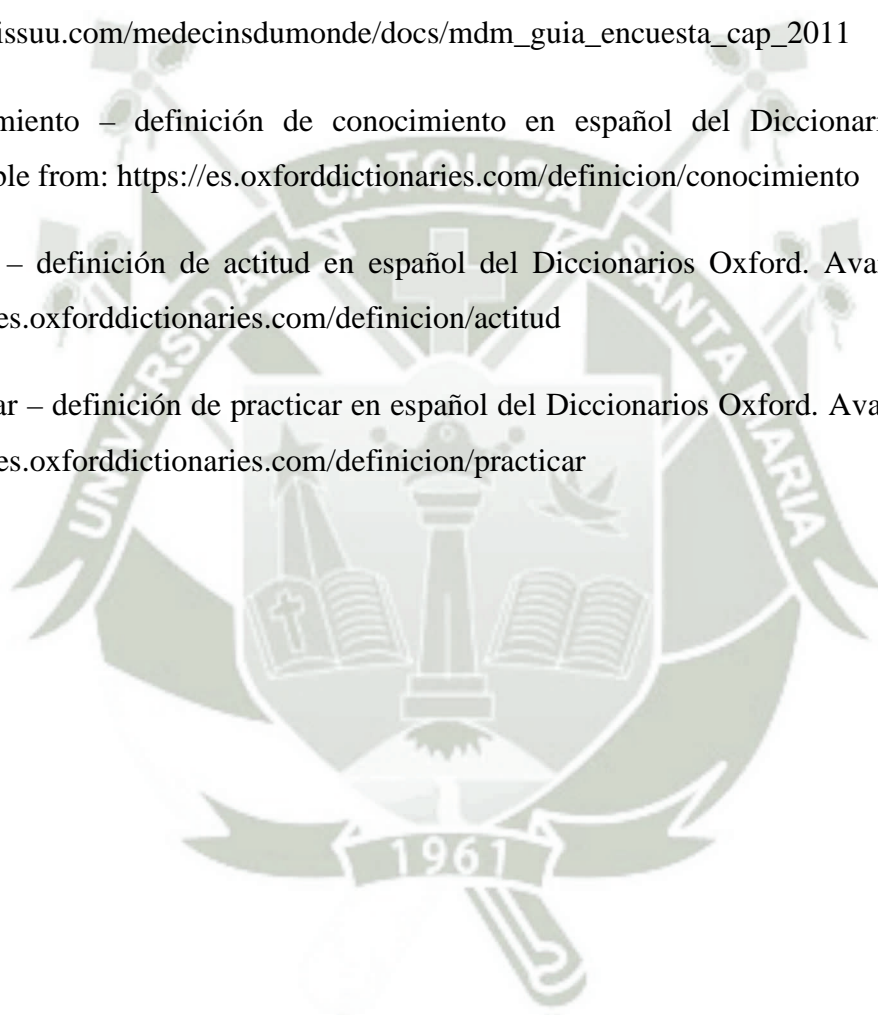
## BIBLIOGRAFÍA

1. OMS | Nutrición WHO. Available from: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
2. OMS Alimentación sana WHO. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>
3. Guerrero IG. Actitud y Conocimientos de los Médicos Residentes de Medicina Interna de la Pontificia Universidad Javeriana en el Hospital Universitario San Ignacio frente a los temas de Nutrición en la práctica clínica. Bogotá-Colombia; 2010.
4. Gómez C CA. Nutrición en atención primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 2001 228 p. Available from: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/novartis/nutricionap.pdf>
5. Consulta Mixta de Expertos OMS/FAO. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas Available from: <http://www.fao.org/3/a-ac911s.pdf>
6. Herrarte AG. Conocimiento, actitudes y prácticas sobre nutrición clínica en los médicos Residentes de los postgrados de Pediatría y Medicina Interna del Hospital General San Juan de Dios. Guatemala. Marzo - abril 2013. Guatemala De La Asunción: Universidad Rafael Landívar; 2013.
7. Casanueva E VR. El conocimiento nutricional de médicos residentes. Hospital de Enfermedades de la Nutrición, México. 1991;43(3):211-4.
8. Aguilar L CM. Guía Técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta. Available from: [http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros\\_lamejo\\_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf](http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/otros_lamejo_cenan/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20VNA%20Adulto.pdf)
9. Von Bernhardt R, Zanlungo S, Arrese M, Arteaga A, Rigotti A. El síndrome metabólico: De factor agravante a principal factor de riesgo patogénico en diversas enfermedades crónicas. Rev Médica Chile. 2010 Aug;138(8):1012-9.

10. Almeida SL . La fibra y sus beneficios a la salud. 2014;27(1):73–6.
11. Lombera RF, Barrios AV, Arcos S, Peralta P, Fernández C, Ma J, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. 2000 Jan 1;53(1):66–90.
12. Ivette P. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre nutrición hospitalaria en el personal médico del Hospital del Niño Manuel Ascencio Villarroel. Bolivia: Mayor de San Simón; 2011.
13. OPS/OMS Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor. Chile. Available from: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
14. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 resumen de orientación. 2011. Available from: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf)
15. WHO. Causes of death 2008 sources and methods\_final.doc - cod\_2008\_sources\_methods.pdf.2011. Available from: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/cod\\_2008\\_sources\\_methods.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf)
16. Importancia de la dieta en la prevención de enfermedades. Instituto Gerontológico. 2006. Available from: <http://www.igerontologico.com/salud/metabolismo-nutricion-salud/importancia-dieta-prevencion-enfermedades-6479.htm>
17. Ramírez L. Apoyando la promoción de estilos de vida saludables . 2013. Available from: [http://www.paho.org/hon/index.php?option=com\\_content&view=article&id=950%3Aops-oms-sigue-apoyando-promocion-estilos-vida-saludables&catid=516%3Ahon-04-desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-saludables&Itemid=228](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_content&view=article&id=950%3Aops-oms-sigue-apoyando-promocion-estilos-vida-saludables&catid=516%3Ahon-04-desarrollo-humano-sostenible-y-estilos-de-vida-saludables&Itemid=228)
18. OMS. Enfermedades no transmisibles. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>

19. Latham MC. Nutrición humana en el mundo en desarrollo. Available from:  
<http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>
20. MINSA. Principales causas de mortalidad por sexo Perú - año 2014. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Mortalidad/Macros.asp?00>
21. MINSA. Prevención para la Salud. Available from:  
<http://www.minsa.gob.pe/?op=2&box=2>
22. FAO. Nutrición y Salud. Available from:  
<http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s04.pdf>
23. Farré R. Manual Nutricion Kelloggs. Available from:  
[https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual\\_de\\_nutricion\\_new/Manual\\_Nutricion\\_Kelloggs\\_Capitulo\\_07.pdf](https://www.kelloggs.es/content/dam/newton/media/manual_de_nutricion_new/Manual_Nutricion_Kelloggs_Capitulo_07.pdf)
24. Mala nutrición es factor de riesgo principal para enfermedades crónicas. Available from: <http://www.elmostrador.cl/vida-en-linea/2014/08/13/mala-nutricion-es-factor-de-riesgo-principal-para-enfermedades-cronicas/>
25. Importancia de la dieta en la prevención de enfermedades. Instituto Gerontológico. 2006. Available from: <http://www.igerontologico.com/salud/metabolismo-nutricion-salud/importancia-dieta-prevencion-enfermedades-6479.htm>
26. Mataix J. Nutrición y Alimentación Humana 2a ed. Vol. 2. Ergón; 2015 2032 p. Available from: <http://www.tirant.com/derecho/libro/nutricion-y-alimentacion-humana-2-tomos-jose-mataix-verdu-9788484736646>
27. Ordovás JM CD. Genes, Dieta Y Enfermedades Cardiovasculares. Available from:  
<http://www.investigacionyciencia.es/files/2792.pdf>
28. Berciano S. Nutrición y salud cardiovascular. 2014 setiembre;67:47.
29. Villamil AS. ¿Cómo educar a mi paciente hipertenso? ¿Qué debe saber?. Available from: <http://www.fac.org.ar/tcvc/llave/c310/villamil.PDF>

30. FAO. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS: The Pan American Health Organization; 1978 Sep. Available from: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=parliaments-of-the-americas&alias=19004-declaracion-de-alma-ata-6-12-de-septiembre-de-1978&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=parliaments-of-the-americas&alias=19004-declaracion-de-alma-ata-6-12-de-septiembre-de-1978&Itemid=270&lang=en)
31. Recogida de datos Métodos cuantitativos Ejemplo de encuestas CAP by Médecins du Monde - issuu. Available from: [https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm\\_guia\\_encuesta\\_cap\\_2011](https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guia_encuesta_cap_2011)
32. conocimiento – definición de conocimiento en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento>
33. actitud – definición de actitud en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/actitud>
34. practicar – definición de practicar en español del Diccionarios Oxford. Available from: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/practicar>



## ANEXO 2: ENCUESTA

### CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE NUTRICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN MÉDICOS DE LOS CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA – 2017

Estimado Medico:

El presente cuestionario forma parte de la investigación arriba mencionada, se le solicita que conteste de manera clara y completa. Se le garantiza que la información brindada es estrictamente confidencial.

Con el llenado de esta encuesta entendemos que brinda su consentimiento para participar en el estudio de investigación. Le agradezco por su tiempo e información brindada.

#### I Parte: Datos demográficos

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Femenino ( ) Masculino ( ) CMP: \_\_\_\_\_

¿Cuántos años lleva en el ejercicio de su profesión?

0 - 5 años ( ) 6 - 10 años ( ) Más de 11 años ( )

#### II Parte: Conocimientos

1. **¿Cuál es el índice de masa corporal (IMC) de un paciente adulto varón que mide 1.65m y pesa 78kg?**
  - a. 28.7 (1PTO)
  - b. 47.2
  - c. 26,2
  - d. 23,7
2. **Según la clasificación del IMC, la respuesta de la pregunta anterior se encuentra en:**
  - a. Peso insuficiente.
  - b. Intervalo normal.
  - c. Pre obesidad / Sobrepeso (1PTO)
  - d. Obesidad tipo I.
3. **Para determinar la presencia de alto riesgo cardiovascular, la medida del perímetro abdominal según la OMS debe estar por encima de:**
  - a. 90 cm para mujeres y 60 cm para hombres.
  - b. 102 cm para hombres y 88 cm para mujeres. (1PTO)
4. **El Síndrome Metabólico tiene como características lo siguiente EXCEPTO:**
  - a. Insulinorresistencia con LDL aumentada. (1PTO)
  - b. Insulinorresistencia con hiperinsulinemia compensadora.
  - c. Obesidad principalmente de distribución abdominal.
  - d. Hipertrigliceridemia.
  - e. HDL disminuida.
5. **¿Cuáles son los micronutrientes no energéticos?**
  - a. Carbohidratos.
  - b. Carbohidratos y grasas.
  - c. Carbohidratos grasas y Proteínas.
  - d. Vitaminas y minerales. (1PTO)

**6. Marque la respuesta correcta:**

- Las grasas saturadas se encuentran presentes, en los aguacates, los frutos secos, o el aceite de girasol, canola y oliva.
- Las grasas no saturadas se encuentran presentes en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el queso, y la manteca.
- Las grasas saturadas son preferibles a las grasas no saturadas.
- Todas son incorrectas. **(1PTO)**
- Todas son correctas.

**7. Marque la respuesta correcta:**

- La fibra dietética insoluble acelera el tránsito intestinal. **(1PTO)**
- La fibra dietética soluble acelera el tránsito intestinal.
- La fibra dietética insoluble desacelera el tránsito intestinal.
- La fibra dietética soluble desacelera el tránsito intestinal.

**8. En cuento a la fibra dietética: marque la respuesta correcta:**

- Se encuentra en el mango, los cítricos, los plátanos, y vegetales como la zanahoria.
- Se encuentra en salvado de trigo, granos enteros, trigo integral, el arroz sin descascarar, la harina de maíz integral y de soya.
- Enlentece el vaciamiento gástrico.
- Todas son correctas. **(1PTO)**

**9. Para prevenir la HTA se recomienda el consumo de sal al día de:**

- 2,1 – 2,5 gr
- 1,5 – 2 gr
- <1,5 gr
- 5 gr **(1PTO)**

**10. ¿Desde qué etapa del desarrollo humano usted cree que se tiene que comenzar a prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles?**

- Etapa prenatal. **(1PTO)**
- Etapa de la Infancia.
- Etapa de la Niñez.
- Etapa de la Adolescencia.
- Etapa de la Adulthood.
- Etapa de la Ancianidad.

**11. Según su conocimiento indique en orden de prioridad (1, 2,3) ¿cuál de los siguientes factores es más importante para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles?**

- Actividad física ( )  
Alimentación saludable ( )  
No tabaco ( )

- 2,3,1
- 1,3,2
- 2,1,3 **(1PTO)**
- 1,2,3

**12. Se recomienda para comer saludable: Marque la respuesta correcta:**

- Ingerir frutas, verduras, legumbres (por ejemplo, lentejas, vainitas).
- Ingerir frutos secos y cereales integrales (por ejemplo, maíz, avena, trigo o arroz integral no procesados).
- Ingerir al menos 400 g (5 porciones) de frutas y hortalizas al día.
- Las papas, camote, la yuca y otros tubérculos feculentos no se consideran como frutas ni hortalizas.
- Todas son verdaderas. **(1PTO)**

**13. Para tener una alimentación sana es preciso:**

- Limitar el consumo de azúcares libres a menos del 10% de la ingesta calórica total.
- Limitar el consumo de grasa al 30% de la ingesta calórica diaria.
- Limitar el consumo de sodio 1.5 – 2 gr al día (aproximadamente una cucharadita de café) y consumir sal yodada.

- d. Todas son verdaderas. **(1PTO)**
- e. Todas son falsas.

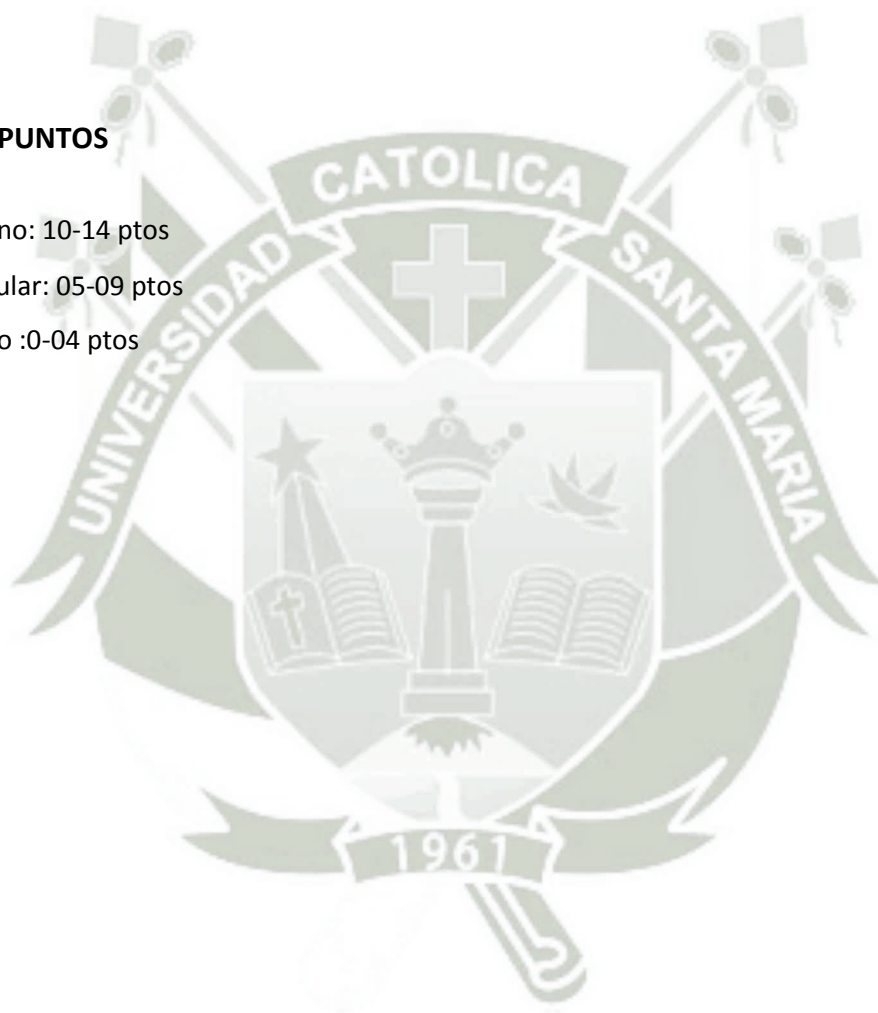
**14. Consejos prácticos para mantener una alimentación saludable, marcar lo incorrecto:**

- a. Comer al menos cinco piezas o porciones (o 400 g) de frutas y verduras al día reduce el riesgo de desarrollar enfermedades no transmisibles.
- b. Comer frutas y verduras no garantiza una ingesta diaria suficiente de fibra dietética. **(1PTO)**
- c. incluir verduras en todas las comidas.
- d. Comer frutas frescas y verduras crudas como aperitivos.
- e. Comer frutas y verduras frescas de temporada.

**BAREMO:**

**TOTAL: 14 PUNTOS**

- Bueno: 10-14 ptos
- Regular: 05-09 ptos
- Malo :0-04 ptos



**II Parte: Actitudes:** Marque según corresponda:

**TD:** Totalmente desacuerdo **D:** Desacuerdo **A:** De acuerdo **TA:** Totalmente de acuerdo

Actitud	TD (1PTO)	D (2PTOS)	A (3PTOS)	TA (4PTOS)
1. Considero importante calcular el gasto energético diario y los requerimientos nutricionales del paciente.				
2. Frecuentemente tomo decisiones para apoyar una intervención nutricional del paciente.				
3. Considero que los médicos del primer nivel de atención estamos capacitados para un adecuado abordaje nutricional de los pacientes.				
4. Procuro asistir a las conferencias sobre nutrición de los cursos o congresos en los que participo.				
5. Me es importante leer artículos en revistas científicas para adquirir o profundizar en temas de nutrición, útiles para la práctica clínica.				
6. Considero que la formación en el área de nutrición para la práctica clínica es útil para mi desempeño como médico.				
7. Me es importante tomarme el tiempo necesario para hacer entender a mis pacientes que alimentos son saludables.				
8. Considero que el índice de Masa corporal es básico para el abordaje nutricional.				
9. Considero que la calidad y cantidad de consumo adecuada de alimentos diaria contribuye a la prevención de enfermedades crónicas.				
10. Considero importante que se encuentre en el silabus de la carrera de medicina la asignatura de nutrición.				

**BAREMO:**

**TOTAL: 40 PUNTOS**

- Actitud negativa: 10 – 24 puntos
- Actitud positiva: 25 - 40 puntos

**III Parte: Prácticas** Marque según corresponda:

Practicas	Siempre (2PTOS)	A veces (1PTO)	Nunca (0PTOS)
1. Pregunto habitualmente a mis pacientes sus hábitos alimentarios.			
2. Saco el índice de masa corporal de mis pacientes para valorar el estado nutricional.			
3. Tomo con frecuencia la circunferencia abdominal de mis pacientes.			
4. Derivo a un nutricionista a los pacientes que presentan algún riesgo de desarrollar alguna enfermedad crónica.			
5. Recomiendo ingerir dos litros de agua diarios a todos mis pacientes.			
6. Recomiendo a todos mis pacientes consumir frutas y verduras diario.			
7. Recomiendo a mis pacientes consumir alimentos con fibra y doy ejemplos de estos.			
8. Me capacito frecuentemente en temas de nutrición para un mejor manejo de mis pacientes.			
9. Hablo con mis pacientes sobre los malos hábitos alimenticios (como comer comida chatarra, jugos de fruta azucarados) y recomiendo no consumirlos.			
10. Hago seguimiento nutricional (clínicos y bioquímicos) a los pacientes que evalúo.			

**BAREMO:**

**TOTAL: 20 PUNTOS**

- Buena: 15-20 ptos
- Regular: 08-14 ptos
- Mala: 0-07 ptos

### ANEXO 3: SOLICITUD 1

**Solicitó:** Autorización para realizar  
Proyecto de Investigación

**Dra. Mercedes Vera Amezcuita, Directora Ejecutiva de la Red de Salud Arequipa Caylloma**

Yo, Fiorela Casanova Rojas, identificada con el DNI 704266, egresada de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, actualmente con el Grado de Bachiller. Ante usted me presento y dirijo:

Realizare una investigación titulada: “CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS MÉDICOS DE CENTROS DE SALUD DE LA ZONA URBANA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA-CAYLLOMA, FRENTE A TEMAS DE NUTRICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES, FEBRERO 2017”, utilizando como instrumento base una encuesta, cuyos datos obtenidos, serán utilizados con suma discreción y con fines estrictamente académicos.

Motivo por el cual solicito la autorización para la realización de dicho proyecto, el cual ira dirigido a Médicos que laboren en los siguientes Centros de Salud: Socabaya, Edificadores Misti, 15 de Agosto, Cayma, Hunter, Alto selva Alegre, Ciudad Blanca, Mariano Melgar, Víctor Raúl Hinojosa Ll. Ampliación Paucarpata, Mariscal Castilla, Tiabaya, Maritza Campos Zamacola, Francisco Bolognesi, Yanahuara, Generalísimo San Martin y Cerro Colorado.

Por lo expuesto, pido a usted acceder mi solicitud por ser de justicia.

Arequipa, 17 de enero del 2017

---

Fiorela Casanova Rojas

DNI: 70426643

### ANEXO 3: SOLICITUD 2

  
*Universidad Católica de Santa María*  
☎ (5154) 251210 Fax: (5154) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350  
AREQUIPA - PERU

**"IN SCIENTIA ET FIDE EST FORTITUDO NOSTRA"**  
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 23 de enero del 2017

Of. N°042-FMH-2017

Señora Doctora  
**MERCEDES VERA AMEZQUITA**  
DIRECTORA EJECUTIVA DE LA RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA  
Presente.-

Gobierno Regional Arequipa  
Gerencia Regional de Salud  
Red de Salud Arequipa - Caylloma  
Trámite Ordinario

23 ENE 2017

Hora: 14:10 Folio: 02  
Firma: 

**Asunto:** Autorización Trabajo de Investigación Alumna FIORELA CASANOVA ROJAS  
**Ref. :** Solicitud s/n

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, solicitando su autorización a efecto de que la alumna Srta. FIORELA CASANOVA ROJAS, con Código 2010600992, pueda llevar a cabo su Trabajo de Investigación titulado "CONOCIMIENTO Y ACTITUDES Y PRACTICAS DE NUTRICIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN MÉDICOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA 2017", consistente en la aplicación de encuestas dirigida a médicos que laboren en las siguientes Micro Redes, en el periodo de enero a marzo y, en el horario que designe su representada.

**MICRO REDES:** SOCABAYA, EDIFICADORES MISTI, 15 DE AGOSTO, CAYMA, HUNTER, ATO SELVA ALEGRE, CIUDAD BLANCA, MARIANO MELGAR, VÍCTOR RAÚL HINOJOSA LL., AMPLIACIÓN PAUCARPATA, MARISCAL CASTILLA, TIABAYA, CHARACATO, CIUDAD DE DIOS, MARTIZA CAMPOS ZAMACOLA, FRANCISCO BOLOGNESI, YANAHUARA, GENERALÍSIMO SAN MARTÍN, CERRO COLORADO.

Se adjunta la solicitud de requerimiento de la interesada.

Agradeciendo anticipadamente por la atención dispensada al presente, quedo de usted.

Atentamente,





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Facultad de Medicina Humana  
DECANATO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
Dr. Miguel Fernando Farfán Delgado  
DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MFFD/Decano  
BIF  
Adjs. Lo Indicado

## ANEXO 4: AUTORIZACIÓN

 "Decenio de las Personas con Discapacidad en el Perú"  
"Año del Buen Servicio al Ciudadano" 

Gobierno Regional Arequipa  
Gerencia Regional de Salud  
Red de Salud Arequipa Caylloma

# CREDENCIAL

La Red de Salud Arequipa Caylloma autoriza a la:

**Srta. Fiorela Casanova Rojas**  
Egresada de la Facultad de Medicina Humana  
Universidad Católica Santa María


Para la aplicación de proyecto de tesis "Conocimiento y actitudes y Practicas de Nutrición para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles en médicos del primer nivel de atención de la Red de Salud Arequipa Caylloma"; (REFERENCIA: Oficio N°042-2016-UCSMREG. 17-00814(000511-OP)); por el periodo de dos meses, debiendo coordinar con el Responsable de Personal, de su establecimiento sobre los horarios para aplicación del mismo.


Por lo que mucho agradeceré a su Despacho, se sirva brindarle las facilidades que el caso amerita.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi estima y consideración personal.

Atentamente.

**Arequipa. 2017 Enero 24**

 GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA  
DIRECCIÓN  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

  
Dra. Mercedes Benilde Vera de Delgado  
C.R.P. N° 6583  
DIRECTORA EJECUTIVA

MBVA/CEC/EP/IBR/rtu.  
c. c. Archivo

RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA  
Av. Independencia con Paucarpata 4° Piso (Edificio Héroes Anónimos )  
Telfs. 054-200823 / 206777 / 202279 Fax: 228573



