



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

TÍTULO DEL TRABAJO:

EFFECTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA PARA LA PREVENCIÓN Y MANEJO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOMETABÓLICAS, EN LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES, SAN FELIPE, FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS, EN EL PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DEL 2022.

PRESENTADO POR:

ANDRÉS FERNANDO PALENCIA REGALADO 11811269

ANDREA GADY HERNÁNDEZ FIGUEROA 11441377

YASMI ALEJANDRA GONZÁLEZ MEDINA 11441306

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN NUTRICIÓN

ASESORES:

DR. IVÁN CASTRO

DRA. MARIANELA ANDINO

DRA. MARIELA CONTRERAS

TEGUCIGALPA M.D.C,

HONDURAS C.A ENERO 2023

ÍNDICE DE CONTENIDO:

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.1 INTRODUCCIÓN	11
1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	12
1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	15
1.3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	17
1.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO	18
1.2 JUSTIFICACIÓN	19
1.3 RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INVESTIGACIÓN	20
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:	21
2.1 DEFINICIONES:	21
2.2.1 DIETA MEDITERRÁNEA	23
2.2.2 ESTILO DE VIDA SALUDABLE.....	27
2.2.3 FACTORES DE RIESGO	28
2.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL:	30
2.2.5 SOBREPESO Y OBESIDAD	32
2.2.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	36
2.2.7 DISLIPIDEMIAS	38
2.2.8 EDUCACIÓN NUTRICIONAL.....	43
2.3 HIPÓTESIS.....	44
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	45
3.1 POBLACIÓN	45
3.2 TIEMPO	45
3.3 TIPO DE ESTUDIO.....	45
3.4 MUESTRA	45
3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....	46
3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	46
3.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	46
3.8 PLAN DE TABULACIÓN.....	46
3.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
3.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	47
3.11 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	48

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	53
4.1 ANÁLISIS	53
4.2 DISCUSIÓN	67
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	69
5.1 CONCLUSIONES	69
5.2 RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFÍAS:	71
ANEXOS	74
Anexos 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	74
Anexos 2: ENCUESTA	75

AGRADECIMIENTOS

En primera instancia queremos agradecer a Dios todopoderoso por permitirnos llegar hasta esta fase de nuestra carrera también el apoyo: que nos brindaron las personas para la elaboración de esta tesis, entre ellos:

- El apoyo y sacrificio humano de nuestros padres quienes pese a lo largo del camino y las múltiples dificultades han estado de forma incondicional, motivando cada paso por pequeño que fuese.
- En segunda instancia queremos agradecer a nuestros amigos y familiares por enseñarnos a tener paciencia y perseverancia a lo largo de la carrera.
- De igual forma agradecemos la paciencia, el esmero y conocimiento de nuestros asesores de tesis como también el apoyo de nuestra jefa de carrera y cada uno de los docentes que hicieron esta meta posible.
- Agradecemos al Hospital General de Especialidades San Felipe por permitirnos realizar nuestra investigación en sus instalaciones y a los participantes que muy cordialmente aceptaron el consentimiento informado para la aplicación del instrumento.

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel mundial, el abordaje de la dieta mediterránea es una de los principales tratamientos y línea de prevención de estas enfermedades. Se ha mostrado por medio de investigaciones científicas que el seguimiento del patrón alimenticio de la dieta mediterránea puede ser capaz de disminuir la posibilidad de padecer una enfermedad cardiometabólica. El seguimiento de la dieta mediterránea conduce a niveles de azúcar regulados, reduciendo el riesgo de padecer colesterolemia y trigliceridemia. *Metodología:* Se realizó un cuestionario de forma digital con el fin de cuantificar el nivel conocimiento sobre la dieta mediterránea para la prevención y manejo de las enfermedades cardio metabólicas en la población del Hospital general de especialidades, San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, siendo un total de 30 encuestados. *Resultados:* Se halló que el 60% de los encuestados afirman tener conocimiento sobre la dieta mediterránea y el 40% desconocían sobre esta misma. También cabe mencionar que el 30% de los encuestados mencionan que el seguir ciertos patrones de la dieta mediterránea tienden a regular el colesterol, un 46.7% menciona que tienen un efecto positivo diferentes aspectos como la regulación de la presión arterial, pérdida de peso, regulación del colesterol y protección al corazón, y un 3.3% menciona que ayuda con la regulación de la presión arterial. *Conclusiones:* La población del Hospital general de especialidades, San Felipe, tienen un conocimiento básico sobre la dieta mediterránea, donde entienden cuáles son los alimentos que se basa esta dieta, pero no la reconocen por el nombre.

Palabras clave: Dieta mediterránea, Enfermedades Cardiometabólicas, Alimentos, Presión Arterial, Colesterol, Triglicéridos, Pérdida de peso y Nutrición.

SUMMARY

Cardiovascular diseases are one of the main causes of mortality and morbidity worldwide, the approach of the Mediterranean diet is one of the main treatments and lines of prevention of these diseases. It has been shown through scientific research that following the eating pattern of the Mediterranean diet may be able to reduce the possibility of suffering from cardiometabolic disease. Following the Mediterranean diet leads to regulated sugar levels, reducing the risk of suffering from cholesterolemia and triglyceridemia. Methodology: A questionnaire was carried out digitally to quantify the level of knowledge about the Mediterranean diet for the prevention and management of cardiometabolic diseases in the population of the General Hospital of Specialties, San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, Being a total of 30 respondents. Results: It was found that 60% of the respondents claim to have knowledge about the Mediterranean diet and 40% did not know about it. It is also worth mentioning that 30% of those surveyed mention that following certain patterns of the Mediterranean diet tend to regulate cholesterol, 46.7% mention that different aspects such as blood pressure regulation, weight loss, regulation cholesterol and heart protection, and 3.3% mention that it helps with the regulation of blood pressure. Conclusions: The population of the General Hospital of Specialties, San Felipe, have a basic knowledge about the Mediterranean diet, where they understand what are the foods that this diet is based on, but they do not recognize it by name.

Keywords: Mediterranean diet, Cardiometabolic Diseases, Food, Blood Pressure, Cholesterol, Triglycerides, Weight loss and Nutrition.

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El concepto de DIETA MEDITERRÁNEA se popularizó a mediados del siglo pasado como consecuencia del “Estudio de los Siete Países”, liderado por Ancel Keys entre 1958 y 1964, que comparó los hábitos dietéticos de diferentes cohortes de Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.), Japón, Finlandia, Holanda, la antigua Yugoslavia, Italia y Grecia. El seguimiento de estas poblaciones durante 5-15 años confirmó una menor mortalidad por enfermedad coronaria y general y una mayor expectativa de vida en los países mediterráneos, particularmente en Grecia.

Las enfermedades crónicas son actualmente la principal causa de muerte e incapacidades en el mundo. Es conocido que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se pueden prevenir mejorando algunos estilos de vida en la población, esto incluye dieta y ejercicio entre otros. Llevar una alimentación saludable en ciertos casos llega a ser complicado por la falta de educación nutricional que existe.

Las investigaciones demuestran que ciertos patrones dietéticos, como la dieta mediterránea, llegan a ser fundamentales en la prevención de enfermedades crónicas. Un patrón dietético centrado en las frutas y verduras, pero que admite moderadas a bajas cantidades de alimentos de origen animal, el efecto de la dieta mediterránea como hábito alimentario en los pacientes con enfermedades cardiometabólicas supone un mejor manejo de la enfermedad, pronóstico e incluso prevención de estas.

En síntesis un patrón alimentario basado en la dieta mediterránea el cual se adapta y se actualiza en aquellas prácticas que proporcionen un estado de bienestar; la elección de patrones alimentarios con escaso aporte de nutrientes pero alto aporte de calorías, sedentarismo, consumo elevado de sal, entre otras prácticas predisponen a los individuos a padecer enfermedades

cardiometabólicas por lo cual pueden ser preventivas e incluso mejorar el estado nutricional del paciente ya diagnosticado con dichas patologías.

1.2 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

La dieta mediterránea en el año 2010 fue declarada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) catalogó la dieta mediterránea como una dieta protectora ante la aparición de diferentes enfermedades, entre ellas, las enfermedades cardiometabólicas y diferentes comorbilidades.¹

En 2018, la OMS reportó que las ECNT son las causantes del 71% de las muertes a nivel global. Las patologías cardiovasculares lideran la mortalidad con 17,9 millones de defunciones por año, seguidas por distintos tipos de neoplasias (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes mellitus con 1,6 millones de muertes por año.²

La primera causa de morbilidad en el siglo XXI continúa siendo la enfermedad cardiovascular y según los datos epidemiológicos la situación no mejorará en las próximas décadas. Se cree que esta epidemia podría limitarse o incluso reducirse con un cambio de la sociedad a un estilo de vida y una alimentación más sana como la dieta mediterránea. Esta dieta surgió como un régimen alimenticio saludable mucho antes de que pudiera reconocerse qué nutrientes, o incluso qué alimentos, eran responsables de los beneficios observados.³

Keys condujo un estudio de siete países, una investigación epidemiológica que examinó la asociación entre la dieta y la salud cardiovascular en diferentes poblaciones, él estudio demostró que la frecuencia de mortalidad por cardiometabólicas y otras causas eran significativamente menores en las regiones mediterráneas comparadas con el norte de Europa y los Estados Unidos, estudios subsecuentes han focalizado los efectos del alto consumo de aceite de oliva y la composición total de la dieta con la salud cardíaca.³

Basado en evidencias científicas, la American Heart Association (AHA), en un artículo científico indicó los efectos positivos de esta dieta en la enfermedad cardíaca. Las guías dietéticas actuales incorporan componentes de la dieta mediterránea de acuerdo con las recomendaciones de AHA, para proporcionar a la población información sobre hábitos dietéticos que no solo se base en la disminución de grasas saturadas sino en el consumo de grasas saludables, frutas y verduras.³

En los últimos 20 años, Centroamérica y República Dominicana han experimentado un aumento alarmante de la prevalencia del sobrepeso y obesidad, definida como un IMC ≥ 25 kg/ m². Las estimaciones de prevalencias de distintas enfermedades que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó en 2019, en Centro América y República Dominicana, la prevalencia de diabetes en adultos centroamericanos es de 8.9 % en hombres (oscila entre 8.5 % en Honduras y 10.0 % en Belice) y de 10.3 % (8.9 % en Costa Rica y 15.2 % en Belice) en mujeres.⁴

Los factores de riesgo en Honduras, un estudio realizado en estudiantes de 13 a 15 años de edad la OMS desde el 2012 refiere que el consumo de alcohol y tabaco se inicia desde edades muy tempranas, ya que antes de los 14 años el 77% ya consumió alcohol y el 83% tabaco, lo cual tiende a dar hábitos no saludables, sumado al sedentarismo, sólo el 21% realiza al menos 60 minutos al día de actividad física y consumo de bebidas azucaradas en un 74%, alimentos ricos en grasas y azúcares, provocando la aparición de las ECNT a edades más tempranas.⁵

El último estudio nacional sobre consumo de alimentos se realizó en la década de los ochenta. A través de la base de datos de la última Encuesta de Condiciones de Vida (ENCOVI) 2004 en Honduras, el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP) 2013 realizó un análisis de consumo aparente donde refiere “que los hogares del área rural y la región occidental tienen menor variedad de productos que los hogares ubicados en el área urbana y en las otras regiones.⁶

El hospital San Felipe, en febrero de 2016 inauguró un espacio dedicado a la promoción de la actividad física donde la población puede conocer su situación de riesgo a través de indicadores antropométricos donde se le indican ejercicios y se les motiva a mejorar su alimentación, gracias a la iniciativa “Honduras Actívate”, que promete más espacios similares con el fin de enfatizar en la prevención de las ENT.⁶

Rosas Peralta⁶, demuestra que la hipertensión arterial puede prevenirse con el simple hecho de practicar los estilos de vida saludables. En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación se comprobó que efectivamente el tipo de alimentación de los pacientes, la falta de actividad física, el consumo de sal, los antecedentes familiares, el sobrepeso y el estrés predisponen a padecer hipertensión arterial.⁶

Se estima que una ingesta diaria de 5 porciones de frutas y hortalizas puede prevenir algunas ECNT, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la obesidad y ciertos cánceres entre otras enfermedades. El alto consumo de sodio es directamente proporcional al aumento de la presión arterial en humanos. La ingesta de algunos minerales como el sodio tiene un efecto significativo sobre el aumento de la presión arterial al aumentar la edad.

Se realizó un estudio en Ojojona, Francisco Morazán dando resultados que el padecer de una ECNT incrementa con la edad, la mayoría de las personas con hipertensión arterial son mayores de 50 años, por lo tanto, hay mayor riesgo de presentar complicaciones como enfermedades cardiometabólicas, infarto agudo de miocardio (IAM) y enfermedad renal crónica, además, la hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente para diabetes y dislipidemia.⁶

1.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La UNESCO, denominó a la dieta mediterránea (DM) dentro del listado del Patrimonio cultural inmaterial de la Humanidad, el 16 de noviembre del 2010, este acontecimiento debe servir de ejemplo para, lograr concientización sobre dónde se debe enfocar los hábitos alimenticios y por ende los procesos productivos, a fin de que las generaciones presentes y futuras tomen conciencia sobre su salud y la del medio ambiente.⁷

Los efectos beneficiosos de la dieta mediterránea sobre la salud cardiovascular y las diferentes enfermedades relacionadas han sido atribuidos de forma hipotética a distintos posibles mecanismos. Si bien es cierto que no están del todo descritos, la evidencia científica sugiere que la dieta mediterránea se caracteriza por ser rica en tocoferoles, polifenoles, flavonoides y fitoesteroles, moléculas con un fuerte poder antiinflamatorio y antioxidante presentado en alimentos como los frutos secos, aceite de oliva, entre otros.⁸

Una alimentación típicamente mediterránea podría tener un efecto antiinflamatorio, modulando reacciones de oxidación celular a través de la actividad enzimática. Por otro lado, es importante destacar el papel de los nutrientes en la modulación de la expresión de genes y el metabolismo, por lo que estos nutrientes mayormente se encuentran en frutas, verduras, frutos secos y carnes blancas que aportan Omega 3 como lo es el pescado.⁸

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) aterosclerótica se pueden considerar como el resultado de un continuum patogénico en el que intervienen estilos de vida no saludables y múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Las manifestaciones clínicas de la ECV constituyen la principal causa de muerte en el mundo occidental, por lo que es prioritario implementar intervenciones sanitarias de alto impacto que disminuyan el riesgo cardiovascular (RCV) de padecerlas.⁸

La OMS ha declarado que las ECNT como un problema de salud pública, éstas son responsables del 60% de las muertes alrededor del mundo, afectando casi

por igual a hombres y mujeres, siendo la hipertensión una de las principales responsables. Esta enfermedad es muy común en todo el mundo, afecta a más del 20 por ciento de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50 por ciento de las personas de más de 65 años.⁹

En los últimos años, han aparecido numerosos estudios epidemiológicos que sugieren que la elevación del colesterol pudiese anteceder al desarrollo de hipertensión arterial y que la dislipidemia ya se encuentra presente en etapas precoces de la hipertensión arterial. En Honduras en el 2016, la prevalencia nacional de la hipertensión arterial muestra una prevalencia de 22, 6% en la población adulta (hombres 23, 2% y mujeres 22, 1%).¹⁰

Sobre la situación económica que presenta Honduras llega a afectar la seguridad alimentaria de la población hondureña ya que no cumple con los 5 pilares de la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) que son: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, consumo y la utilización biológica de los alimentos. Mayormente se refleja en las áreas rurales del país por lo cual llega a ser un problema para poder seguir un patrón alimentario adecuado y balanceado.¹⁰

Sin embargo, existe un porcentaje dentro del área urbana dónde la población logra tener acceso a la mayoría de los alimentos que ofrece la canasta básica e incluso más allá de esta, supliendo así algunas de las necesidades nutricionales que demanda el organismo. Por lo tanto, la población podrá lograr un mejor estilo de vida en cuanto a la alimentación y evitando enfermedades crónicas no transmisibles a largo plazo.

La educación nutricional en la población hondureña es de suma importancia ya que la mayoría de ellos no tienen conocimiento acerca de los beneficios y elementos de un patrón mediterráneo. También, esto es importante debido a que el patrón de la dieta mediterránea no es conocido como tal, siendo confundido por la falta de educación, sin embargo, inconscientemente los habitantes consumen estos alimentos de forma diaria ya que se basa en frutas, verduras, carnes blancas, aceites vegetales, productos integrales y frutos secos.

1.3.1 PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

Pregunta de Investigación

¿Cuál es el efecto de la dieta mediterránea para la prevención y manejo de las enfermedades cardiometabólicas, en la población del Hospital General de Especialidades, San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, en el periodo de octubre a diciembre del 2022?

Preguntas de Investigación

1. ¿Cuál es el grado de conocimiento que tienen los pacientes del hospital San Felipe sobre la dieta mediterránea y las enfermedades crónicas no transmisibles, Francisco Morazán, Honduras, en el periodo de octubre a diciembre del 2022?
2. ¿Qué beneficios tienen los patrones alimentarios de la dieta mediterránea en los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del hospital San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, en el periodo de octubre a diciembre del 2022?
3. ¿Qué grupos de alimentos están incluidos en un patrón de la dieta mediterránea que sea de fácil acceso en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del hospital San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, en el periodo de octubre a diciembre del 2022?

1.5 OBJETIVOS DEL PROYECTO

Objetivo General

Describir el efecto de la dieta mediterránea para la prevención y manejo de las enfermedades cardio metabólicas, en la población del hospital general de especialidades, San Felipe, Francisco Morazán, Honduras, en el periodo de octubre a diciembre del 2022.

Objetivos Específicos

1. Analizar el grado de conocimiento que tienen los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles sobre la dieta mediterránea en el hospital San Felipe, Francisco Morazán, Honduras.
2. Determinar los beneficios que conlleva consumir alimentos de la dieta mediterránea en relación con las enfermedades crónicas no transmisibles.
3. Identificar los grupos de alimentos involucrados en la dieta mediterránea que sean de fácil acceso en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del hospital San Felipe, Francisco Morazán, Honduras.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de afecciones que involucran el corazón y los vasos sanguíneos y existen diferentes factores de riesgo que determinan la predisposición a padecerlas. Las más prevalentes son la cardiopatía coronaria, asociada a aterosclerosis y la enfermedad cerebrovascular. Adicionalmente, sobresalen las cardiopatías congénitas, que tienen una incidencia de 8 por 1.000 nacidos vivos por año y la trombosis venosa profunda en miembros inferiores con una incidencia de 1 a 2 por 1.000 personas.¹¹

La OPS junto con la OMS, realizaron un estudio en 2013 sobre la morbilidad y mortalidad presentes en el continente americano, en el que se concluyó que las enfermedades cardiovasculares fueron las de mayor prevalencia, con un 37.6% y dentro de estas las miocardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares fueron las más frecuentes.¹¹

De otra parte, los factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares se dividen en modificables y no modificables. En los primeros se incluyen: hipertensión arterial, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, entre otros. En tal sentido, la hipertensión arterial se mantiene como uno de los principales factores de riesgo modificables para desarrollar ECV, según la Guía de Hipertensión de la Asociación Americana del Corazón 2017.¹¹

La actividad física es una de las principales recomendaciones para la prevención de enfermedades como la hipertensión, ya que un ejercicio físico de intensidad moderada contribuye a su disminución y aumenta los parámetros de variabilidad de la frecuencia cardíaca, por eso la importancia de realizar pruebas de esfuerzo para establecer el manejo adecuado de la actividad física según las necesidades del paciente.¹¹

La dieta mediterránea surgió como un régimen alimenticio saludable mucho antes de que pudiera reconocerse qué nutrientes, o incluso qué alimentos, eran responsables de los beneficios observados. La dieta mediterránea es útil en la

prevención cardiovascular primaria, por tanto, las personas que se adhieren a la misma deben mostrar una reducción en los factores de riesgo cardiovascular y una disminución de la morbimortalidad cardiometabólica.

1.3 RESULTADOS QUE SE ESPERAN DE LA INVESTIGACIÓN

Este documento expone la importancia que tiene el patrón mediterráneo sobre las enfermedades cardiometabólicas, tanto para mejorar el estilo de vida alimentario como para disminuir riesgos y ser diagnosticado. Se pretendió la recopilación de toda la información necesaria para saber si de forma directa o indirecta los pacientes conocen sobre esta forma de alimentación y como la misma los ayuda a disminuir riesgos y padecimientos a futuro.

Muchos de los pacientes de forma indirecta llevan a su mesa este patrón alimentario sin el conocimiento de los múltiples beneficios que este mismo les ofrece a su salud, quisimos conocer de que forma la población sabe que el aceite de oliva y los frutos secos tienen grandes beneficios sobre la salud y también porque llegan a reducir las grasas saturadas o carnes rojas ya que eliminando estos productos en sí dieta se observa la prevención y mejoramiento en la salud cardiovascular, metabólica y cáncer y obesidad.

Se espero que la población obtenga información de calidad sobre la dieta mediterránea para que la pueda poner en práctica, que conozcan cuales son los beneficios y que enfermedades ayudan a manejar o prevenir con su uso, también que se vuelve un estilo de vida alimentario en la mayoría, por sus benéficos en la salud cardiometabólica ayudando a disminuir complicaciones y riesgos para diversos tratamientos y así asegurando la eficacia de los mismos en un tiempo más corto del que se ha podido observar sin la obtención de los beneficios de esta dieta.

La alimentación tiene que cumplir uno de los papeles primordiales en la vida, y por ende, debe llevarse a la educación. Se debe tener conocimiento acerca de

todo lo que se está comiendo para asegurarse de que se le está contribuyendo al cuerpo alimentos saludables para tener una mejor vida y en un futuro evitar las posibles enfermedades cardio metabólicas, sin dejar a un lado la importancia de realizar actividad física con frecuencia, ya que todo este estilo de vida va de la mano.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO:

2.1 DEFINICIONES:

- **Ácidos grasos trans:** Tipo de ácido graso formado durante el proceso de hidrogenación industrial de los aceites. También se encuentran en forma natural en algunos alimentos. Los ácidos grasos trans, al igual que las grasas saturadas, constituyen factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.¹²
- **Actividad física:** La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud.¹²
- **Alimentación:** Proceso consciente y voluntario que consiste en el acto de ingerir alimentos para satisfacer la necesidad de comer.¹²
- **Aterosclerosis:** Una acumulación de placa grasosa que se espesa y endurece en las paredes arteriales, que puede inhibir el flujo de sangre por las arterias a órganos y tejidos y puede conducir a un ataque al corazón, dolor de pecho (angina) o derrame cerebral.¹²
- **Colesterol:** Sustancia grasa natural presente en todas las células del cuerpo humano necesaria para el normal funcionamiento del organismo. La mayor parte del colesterol se produce en el hígado, aunque también se obtiene a través de algunos alimentos.¹²

- **Diabetes Mellitus:** Es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por la glucosa en sangre elevada (hiperglucemia). Se asocia con una deficiencia absoluta o relativa de la producción y/o de la acción de la insulina.¹²
- **Dieta:** Mezcla de alimentos sólidos y líquidos que un individuo o grupo consume. Su composición depende de la disponibilidad de los alimentos, su costo, los hábitos alimentarios y el valor cultural de los alimentos.¹²
- **Dislipidemia:** Son alteraciones que se manifiestan en concentraciones anormales de algunas grasas en la sangre, principalmente colesterol y triglicéridos. Su causa puede deberse a factores hereditarios, pero también puede ser por una alimentación inadecuada rica en grasas y la inactividad física.¹²
- **Enfermedades Cardiovasculares:** Tipo de enfermedad que afecta el corazón o los vasos sanguíneos.¹³
- **Enfermedad Cerebrovascular:** Son aquellas enfermedades debidas a alteraciones en el riego cerebral que afectan a las venas o a las arterias del cerebro.¹⁴
- **Estilo de Vida:** El estilo de vida es el resultado de un conjunto de hábitos que nos permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social.¹⁵
- **Factores de Riesgo:** Son condiciones, conductas, estilos de vida o situaciones que nos exponen a mayor riesgo de presentar una enfermedad, en este caso se hablan de las enfermedades cardiovasculares.¹⁶
- **Glucosa:** Es un tipo de azúcar en la sangre que procede de los hidratos de carbono de la dieta. ¹⁴
- **Hipertensión Arterial:** Es una enfermedad caracterizada por un aumento de la presión en el interior de los vasos sanguíneos (arterias).¹⁴
- **Síndrome Metabólico:** Consiste en la agrupación de una serie de alteraciones metabólicas (elevación de la glucosa y los triglicéridos, descenso del colesterol bueno, aumento de la presión arterial y obesidad de predominio abdominal) en una determinada persona.¹⁴

- **Nutrición:** La nutrición es el proceso de consumo, absorción y utilización de los nutrientes necesarios para el crecimiento y el desarrollo del organismo y para el mantenimiento de la vida.
- **Obesidad:** Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.
- **Omega 3:** El omega 3 es un tipo de grasa poliinsaturada considerado ácido graso esencial, ya que el cuerpo no puede producirlo por sí solo.¹⁷
- **Presión arterial:** La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias, que son grandes vasos por los que circula la sangre en el organismo. Se considera que la persona presenta hipertensión cuando su tensión arterial es demasiado elevada.¹⁷
- **Salud:** La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹⁷
- **Salud pública:** La salud pública es la respuesta organizada de una sociedad dirigida a promover, mantener y proteger la salud de la comunidad, y prevenir enfermedades, lesiones e incapacidad.¹⁷
- **Sedentarismo:** De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) aproximadamente un 60% de la población a nivel mundial, no realiza suficiente actividad física, lo que se denomina sedentarismo. Se considera uno de los principales factores de riesgo de mortalidad.¹⁷
- **Triglicéridos:** Los triglicéridos son un tipo de grasa o lípidos que almacenan las calorías que no se usan.¹⁷
- **Vitaminas:** Son sustancias orgánicas presentes en cantidades muy pequeñas en los alimentos, pero necesarias para el metabolismo.¹⁷

2.2.1 DIETA MEDITERRÁNEA

La dieta mediterránea es un preciado patrimonio cultural que representa más que simples pautas de nutrición, abundancia y salud. Es un estilo de vida equilibrado que incluye recetas, métodos de cocina, celebraciones, costumbres,

productos típicos y diversas actividades humanas. Entre las múltiples propiedades saludables de este patrón dietético, se puede destacar los tipos de grasas que la caracterizan como el aceite de oliva, pescado y frutos secos, la proporción de los principales nutrientes que contienen sus recetas.

Historia

La dieta mediterránea tiene su origen en un territorio considerado único, la cuenca mediterránea, un lugar que los historiadores han llamado "cuna de la civilización" porque toda la historia del mundo antiguo transcurrió dentro de sus límites geográficos. El valle mediterráneo ha sido cuna de muchas civilizaciones y culturas, y la dieta mediterránea es uno de los logros más importantes de estas civilizaciones. El mar Mediterráneo es una interconexión de los alimentos de diferentes culturas y las formas en que se obtenían, producían, preparaban y consumían.¹⁸

El cultivo comenzó con la siembra de granos y legumbres en el Levante, que incluye los países del Mediterráneo oriental de Israel, Líbano, Siria, Jordania, Palestina e Irak. Más tarde, los romanos fenicios y griegos cultivaron los tres alimentos básicos de la dieta mediterránea: aceite de oliva y olivos para aceitunas, uvas para vino y trigo para pan. Posteriormente, los conquistadores de estas cuencas mediterráneas extendieron la aceituna y la uva al Mediterráneo occidental, y el aceite y el vino de diversos pueblos (griegos, árabes, celtas, bárbaros, romanos, y íberos) contribuyeron a la "Trilogía Mediterránea".¹⁸

GRUPO DE ALIMENTOS

Cereales

En la dieta mediterránea al momento de consumir cereales, se escogen los que son de tipo integral. Los cereales comunes consumidos en la dieta mediterránea

incluyen: cebada, trigo sarraceno, bulgur, farro, mijo, avena, polenta, arroz, bayas de trigo, pan, cuscús y pasta. Este último es el alimento tradicional de la dieta. Son un alimento versátil de bajo índice glucémico que se puede agregar a una variedad de ingredientes saludables como legumbres, verduras, especias y hierbas.¹⁸

Verduras:

Las verduras son un elemento importante en la dieta mediterránea, y se prefieren las verduras frescas y de temporada. Proporcionan valiosa nutrición y saciedad. Las verduras se pueden cocinar o comer crudas en diversas preparaciones. Los beneficios de las verduras aumentan debido a que generalmente se cocinan o se vierten en aceite de oliva. Algunas frutas que se implementan en la dieta mediterránea son: acelgas, remolacha, brócoli, alcachofas, lechugas, calabaza, papa o judías. Las verduras de la dieta mediterránea contienen fibra importante, son ricas en vitaminas (especialmente vitamina C y ácido fólico) y antioxidantes como los taninos.¹⁸

Frutas: Las frutas frescas enteras siempre están disponibles en la región mediterránea y se consumen ampliamente. La fruta generalmente se come después de una comida, no como postre. Por lo general, se comen frescos y maduran naturalmente al sol y al calor de la temporada. Esto permite que la fruta desarrolle sus mejores propiedades nutricionales y organolépticas con mayores beneficios para la salud. Las frutas consumidas en la dieta mediterránea pueden ser: peras, uvas, tomates, naranjas, olivas, cereza e higos.¹⁸

Legumbres, frutos secos y semillas

Las legumbres, frutos secos, semillas y legumbres agregan textura y sabor a los diferentes platillos derivados de la dieta mediterránea. Los frutos secos que se consumen de manera frecuente en la dieta mediterránea son: avellanas, almendras, nueces, pistachos y piñones. Estos se consumen normalmente como bocadillo en regiones mediterráneas y se emplean en varios platos salados y dulces.

Las legumbres son muy importantes en la cocina mediterránea, especialmente cuando los ingresos económicos son bajos. Las legumbres que se ingieren comúnmente en la región mediterránea incluyen: garbanzos, frijoles, lentejas, habas y guisantes secos. Los frijoles se usan mucho en sopas y guisos. Las semillas también se utilizan en platos dulces y salados. La caléndula y las semillas de calabaza son bocadillos populares en varios países mediterráneos. Muele las semillas de sésamo para hacer una pasta llamada tahini, que se usa mucho en los países mediterráneos, por ejemplo, para hacer hummus.¹⁸

Aceite de oliva y aceitunas

Una de las grasas más importantes en la dieta mediterránea es el aceite de oliva. Se utiliza para cocinar, hornear, asar a la parrilla, guisar y sazonar verduras y ensaladas. Su composición única lo hace altamente resistente a las temperaturas de cocción. También se puede comer crudo en platos principales como el aioli (salsa de ajo y aceite de oliva), adobos de verduras y salsas variadas. También se utiliza para hacer sopas y guisos como el "pistou" añadiendo aceite de oliva al finalizar una cocción lenta y prolongada. El aceite de oliva también se utiliza en masas, batidos y pastas diversas. En el Mediterráneo, se acostumbra a untar el pan con aceite de oliva, lo que también reduce el índice glucémico del pan al ralentizar la conversión del almidón en azúcar.¹⁸

Hierbas y especias

En la dieta mediterránea se usan varios tipos de hierbas y especias como el romero, salvia, tomillo y orégano, lo cual se cosechan de una manera frecuente por medio de la naturaleza, siendo utilizadas abundantemente en los platillos mediterráneos. Las especias y hierbas agregan aroma y sabor a los alimentos y reducen la necesidad de agregar sal y grasa al cocinar. Además, aumentan las secreciones en el tubo digestivo y mejoran la digestión, y algunas, como el orégano, reducen las flatulencias y ayudan a reducir los gases intestinales.¹⁸

2.2.2 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Sedentarismo

Las personas inactivas tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías para mantener un peso saludable, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes, y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias.¹⁹

Alimentación

Llevar una dieta sana a lo largo de la vida ayuda a prevenir la malnutrición en todas sus formas, así como diferentes enfermedades no transmisibles y trastornos. Sin embargo, el aumento de la producción de alimentos procesados, la rápida urbanización y el cambio en los estilos de vida han dado lugar a un cambio en los hábitos alimentarios. Actualmente, las personas consumen más alimentos hipercalóricos, grasas, azúcares libres y sal/sodio; por otra parte, muchas personas no comen suficientes frutas, verduras y fibra dietética, como por ejemplo cereales integrales.²⁰

La composición exacta de una alimentación variada, equilibrada y saludable estará determinada por las características de cada persona (edad, sexo, hábitos de vida y grado de actividad física), el contexto cultural, los alimentos disponibles en el lugar y los hábitos alimentarios. No obstante, los principios básicos de la alimentación saludable siguen siendo los mismos.

La alimentación evoluciona con el tiempo, y en ella influyen muchos factores socioeconómicos que interactúan de manera compleja y determinan modelos

dietarios personales. Entre esos factores cabe mencionar los ingresos, los precios de los alimentos (que afectarán la disponibilidad y asequibilidad de alimentos saludables), las preferencias y creencias individuales, las tradiciones culturales, y los factores geográficos y ambientales.

El fomento de un entorno alimentario saludable y, en particular, de sistemas alimentarios que promuevan una dieta diversificada, equilibrada y sana, requiere la participación de distintos sectores y partes interesadas, incluidos los gobiernos, el sector público y el sector privado. Los gobiernos desempeñan un papel fundamental en la creación de un entorno alimentario saludable que permita a las personas adoptar y mantener prácticas alimentarias sanas.²⁰

2.2.3 FACTORES DE RIESGO

Las enfermedades cardiovasculares pueden manifestarse de muchas formas: presión arterial alta, enfermedad arterial coronaria, enfermedad valvular, accidente cerebrovascular y arritmias (latidos irregulares).

Cuantos más factores de riesgo tenga una persona, mayores serán sus probabilidades de padecer una enfermedad del corazón. Algunos factores de riesgo pueden cambiarse, tratarse o modificarse y otros no. Pero el control del mayor número posible de factores de riesgo, mediante cambios en el estilo de vida y/o medicamentos, puede reducir el riesgo cardiovascular.¹⁹

Modificables:

Presión arterial alta (hipertensión arterial). La hipertensión arterial aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Las personas hipertensivas que además presentan obesidad fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular. La

presión arterial puede variar según el grado de actividad física y la edad, pero los valores normales del adulto sano en reposo deben estar en 120/80.

Colesterol elevado. Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol, una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo. El hígado produce todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. El organismo obtiene colesterol adicional de alimentos de origen animal (carne, huevos y productos lácteos) o que contienen grandes cantidades de grasas saturadas.

Obesidad y sobrepeso. El exceso de peso puede elevar el colesterol y causar presión arterial alta y diabetes. Todas estas situaciones son factores de riesgo importantes de las enfermedades del corazón.

Tabaquismo. La mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, pero pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas). Según la Asociación Americana del Corazón, más de 400.000 estadounidenses mueren cada año de enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Muchas de estas muertes se deben a los efectos del humo del tabaco en el corazón y los vasos sanguíneos.

No modificables

Sexo. En general, los hombres tienen un riesgo mayor que las mujeres de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia. Pero después de los 65 años, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares. Las enfermedades cardiovasculares afectan a un número mayor de mujeres que de hombres y los ataques cardíacos son, por lo general, más graves en las mujeres que en los hombres.

Herencia. Las enfermedades del corazón suelen ser hereditarias. Por ejemplo, si los padres o hermanos padecieron de un problema cardíaco o circulatorio antes de los 55 años, la persona tiene un mayor riesgo cardiovascular que alguien que no tiene esos antecedentes familiares. Los factores de riesgo tales como la hipertensión, la diabetes y la obesidad también pueden transmitirse de una generación a la siguiente.

Edad. Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años.¹⁹

2.2.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Definición:

Se han realizado distintos estudios donde comités nacionales e internacionales establecieron que si la Presión arterial sistólica (PAS) es igual o superior a 140 mmHg y/o la presión arterial diastólica (PAD) lo es a 90, en dos o más tomas dentro de la misma visita y en tres visitas en distintos días, se establecería el diagnóstico como tal de hipertensión arterial.

Es usual que en adultos mayores de 55 años o más, sólo se detectan cifras elevadas de sistólica con diastólicas normales o bajas. Sin embargo, con una frecuencia menor, puede ser posible encontrar a jóvenes con cifras diastólicas ligeramente elevadas con sistólicas inferiores a 140 mmHg.²¹ Son adultos jóvenes que de temprana edad han sido diagnosticados, muchas veces es causado por mal estilo de vida.

Incidencia y prevalencia:

La incidencia de Hipertensión Arterial (HTA) en la población adulta, está por encima de los 18 años, alcanzando un 20% de la población adulta. La presión arterial (PA) suele aumentar de forma natural con la edad. La prevalencia en las

mujeres es más baja que en los varones antes de la menopausia. En cuanto a las razas, no hay grandes diferencias, a pesar de lo cual aún existen reductos en las profundidades de la selva amazónica donde habitan poblaciones indígenas que mantienen el mismo estilo de vida y la misma dieta, exenta de sal, desde hace milenios, porque desconocen la existencia de este condimento.

En pequeñas localidades costeras de Japón donde se consumen dietas muy ricas en conservas sazonadas, se calcula que ingieren alrededor de 40 g de sal al día. En estos casos, la prevalencia de HTA es el doble que en otras comunidades japonesas, donde consumen cantidades de sal más habituales: alrededor de 12-15 g diarios. Finalmente, si nos referimos a los afroamericanos, la prevalencia de HTA es superior al 30%, mucho más elevada que la de sus conciudadanos de otras etnias y mayor de la que se detecta en los negros residentes en África.²¹

El consumo de sal ha sido un factor importante en el desarrollo y mantenimiento de una alta prevalencia de la HTA, pero también puede serlo el estilo de vida más sedentario y el consumo de dietas inadecuadas, ricas en grasas saturadas y pobres en vegetales. Estas circunstancias, a su vez, son favorecedoras del sobrepeso. Actualmente la prevalencia de la HTA en España se mantiene en torno al 24%.²¹

Consumo de sal

Estudios epidemiológicos a nivel mundial sugieren que el consumo de sal es un inductor del aumento de las cifras de la PA y del mantenimiento de una alta prevalencia de HTA. Debido a nuestros hábitos, se suele consumir una cantidad de sal generalmente superior a los 12-15 g diarios. Algunos estudios controlados han demostrado que al disminuir el aporte hasta 5-6 g al día, las cifras de PA pueden bajar en unas semanas hasta 4-6 mmHg.

Los afroamericanos, los ancianos, los diabéticos y aquellos que presentan procesos renales serían más sensibles a la restricción de sodio. Para conseguir una dieta hiposódica es importante, en primer lugar, eliminar o evitar los alimentos que contienen sal como pueden ser: embutidos, salazones, conservas, quesos curados o pastillas de concentrados de caldo, entre otros. Es importante tener en cuenta que los lácteos y productos animales (carnes, pescados) contienen sal de forma natural, que suponen hasta 3 g en la dieta diaria, por tanto, otros 3 g de sal se podría repartir entre almuerzo y cena.²¹

Dieta DASH

DASH es un acrónimo inglés (dietary approach stop hypertension) que en traducción libre al castellano vendría a ser: normas dietéticas para el control de la HTA. La dieta DASH es rica en vegetales, frutas, lácteos bajos en grasa, cereales, aves, pescados y nueces, y pobre en carnes rojas y dulces en general. Disminuye la PA, aunque su contenido de sal sea de hasta 9 g diarios. Esta dieta tiene algo más de 2.000 calorías, pues se diseñó para sujetos sin sobrepeso. En resumen, es rica en calcio, potasio, magnesio y fibra, y pobre en azúcar y en grasa total y saturada; con ella se ha conseguido un descenso significativo de la PA de hasta 8 mmHg. Cuando, además, se le reduce el contenido de sal hasta 4 g al día, se obtienen descensos tensionales más pronunciados.²¹

2.2.5 SOBREPESO Y OBESIDAD

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Adultos

En el caso de los adultos, la OMS define el sobrepeso y la obesidad como se indica a continuación:

- Sobrepeso: IMC igual o superior a 25.

- Obesidad: IMC igual o superior a 30.

El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas. En el caso de los niños, es necesario tener en cuenta la edad al definir el sobrepeso y la obesidad.

Datos sobre el sobrepeso y la obesidad

A continuación, se presentan algunas estimaciones recientes de la OMS a nivel mundial.

- En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos.
- En 2016, el 39% de los adultos de 18 o más años (un 39% de los hombres y un 40% de las mujeres) tenían sobrepeso.
- En general, en 2016 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos.
- Entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes (de 5 a 19 años) ha aumentado de forma espectacular, del 4% en 1975 a más del 18% en 2016. Este aumento ha sido similar en ambos sexos: un 18% de niñas y un 19% de niños con sobrepeso en 2016.

Mientras que en 1975 había menos de un 1% de niños y adolescentes de 5 a 19 años con obesidad, en 2016 eran 124 millones (un 6% de las niñas y un 8% de los niños).

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.

Factores de riesgo del sobrepeso y la obesidad

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. A nivel mundial ha ocurrido lo siguiente:

- Un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa y azúcares simples
- Un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

A menudo los cambios en los hábitos alimentarios y de actividad física son consecuencia de cambios ambientales y sociales asociados al desarrollo y de la falta de políticas de apoyo en sectores como la salud; la agricultura; el transporte; la planificación urbana; el medio ambiente; el procesamiento, distribución y comercialización de alimentos, y la educación.

Consecuencias comunes del sobrepeso y la obesidad

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes:

- Las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012:
- La diabetes
- Los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitantes), y
- Algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon).

El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos.

Morbilidad

Actualmente, muchos países de ingresos bajos y medianos están afrontando una doble carga de morbilidad.

- Mientras estos países continúan encarando los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, también experimentan un rápido aumento en los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como la obesidad y el sobrepeso, sobre todo en los entornos urbanos.
- No es raro encontrar la desnutrición y la obesidad coexistiendo en el mismo país, la misma comunidad y el mismo hogar.

En los países de ingresos bajos y medianos, es más probable que la nutrición prenatal, del lactante y del niño pequeño sea inadecuada. Al mismo tiempo, los niños están expuestos a alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa, azúcar y sal y pobres en micronutrientes, que suelen costar menos, pero también tienen nutrientes de calidad inferior. Estos hábitos alimentarios, junto con un nivel inferior de actividad física, dan lugar a un aumento drástico de la obesidad infantil, al tiempo que los problemas de la desnutrición continúan sin resolverse.²²

Reducción del sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles vinculadas, pueden prevenirse en la mayoría de los casos. Si la persona desea poder reducirlo debe de estar comprometido en mejorar su alimentación, iniciar con actividad física y mantener un buen estado de ánimo para poder lograr la mejoría de su estilo de vida.

En el plano individual, las personas pueden optar por:

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total y de azúcares;
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos; y

- Realizar una actividad física periódica (60 minutos diarios para los jóvenes y 150 minutos semanales para los adultos).

La industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas sanas del siguiente modo:

- Reduciendo el contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados.
- Asegurando que las opciones saludables y nutritivas estén disponibles y sean asequibles para todos los consumidores;
- Limitando la comercialización de alimentos ricos en azúcar, sal y grasas, sobre todo los alimentos destinados a los niños y los adolescentes; y
- Garantizando la disponibilidad de opciones alimentarias saludables y apoyando la práctica de actividades físicas periódicas en el lugar de trabajo.²²

2.2.6 ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

Las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental.

Datos epidemiológicos

- Las ECNT matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.
- Cada año mueren por ECNT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ECNT antes de cumplir 70 años.
- Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ECNT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial
- Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT.
- El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ECNT.
- La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ECNT.

Factores de riesgo conductuales modificables

Los factores de riesgo conductuales modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ECNT.

- El tabaco se cobra más de 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años.¹
- Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio.¹

- Más de la mitad de los 3,3 millones de muertes anuales atribuibles al consumo de alcohol se deben a ECNT, entre ellas el cáncer.
- Unos 1,6 millones de muertes anuales pueden atribuirse a una actividad física insuficiente.¹

Factores de riesgo metabólicos

Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ECNT:

- El aumento de la tensión arterial;
- El sobrepeso y la obesidad;
- La hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre); y
- La hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es la presión arterial elevada (al que se atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial), seguido por el sobrepeso y la obesidad y glucosa sanguínea elevada.²³

2.2.7 DISLIPIDEMIAS

La dislipidemia es la elevación de las concentraciones plasmáticas de colesterol, triglicéridos o ambos, o una disminución del nivel de colesterol asociado a proteínas de alta densidad (HDL) que contribuyen al desarrollo de aterosclerosis. Las causas pueden ser primarias (genéticas) o secundarias. El diagnóstico se basa en la medición de las concentraciones plasmáticas de colesterol total, triglicéridos y lipoproteínas individuales.²⁵

Factores de riesgo

- Antecedentes familiares de la enfermedad.
- Sobrepeso y obesidad
- Se puede presentar en la edad adulta y aumenta mucho más a partir de los 45 años (Hombres mayores de 45 años y en Mujeres mayores de 55

años). Aunque cada vez es más frecuente en personas adolescentes y jóvenes.

- Se presentan con mayor frecuencia en los hombres que en las mujeres.
- Inactividad física o sedentarismo.
- Dieta rica en grasas saturadas como las grasas de origen animal.

Los factores de riesgo cardiovascular son múltiples y se dividen en tres categorías: no modificables, sobre los cuales no se puede intervenir, entre ellos sexo, edad, antecedente familiar y personalidad tipo A (impaciente, irritable, dominante y autoritario); modificables, como tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hipertensión, diabetes y dislipidemias; y emergentes, entre los cuales figuran PCR altamente sensible, fibrinógeno, homocisteína, déficit de antioxidantes e infección por *Chlamydia pneumoniae*.²⁵

Epidemiología

La alta prevalencia de dislipidemias, con una contribución significativa de lipoproteínas de baja densidad (LDL-c) elevadas aisladas, lipoproteínas de alta densidad (HDL-c) bajas, e hipertrigliceridemia. El enfoque actual sobre el control de colesterol LDL ha supuesto reducciones importantes en el riesgo de cardiopatía coronaria.

Por consiguiente, se deben plantear las estrategias futuras en el tratamiento de las dislipidemias y precisar nuevas perspectivas acerca del control global del lipograma y llevar a niveles normales, de esta misma manera que se logre una mayor reducción del colesterol LDL, especialmente en ancianos, y se considere también el HDL-c y los TAG. La prevalencia general de dislipidemias fue del 86,9%, siendo del 91,6% en las mujeres y del 70,2% en los hombres; solo el 13,0%.

Prevención

La OMS planteó la necesidad de reducir la mortalidad cardiovascular y por enfermedades no transmisibles en un 25% para el año 2025 iniciando el programa denominado objetivo 25x25, que prevé una campaña de concientización de la comunidad sobre la importancia de entender el significado de los factores de riesgo. El accidente cerebrovascular, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, son la demostración más evidente del deletéreo efecto de los factores de riesgo sobre la salud de la población.

- Disminuir el consumo de azúcares, harinas y grasas refinadas, moderando el tamaño de las porciones de comida
- Incrementar el consumo de fibra alimentaria comiendo frutas y verduras diariamente
- Incorporar legumbres, cereales integrales, semillas y frutas secas
- Limitar el consumo de alcohol
- Realizar actividad física en forma regular (caminar, nadar, bicicleta)
- Mantener un peso saludable

Tratamiento

Comer saludablemente y realizar actividad física en forma regular han demostrado bajar el nivel de colesterol y triglicéridos en sangre. La toma de estatinas (medicamentos que bajan el colesterol) es la medida más efectiva ya que además previenen el avance de la enfermedad aterosclerótica y disminuyen el riesgo de infarto de miocardio, ACV y muerte. La necesidad o no de tomar regularmente estos medicamentos dependerá del riesgo cardiovascular estimado por el médico.

Los cambios en los hábitos de vida pueden suponer una disminución efectiva de los niveles de triglicéridos en sangre. Para la hipertrigliceridemia se recomienda perder peso, adoptar una dieta saludable, limitar el consumo de carbohidratos y azúcares refinados, cambiar las grasas saturadas por poliinsaturadas más

saludables, hacer ejercicio físico y restringir la ingesta de alcohol. Los tratamientos para reducir el nivel de triglicéridos incluyen el uso de medicamentos, aceite de pescado o vitamina B3 (niacina).

En el caso de enfermedad genética como ya se mencionado antes, será necesario un tratamiento farmacológico con medicamentos hipolipemiantes que no ejerzan daño al paciente (del mismo tipo de los que se usan habitualmente para el colesterol) para disminuir de manera efectiva los niveles de triglicéridos en sangre, esto no quiere decir que la alimentación y el ejercicio queden de lado.²⁶

Cuatro pilares y canasta básica en Honduras

La canasta básica de alimentos es el “Mínimo alimentario conformado por un conjunto de alimentos básicos, en cantidades apropiadas y suficientes para satisfacer por lo menos las necesidades energéticas y proteicas de la familia u hogar de referencia”. Referencia en la fijación del salario mínimo y para estimar las necesidades nacionales de alimentos básicos, especialmente granos, con el fin de determinar niveles de déficit en el ámbito nacional, aspectos de sumo interés en el proceso de la SAN.

La forma más usada para medir la pobreza es a través de los niveles de ingreso o de consumo. A una persona u hogar se le considera pobre si su nivel de ingreso o consumo está por debajo de un nivel mínimo, que le permita satisfacer sus necesidades básicas. El costo de la Canasta Básica de Alimentos (CBA) y el costo de la Canasta de Bienes y Servicios (además de los alimentos básicos, satisface necesidades básicas como ser vivienda, educación, salud, transporte etc.) son calculadas por el Instituto Nacional Electoral (INE) con la metodología conceptualizada por la SECRETARÍA DE PLANIFICACIÓN (SECPLAN).²⁸

Se utilizó como referencia el cálculo de la metodología de la canasta básica propuesta por el INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ (INCAP), la cual consiste en calcular los requerimientos nutricionales

de un individuo promedio y multiplicarlo por el dato de un hogar referencia, según cada país. Por lo general, la canasta básica en Centroamérica se calcula pensando en el requerimiento energético y proteico, y no necesariamente en otros nutrientes.²⁷

Los pilares básicos de la SAN son la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y consumo, y la utilización biológica de los alimentos. Los alimentos, de adecuada calidad, deberían estar disponibles en cantidades suficientes para el 100% de la población. Para ciertos grupos, sin embargo, la condición de inseguridad alimentaria está determinada por la falta de disponibilidad de alimentos de adecuada calidad.²⁸

En otros grupos de población estos alimentos pueden estar disponibles, pero no todos tienen acceso a los mismos debido a limitaciones económicas, de distribución y otras. Además de la disponibilidad y accesibilidad existen factores de carácter cultural, social, educativo y biológico que afectan la aceptabilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos.

Considerando la estrecha relación de dependencia existente entre los eslabones de esta cadena agroalimentaria nutricional, desde la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y consumo hasta la utilización biológica de los alimentos puede concluirse que son todos necesarios, pero aisladamente no suficientes, para garantizar la adecuación nutricional de individuos y poblaciones.

Se requiere la integración de las acciones promovidas en cada uno de estos pilares para lograr de manera sostenible la SAN en países en desarrollo, además del aseguramiento de condiciones ambientales adecuadas. La intervención educativa constituye una estrategia importante en la prevención y control de enfermedades relacionadas al sobrepeso y obesidad. Además, deben contar con un diagnóstico nutricional inicial y compromiso de los participantes para lograr mejores resultados.²⁸

2.2.8 EDUCACIÓN NUTRICIONAL

Beneficios

El estado nutricional de un individuo se puede definir como la relación entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, permitiendo la utilización de nutrientes para mantener las reservas y compensar las pérdidas (gasto energético), el desequilibrio de esta relación sea por exceso o por déficit causa alteraciones a la salud del individuo.

La educación nutricional debe comenzar desde la infancia, ya que en esta etapa se deben establecer los hábitos alimentarios saludables para que los acompañen durante toda la vida y se goce de una existencia sana y, en muchos casos, libre de enfermedades derivadas de la malnutrición y desnutrición. Por ello, es esencial hacer hincapié en una educación nutricional para niños.

La familia y la escuela son los responsables de impartir una educación alimentaria adecuada, proporcionar herramientas valiosas para construir hábitos alimentarios saludables y adquirir estilos de vida sanos. Se necesita tener una cultura alimentaria que haga consciencia de la importancia de buenos hábitos alimenticios a lo largo de la vida.

La intervención educativa que promueva la alimentación saludable y la actividad física es una estrategia para reducir enfermedades cardiometabólicas. Estas intervenciones mejoran los parámetros: lípidos sanguíneos, presión arterial, peso corporal, glucosa y hormonas esteroideas. Así se demostró en un programa para reducir riesgo metabólico y cardiovascular.²⁸

Prevención para evitar consumo de grasas saturada

- Sustituir la leche entera por leche descremada, y utilizar yogurt bajo en grasa.

- Preferir cortes de carne magra, como falda, bola, filete, empuje, aguayón o cuete. Usar pechuga de pavo o pollo sin pellejo, en lugar de costillas de puerco o res.
- Aderezar las ensaladas con sustitutos de crema, y sazonar las verduras con un poco de vinagre o vino en lugar de aceite.
- Retirar siempre el pellejo de pollo antes de cocinar. Las piezas de pollo se pueden envolver en papel aluminio para evitar que se sequen.
- Utilizar sartenes y ollas con teflón para evitar usar aceites.
- Refrigerar los caldos y consomés para que se solidifique la grasa; retirar esa capa con una cuchara antes de calentar de nuevo.
- Consumir por lo menos 3 yemas de huevo a la semana. Preferir pescado, como tilapia o atún.
- Tostar o calentar las tortillas y no freírlas
- Consumir frijoles de olla, en vez de refritos; el caldo puede servirse la cantidad que usted desee.
- Si consume sopa de pasta, procure no freírlas demasiado y añádale verduras. Puede emplear aerosol autoadhesivo para sartén, como sustituto de aceite para freír.
- Evite embutidos como salchichas, salami, jamón, mortadela, ya que contienen mucho conservador y grasas. Preparar las carnes asadas, hervidas, horneadas, a la plancha o cocidas en su jugo; evite freírlas, empanizarlas o capearlas.
- Tomar mínimo 2 litros de agua a día
- Realizar mínimo 35-45 min de ejercicio diarios mínimo 3 veces por semana

2.3 HIPÓTESIS

- Los pacientes que participaron en este estudio no contaban con la información nutricional sobre los beneficios de la dieta mediterránea en las enfermedades cardiometabólicas.

- Los pacientes logran comprender la importancia del patrón mediterráneo para la prevención de enfermedades cardiometabólicas.
- Los pacientes usan este patrón de alimentación sin saber correctamente los beneficios que les produce a detalle cada uno de sus alimentos.
- El patrón mediterráneo no es conocido por los pacientes por su nombre, pero indirectamente lo usan en su mesa como el consumo de frutos secos, aceite de oliva, restringir las carnes rojas, frutas, verduras y entre otros.

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 POBLACIÓN

La población de estudio fueron los pacientes de la sala de medicina interna y oncología en el Hospital General de Especialidades San Felipe, Tegucigalpa, Honduras. Donde se encuentran pacientes de ambos sexos con un rango de 18 años en adelante.

3.2 TIEMPO

El estudio se llevó a cabo en el periodo comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 2022.

3.3 TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

3.4 MUESTRA

Muestreo no probabilístico lo cual la población a estudiar seleccionada fueron los pacientes de ambos sexos de las salas de oncología y medicina interna del hospital San Felipe que presentaron una enfermedad cardio metabólica y la muestra de un total 60 personas, con el objetivo de identificar el grado de

educación que tienen estos pacientes en relación con la dieta mediterránea y los efectos que tiene en las enfermedades cardio metabólicas.

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con patologías cardiometabólicas
- Pacientes del hospital San Felipe
- Pacientes en la sala de oncología y medicina interna

3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes pediátricos
- Pacientes afuera del hospital San Felipe
- Pacientes que no pertenezcan en la sala de oncología y medicina interna
- Pacientes que no padezcan ninguna enfermedad cardiometabólica.

3.7 TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se usó una encuesta sobre el efecto de la dieta mediterránea para la prevención y manejo de enfermedades cardio metabólicas. La encuesta fue realizada por los estudiantes de la carrera de nutrición de UNITEC con el objetivo de poder identificar el nivel de educación que tienen los pacientes de sala de oncología y medicina interna en el hospital San Felipe sobre los beneficios de la dieta mediterránea en enfermedades cardio metabólicas.

3.8 PLAN DE TABULACIÓN

La encuesta se aplicó en el Hospital San Felipe a los pacientes de la sala de oncología y medicina interna. Los encuestadores realizaron la encuesta y digitalizaron las respuestas por medio de un dispositivo móvil donde la información será guardada y analizada por medio de una tabulación en Excel.

3.9 ASPECTOS ÉTICOS

La participación en esta encuesta fue voluntaria en toda su totalidad, los pacientes tenían la decisión de retirarse en la participación en el momento deseado. Para explicar la finalidad del estudio y demostrar que su participación brindada era de manera anónima, se presentó a los participantes un consentimiento informado. La investigación se sometió al Comité de Ética de investigación de UNITEC.

3.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Octubre 2022	Noviembre 2022	Diciembre 2022	Enero 2023
Realización del protocolo de investigación	X			
Presentación al comité de ética		X		
Realización del capítulo II		X		
Recopilación de datos			X	
Análisis de datos			X	
Entrega formal de tesis				X
Defensa de la tesis				X

3.11 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Indicador	Dimensión
Enfermedades cardiometabólicas	Las enfermedades cardiometabólicas incluyen patologías cardiovasculares y metabólicas, tales como la diabetes tipo 2. Estas representan algunos de los desafíos de salud crónicos más serios del siglo XXI.	<p>Conocimiento de enfermedades cardiometabólicas</p> <p>Antecedentes personales de enfermedades cardiometabólicas</p> <p>Antecedentes familiares de enfermedades cardiometabólicas</p>	<p>¿Conoce usted sobre las enfermedades cardiometabólicas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>De las siguientes enfermedades cuál de estas ha sido diagnosticado: (puede seleccionar más de una)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Diabetes Mellitus • Cáncer • Ovario Poliquístico • Dislipidemia <p>¿Conoce a un familiar que padezca de enfermedades cardiometabólicas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Si su respuesta es sí ¿Cuál de las siguientes enfermedades padece su familiar/es? (puede seleccionar más de una)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial • Diabetes Mellitus

			<ul style="list-style-type: none"> • Cáncer • Ovario Poliquístico • Dislipidemia
Dieta Mediterránea	<p>Es un patrón alimenticio con alimentos a base de carnes blancas, carne de res en pocas cantidades, vegetales. Porciones altas de granos enteros, verduras frescas y frutas, legumbres y nueces. Alimentos que de forma natural brinden al organismo cantidades altas en fibra.</p>	<p>Conocimiento sobre tipo de alimentos en la dieta mediterránea</p> <p>Conocimiento sobre los beneficios de la dieta mediterránea</p> <p>Importancia de la fibra dietética en la dieta mediterránea</p>	<p>¿Cree usted que lleva buenos hábitos alimenticios?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Seleccione cuántos tiempos de comida realiza:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 - 2 tiempos • 3 - 4 tiempos • 5 - 6 tiempos <p>¿Qué grupos de alimentos consume con frecuencia? (puede seleccionar varios):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frutas y verduras • Frutas, verduras, legumbres,

			<ul style="list-style-type: none"> • Frutas, verduras, legumbres, lácteos y carnes • Ninguno con frecuencia <p>¿Conoce usted sobre la dieta mediterránea?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No <p>Si su respuesta fue sí, ¿Qué conocimientos tiene sobre esta dieta?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es buena para la salud • Ayuda a adelgazar • Previene enfermedades cardiometabólicas • Es de Europa
Factores de Riesgo	La probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y	Conoce usted los factores que influyen para parecer enfermedades cardiometabólicas	¿Qué factores cree o conoce que influyen para llegar a padecer este tipo de enfermedades?

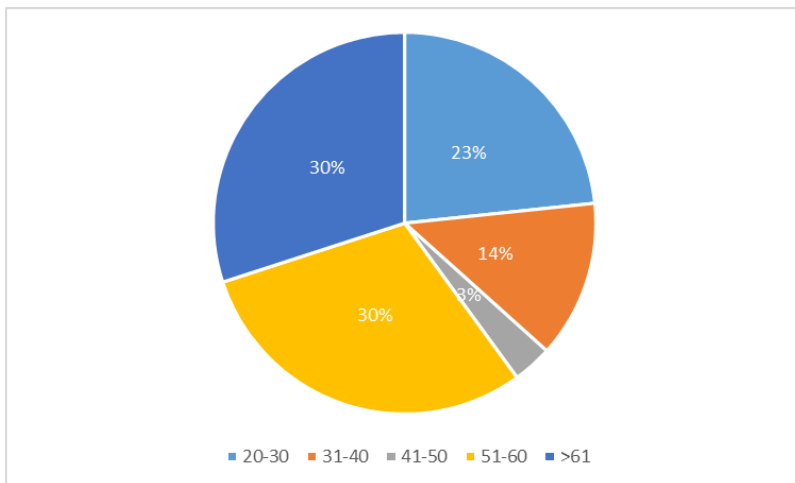
	<p>esto va a depender fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en un individuo.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Sobrepeso y obesidad • Herencia • Alimentación • Sedentarismo
Demográficas	<p>Sexo: se refiere a las características biológicas y fisiológicas que definen al hombre y a la mujer</p> <p>Edad: Tiempo vivido por una persona expresado en años</p> <p>Lugar de Hospitalización: Es todo ingreso en un hospital para recibir asistencia médica o médico quirúrgica que suponga, al menos, pasar una noche en el mismo</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino <p>Mayores de 18 años</p> <p>Hospital General San Felipe</p>

<p>Estilo de vida</p>	<p>El estilo de vida es el resultado de un conjunto de hábitos que permiten lograr un equilibrio entre el bienestar físico, mental y social. Dicho esto, la definición consta de tres componentes que juegan un papel central en nuestra vida diaria: el estado físico.</p>	<p>Importancia sobre el impacto en el estilo de vida siguiendo el patrón de la dieta mediterránea</p> <p>Conocimiento sobre la importancia de la actividad física para un buen estilo de vida</p> <p>Conocimiento sobre la importancia de un buen estilo de vida para la prevención de enfermedades cardiometabólicas</p>	<p>¿Realiza usted actividad física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si • No • A veces <p>¿Qué tipo de actividad física realiza?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardio • Fuerza • Laboral • Caminar
------------------------------	---	---	--

CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

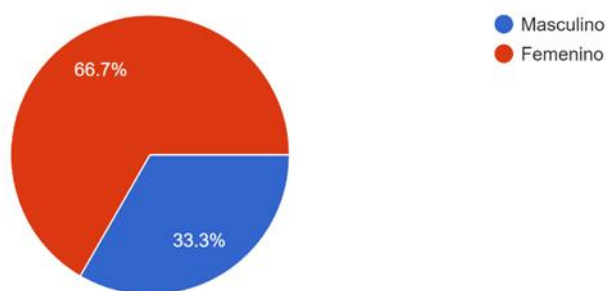
4.1 ANÁLISIS

Gráfico No.1 Edad



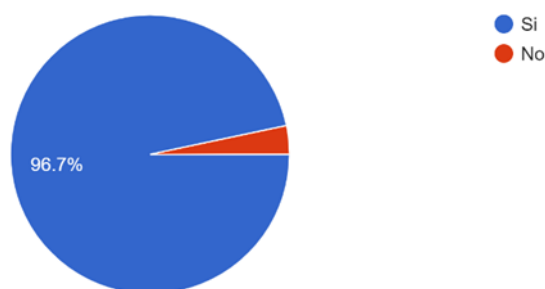
Todos los encuestados fueron mayores de edad en distintas áreas del Hospital General San Felipe. La mayoría de los encuestados eran adultos mayores con un porcentaje de 30% (9/30) de 51-60, un 30% (9/30) mayores de 60 años, un 23% (7/30) de 20-30 años y con menor frecuencia de edad con un 3.3% (1/30) eran de 41-50 años.

Gráfico No.2 Género



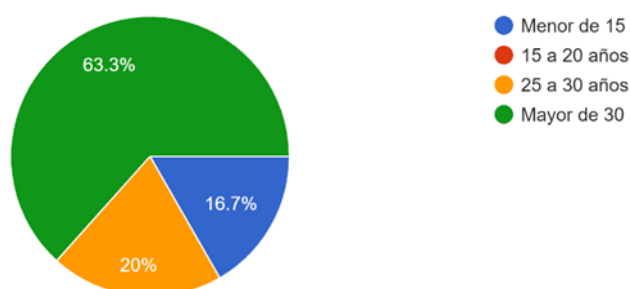
El género que predominó fue el sexo femenino con un 66.7% (20/30) y un 33.3% (10/30) fueron de sexo masculino, en un total de participantes. Es fundamental conocer el género al momento de una investigación por razones históricas, culturales, políticas, económicas y sociales.

Gráfico No. 3 ¿Conoce usted sobre las enfermedades cardiometabólicas?



Las ECV se pueden considerar como el resultado de un continuum patogénico en el que intervienen estilos de vida no saludables y múltiples factores de riesgo cardiovascular (FRCV). Se puede observar que el 96.7% (29/30) de los encuestados tienen conocimiento acerca de las enfermedades cardiometabólicas.

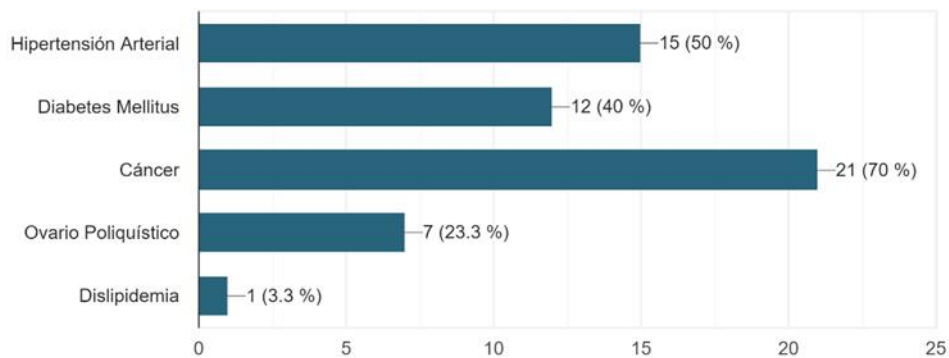
Gráfico No. 4 ¿A qué edad cree usted que una persona esta en riesgo de padecer una enfermedad cardiometabólica?



Las personas mayores tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de edad. El gráfico muestra que según los encuestados el 63.3% (19/30) refieren que los mayores de 30 años

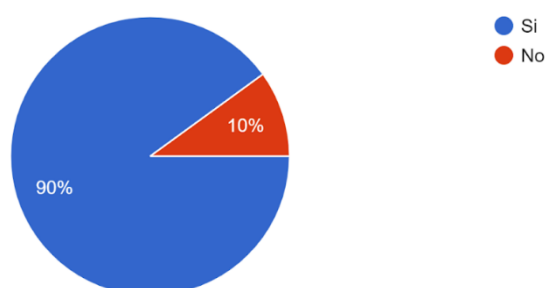
pueden padecer de cualquier tipo de enfermedades cardiometabólicas, y un 16.7% (5/30) pueden ser menores de 15 años.

Gráfico No. 5 De las siguientes enfermedades cuál de estas ha sido diagnosticado: (puede seleccionar más de una)



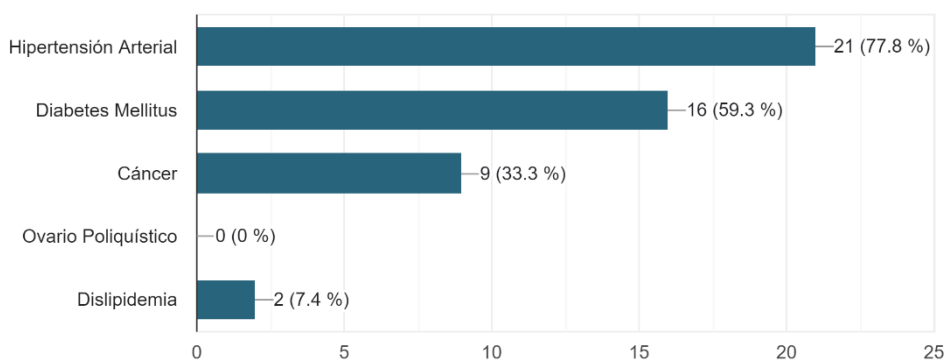
Durante la realización de la entrevista hacia los pacientes se notó que la mayoría de ellos si padecen de estas enfermedades, por ejemplo, diagnosticados con cáncer fue un total de 70% (21/30), en hipertensión arterial fue un total del 50% (15/30) y con diabetes mellitus un total de 23.3% (7/30). Muchos de estos pacientes han sido diagnosticados hasta con 3 de estas principales enfermedades.

Gráfico No.6 ¿Conoce a un familiar que padezca de alguna enfermedad cardiometabólica?



Según los encuestados la mayoría de ellos respondieron que, si conocen a un familiar que padezca de cáncer, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia u ovario poliquístico, resaltando un 90% (27/30) a su respuesta. Por lo que se puede observar el alto porcentaje que existe en la población hondureña que llegan a padecer de una o más de estas enfermedades cardiometabólicas.

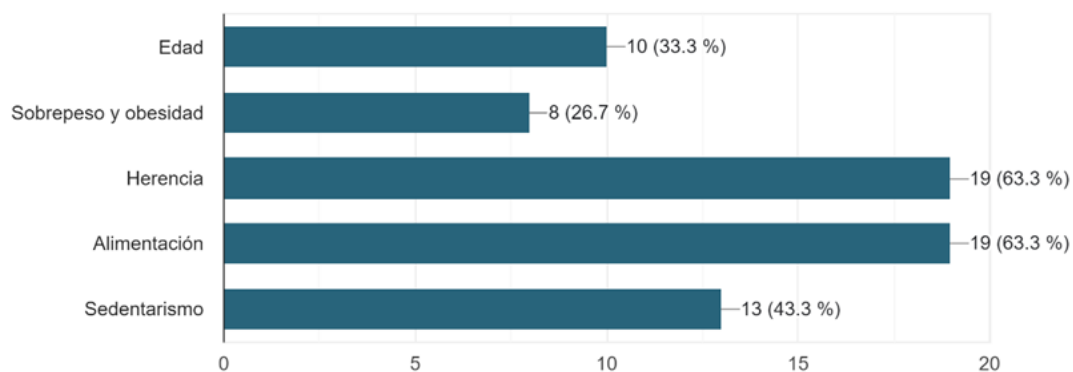
Gráfico No. 7 Si su respuesta es sí ¿Cuál de las siguientes enfermedades padece su familiar/es? (puede seleccionar más de una)



La presión arterial alta es una afección frecuente en la que la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias con el transcurso del tiempo es lo suficientemente alta como para poder causar problemas de salud. En el gráfico se puede observar que el 77.8% (21/27) de los familiares padecen de hipertensión arterial, un 59.3% (16/27) de diabetes mellitus y un 33.3% (9/27)

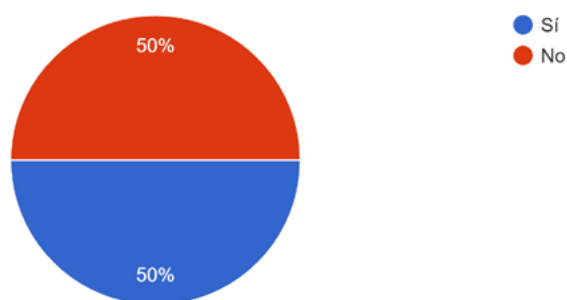
son diagnosticados con cáncer. El resto de los encuestados no tienen familiares que padezcan una de estas enfermedades.

Gráfico No. 8 ¿Qué factores cree o conoce que influyen para llegar a padecer este tipo de enfermedades?



Existen muchos factores de riesgo que pueden afectar a padecer de una ECNT, sin embargo, en muchas ocasiones es por una inadecuada alimentación y llega también a ser por causas hereditarias, en el gráfico se puede observar que según los encuestados el 63.3% (19/30) los mayores factores de riesgo a tomar en cuenta es la herencia y la alimentación y con un menor rango de riesgo de un 26.7% (8/30) el sobrepeso y obesidad.

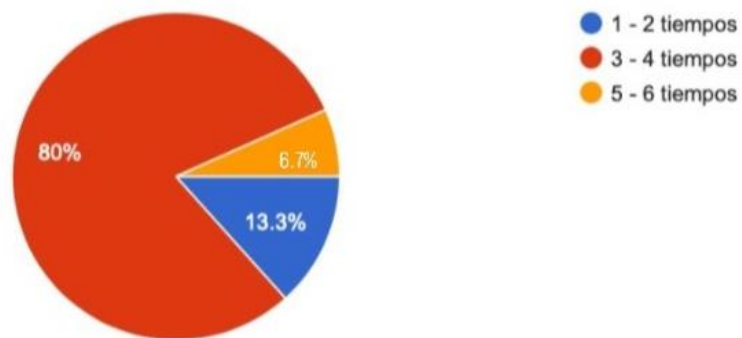
Gráfico No. 9 ¿Cree usted que lleva buenos hábitos alimenticios?



El realizar una alimentación balanceada es una medida de prevención que se puede emplear para mantener un buen estado de salud, además así se logra evitar padecer de alteraciones físicas, mentales, de enfermedades como

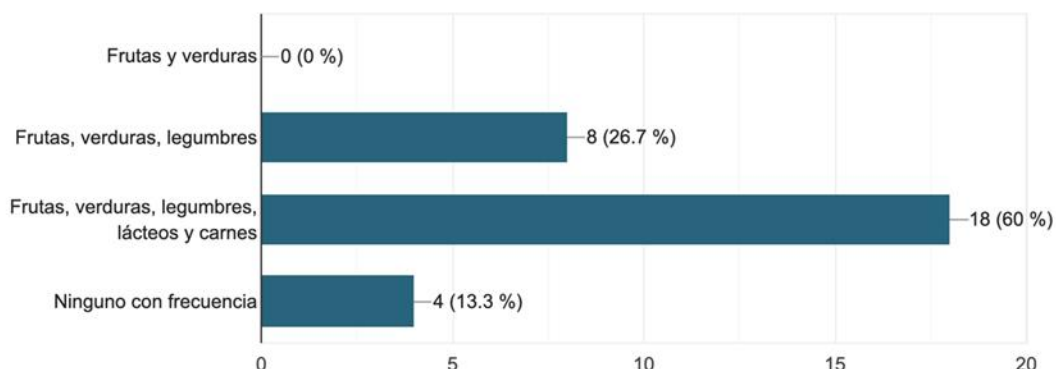
diabetes mellitus, cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y cáncer. Se puede observar en el gráfico que un 50% (15/30) de los encuestados si lleva buenos hábitos alimenticios en comparación del otro 50% (15/30) que no lleva una buena alimentación.

Gráfico No. 10 Cantidad de tiempos de comida



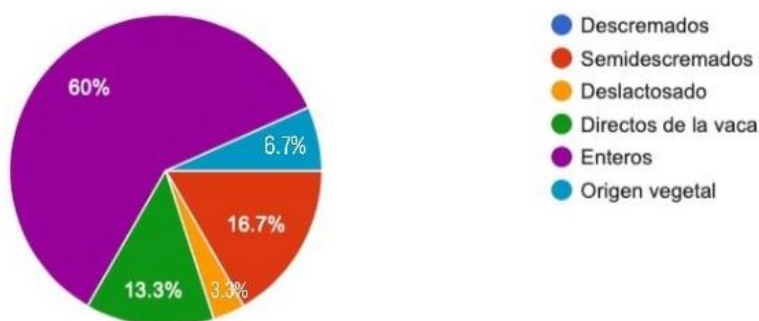
En cuanto a la cantidad de tiempos que realizan de comidas los pacientes del Hospital San Felipe, el 80% (24/30) de los participantes comen entre 3 – 4 tiempos de comida al día y que el 13.3% (4/30) realizan entre 1 – 2 tiempos de comidas al día y solo un 6.7% (2/30) de ellos realizan de 5 - 6 tiempos de comida. Es importante tener el conocimiento y fomentarlo sobre que las 5 comidas al día facilitan al organismo hacer la digestión de forma más regular y permiten no poner al organismo a trabajar con mayor intensidad en solo 2 – 3 ocasiones, para así mejorar el metabolismo de la digestión de los alimentos.

Gráfico No. 11 Alimentos en consumo de frecuencia



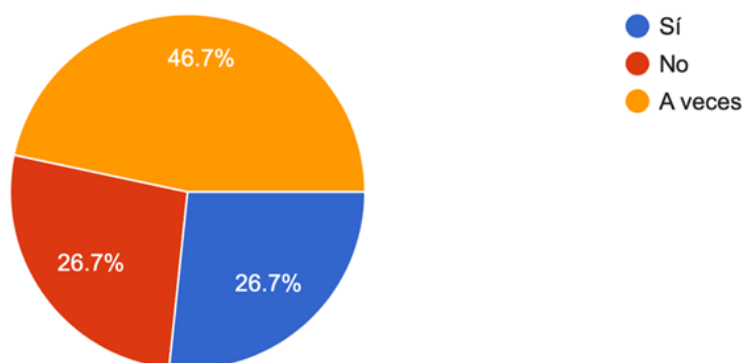
Según los resultados en cuanto a los grupos de alimentos que consumen con frecuencia se reportaron que el 26.7% (8/30) de los participantes comen con frecuencia frutas, verduras y legumbres, mientras que el 60% (18/30) consumen frutas, verduras, legumbres y carnes, siendo el 13.3% (4/30) de los participantes quienes no consumen con frecuencia ninguno de esos grupos alimenticios.

Gráfico No. 12 ¿Qué tipo de lácteos consume?



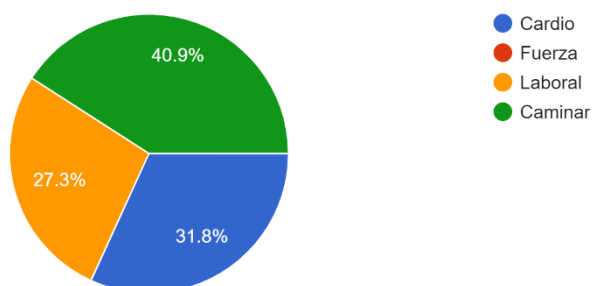
En cuanto al tipo de lácteos que consume esta población se reporta que el 60% (18/30) de los participantes consume lácteos enteros, por otro lado, el 16.7% (5/30) consumen lácteos semidescremados, mientras que el 13.3% (4/30) respondieron que consumen lácteos directos de la vaca, mientras que el 6.7% (2/30) consumen lácteos descremados y el 3.3% (1/30) restante consume leche deslactosada. La recomendación general en cuanto al tipo de lácteos va a depender del organismo y la condición de salud que presente cada paciente.

Gráfico No. 13 ¿Realiza actividad física?



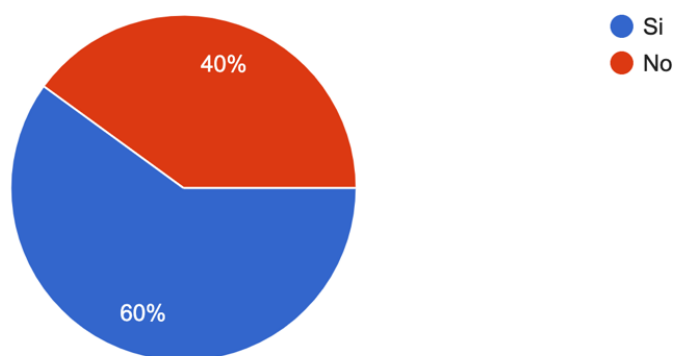
Sobre la actividad física los resultados indican que el 46.7% (14/30) de los participantes realiza a veces actividad física, mientras que el 26.7% (8/30) negó realizar cualquier tipo de actividad física y el otro 26.7% (8/30) respondió que si realizan actividad física con frecuencia. En cuanto a la actividad física se debe tener claro que este patrón alimentario proporciona múltiples beneficios en cuanto a la salud cardiometabólica no solo para prevención sino también para la adaptación del paciente ya diagnosticado con una o varias de estas enfermedades.

Gráfico No. 14 ¿Qué tipo de actividad física?



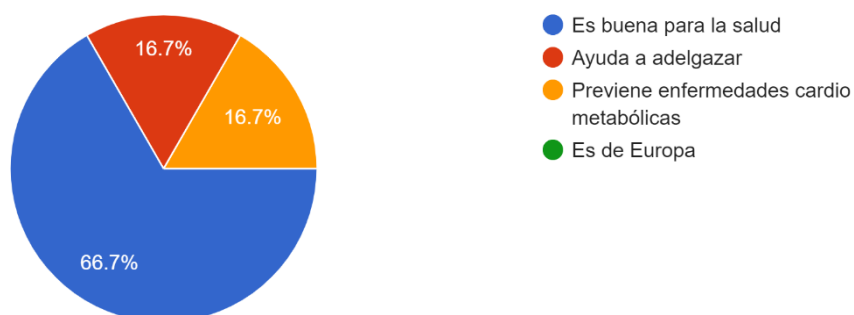
Haciendo mención sobre los resultados del tipo de actividad física se reportan que el 40.9% (9/22) de los participantes realiza caminatas, por su parte el 27.3% (6/22) respondieron que su actividad física era más que todo laboral, mientras que el otro 31.8% (7/22) restante afirmaron que realizan actividad física de tipo cardiovascular. Se conoce que la actividad física reduce síntomas de depresión y ansiedad enfermedades psiquiátricas que son factor de riesgo para pacientes con enfermedades cardiometabólicas.

Gráfico No.15 ¿Conoce usted sobre la dieta mediterránea?



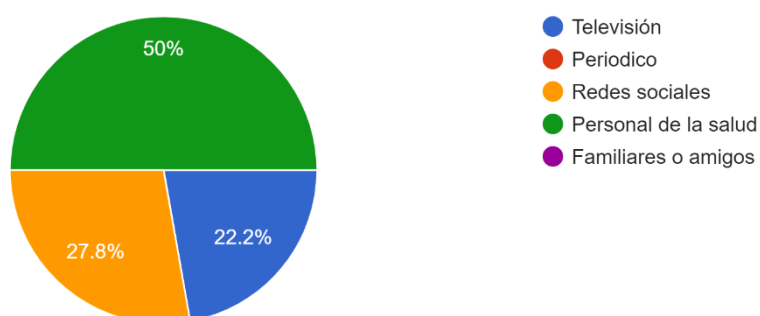
En relación con el conocimiento de sobre la dieta mediterránea de los participantes la mayoría de ellos que era el 60% (18/30) afirmaron que tenían conocimiento sobre la dieta mediterránea, aunque no por su nombre en sí, sino por los alimentos que la componen, mientras que el 40% (12/30) negaron tener algún tipo de conocimiento sobre la misma. Es importante que los pacientes conozcan este patrón alimentario no solo por la composición de sus alimentos sino también por su nombre para establecer mejor la comunicación entre el personal de salud y ellos, por educación nutricional formal.

Gráfico No. 16 Si su respuesta fue sí, ¿Qué conocimientos tiene sobre esta dieta?



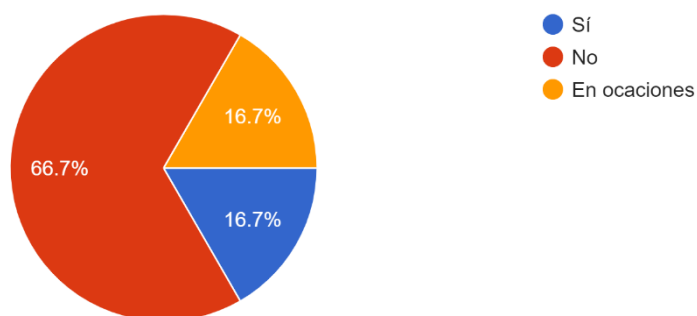
En concreto, la OMS señala que la dieta mediterránea está directamente asociada con una menor tasa de mortalidad, gracias a sus efectos en la prevención de enfermedades cardiovasculares, enfermedades cognitivas, la diabetes tipo 2 y cáncer, entre otros. El 66.7% (12/18) de los participantes afirmó tener conocimiento sobre la dieta mediterránea ya que es buena para la salud, un 16.7% (3/18) afirmó tener conocimiento sobre la dieta mediterránea ya que ayuda a adelgazar y un 16.7% (3/18) afirmó tener conocimiento sobre la dieta mediterránea ya que previene enfermedades cardio metabólicas.

Gráfico No. 17 ¿Dónde ha escuchado hablar sobre esta dieta?



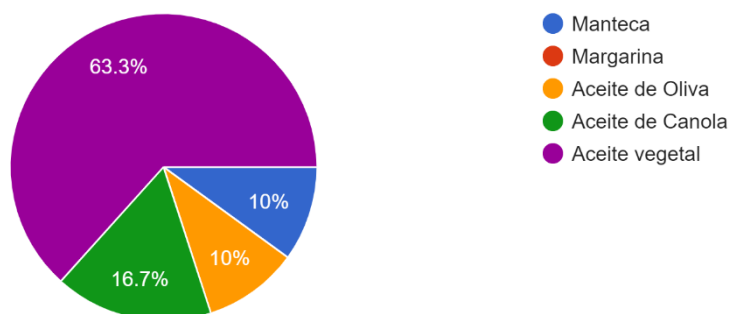
La importancia de la Educación nutricional contempla conocer estas enfermedades o trastornos, para tomar las medidas preventivas, tales como: ejercicio físico, alimentación saludable, crear un plan de salud fundamentado en una dieta balanceada, ingerir productos bajos en calorías si se lleva una vida sedentaria. El 50% (9/18) afirmaron escuchar sobre la dieta mediterránea a través del personal de la salud, un 27.8% (5/18) dicen a ver escuchado hablar sobre la dieta mediterránea a través de las redes sociales y el 22.2% (4/18) afirmo haber escuchado sobre la dieta mediterránea por medio de la televisión.

Gráfico No. 18 ¿Agrega sal a las comidas ya preparadas?



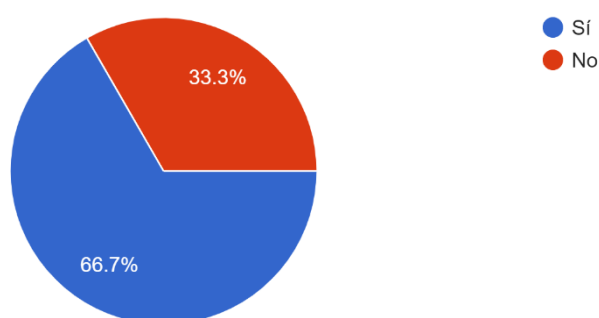
La reducción de la sal en la dieta es una de las medidas recomendadas por la reciente Cumbre de las Naciones Unidas para prevenir las enfermedades no transmisibles y señalada como una de las mejores estrategias para mejorar la salud de la población según la Organización Mundial de la Salud (OMS). El 66.7% (20/30) mencionaron no agregar sal a las comidas ya preparadas, el 16.7% (5/30) afirmaron agregar sal a las comidas ya preparadas y el 16.7% (5/30) dicen agregar sal a las comidas ya preparadas de forma ocasional.

Gráfico No. 19 ¿Qué tipo de grasa utiliza para preparar los alimentos?



Según la OMS, Las grasas son una importante fuente de energía y cumplen funciones tan importantes como la formación de las membranas celulares y el transporte de las vitaminas A, D, E y K. Hay dos tipos fundamentales, las insaturadas, que son las más saludables, entre las que destaca, por sus propiedades cardiosaludables el Omega 3 (EPA/DHA), y las saturadas, cuyo consumo debe moderarse. El 63.3% (19/30) mencionaron usar aceite de vegetal para preparar los alimentos, un 16.7% (5/30) confirmaron utilizar aceite de canola, un 10% (3/30) hicieron mención el usar manteca para preparar los alimentos y un 10% (3/30) dicen usar aceite de oliva para preparar los alimentos.

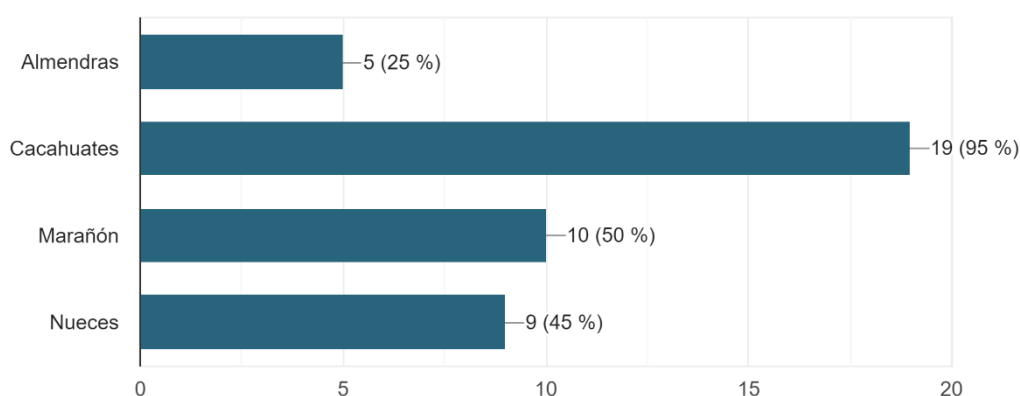
Gráfico No. 20 ¿Consumen usted frutos secos?



Seguir una dieta saludable regular que incluya frutos secos puede contribuir a lo siguiente: Mejorar la salud de las arterias. Disminuir la inflamación relacionada

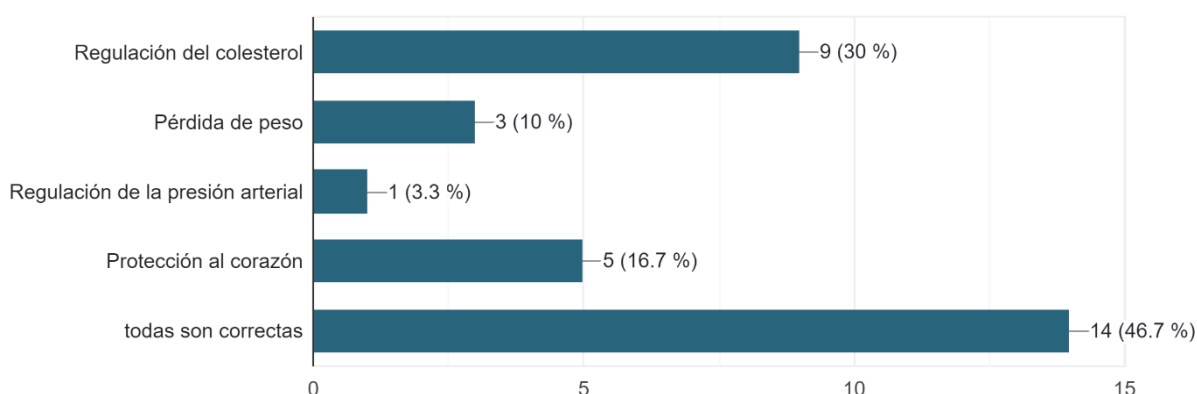
con enfermedades cardíacas. Disminuir el riesgo de coágulos sanguíneos, que pueden causar ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. El 66.7% (20/30) afirmaron consumir frutos secos y el 33.3% (10/30) no consumían frutos secos.

Gráfico No. 21 Si su respuesta es sí, ¿Cuál de los siguientes frutos secos consume? (puede seleccionar varios).



Los frutos secos son un grupo de alimentos muy energéticos y completos ya que aportan vitaminas, minerales, proteínas y ácidos grasos insaturados, entre otros. Además, son ricos en fibra y antioxidantes, lo cual ayuda en la prevención de enfermedades degenerativas y enlentece el proceso de envejecimiento. El 95% (19/20) mencionaron el consumo de cacahuates, el 50% (10/20) consumían marañón, el 45% (9/20) nueces y el 25% (5/20) almendras. Solo 20 personas de los 30 encuestados respondieron esta pregunta debido a que el resto no aplicaba.

Gráfico No. 22 ¿Cuál cree usted que sea el beneficio del consumo de aceite de oliva y frutos secos sobre las enfermedades cardio metabólicas?



El aceite de oliva virgen es antioxidante, su consumo ayuda a retrasar el envejecimiento de las células. El aceite de oliva reduce el riesgo de enfermedades coronarias y algunos tipos de cáncer, además de ayudar a mantener baja la presión sanguínea y aliviar la artritis. El 30% (9/30) mencionan que el consumo de aceite de oliva y frutos secos tiene un beneficio en la regulación del colesterol, el 46.7% (14/30) menciona que todas son correctas acerca del beneficio del consumo de aceite de oliva, y el 3.3% (1/30) menciona que ayuda con la regulación de la presión arterial.

4.2 DISCUSIÓN

En la presente investigación se realizó una recopilación de datos de distintas fuentes bibliográficas, que involucra investigaciones de distintos países sobre la prevención de las enfermedades cardiometabólicas. Se realizó una encuesta a los pacientes del Hospital General de Especialidades San Felipe de las salas de cirugía oncológica y medicina interna dónde los participantes proporcionaron su conocimiento acerca del beneficio de la dieta mediterránea en la prevención y manejo de enfermedades cardiometabólicas.

En el transcurso de la investigación se pudo observar que la mayoría de los participantes fueron de sexo femenino con un 66.7% (20/30). Según los resultados obtenidos, la edad más prevalente fue mayores de 51 años siendo el 30% (9/30) de los participantes de nuestra investigación, mientras que las otras edades estaban en el rango de 25 a 50 años en un total de 3.3% (1/30).

Se realizó la comparación de los datos con un estudio elaborado en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social donde se halló que, entre los rangos de edades en pacientes con hipertensión arterial, los más prevalentes eran las edades entre 41 y 51 años, con un porcentaje de 50.6%.⁶

Por otra parte, el 96.7% de los participantes si tiene conocimiento sobre las enfermedades cardiometabólicas, ya que la mayoría de los encuestados fueron diagnosticados con una o más de las siguientes enfermedades: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer, Síndrome de ovario poliquístico (SOP), dislipidemia; teniendo una mayor prevalencia en pacientes diagnosticados con cáncer siendo el 70% (21/30) de la población encuestada y en segundo lugar la hipertensión arterial siendo un porcentaje del 50% (15/30).

En un estudio realizado en Honduras en el instituto Hondureño de Seguridad Social, se compara los datos obtenidos donde se encontró la muestra de 160 personas hipertensas, los resultados arrojan que 91 pacientes que representan 57% pertenecen al sexo femenino y que 69 pacientes que representan un 43% pertenecen al sexo masculino.⁶

En cuanto a los factores de riesgo que pueden influir para el diagnóstico de una o más de estas enfermedades se observó que la herencia y la alimentación fueron uno de los resultados más destacados en la presente investigación siendo el 63.3% (19/30) de las respuestas obtenidas y el porcentaje restante reportó que el sobrepeso y la obesidad siendo un 26.7% (8/30).

Los hábitos alimenticios son patrones de alimentación saludable dónde se involucran distintos grupos de alimentos de forma balanceada, en la presente investigación los resultados reportaron que la población estudio en un 50% (15/30) lleva buenos hábitos alimenticios, mientras que el otro 50% (15/30) no realiza ningún tipo de mejora en su alimentación. El 60% (18/30) de los participantes consumen frutas, verduras, legumbres, lácteos y carnes con frecuencia.

Según los resultados de nuestra investigación muchos de los participantes no conocían la dieta mediterránea por su nombre, sin embargo, tenían conocimiento de los alimentos que comprendían dicha dieta, ya que, al momento de describirles cada grupo alimenticio de la misma, los pacientes del hospital de especialidades, San Felipe, sabían los beneficios que algunos de sus alimentos proporcionaban sobre su salud.

El 60% (18/30) si conocían sobre el patrón de la dieta mediterránea, en cuanto al conocimiento de la dieta un 40% (12/30) de los encuestados mencionaron que es buena para la salud, sin embargo, desconocen que es un patrón alimentario de origen europeo. El 50% (15/30) de los participantes respondió que ha escuchado hablar sobre esta dieta al personal de salud.

El 63.3% (19/30) de los participantes utilizan para cocinar el aceite vegetal, mientras que el 10% (3/30) usan aceite de oliva, cabe destacar que la población estudio conoce los múltiples beneficios que el aceite de oliva proporciona sobre la salud cardiometabólica sin embargo que, por su alto costo en el mercado, no les era fácil lograr adquirirlo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

1. Acerca del efecto que tiene la dieta mediterránea en las enfermedades cardiometabólicas, se afirma que este tipo de patrón alimentario tiene como resultado positivo en la prevención y manejo de las enfermedades cardiometabólicas ya que ayuda a regular los niveles de colesterol en sangre, pérdida de peso, regulación de la presión arterial y es cardioprotectora.
2. En cuanto el grado de conocimiento sobre el efecto de la dieta mediterránea en las enfermedades cardiometabólicas, se logró observar que el 60% de los participantes si presentaban conocimiento sobre lo que consiste el patrón alimentario de la dieta mediterránea ya que estos alimentos los consumen de forma diaria y el 40% no tiene conocimiento sobre el patrón alimenticio de la dieta mediterránea.
3. Los beneficios de la dieta mediterránea es que es una dieta cardioprotectora, rica en antioxidantes y fibra. También previene las causas de muerte a temprana edad, los problemas cardiometabólicos, infartos de miocardio y coronarios, el cáncer general, las enfermedades neurodegenerativas, cognitivas y de Alzheimer, y disminuye la probabilidad de padecer diabetes mellitus, dislipidemia y control de triglicéridos.
4. Se reconoce que los alimentos que participan en la dieta mediterránea son: aceite de oliva, frutos secos, carnes blancas, frutas y verduras y legumbres. Siendo el 60% de los participantes afirmando que tienen acceso a los alimentos a este grupo de alimentos exceptuando el aceite de oliva y ciertos frutos secos siendo el más común el cacahuete.

5.2 RECOMENDACIONES

Luego de concluir la presente investigación y con la obtención de los resultados consideramos importante realizar las siguientes recomendaciones:

1. Incentivar la parte de salud pública dónde se imparten charlas de educación nutricional, en dónde se brinda la información necesaria y confiable sobre la importancia que hay entre el apego a la dieta mediterránea en la prevención y manejo de enfermedades cardiometabólicas. Recomendando así que UNITEC motive a sus alumnos de la Facultad de Ciencias de la Salud (FCS) a realizar campañas dónde eduquen nutricionalmente, en especial sobre dicha dieta, ya que se ha observado sus múltiples beneficios hacia la salud.
2. Motivar a los alumnos de nutrición a que implementen en sus planes dietéticos los alimentos de la dieta mediterránea y también que durante la consulta brinden información sobre el beneficio de los alimentos colocados en el plan dietético de forma individual para generar mayor comprensión y hablar sobre él en las recomendaciones para que así esta dieta se vuelva conocida en la población hondureña, ya que algunos de los participantes solo conocen “las dietas de moda” sin embargo siguen inconscientemente el patrón mediterráneo sin conocer el concepto real.
3. Realizar publicaciones de educación nutricional no solo de forma presencial sino también usando los medios de comunicación universitarios, grabando podcast, historias en la página oficial de la carrera en redes sociales y tratando de llegar a los medios de comunicación para llegar a más personas, para que así la información no solo llegue a usuarios expandiendo así la información sobre la dieta mediterránea a la población en general.

BIBLIOGRAFIAS:

1. Salas-Salvadó J, Mena-Sánchez G. Nutr Clin Med El gran ensayo de campo nutricional PREDIMED. 2017. <http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5046.pdf>
2. Troncoso-Pantoja C. Comidas tradicionales y alimentación saludable: el ejemplo de la dieta mediterránea. Horiz méd. 2019;19(3):72–7. <http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v19n3/a10v19n3.pdf>
3. Arredondo A, Amores D, li C. La dieta mediterránea es cardioprotectora?. <http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v11n4/amc13407.pdf>
4. Instituto de Nutrición de CentroAmérica y Panamá. Diciembre 2020 RESUMEN EJECUTIVO. <http://www.incap.int/index.php/es/publicaciones-incap/700-resumen-ejecutivo-costo-de-la-atencion-de-las-ecnt-relacionadas-con-la-alimentacion-y-su-impacto-economico-en-el-sistema-de-salud-y-el-capital-humano-en-centroamerica-y-republica-dominicana/file>
5. Enriquez JP, Hernández-Santana A. Influencia de intervenciones educativas sobre nutrición y sostenibilidad en universitarios ecuatorianos residentes en honduras. La Granja Revista de Ciencias de la Vida. 2021;34(2):80–90 <https://www.redalyc.org/journal/4760/476068396006/html/>
6. De E, Pública S. Universidad nacional autónoma de nicaragua, managua centro de investigaciones y estudios de la salud estilos de vida de pacientes de 20 a 50 años con hipertensión arterial, que asisten a la consulta externa del área de medicina general clínica periférica no.1, consultorio no.11 del instituto hondureño de seguridad social (ihss), municipio del. 2015. <https://core.ac.uk/download/pdf/154177976.pdf>
7. Santana AH, Enriquez JP. Dieta mediterránea: Rev. Fac. Cienc. Méd.; 2020. <http://www.bvs.hn/RFCM/pdf/2020/pdf/RFCMVol17-1-2020-6.pdf>
8. Ruiz-García A, Arranz-Martínez E, García-Álvarez JC, Morales-Cobos LE, García-Fernández ME, de la Peña-Antón N, et al. Población y metodología del estudio SIMETAP: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, enfermedades cardiovasculares y enfermedades metabólicas relacionadas. Clínica e Investigación en Arteriosclerosis. 2018 Sep 1;30(5):197–208. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S021491681830054>
9. Autora D, Cheryl G, Núñez M, Médico F, Mayorga. Dislipidemias como factor predictivo para el control de la hipertensión arterial en pacientes con hipertensión arterial que asisten a la unidad de salud privada de Baracoa,

- Puerto Cortés Honduras 2018
<https://core.ac.uk/download/pdf/195809439.pdf>
10. Veloza L, Jiménez C, Quiñones D, Polanía F, Pachón-Valero LC, Rodríguez-Triviño CY. Variabilidad de la frecuencia cardíaca como factor predictor de las enfermedades cardiovasculares. Revista Colombiana de Cardiología. 2019 Jul;26(4):205–10. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300683>
 11. González, M.R. et al. (no date) Efectos de la Dieta mediterránea sobre los factores de riesgo cardiovascular. Journal of Negative and No Positive Results. 2019 enero;4(1):1-123 <https://revistas.proeditio.com/jonnpr/article/view/2787>
 12. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/enfermedades-cerebrovasculares>
 13. Instituto Nacional del Cancer. NIH. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/enfermedad-cardiovascular>
 14. Redacción Médica. <https://www.redaccionmedica.com/recursos-salud/diccionario-enfermedades/enfermedades-cerebrovasculares>
 15. En busca de un estilo de vida saludable. 2020. <https://sersaludables.org/en-busca-de-un-estilo-de-vida-saludable/>
 16. Factores de riesgo. Comisión honorario para la salud cardiovascular. <http://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/#:~:text=Los%20factores%20de%20riesgo%20son,hablaremos%20de%20las%20enfermedades%20cardiovasculares.>
 17. Organización Mundial de la Salud. (2018). Enfermedades crónicas no transmisibles. <https://www.who.int/es>
 18. Araneda M. Dieta mediterránea. historia y origen de sus alimentos. <https://www.edualimentaria.com/alimentacion-saludable-dieta-mediterranea/historia-origen#:~:text=DE%20SUS%20ALIMENTOS-.La%20dieta%20mediterr%C3%A1nea%20tiene%20sus%20or%C3%ADgenes%20en%20una%20porci%C3%B3n%20de,historiadores%20llaman%20%22la%20...&text=Las%20primeras%20referencias%20cient%C3%ADficas%20de,finalizar%20la%20Segunda%20Guerra%20Mundial.>

19. Factores de riesgo cardiovasculares. The Texas Heart Institute. <https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/factores-de-riesgo-cardiovascular/>
20. Alimentación Sana. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet#:~:text=Para%20los%20adultos,o%20arroz%20moreno%20no%20procesados>
21. Casado Perez S. Hipertension Arterial. Cap 12. https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf
22. Obesidad y sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
23. Enfermedades no transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
24. Davidson MH, Pulipati VP. Dislipidemia. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-de-los-l%C3%ADpidos/dislipidemia>.
25. Lahsen M. R. Dislipidemia en medicina interna. Medwave. 2017 [citado el 4 de diciembre de 2022];10(4). Disponible en: <https://www.medwave.cl/puestadia/rc/reuniones/4497.html>
26. Gotera JL. Comportamiento epidemiológico de las dislipidemias en pacientes del Instituto de Investigaciones Endocrino-Metabólicas Dr. Félix Gómez, Venezuela. Revhipertension.com. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_5_2019/14_comportamiento_epidemiologico.pdf
27. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Sica.int. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.sica.int/incap/san_breve.aspx?IdEnt=29
28. Moreno Torrez AV, Alvarado AB, Escuela G, Panamericana A, Honduras Z. Estimación del costo mínimo de dietas nutritivas como indicador de seguridad alimentaria en Honduras y Nicaragua. Zamorano.edu. [citado el 4 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://bdigital.zamorano.edu/server/api/core/bitstreams/6ddde440-275b-4b0d-bd45-b694d7d98d1e/content>

ANEXOS

Anexos 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO



Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Licenciatura en Nutrición

Encuesta sobre efecto de la dieta mediterránea para la prevención y manejo de enfermedades cardiometabólicas

Dirigida a los pacientes de las salas de oncología y medicina interna del Hospital San Felipe.

Somos estudiantes de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias de la Salud de UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA CENTROAMERICANA (UNITEC), actualmente finalizando nuestro Servicio Social Comunitario y estamos investigando acerca del efecto de la dieta mediterránea para el tratamiento y prevención de las enfermedades cardio metabólicas, en el Hospital General de Especialidades San Felipe.

La participación de los pacientes es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Si accede a participar en esta investigación tendrá que llenar el formulario: frecuencia de consumo de alimentos con el fin de conocer las prácticas nutricionales.

La información que nos brinde será manejada de forma confidencial y solo será usada para este estudio.

¿Desea participar? Sí / No Fecha _____ Firma o Huella

Anexos 2: ENCUESTA

A continuación, se le presenta una serie de preguntas para llenar con el entrevistador. La encuesta se realiza con el objetivo de conocer el conocimiento que tienen los pacientes del Hospital San Felipe sobre los efectos de la dieta mediterránea en la salud cardiometabólica. La encuesta cuenta con los respectivos criterios de confiabilidad y se está llevando a cabo con fines educativos con el propósito de mejorar el conocimiento sobre los efectos de este patrón alimentario en la salud cardiometabólica.

Fecha: ___/___/___

¿Acepta realizar esta encuesta?

- Si
- No

Instrucciones:

Lea detenidamente cada pregunta y responda según lo que opine. En la mayoría de las preguntas se le pide que elija entre varias posibilidades, por lo tal solo tendrá que seleccionar la respuesta que crea ser correcta.

I. Datos Generales

Edad: _____

Género: F ___ M ___

Ocupación:

Lugar de Hospitalización: _____

Nº de personas que habitan en la vivienda: _____

Nº de encuesta: _____

II. Conocimiento sobre enfermedades cardiometabólicas

1. ¿Conoce usted sobre las enfermedades cardiometabólicas?
 - Si
 - No

2. ¿A qué edad cree usted que una persona está en riesgo de padecer una enfermedad cardiometabólica?
 - Menor de 15
 - 15 a 20 años
 - 25 a 30 años
 - Mayor de 30

3. De las siguientes enfermedades cuál de estas ha sido diagnosticado:
(puede seleccionar más de una)
 - Hipertensión Arterial
 - Diabetes Mellitus
 - Cáncer

- Ovario Poliquístico
- Dislipidemia

4. ¿Conoce a un familiar que padezca de enfermedades cardiometabólicas?

- Si
- No

5. Si su respuesta es sí ¿Cuál de las siguientes enfermedades padece su familiar/es? (puede seleccionar más de una)

- Hipertensión Arterial
- Diabetes Mellitus
- Cáncer
- Ovario Poliquístico
- Dislipidemia

6. ¿Qué factores cree o conoce que influyen para llegar a padecer este tipo de enfermedades?

- Edad
- Sexo
- Sobrepeso y obesidad
- Herencia
- Alimentación
- Sedentarismo

7. ¿Cree usted que lleva buenos hábitos alimenticios?

- Si
- No

8. Seleccione cuántos tiempos de comida realiza:

- 1 - 2 tiempos
- 3 - 4 tiempos
- 5 - 6 tiempos

9. ¿Qué grupos de alimentos consume con frecuencia? (puede seleccionar varios):

- Frutas y verduras
- Frutas, verduras, legumbres,
- Frutas, verduras, legumbres, lácteos y carnes
- Ninguno con frecuencia

10. ¿Qué tipo de lácteos consume?

- Descremados
- Semidescremados
- Deslactosado
- Directos de la vaca
- Enteros
- Origen vegetal

11. ¿Realiza usted actividad física?

- Si
- No

- A veces
12. ¿Qué tipo de actividad física realiza?
- Cardio
 - Fuerza
 - Laboral
 - Caminata
13. ¿Conoce usted sobre la dieta mediterránea?
- Si
 - No
14. Si su respuesta fue sí, ¿Qué conocimientos tiene sobre esta dieta?
- Es buena para la salud
 - Ayuda a adelgazar
 - Previene enfermedades cardiometabólicas
 - Es de Europa
15. ¿Dónde ha escuchado hablar sobre esta dieta?
- Televisión
 - Periódico
 - Redes sociales
 - Personal de la salud
 - Familiares o amigos

16. ¿Agrega sal a las comidas ya preparadas?
- Si
 - No
 - En ocasiones
17. ¿Qué tipo de grasa utiliza para preparar los alimentos?
- Manteca
 - Margarina
 - Aceite de Oliva
 - Aceite de Canola
 - Aceite de vegetal
18. ¿Consume usted frutos secos?
- Si
 - No
19. Si su respuesta es sí, ¿cuál de los siguientes frutos secos consume?
(puede seleccionar varios)
- Almendras
 - Cacahuates
 - Marañón
 - Nueces
20. ¿Cuál cree usted que sea el beneficio del consumo de aceite de oliva y frutos secos sobre las enfermedades cardiometabólicas?
- Regulación del colesterol
 - Pérdida de peso
 - Regulación de la presión arterial

- Protección al corazón
- todas son correctas