

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tesis

Hábitos alimentarios asociado a la esteatosis hepática no alcohólica en adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay -2024

Asesor(a):

Mag. Maquerra Marrón, Silvia Victoria

Autores:

Carrasco Serrato, Smith Yajaira

Mamani Castro, Alberto

Para optar el Título Profesional de:

Licenciad(a) en Enfermería

Abancay – Apurímac – Perú

2025



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Acta N°: 031-2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad de Abancay, a los 07 días de noviembre del 2025, siendo las 09:00 horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°0336-2025-UTEA-FCS-EPE** de la Escuela Profesional de **ENFERMERIA**, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mg. Espinoza Palomino Aydee
Dictaminante :	Mg. Lizarraga Valer Rosa Evangelina
Replicante :	Mg. Márquez Ticona Rubén

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

Tesis Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Hábitos alimentarios asociado a la esteatosis hepática no alcohólica en adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay – 2024

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Br.: Mamani Castro Alberto
Br.: Carrasco Serrato Smtih Yajaira

Para optar el Titulo Profesional de:

Licenciado (a) en Enfermería

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) **APROBADO (S)**:

Por: _____
Unanimidad
(Unanimidad o Mayoría) (*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Br. Mamani Castro Alberto	Aprobado
Br. Carrasco Serrato Smith Yajaira	Aprobado

Siendo las 10:40 horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

PRESIDENTE : Mg. Espinoza Palomino Aydee
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

DICTAMINANTE: Mg. Lizarraga Valer Rosa Evangelina
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

REPLICANTE : Mg. Márquez Ticona Rubén
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

(Firma)

Nota: Desaprobado: 0-10; Aprobado: 11-20
(*) Mayoría: Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art.18 RGGAT.
(**): 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.




11% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 15 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 9%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Metadatos

Datos del autor		
Apellidos y Nombres	:	Mamani Castro, Alberto
Tipo de Documento de Identidad	:	DNI
Numero de Documento de Identidad	:	76051974
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0002-6966-2136
Datos del autor		
Apellidos y Nombres	:	Carrasco Serrato ,Smith Yajaira
Tipo de Documento de Identidad	:	DNI
Numero de Documento de Identidad	:	76939836
URL ORCID	:	https://orcid.org/0009-0003-8402-7883
Datos del Asesor		
MAQUERA MARÓN	:	Maquera Marrón, Silvia Victoria
Tipo de Documento de Identidad	:	DNI
Numero de Documento de Identidad	:	01791835
URL ORCID	:	https://orcid.org/0000-003-1707-034X
Datos de la Investigación		
Facultad	:	Ciencias de Salud
Escuela Profesional	:	Enfermería
Línea de investigación	:	Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	:	Enero – noviembre 2024
Fuente de financiamiento	:	Autofinanciado
Porcentaje de similitud	:	11%
URL de OCDE	:	https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

Dedicatoria

A Dios, por darme la fuerza, la salud y la sabiduría para seguir adelante en cada etapa de mi vida.

A mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser mi mayor ejemplo de perseverancia y dedicación.

A mis hermanos, por su compañía, motivación y confianza en mí, incluso en los momentos más difíciles.

A mis amigos, por estar presentes en cada paso del camino, con palabras de aliento y momentos que hicieron este proceso más llevadero.

A mis docentes y mentores, por compartir sus conocimientos y exigirme siempre lo mejor de mí.

Este logro es tan mío como de ustedes. Con todo mi corazón, gracias.

Alberto y Yajaira

Agradecimientos

Quisiera expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la culminación de esta tesis.

A mis padres, por su constante apoyo, por creer en mí y brindarme siempre su amor y motivación.

A mi asesora, Silvia Maquerra Marrón, por su valiosa orientación, dedicación y compromiso.

A mis compañeros, por su colaboración y amistad a lo largo de estos años.
Y a Universidad Tecnológica de los Andes por ofrecerme las herramientas necesarias para crecer académica y personalmente

Alberto

Resumen

El objetivo general de esta investigación fue determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios y la esteatosis hepática no alcohólica en adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay – 2024. El estudio se enmarcó en un tipo básico, con nivel descriptivo correlacional y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 95 pacientes diagnosticados con esteatosis hepática no alcohólica. Para la recolección de datos se utilizaron una ficha de entrevista y una ficha clínica. Los resultados evidenciaron una relación inversa entre los hábitos alimentarios y la severidad de la enfermedad: el 47,4% de los pacientes con buenos hábitos alimentarios presentó esteatosis leve y ninguno alcanzó el nivel moderado, lo que confirma el efecto protector de una adecuada alimentación frente a la progresión de la patología. Se concluye que los hábitos alimentarios se correlacionan de manera inversa y significativa con la esteatosis hepática no alcohólica ($Rho = -0,582$). Esto demuestra que la mejora de los hábitos alimentarios constituye un factor clave para disminuir la severidad de la enfermedad en la población adulta atendida en el hospital.

Palabra Clave: Hábitos alimentarios, Esteatosis Hepática no Alcohólica

Abstract

The general objective of this research was to determine the relationship between eating habits and non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) in adults treated at the Guillermo Díaz de la Vega Hospital, Abancay, CA 2024. The study was based on a basic approach, with a descriptive correlational approach and a non-experimental design. The sample consisted of 95 patients diagnosed with NAFLD. An interview form and a clinical record were used for data collection. The results showed an inverse relationship between eating habits and disease severity: 47.4% of patients with good eating habits had mild steatosis, and none had moderate steatosis, confirming the protective effect of an adequate diet against disease progression. It is concluded that eating habits are inversely and significantly correlated with NAFLD ($Rho = -0.582$). This demonstrates that improving eating habits is a key factor in reducing the severity of the disease in the adult population treated in the hospital.

Keyword: Eating habits, Non-alcoholic fatty liver disease

Índice general

Portada.....	i
Acta de sustentación	ii
Reporte de similitud.....	iii
Metadatos	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	vii
Índice.....	ix
Índice de tablas	xi
Índice de figuras.....	xiii
Índice de anexos	iv
I. Introducción.....	15
II. Planteamiento del problema	16
2.1. Descripción y formulación del problema.....	16
2.2. Objetivos.....	20
2.2.1. Objetivo General.....	20
2.2.2. Objetivos Específicos.....	20
2.3. Justificación e importancia.....	21
2.4. Hipótesis.....	22
2.5. Variables.....	23

III: Marco teórico.....	26
3.1. Antecedentes.....	26
3.2. Bases teóricas	30
3.3. Definición de términos	43
IV. Metodología.....	45
4.1. Tipo y nivel de investigación	45
4.2. Ámbito temporal y espacial.....	45
4.3. Población y muestra	46
4.4. Instrumentos.....	47
4.5. Procedimientos.....	48
4.6. Análisis de datos.....	49
4.7. Consideraciones éticas.....	49
V. Resultados y discusión	50
VI. Conclusiones.....	81
VII. Recomendaciones.....	82
VIII. Referencias.....	84
IX. Anexos.....	90

Índice de tablas

Tabla 01. <i>Formas de preparación de los alimentos</i>	52
Tabla 02. <i>Tiempo de consumo de los alimentos</i>	53
Tabla 03. <i>Consumo del desayuno</i>	54
Tabla 04. <i>Consumo de refrigerios</i>	55
Tabla 05. <i>Lugar de alimentación</i>	56
Tabla 06. <i>Conducta de alimentación</i>	57
Tabla 07. <i>Preferencia de alimentos saludables</i>	59
Tabla 08. <i>Preferencia de alimentos no saludables</i>	60
Tabla 09. <i>Tipo de alimentos (Consumidos)</i>	61
Tabla 10. <i>Hábitos alimentarios</i>	62
Tabla 11. <i>Esteatosis hepática no alcohólica</i>	63
Tabla 12. <i>Formas de preparación de los alimentos y esteatosis hepática no alcohólica</i>	64
Tabla 13. <i>Tiempo de consumo de alimentos y esteatosis hepática no alcohólica</i>	65
Tabla 14. <i>Consumo de desayuno y esteatosis hepática no alcohólica</i>	67
Tabla 15. <i>Consumo de refrigerio y esteatosis hepática no alcohólica</i>	68
Tabla 16. <i>Lugar de alimentación y esteatosis hepática no alcohólica</i>	69
Tabla 17. <i>Conducta alimentaria y esteatosis hepática no alcohólica</i>	70
Tabla 18. <i>Preferencia de alimentos saludables y esteatosis hepática no alcohólica</i> ...	71
Tabla 19. <i>Preferencia de alimentos no saludables y esteatosis hepática no alcohólica</i>	73
Tabla 20. <i>Tipo de alimentos (Consumidos) y esteatosis hepática no alcohólica</i>	74
Tabla 21. <i>Hábitos alimentarios y esteatosis hepática no alcohólica</i>	75
Tabla 22. <i>Prueba de normalidad de los datos</i>	76
Tabla 23. <i>Relación de hábitos alimentarios con esteatosis hepática no alcohólica</i>	77

Tabla 24. <i>Relación de las formas de preparación con esteatosis hepática no alcohólica</i>	78
Tabla 25. <i>Relación del tiempo de consumo con esteatosis hepática no alcohólica</i>	78
Tabla 26. <i>Relación del consumo de desayuno con esteatosis hepática no alcohólica</i>	79
Tabla 27. <i>Relación del consumo de refrigerio con esteatosis hepática no alcohólica</i>	.80
Tabla 28. <i>Relación del lugar de alimentación con esteatosis hepática no alcohólica</i> ..	80
Tabla 29. <i>Relación de la conducta alimentaria con esteatosis hepática no alcohólica</i>	81
Tabla 30. <i>Relación de la preferencia de alimentos saludables con esteatosis hepática no alcohólica</i>	81
Tabla 31. <i>Relación de la preferencia de alimentos no saludables con esteatosis hepática no alcohólica</i>	82
Tabla 32. <i>Relación de tipo de alimentos con esteatosis hepática no alcohólica</i>	83

Índice de figuras

Figura 01. <i>Formas de preparación de los alimentos</i>	52
Figura 02. <i>Tiempo de consumo de los alimentos</i>	53
Figura 03. <i>Consumo del desayuno</i>	54
Figura 04. <i>Consumo de refrigerios</i>	55
Figura 05. <i>Lugar de alimentación</i>	56
Figura 06. <i>Lugar de alimentación</i>	58
Figura 07. <i>Preferencia de alimentos saludables</i>	59
Figura 08. <i>Preferencia de alimentos no saludables</i>	60
Figura 09. <i>Tipo de alimentos (Consumidos)</i>	61
Figura 10. <i>Hábitos alimentarios</i>	62
Figura 11. <i>Esteatosis hepática no alcohólica</i>	63
Figura 12. <i>Formas de preparación de los alimentos y esteatosis hepática no alcohólica</i>	64
Figura 13. <i>Tiempo de consumo de alimentos y esteatosis hepática no alcohólica</i>	66
Figura 14. <i>Consumo de desayuno y esteatosis hepática no alcohólica</i>	67
Figura 15. <i>Consumo de refrigerio y esteatosis hepática no alcohólica</i>	68
Figura 16. <i>Lugar de alimentación y esteatosis hepática no alcohólica</i>	69
Figura 17. <i>Conducta alimentaria y esteatosis hepática no alcohólica</i>	70
Figura 18. <i>Preferencia de alimentos saludables y esteatosis hepática no alcohólica</i> .	72
Figura 19. <i>Preferencia de alimentos no saludables y esteatosis hepática no alcohólica</i>	73
Figura 20. <i>Tipo de alimentos (Consumidos) y esteatosis hepática no alcohólica</i>	74
Figura 21. <i>Hábitos alimentarios y esteatosis hepática no alcohólica</i>	75

Índice de anexos

Anexo 1 Matriz de consistencia.....	97
Anexo 2 Documentos que autoricen la aplicación de instrumento.....	99
Anexo 3 Validación de instrumento	101
Anexo 4 Cuestionario vacío y cuestionario lleno	107
Anexo 5 Base de datos	108
Anexo 6 Galeria de fotografías.....	108

I. Introducción

La enfermedad hepática crónica más prevalente es la esteatosis hepática, a veces denominada enfermedad del hígado graso no alcohólico. La acumulación de lípidos en el hígado, que causa daños similares a los provocados por el consumo de alcohol, pero en personas sin antecedentes de consumo crónico, es el sello distintivo de este síndrome clínico-patológico. Se distingue histológicamente por una acumulación de lípidos, ya sean macro o micro vesiculares, que supera el 5 % del peso total del hígado. Aunque la esteatosis hepática simple rara vez causa problemas, puede convertirse en esteatohepatitis, lo que puede provocar fibrosis y ser un factor de riesgo importante para el cáncer de hígado y la cirrosis si se ignora(1).

El presente estudio tiene como objeto indagar los hábitos alimenticios de los pacientes adultos y hallar la asociación con el padecimiento de hígado graso, en la población de estudio; el contenido está compuesto por los siguientes capítulos: En el capítulo I se expone la introducción, donde se contextualiza y refleja el contenido del trabajo realizado. El capítulo II aborda la realidad problemática, con la formulación de los problemas de investigación, los objetivos, las hipótesis y las variables. En el capítulo III se presenta el marco teórico, con los antecedentes, las bases conceptuales y la definición de términos fundamentales. Luego, el capítulo IV describe la metodología, precisando el tipo, enfoque, diseño y técnicas utilizadas.

II. Planteamiento del problema

2.1 Descripción y formulación del problema

Hay dos formas de acumulación de grasa en las células del hígado: la enfermedad del hígado graso alcohólico (EHA) y la enfermedad del hígado graso no alcohólico (EHGNA). Las complicaciones más graves incluyen el desarrollo de carcinoma hepatocelular (CHC), cirrosis hepática y fibrosis. En la actualidad, esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud a nivel mundial, debido al aumento de la obesidad, la diabetes mellitus tipo 2 y el síndrome metabólico. La prevalencia del HGNA varía según las poblaciones estudiadas. Esta afección puede ser causada por diversos factores, incluyendo la alimentación, el estilo de vida, la genética y otras condiciones médicas. Se realizaron búsquedas en diversas bases de datos científicas ampliamente reconocidas, con la finalidad de obtener información actualizada y destacada, se encontraron un total de 40 estudios completados que aportaron información valiosa y pertinentes, a la complejidad y diversidad de la Prevalencia de pacientes que presentan esteatosis y perfil hepáticos alterados, la esteatosis hepática en atención primaria es más prevalente en países en vías de desarrollo, aunque progresa más lentamente que en países ricos. Se asocia más a obesidad central y alteraciones metabólicas que a sobrepeso. es una condición altamente prevalente a nivel global, con tasas particularmente altas en países desarrollados(2)

La EHGNA es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad hepática. Se evaluó la prevalencia, incidencia y mortalidad global y regional de la EHGNA mediante un metaanálisis exhaustivo. La prevalencia mundial de NAFLD es del 30% y está aumentando, lo que requiere estrategias urgentes e integrales para generar conciencia y abordar todos los aspectos de NAFLD a nivel local, regional y mundial. Se realizaron búsquedas en PubMed y Ovid MEDLINE de estudios poblacionales sobre EHGNA entre 1990 y 2019 (última publicación: 2022) según la metodología PRISMA. El metaanálisis se realizó con modelos de efectos aleatorios. La evaluación del riesgo de sesgo se realizó según el Instituto Joanna Briggs. De los 2585 estudios revisados, 92 cumplieron los criterios de elegibilidad. Durante el período de estudio (1990-2019), la agrupación meta analítica de las estimaciones de prevalencia de EHGNA y la EHGNA definida por ecografía arrojó una prevalencia global del 30,05 % y del 30,69 %, respectivamente. La prevalencia global de NAFLD aumentó un 50,4% del 25,26% en 1990–2006 al 38,00% en 2016–2019; la prevalencia de NAFLD definida por ecografía aumentó un 38,7% del 25,16% en 1990–2006 al 34,59%. La prevalencia más alta de EHGNA se registró en América Latina 44,37%, luego Oriente Medio y África del Norte (MENA) 36,53%, Asia del Sur 33,83%, Sudeste Asiático 33,07%, América del Norte 31,20%, Asia Oriental 29,71%, Asia Pacífico 28,02%, Europa Occidental 25,10%. Entre la cohorte de EHGNA diagnosticada sin biopsia de hígado, la tasa de mortalidad combinada por 1000 años de edad fue de 12,60% para la mortalidad por todas las causas; 4,20% para la mortalidad específica de causa cardíaca; 2,83%, para la mortalidad específica de cáncer extrahepático; y 0,92% para la mortalidad específica de causa hepática.(3)

Según las estimaciones, la prevalencia en la población general oscila entre el 17 % y el 51 %, con algunas variaciones en función de factores como la técnica de diagnóstico, la edad, el sexo y el origen étnico de los grupos estudiados, debido a ello las cifras pueden fluctuar de forma considerable por lo que no se conoce su prevalencia real, aunque sí hay un consenso general de su notable incremento(4)

La obesidad se ha extendido por todo el mundo. Según estadísticas de la OMS, 150 millones de personas tienen sobrepeso y 15 millones de ellas fallecerán prematuramente por enfermedades relacionadas con la obesidad. Para 2020, es probable que supere a todas las demás causas como motivo más frecuente de trasplantes de hígado (5)

Las muertes relacionadas con enfermedades hepáticas han aumentado considerablemente en todo el mundo en los últimos años (Younossi, 2019). Según un estudio de 2017, la incidencia de hipertensión arterial oscilaba entre el 40 % y el 70 %, y 2,14 millones de muertes se atribuyeron a esta enfermedad. Los pacientes con EHGNA tienen una tasa de mortalidad mucho más alta que la población general, y la enfermedad está claramente relacionada con un riesgo elevado de prehipertensión (Kasper, 2021). Del mismo modo, las personas con EHGNA que tienen más tejido adiposo epicárdico presentan una mayor incidencia de neoplasias malignas, enfermedades cardiovasculares ateroscleróticas e hipertensión (6)

Es la segunda causa principal de trastornos hepatobiliares y digestivos y la quinta causa principal de muerte en Perú. En el departamento gastrointestinal del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, es el motivo más común de ingreso hospitalario. Con una incidencia de mortalidad de 9,48 por cada 100 000 personas, la cirrosis hepática es la segunda causa más común de muerte entre las defunciones notificadas de personas de entre 20 y 64 años, ocupa el quinto lugar en la clasificación general y el segundo entre las enfermedades digestivas y hepatobiliares. Además, es una de las principales razones de las consultas ambulatorias que registra el Servicio de Gastroenterología (7)

138 niños en edad preescolar de tres instituciones privadas de educación infantil en Cusco participaron en una investigación descriptiva en 2020. Se determinó el índice de masa corporal de cada niño después de pesarlos y medirlos. Utilizando percentiles, se calculó la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 3 a 5 años basándose

en su IMC según los CDC. Según los resultados, el 4,3 % de los 138 niños eran obesos y el 22,5 % tenían sobrepeso. Los niños con sobrepeso u obesidad tienen un peso al nacer de entre 4 y 2,5 kg, además de haber sido alimentados con leche materna no exclusiva o nutrición artificial durante los primeros seis meses de vida. (8)

De los 2840 certificados de defunción examinados en una investigación realizada en Apurímac entre 2007 y 2010, se consideraron en el análisis final 220 (7,7 %); de estos, 162 (5,7 %) presentaban complicaciones derivadas de cirrosis, 46 (1,6 %) de CHC y 12 (0,4 %) de hepatitis B aguda. También cabe destacar que la cirrosis hepática se relacionó con cuatro muertes por carcinoma hepatocelular (CHC) y seis muertes relacionadas con la cirrosis. Con una tasa de mortalidad específica (SMR) de 17,1/100 000 y una mortalidad proporcional (PM) del 5,8 % durante todo el período de investigación, la cirrosis ocupó el primer lugar, seguida de la hepatitis B aguda (SM 1,95 y PM 0,5) y el CHC (SMR 4,95 y PM 1,6).

El grupo de 50 años o más presenta las tasas más altas de mortalidad por hepatitis B aguda, cirrosis hepática y cáncer hepatocelular. La hepatitis B aguda y la cirrosis hepática no causaron ninguna muerte en la población menor de 15 años durante los cuatro años que duró la investigación; la cirrosis hepática causó muertes en el grupo de entre 15 y 24 años. Las tasas de mortalidad por cirrosis hepática en la provincia de Cotabambas fueron comparables a las de Abancay . Durante el período de investigación, no se registraron muertes relacionadas con el carcinoma hepatocelular en las provincias de Antabamba, Grau o Aymaraes. (9)

Problema general

¿Cómo se relacionan los hábitos alimentarios con la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega (HGDV) en el año 2024?

Problemas específicos

- ¿Cómo se relaciona la forma de preparación de los alimentos con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona el tiempo de consumo de los alimentos con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona el consumo de desayuno con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona el consumo de refrigerios con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona el lugar de alimentación con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona la preferencia por alimentos saludables con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?
- ¿Cómo se relaciona la preferencia por alimentos no saludables con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre los hábitos alimentarios con la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA), en adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega (HGDV), Abancay - 2024.

2.2.2 Objetivos específicos

- Establecer la relación de las formas de preparación de los alimentos con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- Establecer la relación entre el tiempo de consumo de los alimentos con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.

- Establecer la relación entre el consumo de desayuno con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- Establecer la relación entre el consumo de refrigerios con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- Establecer la relación entre el lugar de alimentación con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- Establecer la relación de la preferencia por alimentos saludables con la severidad de la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- Establecer la relación de la preferencia por alimentos no saludables con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024.

2.3 Justificación e importancia

Conveniencia, el estudio genero resultados, conclusiones y recomendaciones, los cuales serán remitidos a la instancia pertinente para facilitar que las autoridades de salud y puedan implementar intervenciones sanitarias a favor de la población y sobre todo se registren datos de prevalencia e incidencia sobre la esta enfermedad poco estudiada en nuestro medio pero que va en crecimiento de casos actualmente. En riesgo por mala nutrición, ya que desde la niñez y la edad adulta constituyen la población vulnerable de padecer la enfermedad de hígado graso y sus complicaciones

Relevancia social, tendrá una relevancia social significativa y beneficiarán a un amplio sector de la población. Que, por la escasa difusión de medidas preventivas promocionales, no adoptan los cuidados preventivos con su salud a temprana edad y de manera especial la familia adoptará mayor responsabilidad en el cuidado de la salud desde los hábitos alimentarios conociendo los riesgos a los que están expuestos debido a factores alimentarios mal ingeridos y seleccionados. En primer lugar, los propios vulnerables se verán favorecidos al recoger las recomendaciones producto del presente estudio.

Justificación teórica

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con las características de las variables examinadas, los fundamentos teóricos y científicos actuales y los conocimientos pertinentes sobre el comportamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico y las prácticas alimentarias saludables que deben fomentarse en la vida humana, conocimientos que son totalmente aplicables a los profesionales de la enfermería y otros profesionales de la salud.

Implicancias prácticas

Por la significancia de las variables motivo de investigación, los casos diagnosticados de acuerdo a la patología. estos no son abordados para su seguimiento y control , por lo que los pacientes pasan a fase de cronicidad y posiblemente por la escasa información continua al cual no acceden y descuidan hace que descuiden las medidas correctivas de la alimentación y controles de salud, por ello con el presente estudio se podrá aportar algunas alternativas útiles para el paciente y para los profesionales de la salud a fin de darle mayor prioridad y atención a los pacientes y familia ya que sus daños son irreversibles cuanto más avanzada está la patología . Además Esta investigación tiene el potencial de brindar soluciones prácticas para los desafíos nutricionales y de estilo de vida que enfrentan muchos Adultos, tomando como primicia que en la Enfermería las acciones preventivo promocionales se abarca a todos los grupos etarios y es una labor que con la aplicación de las diferentes estrategias sanitarias educativas, tiene como resultante mejorar la calidad de vida de cada persona y por ende contribuye así a mejorar su bienestar y calidad de vida de la persona sana y enferma.

Utilidad metodológica, Se aplico las estrategias metodológicas rigurosas que exige el estudio para describir la realidad de la enfermedad del hígado graso no alcohólico, sobre todo la responsabilidad del manejo de información de las historias clínicas de los pacientes que son atendidos en el diagnostico por imágenes del Hospital Guillermo Diaz del Vega de Abancay, y adoptar las técnicas respectivas para abordar

con los pacientes durante la encuesta, así garantizar una correcta obtención de datos relacionados a las variables de estudio.

2.4 Hipótesis

Hipótesis general

Los hábitos alimentarios se relacionan significativamente con la esteatosis hepática no Alcohólica (EHNA) en los adultos atendidos en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega (HGDV), Abancay – 2024.

Hipótesis específica

- La preparación de los alimentos se relaciona significativamente con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- El tiempo de consumo de los alimentos se relaciona significativamente con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV – 2024.
- El consumo de desayuno se relaciona significativamente con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- El consumo de refrigerios se relaciona significativamente con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- El lugar de alimentación se relaciona significativamente con la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- La preferencia por alimentos saludables se relaciona significativamente con la severidad de la EHNA en los adultos atendidos en el HGDV, Abancay – 2024.
- La preferencia por alimentos no saludables se relaciona significativamente con la EHNA en adultos atendidos en el HGDV en el año 2024.

2.5. Variables

Variable 1 Hábitos alimentarios: El conjunto de hábitos que una persona desarrolla al realizar repetidamente tareas que incluyen la elección, preparación y consumo de alimentos.

Variable 2 Esteatosis Hepática: Pacientes con Diagnóstico de Esteatosis Hepática no Alcohólica, según la revisión de los registros en las historias clínicas.

Matriz de operacionalización

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de Medición
Hábitos alimentarios	El conjunto de comportamientos que una persona desarrolla mediante la repetición de actos relacionados con la preparación, el consumo y la selección de alimentos se conoce como sus hábitos alimenticios. Las características sociales, económicas y culturales de un pueblo o una zona concretos están relacionadas en gran medida con los hábitos alimenticios. (1)	Formas de preparación	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	1	Categórica nominal
		Tiempo de consumo	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	2,3	
		Consumo de desayuno	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	4,5,6	
		Consumo de refrigerio	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	7,8	
		Lugar de alimentación	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	9,10	
		Preferencia de alimentos saludables	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	11,12,13,14,15, 16,17,18	
		Preferencia de alimentos no saludables	Saludable (3pts) Medianamente saludable (2pts) No saludable (1pts)	19,20,21,22,23	

<p>Esteatosis hepática no alcohólica</p>	<p>La acumulación excesiva de grasa en los hepatocitos es una característica de esta enfermedad del hígado graso no alcohólico. Existen tres grados: Grado I (leve): evaluación normal del diafragma y las arterias intrahepáticas, con un ligero aumento de la ecogenicidad. Grado II (moderado): aumento difuso de la ecogenicidad que dificulta la evaluación del diafragma y las arterias intrahepáticas. Grado III (grave): aumento significativo de la ecogenicidad, con penetración infrasónica inadecuada que da como resultado una visión escasa o nula del diafragma y las paredes de las arterias intrahepáticas.(10)</p>		<p>Diagnóstico Clínico por Ecografía: Esteatosis hepática Leve o grado 1 Esteatosis hepática Moderada o grado 2 Esteatosis hepática Grave grado 3</p>		<p>Categoría ordinal</p>
--	---	--	--	--	--------------------------

Nota. Construcción propia

Una vez que se recogieron los datos, las respuestas fueron puntuadas con índices del 1 al 3: No saludable (1), Medianamente Saludable (2), Saludable (3)

La recodificación se realizó en base al criterio del investigador y considerando la naturaleza de las variables, dimensiones e indicadores.

Baremación para la interpretación de las variables y dimensiones

Tabla a)

Variable	Indicadores	Categoría
Hábitos alimentarios	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	Malo (1) Regular (2) Bueno (3)
Dimensión		
Formas de preparación	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	No saludable (1) Medianamente saludable (2) Saludable (3)
Tiempo de consumo	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	Nunca (1) A veces (2) Siempre (3)
Consumo de desayuno	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	Nunca (1) A veces (2) Siempre (3)
Consumo de refrigerio	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	No saludable (1) Medianamente saludable (2) Saludable (3)
Lugar de alimentación	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	No saludable (1) Medianamente adecuado (2) Lugar adecuado (3)
Tipo de alimentos (consumidos)	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	No saludable (1) Medianamente saludable (2) Saludable (3)
Preferencia de alimentos saludables	Saludable (1)	Malo (1)
Preferencia de alimentos no saludables	Medt.Saludable (2) Saludable (3)	Regular (2) Bueno (3)
Variable		
Esteatosis hepática no alcohólica	Saludable (1) Medt.Saludable (2) Saludable (3)	Leve (1) Moderada (2) Severa (3)

Nota. Construcción propia

III. Marco Teórico

3.1 Antecedentes de la investigación

3.1.1 A nivel internacional

Cusacovich (2023), En un estudio realizado en el área de salud pública de Valladolid Este en España. El estudio tuvo como objetivo “determinar la prevalencia de la enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHNA) y sus factores asociados”. Se empleó un enfoque aplicado, con diseño no experimental, nivel correlacional-causal, en una muestra de 448 participantes seleccionados de forma aleatoria a partir de 1800 registros. El instrumento consistió en historia clínica, parámetros antropométricos, ecografía abdominal, análisis de sangre y cálculo del índice FLI. Los resultados mostraron una prevalencia del 22,3%, con mayor incidencia entre los 50 y 70 años, asociada significativamente al peso, perímetro abdominal e índice HOMA-IR. Se concluye que la prevalencia de EHNA es elevada y puede predecirse mediante la integración de pruebas clínicas, antropométricas y bioquímicas.(11)

Delgado (2023) El objetivo del estudio fue “determinar la relación entre el síndrome metabólico y la esteatosis hepática no alcohólica en pacientes atendidos en la consulta de Gastroenterología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas (octubre 2022–abril 2023)”. La investigación fue de tipo aplicado, diseño no experimental, nivel correlacional-causal, con una muestra de 50 pacientes seleccionados de una población de 278. Se

utilizó un formulario prospectivo como instrumento de recolección, que incluyó variables clínicas, antropométricas, antecedentes y pruebas de laboratorio. Los resultados evidenciaron predominio de mujeres (66%), edades entre 50-59 años (38%), sobrepeso (44%), circunferencia abdominal alterada (74%) y grado 2 de esteatosis en ecografía (70%). Se concluye que existe una relación significativa entre síndrome metabólico y esteatosis hepática no alcohólica, diferenciada principalmente por edad e índice de masa corporal(12)

Sahuquillo et al (2020) El objetivo del estudio fue “analizar la relación entre la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) y los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con síndrome metabólico”. Se aplicó una investigación de tipo aplicado, con diseño no experimental, nivel correlacional-causal, en una muestra de 100 pacientes con dos o más factores de riesgo. El instrumento consistió en un formulario de recolección de variables clínicas, analíticas y ecográficas. Los resultados mostraron que el 77% presentó algún grado de EHNA, con mayor prevalencia en hombres (82%), además de alta frecuencia de obesidad (38%), glucemia basal alterada (60%) y dislipidemias. Se concluye que existe una relación significativa entre EHNA y factores de riesgo cardiovascular, recomendando la evaluación hepática en pacientes con síndrome metabólico (13)

Ortiz et al (2020) El objetivo del estudio fue “determinar la frecuencia de esteatosis hepática en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama”. Utilizando un diseño correlacional-causal no experimental, el estudio se llevó a cabo con una muestra de 300 mujeres seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. El dispositivo consistió en el examen de historias clínicas que contenían información sociodemográfica y un diagnóstico por ecografía de esteatosis hepática. De las personas con hígado graso, el 58 % tenía hígado graso leve, el 16 % tenía hígado graso moderado y el 2 % tenía hígado graso grave, según los datos. Se demostró que la

esteatosis hepática era más frecuente en las pacientes con cáncer de mama, lo que indica la necesidad de aumentar la vigilancia clínica (14)

Viñan (2022). El objetivo del estudio fue “determinar los factores asociados a la esteatosis hepática no alcohólica en pacientes atendidos en el Centro de Salud Tipo B Chambo, Ecuador, durante 2020”. Con una muestra de datos médicos examinados, el estudio se aplicó con un diseño no experimental, correlacional-causal y retrospectivo. Se utilizó como herramienta un formulario de recopilación de datos clínicos y sociodemográficos. Los resultados mostraron que la media de edad fue de 54,43 años, con alta prevalencia de hipertensión (60,38%), diabetes (52,83%), sobrepeso/obesidad (62,26%) y dislipidemia (49,06%), factores significativamente asociados a la enfermedad. Se concluye que la EHNA se presenta con mayor incidencia en mayores de 50 años y se relaciona con comorbilidades metabólicas y sedentarismo (15)

3.1.2 Antecedentes a nivel nacional

Beno et al (2023) El objetivo del estudio fue “determinar si la esteatosis hepática no alcohólica (EHGNA) constituye un factor de riesgo para cáncer de mama en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo”. El estudio se llevó a cabo con una muestra de 118 historias clínicas (59 casos y 59 controles) utilizando una metodología de casos y controles, un nivel correlacional-causal y un diseño no experimental. Se utilizó un formulario de recopilación de datos clínicos y ecográficos como herramienta. Según los resultados, la EHGNA aumentó considerablemente el riesgo de cáncer de mama, siendo el carcinoma ductal invasivo el tipo más común (28,8 %) (OR: 4,74; IC del 95 %: 2,02-11,09). Se determina que la anemia es una variable relacionada significativa y que la EHGNA es un factor de riesgo para el cáncer de mama.(16)

Uribe (2022) El objetivo del estudio fue “evaluar si la hipertrigliceridemia constituye un marcador independiente de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en pacientes con diabetes tipo 2”. La investigación fue de tipo aplicado, con diseño no experimental, nivel correlacional-causal, analítico, transversal y retrospectivo, en una muestra de 374

diabéticos atendidos entre 2016 y 2017. El instrumento fue la revisión de historias clínicas con variables clínicas, bioquímicas y antropométricas. Los resultados mostraron una frecuencia de hipertrigliceridemia del 52,7% y de EHNA del 57,5%, con asociación significativa entre ambas condiciones (73,6% en pacientes con hipertrigliceridemia). Se concluye que la hipertrigliceridemia se asocia de manera independiente a la presencia de EHNA en diabéticos tipo 2, incluso tras ajustes estadísticos y epidemiológicos.(17)

Rosario (2023) El objetivo del estudio fue “determinar si la obesidad constituye un factor de riesgo para la esteatosis hepática no alcohólica (EHGNA) en pacientes atendidos en el Hospital Víctor Lazarte Echeagaray entre enero y junio de 2023”. La investigación se aplicó, con un diseño no experimental, a nivel correlacional-causal, mediante la revisión de historias clínicas e informes ecográficos. Se utilizó un formulario para recopilar información clínica y hallazgos de diagnóstico por imagen. Los resultados demostraron una fuerte correlación entre la obesidad y la enfermedad del hígado graso no alcohólico (NAFLD), una afección relacionada con la resistencia a la insulina y el riesgo de desarrollar cirrosis y fibrosis. Se ha determinado que la obesidad es un factor de riesgo significativo para la NAFLD y que los problemas pueden evitarse mediante su detección precoz con ecografía.(18)

Lovera (2020) El objetivo del estudio fue “establecer la relación entre ecografía y transaminasas en la detección de esteatosis hepática no alcohólica (EHNA) en diabéticos tipo 2 del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo, 2019”. La investigación fue de tipo aplicado, con diseño no experimental, nivel correlacional-causal, longitudinal y prospectivo, en una muestra de 160 pacientes. El instrumento consistió en ecografía hepática y pruebas de transaminasas registradas en historias clínicas. Los resultados evidenciaron una relación significativa entre ecografía y transaminasas ($p < 0,05$), con mayor prevalencia de EHNA en mujeres (68,75%), adultos de mediana edad (57,5%) y pacientes con sobrepeso (51,9%). Se concluye que la ecografía y las transaminasas muestran asociación significativa para el diagnóstico de EHNA en diabéticos tipo 2,

aunque factores como edad, sexo e IMC no presentaron relación estadísticamente significativa (19)

Ayala (2020) El objetivo del estudio fue “determinar si la diabetes mellitus tipo 2 es un factor asociado a la esteatosis hepática no alcohólica en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unánue (julio 2017–julio 2018)”. La investigación fue de tipo aplicado, diseño no experimental, nivel correlacional-causal, con enfoque de casos y controles, incluyendo 104 casos y 104 controles. Se utilizó un formulario para recopilar perfiles lipídicos, historiales personales e información sociodemográfica. Los resultados demostraron una fuerte correlación entre la EHGNA y el aumento del colesterol LDL, el colesterol total y los triglicéridos, así como la diabetes mellitus tipo 2 (OR = 2,070), la obesidad (OR = 2,169) y la dislipidemia (OR = 2,379). Se determinó que, mientras que la edad, el sexo y los niveles bajos de HDL no se correlacionaban significativamente con la EHGNA, la diabetes tipo 2 y los trastornos metabólicos sí lo hacían.(20)

Coello et al (2023) El objetivo del estudio fue “determinar los efectos de una intervención educativa en pacientes con esteatosis hepática no alcohólica del área rural del cantón Chambo”. Se seleccionaron 53 pacientes para el estudio basándose en criterios de inclusión y exclusión. Se trató de un estudio no experimental, correlacional-causal, que utilizó una técnica de cohorte longitudinal cuasiexperimental. El dispositivo se compuso de datos clínicos, análisis bioquímicos y un programa educativo. Los resultados revelaron una disminución considerable de las transaminasas, un aumento significativo de la actividad física y, en algunos casos, una remisión de la enfermedad ($p < 0,001$). Se determinó que el estado clínico de las personas con enfermedad del hígado graso no alcohólico puede mejorarse con una intervención educativa. (21)

3.1.3 A nivel local

No se reportan investigaciones actuales publicadas en el ámbito Regional. y local.

3.2 Bases teóricas

Hábitos alimentarios

Uno de los métodos más importantes para mejorar la salud es a través de los hábitos alimenticios. se definen como una serie de conductas y comportamientos colectivos, que influyen en la manera de escoger, preparar y consumir un determinado alimento, el cual debe cumplir con un aporte nutricional, que le permita al cuerpo obtener la energía suficiente para el desarrollo de las actividades diarias, los hábitos alimenticios, Son los métodos mediante los cuales una persona elige su dieta basándose en lo que hay disponible y en lo que ha aprendido de su entorno, que se ve influido por variables socioculturales, psicológicas, geográficas y económicas.

En la Población Juvenil

Los hábitos alimenticios de los jóvenes están determinados por el estilo de vida que han adoptado desde la infancia, el cual se ve influido por diversas variables, entre ellas la cultura, las costumbres y el mundo exterior. Estos aspectos ponen de relieve cómo determinados factores, como los hábitos alimenticios familiares, las convenciones sociales, culturales y económicas, la industria y los medios de comunicación, influyen en los hábitos alimenticios y en la vida de las personas. La internalización de la idea de unos hábitos alimenticios saludables puede verse obstaculizada por estas características, que también pueden influir en la forma en que se adquieren los gustos, las actitudes y los comportamientos alimentarios. Por consiguiente, se hace hincapié en que, para promover y preservar una excelente salud física y mental, se consideran saludables los hábitos alimenticios que implican el consumo de alimentos naturales y frescos, como frutas y verduras, así como comidas ricas en minerales y vitaminas. (22)

La familia y hábitos alimentarios

Dado que los miembros de la familia tienen un impacto significativo en la alimentación y los comportamientos relacionados con la alimentación de los niños, la familia es el

primer lugar donde se adquieren los hábitos alimenticios. Dentro de las limitaciones impuestas por los medios económicos y la disponibilidad de alimentos, los hábitos alimenticios de una familia son el producto de una construcción social y cultural que es tácitamente aceptada por sus miembros. En este sentido las personas a cargo toman una serie de decisiones relacionadas con el proceso de alimentación, las cuales van desde qué se considera un alimento, a quién se destina, en qué cantidad, cómo y dónde se consume, hasta en qué circunstancias se da el consumo de alimentos(23)

Capacidad digestiva

Adultos

- En adultos, el estómago vacío tiene un volumen aproximado de 50 ml, pero puede expandirse hasta 4 litros cuando está al máximo de distensión (en situaciones extremas).
- En condiciones normales y cómodas, un adulto puede contener entre 1 y 1.5 litros de comida y líquidos.

Tabla comparativa

Etapa	Capacidad aproximada por toma
Recién nacido (día 1)	~6 ml (≈1 cucharadita)
Recién nacido (estudios clínicos)	~20 ml
Final de la primera semana	45–60 ml
Bebé (1 mes)	80–150 ml
Adulto (reposo)	~1–1.5 litros
Adulto (distensión máxima)	Hasta 4 litros (24)

Estómago

El estómago tiene tres funciones motoras: 1. Almacenar una gran cantidad de alimentos hasta que el estómago, el duodeno y otras partes del intestino puedan digerirlos. 2. Mezclar los alimentos con las secreciones gástricas hasta formar una papilla semilíquida llamada quimo. 3. Vaciamiento lento del quimo desde el estómago al intestino delgado a un ritmo adecuado para que este último pueda digerirlo y absorberlo correctamente.

Función de almacenamiento del estómago. Los alimentos entran en el estómago formando anillos concéntricos en la parte oral, con los alimentos más antiguos en la pared gástrica externa y los más recientes cerca de la abertura esofágica. Normalmente, un «reflejo vagovagal» que se inicia en el estómago se desencadena por la distensión gástrica provocada por la ingesta de alimentos. Los alimentos entran en el estómago formando anillos concéntricos en la parte oral, con los alimentos más antiguos en la pared gástrica externa y los más recientes cerca de la abertura esofágica. El «reflejo vagovagal», que se inicia en el estómago, se desencadena a menudo por la distensión gástrica provocada por el consumo de alimentos.(25)

Azúcar en nuestra alimentación

Los azúcares y jarabes añadidos a los alimentos durante su procesamiento o preparación se denominan azúcares añadidos. El sobrepeso, la obesidad, los problemas hepáticos, los trastornos del comportamiento, la diabetes, la hiperlipidemia, las enfermedades cardiovasculares, el hígado graso, algunos tipos de cáncer y las caries dentales están relacionados con un consumo elevado de azúcar. Además, el consumo de azúcar puede agravar trastornos psicológicos como las enfermedades mentales, el síndrome premenstrual y la hiperactividad. (26)

Definición de lípidos

Una clase de macromoléculas conocidas como lípidos se distingue por su solubilidad en disolventes orgánicos, como el hexano, el cloroformo y el benceno, y por su insolubilidad

en agua. Aunque el término «grasas» se utiliza con frecuencia para referirse a los lípidos en general, razón por la cual se utiliza en este artículo, también se conocen como «grasas» cuando son sólidas y como «aceites» cuando son líquidas a temperatura ambiente.

Tipos de ácidos grasos

Ácidos grasos saturados Estos forman los triglicéridos y se encuentran principalmente en grasas con un número par de átomos de carbono y una forma lineal. Solo la leche de coco y de palma contienen aquellos con un peso molecular bajo, mientras que los que tienen un peso molecular mayor.

Ácidos grasos insaturados

Se cree que los que predominan en lípidos son fisiológicamente activos porque tienen uno, dos o tres grupos alilo, un doble enlace aislado y puentes de metileno que siempre se encuentran en configuración cis. Según el metilo terminal, estos ácidos grasos se clasifican en una de estas tres familias: w-3, w-6 o w-9. Según su estructura molecular, los ácidos grasos insaturados pueden clasificarse alternativamente como «cis» o «trans». Hay trazas de ácidos grasos insaturados en forma trans en la carne y la leche de rumiantes, como el ganado vacuno y ovino, pero la mayoría de los ácidos grasos insaturados de la dieta tienen una conformación cis.

Ácidos grasos trans

Los alimentos elaborados mediante la hidrogenación industrial de aceites vegetales insaturados contienen una proporción considerable de grasas trans. Las grasas comerciales para freír, las margarinas hidrogenadas, los productos horneados con alto contenido en grasas, las galletas rellenas de crema, los donuts, los pasteles con alto contenido en grasas, las hamburguesas y las patatas fritas son las principales fuentes de ácidos grasos trans.

Ácidos grasos esenciales

Dado que los seres humanos carecen de las enzimas necesarias para producir ácido linoleico (omega-6) y ácido α -linolénico (omega-3), deben obtenerlos a través de los alimentos. Los ácidos grasos esenciales son necesarios para el crecimiento, para el desarrollo y para mantener una buena salud; entre sus funciones se encuentran el ser reguladores metabólicos en los sistemas cardiovascular, respiratorio, inmunológico, secretor y reproductivo, ya que desempeñan un papel crucial en los procesos de transcripción genética y mantienen la integridad de las membranas celulares. Esta capacidad parece ser bastante limitada, a pesar de que el organismo puede convertir el ácido α -linolénico en EPA (ácido eicosapentaenoico) de cadena larga y, en menor medida, en DHA (ácido docosahexaenoico). Por lo tanto, es necesario obtener estas grasas omega-3 de cadena larga directamente de la dieta, y la mejor fuente de ellas son los pescados grasos de aguas profundas, como el salmón.

Aspectos fisiológicos de las grasas y aceites

La mayoría de las células del cuerpo, con la excepción de los glóbulos rojos y las del sistema nervioso, pueden utilizar las grasas y los aceites como fuente de energía. Pueden utilizarse inmediatamente o almacenarse como triglicéridos en el tejido adiposo para su uso posterior como fuente de energía a largo plazo, dependiendo de las necesidades energéticas. Los triglicéridos, que componen las grasas y los aceites, se descomponen primero al masticar; la actividad enzimática de la boca hidroliza parcialmente los triglicéridos y permite la absorción de ciertos ácidos grasos de cadena corta y media. Cuando las grasas del estómago se alteran, se crean emulsiones. Estas emulsiones pasan luego al intestino delgado, donde se combinan con la lipasa pancreática y la bilis para ayudar a la digestión y la absorción.

Propiedades industriales de las grasas y aceites

Además de potenciar el sabor, la textura y el aspecto de los alimentos, y de servir como transportadores de ingredientes liposolubles que aportan sabor a los alimentos, las

grasas y los aceites se han utilizado en la elaboración de productos horneados, pasteles, dulces y recubrimientos.

Efectos en la salud del consumo de grasas

Los estilos de vida sedentarios, combinados con una ingesta excesiva de calorías y el consumo de alimentos grasos, favorecen la acumulación excesiva de grasa, lo que afecta al peso corporal y a la salud en general. (27)

Carbohidratos

Los glúcidos, también conocidos como carbohidratos, son sustancias orgánicas compuestas por diversas combinaciones de carbono, oxígeno e hidrógeno. Son un componente esencial de la dieta humana y una fantástica fuente de energía instantánea, ya que se descomponen rápidamente para generar grandes cadenas de glucógeno, que el cuerpo transforma en glucosa cuando necesita energía. Pero también producen pequeñas cantidades de fructosa y galactosa, que no son carbohidratos necesarios, además de glucosa.

Funciones

Los carbohidratos, fuente primaria de energía para el cuerpo humano, son económicos, fácilmente disponibles y cumplen diversos propósitos.

Con un contenido energético de alrededor de 4 kilocalorías/gramo, proporcionan energía específicamente al cerebro y al sistema neurológico. Se almacenan en forma de glucógeno en el hígado y los músculos.

- Debido al metabolismo eficaz de los lípidos, tienen una función reguladora al prevenir el desarrollo de cuerpos cetónicos.
- Coadyuvan en el mantenimiento de los niveles normales de glucosa, colesterol y triglicéridos en sangre.

- Desempeñan un papel importante en la función gastrointestinal, ya que el proceso de fermentación de la lactosa favorece el crecimiento de la flora bacteriana saprofítica. También tienen una función plástica, ya que ayudan a formar el tejido conectivo y son un componente de las membranas de los vasos sanguíneos y del tejido nervioso.
- Realzan el sabor de las comidas y bebidas, ya que los carbohidratos son edulcorantes naturales; también reducen la obesidad, ya que la fibra vegetal aumenta la saciedad, lo que disminuye la ingesta de alimentos.

Clasificación

Hay dos categorías de carbohidratos:

1. Carbohidratos simples. El cuerpo solo produce energía a partir de estos carbohidratos de rápida ingesta. Estos son:

a) Monosacáridos. Son los carbohidratos de estructura más simple. Debido a que su fórmula contiene seis átomos de carbono, la glucosa, la galactosa y la fructosa son hexosas.

- El azúcar glucosa. También se conoce como dextrosa y, al ser la principal fuente de energía del organismo, es el carbohidrato más importante. La miel y las frutas lo contienen.

Galactosa. También es una fuente de energía que se encuentra en la leche y se crea cuando se hidroliza la lactosa.

- Fructuosa. Su sinónimo es levulosa y es considerada el azúcar de las frutas.

b) Disacáridos. Se constituyen por dos a diez moléculas de glucosa. Los tipos de disacáridos son:

- Sacarosa. Es el resultado de un enlace dicarbonílico que une una molécula de glucosa con una molécula de fructosa. El azúcar de mesa, o sacarosa, se obtiene principalmente de la remolacha azucarera y la caña de azúcar.

Lactosa. Una molécula de glucosa y una molécula de galactosa conforman su composición química. Este disacárido, conocido como azúcar de la leche, está presente en la leche.

- Maltosa. Dos moléculas de glucosa conforman este azúcar de malta.

c) Oligosacáridos. Los enlaces glicosídicos unen de tres a nueve moléculas de monosacáridos para formar esta mezcla. No tienen sabor dulce y no son solubles en agua. Rara vez provienen de plantas; en su mayoría se derivan de animales.

Entre ellos se incluyen la estaquiosa (compuesta por cuatro moléculas de glucosa), la verbascosa (compuesta por cinco moléculas de glucosa), la maltotriosa y la rafinosa (compuestas por tres moléculas de glucosa) y las maltodextrinas (obtenidas mediante la hidrólisis parcial del almidón y ampliamente utilizadas como edulcorantes y modificadores de la textura en productos alimenticios).

2. Carbohidratos complejos. Los polisacáridos son lo que son. Debido a su lenta absorción, estos azúcares sirven como fuente de energía almacenada y prolongan la digestión. Aunque los polisacáridos se presentan en diversas formas, los siguientes son los más importantes:

- Almidón. Está compuesto por varias moléculas de glucosa unidas por enlaces lineales y se conoce como almidón. Los cereales, las legumbres, los tubérculos y otros alimentos contienen este carbohidrato, que es el más frecuente en la alimentación.

- Glucógeno. Es un polisacárido que actúa como reserva de hidratos de carbono en los animales. Su lugar de almacenamiento es el hígado (como reserva de glucosa) y el tejido muscular (como combustible para la actividad muscular).
- Celulosa. Es el polisacárido principal que proporciona estabilidad estructural a las plantas y está compuesto por muchas filas o cadenas lineales de glucosa. El papel también se fabrica con este compuesto.
- Agar, mucílago y pectina. Debido a su capacidad para gelificarse, se utilizan con frecuencia en la industria alimentaria y están relacionados con los polímeros derivados de los azúcares.(28)

Esteatosis hepática no alcohólica

Esta afección, que a veces se denomina esteatohepatitis no alcohólica o EHNA, puede causar problemas y manifestar diversas anomalías, entre ellas esteatosis hepática e inflamación necrótica nodular con o sin fibrosis centrolobulillar. El carcinoma hepatocelular, que también se conoce como consecuencia de la enfermedad del hígado graso, es una de ellas. Sin embargo, hasta ahora los médicos de atención primaria no le han prestado la atención que requiere.(29)

Una de las principales causas de la enfermedad hepática crónica es la esteatosis hepática, que cada vez es más frecuente. Existen varios factores de riesgo relacionados con la esteatosis no alcohólica, cuyo origen no está claro.(30)

Función del hígado en la alimentación

En los vertebrados, el hígado desempeña un papel crucial en el control y la preservación de la homeostasis metabólica. El hígado lleva a cabo muchas funciones diferentes, entre ellas la absorción, síntesis, almacenamiento, metabolismo y redistribución de nutrientes, incluidos lípidos, carbohidratos, proteínas y vitaminas. También tiene una gran

capacidad de regeneración en respuesta a lesiones y es el órgano principal responsable del metabolismo y la desintoxicación de sustancias xenobióticas (31)

Fisiopatología

Los cambios en el metabolismo lipídico y un estado proinflamatorio sistémico son dos de los factores que se cree que aceleran el desarrollo de la aterosclerosis en personas con enfermedad del hígado graso no alcohólico. La IR hepática está causada por la obesidad, en particular la adiposidad visceral, que aumenta la acumulación hepática de ácidos grasos libres, disminuye su oxidación y altera el metabolismo de la glucosa.

Las adipocinas, la infiltración de macrófagos y la producción de citocinas proinflamatorias como el TNF y la IL-6 están relacionadas con la obesidad visceral. Estos factores provocan inflamación sistémica, lo que a su vez hace que el hígado produzca moléculas proaterogénicas como el fibrinógeno, el inhibidor del activador del plasminógeno 1 y la proteína C reactiva, que a su vez provocan disfunción endotelial y aterosclerosis.(32)

Etiología

Aunque existe una fuerte correlación (hasta un 80 %) entre la EHGNA y el síndrome metabólico, las numerosas afecciones clínicas que se han asociado a esta enfermedad hepática pueden dividirse en seis categorías etiológicas. Los pacientes con DM-2 y la población obesa se caracterizan especialmente por los síntomas histológicos de EH (16). La resistencia periférica a la insulina y la intolerancia a la glucosa se han relacionado con estas dos afecciones. La esteatosis también está relacionada con la dislipidemia, en particular con la hipertrigliceridemia. Aunque la mayoría de los pacientes tienen sobrepeso u obesidad, la EHGNA también puede afectar a personas con peso normal y constituye un factor de riesgo cardiovascular independiente para ellas.

Otras causas de esteatosis (o secundarias)

Enfermedad hepática grasa alcohólica

Enfermedad hepática grasa inducida por drogas

Hígado graso relacionado con el virus de la hepatitis C (genotipo 3).

Otras personas:

Hemocromatosis.

Enfermedad de Wilson, hepatitis autoinmune y enfermedad celíaca.

Lipoatrofia, A/hipobetalipoproteinemia, hipopituitarismo, hipotiroidismo, alimentación parenteral, ayuno y anomalías metabólicas congénitas (deficiencia de lipasa ácida lisosomal, enfermedad de Wolfman).(33)

Epidemiología

La esteatosis no alcohólica (NASH), el eje entre la esteatosis y la cirrosis en el espectro de los trastornos del hígado graso no alcohólico (NAFLD), apenas se reconoció en 1981. La edad, la actividad de la esteatohepatitis y la fibrosis establecida predisponen a la cirrosis, que tiene una mortalidad relacionada con el hígado de 7 a 10 años del 12% al 25%. Muchos casos de cirrosis criptogénica probablemente sean de NASH en etapa terminal. Los conceptos patogénicos deben tener en cuenta los fuertes vínculos con la sobre nutrición y la hipoactividad, la resistencia a la insulina y los factores genéticos. La lipotoxicidad, el estrés oxidativo, las citocinas y otros mediadores proinflamatorios, pueden desempeñar un papel en la transición de la esteatosis a la EHNA.(34)

Evaluación diagnóstica de la esteatosis hepática no alcohólica

Cuando los pacientes con esteatosis hepática no sospechada detectado en las imágenes presentan síntomas o signos atribuibles a una enfermedad hepática o presentan bioquímica hepática anormal, se los debe evaluar como si tuvieran nunca sospecha de EHGNA y realizar los estudios correspondientes.

Es razonable evaluar los factores de riesgo metabólicos (por ejemplo, obesidad, intolerancia a la glucosa, dislipidemia) y otras causas de esteatosis hepática, como el consumo significativo de alcohol o el uso de medicamentos, en pacientes con esteatosis hepática no sospechada detectada en estudios de diagnóstico por imágenes que no

presentan síntomas o signos relacionados con el hígado y tienen una bioquímica hepática normal.

No se recomienda la biopsia hepática en personas asintomáticas con esteatosis hepática no detectada en las pruebas de diagnóstico por imagen y con bioquímica hepática normal.(35)

Manifestaciones clínicas del EHNA

La enfermedad del hígado graso suele ser asintomática y solo se descubre mediante análisis de sangre o procedimientos de diagnóstico por imagen que se solicitan con otros fines. Las personas con cirrosis pueden presentar signos clínicos asociados a la enfermedad o sus secuelas, o pueden ser asintomáticas.(36)

Tratamiento de la EHNA

El tratamiento de referencia actual de la EHNA es una reducción moderada del peso, en particular la corrección de la obesidad central, lograda mediante la combinación de medidas dietéticas con un aumento de actividad física, Ya sea que se logre mediante un “ajuste del estilo de vida” o una cirugía anti obesidad, esto mejora la resistencia a la insulina y revierte La Esteatosis, la lesión hepatocelular, la inflamación y la fibrosis.

Los estudios sobre las “glitazona”, agonistas del receptor del activador de la proliferación de peroxisomas (PPAR), y, indican el mismo potencial para “deshacer” la EHNA fibrótica, pero estos agentes pueden mejorar la enfermedad hepática a expensas del empeoramiento de la obesidad. Los desafíos futuros son abordar la EHNA como una iniciativa de salud pública preventiva y motivar a las personas afectadas a adoptar un estilo de vida más saludable (27).

Tratamiento farmacológico

La pentoxifilina (porque inhibe el TNF-alfa), el orlistat (debido a resultados contradictorios), la vitamina E (porque es un antioxidante), los agentes citoprotectores, el ácido ursodesoxicólico (porque tiene un efecto citoprotector, pero un estudio aleatorio no encontró beneficios con respecto al placebo) y los agentes hipolipemiantes se

encuentran entre los medicamentos que han demostrado ser prometedores en el tratamiento de la EHNA.

Los bloqueadores de los receptores de angiotensina pueden reducir la resistencia a la insulina, y el sistema renina-angiotensina es crucial en la regulación de la resistencia a la insulina. Además, pueden reducir la cantidad de células estrelladas hepáticas activas, que, cuando se activan, causan fibrosis hepática y formación de colágeno.(29)

Complicaciones

La grasa hepática y la adiposidad visceral contribuyen a un estado de inflamación sistémica que parece hacer que las personas con EHGNA sean más susceptibles a trastornos extrahepáticos. Aunque existe un debate sobre la etiología de estos trastornos extrahepáticos, su importancia es incuestionable, ya que, en la actualidad, las ECV son la principal causa de morbilidad y mortalidad en estas personas, seguidas de las neoplasias extrahepáticas.(37)

3.3 Definición de Términos

Esteatosis hepática no alcohólica

La acumulación excesiva de grasa en el hígado se conoce como enfermedad del hígado graso no alcohólico.(38)

Hábitos alimentarios saludables

El término «hábitos alimenticios» describe el conjunto de comportamientos que una persona desarrolla a través de la práctica de elegir, preparar y consumir alimentos.(39)

Formas de preparación de alimentos.

Las formas de preparación de alimentos comprenden 3 criterios: medio acuoso, medio graso, medio seco.(40)

Tiempo de consumo de alimentos

Los hábitos alimenticios y el consumo de alimentos en los hogares pueden considerarse como un sistema que incluye las siguientes etapas: desperdicio, preparación, almacenamiento, consumo y adquisición.(41)

Consumo de desayuno

Desayunar forma parte de un patrón dietético saludable, o no saludable(41)

Consumo de refrigerio

Se refiere al acto de comer alimentos entre comidas principales(41)

Lugar de alimentación

Establecimiento donde se preparan, sirven y consumen alimentos.

Alimentación saludable

Uno de los elementos clave para fomentar y preservar la buena salud a lo largo de toda la vida es llevar una dieta saludable.(42)

Alimentación no saludable

Una dieta desequilibrada, que incluye el consumo excesivo de grasas o proteínas, es un signo de mala nutrición. Las repercusiones son graves, pero su importancia no se reconoce lo suficiente.(43)

Esteatosis hepática Leve

Afectación de menos de 33% de los hepatocitos.(44)

Esteatosis hepática moderado

Afectación del 33-66% de los hepatocitos(44)

Esteatosis hepática grave

Afectación de más 66% de los hepatocitos(44)

IV. Metodología

4.1 Tipo y nivel de investigación

Según los objetivos planteados, la investigación correspondió al tipo básico, ya que buscó generar conocimiento teórico acerca de la asociación entre los hábitos alimentarios y la severidad de la esteatosis hepática no alcohólica, sin pretender una aplicación inmediata. En cuanto al nivel, el estudio fue descriptivo y correlacional:

Descriptivo, porque se caracterizó por detallar las variables de estudio (formas de preparación de alimentos, tiempo de consumo, desayuno, refrigerios, lugar de alimentación y preferencias alimentarias) en la población de adultos atendidos en el “Hospital Guillermo Díaz de la Vega, Abancay – 2024”.

Correlacional, porque pretendió establecer la relación existente entre dichas variables y la severidad de la EHNA.

El diseño de investigación fue el **no experimental**, dado que no se manipularon las variables de manera intencional, sino que se observaron en su contexto natural.

El corte del estudio fue el **transversal**, porque se recolectó los datos en un solo momento temporal durante el año 2024, lo que permitió analizar la relación entre los hábitos alimentarios y la severidad de la enfermedad en un tiempo determinado.

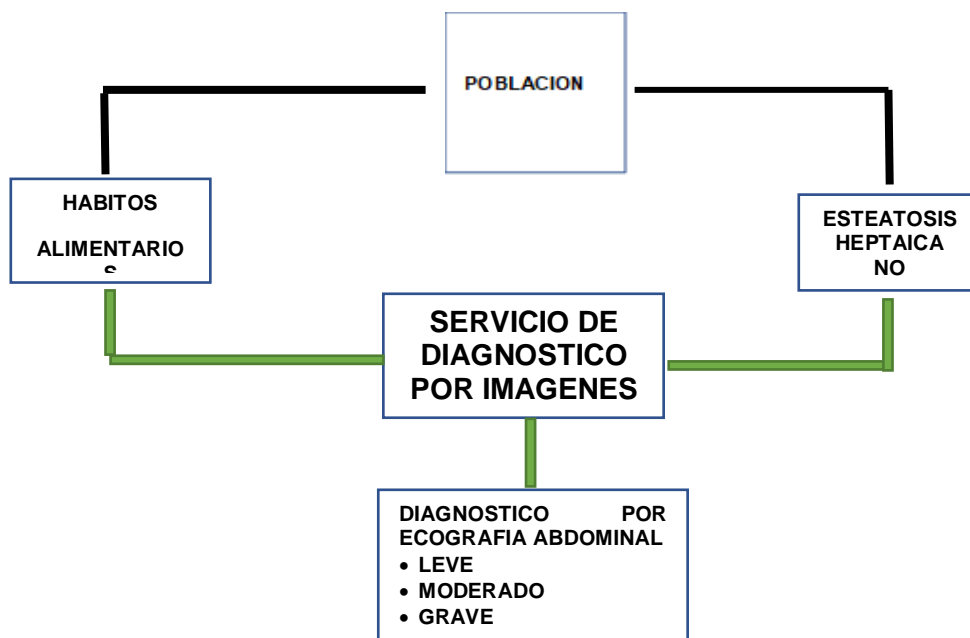
4.2 Ámbito temporal y espacial

Ámbito temporal:

El estudio se desarrolló durante el año 2024. La recolección de datos se llevó a cabo en un período determinado de ese año, permitiendo obtener información puntual y actualizada acerca de los hábitos alimentarios y su relación con la severidad de la EHNA en los adultos participantes.

Ámbito espacial:

La investigación se realizó en el Hospital Guillermo Díaz de la Vega, ubicado en la ciudad de Abancay, región Apurímac – Perú. Este establecimiento de salud constituyó el escenario donde se atendieron adultos diagnosticados con EHNA, lo que lo convirtió en un espacio idóneo para el desarrollo del estudio.



4.3 Población y muestra

Población. Con el fin de descartar el diagnóstico de enfermedad del hígado graso no alcohólico, todos los pacientes adultos, tanto hombres como mujeres, de entre 18 y 60 años, acudieron al servicio de diagnóstico por imagen. De los 130 pacientes que acudieron al HGDV de Abancay entre febrero y abril de 2025, solo 95 cumplían los requisitos necesarios. Según sus historiales médicos, a estas personas se les diagnosticó enfermedad del hígado graso no alcohólico.

Muestra. Para contar con el tamaño de la muestra se aplicó el muestreo no probabilístico del tipo decisional, que fue conformado por el total de los integrantes de la población, con la finalidad de que la muestra sea representativa para el estudio, y de acuerdo a la estrategia metodológica para este tipo de muestreo se aplicó los criterios de selección de Inclusión y exclusión, como se describe:

Criterios de Inclusión

- ✓ pacientes con diagnóstico de enfermedad del hígado graso no alcohólico registrado en sus historiales clínicos y que son atendidos en la consulta externa de cirugía.
- ✓ Participantes en el programa de imagenología diagnóstica:
- ✓ Personas con enfermedad del hígado graso no alcohólico que den su consentimiento informado para completar el cuestionario.

Criterios de Exclusión

- ✓ Personas con enfermedad de hígado graso no alcohólico que se negaron a dar su consentimiento informado para completar el cuestionario.
- ✓ Individuos menores de 18 años o mayores de 60 a quienes se les haya diagnosticado enfermedad del hígado graso no alcohólico. Pacientes diagnosticados que estuvieron siguiendo tratamiento dietético y farmacológico
- ✓ Pacientes que consumían alcohol frecuentemente.

4.4 Instrumentos

Técnicas:

La técnica principal fue la entrevista, aplicada de manera presencial a los adultos diagnosticados con esteatosis hepática no alcohólica que asisten al HGDV, Abancay – 2024. Asimismo, se empleó la revisión documental, a través de la consulta de historias

clínicas y reportes médicos para obtener la información referente a la severidad de la enfermedad.

Instrumentos:

Cuestionario estructurado: elaborado en base a la revisión bibliográfica y validado por juicio de expertos. Este cuestionario recogió información sociodemográfica y hábitos alimentarios, considerando las siguientes dimensiones:

Forma de preparación de los alimentos.

Tiempo de consumo de los alimentos.

Consumo de desayuno.

Consumo de refrigerios.

Lugar de alimentación.

Preferencias alimentarias (saludables y no saludables).

Ficha de registro clínico: diseñada para recopilar la información obtenida de los resultados de ecográficas que están el libro de diagnóstico por imágenes que permitieron clasificar lo severo de la EHNA (leve, moderada o severa).

Validez

La validez del cuestionario fue establecida mediante profesionales expertos. El contenido del instrumento fue revisado y evaluado por un panel conformado por un profesional licenciado de enfermería en el área de la salud y un médico especialista en ecografía, quienes verificaron que los ítems incluidos fueran pertinentes, claros y adecuados para los objetivos del estudio. Se realizaron los ajustes necesarios en base a sus recomendaciones, lo que permitió asegurar que el instrumento midiera adecuadamente las variables propuestas.

Confiabilidad

Para asegurar lo confiable del cuestionario, se llevó a cabo la prueba de ensayo con un grupo pequeño de personas similares a la muestra del estudio. Esto permitió identificar si las preguntas eran claras y si se obtenían respuestas coherentes. Además, el instrumento fue revisado por profesionales con experiencia, lo que ayudó

a confirmar que las preguntas eran adecuadas y consistentes. Por lo tanto, se consideró que el instrumento fue confiable para recolectar la información necesaria.

4.5 Procedimientos

Para realizar la investigación, se cumplieron con todas las actividades previstas en el plan de investigación, se realizaron coordinaciones con los responsables del Hospital considerado para el estudio, además se solicitó la autorización del funcionario responsable para realizar las entrevistas y el análisis de las historias clínicas de los atendidos con EHNA. Luego los datos fueron procesados estadísticamente para su respectiva interpretación según los objetivos previstos, finalmente se redactó el informe de investigación.

4.6 Análisis de datos

El análisis de los datos, previamente a permitido ordenar los datos recogidos en la hoja de cálculo Excel, estos valores fueron trasladados al SPSS 26 con la finalidad de efectuar los procesos de cálculo a nivel descriptivo e inferencial. Primero se realizó la prueba para medir si son o no normales los datos, luego se decidió considerar el Rho de Spearman para poder demostrar las correlaciones existentes entre las dimensiones, indicadores de la variable hábitos alimentarios con la esteatosis hepática no alcohólica. También se debe precisar que las hipótesis fueron contrastados a través de los valores de significancia, teniendo en cuenta la condición de $p\text{-valor} < 0,05$ margen de error.

4.7 Consideraciones éticas

El presente estudio se ha regido por los principios de ética para realizar investigación en personas y los de la Bioética: el ser benéfico, no ser malo, actuar con autonomía y justicia, la confidencialidad

Se ha pedido la aprobación del participante, confidencialidad y el uso exclusivo de la información con fines científicos.

La participación fue voluntaria.

Se aseguró que la información obtenida se utilice solo con fines de estudio.

V. Resultados y discusión

5.1. Resultados descriptivos univariados

Tabla 01

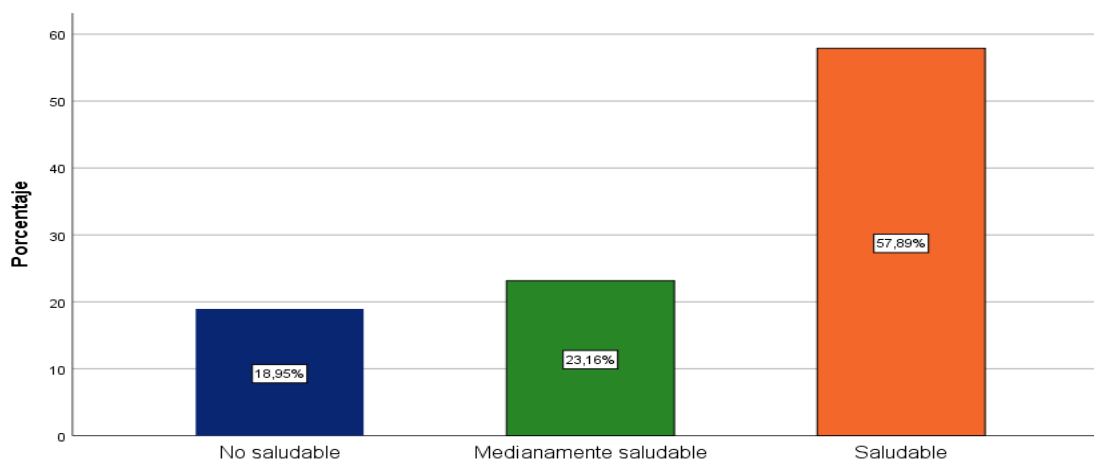
Formas de preparación de los alimentos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No saludable	18	18,95
	Medianamente saludable	22	23,16
	Saludable	55	57,89
	Total	95	100,00

Nota. Valores obtenidos de la recolección de datos

Figura 1

Formas de preparación de los alimentos



Nota. Resultados obtenidos de la base de datos

Interpretación: La tabla 1 revela que más de la mitad de los pacientes con esteatosis (57,89%) preparan sus alimentos de manera saludable, un porcentaje menor (23,16%) adopta prácticas medianamente saludables, mientras que un 18,95% sigue preparando comidas no saludables.

Análisis: A pesar de que la mayoría de los pacientes tienen hábitos alimenticios saludables, un porcentaje relevante de pacientes aún no cumple con las recomendaciones dietéticas, lo que representa un riesgo para la progresión de la esteatosis. Este patrón de comportamiento resalta la necesidad urgente de reforzar la

educación nutricional en este grupo de pacientes para mejorar sus hábitos y reducir los factores que favorecen la evolución de la enfermedad.

Tabla 02

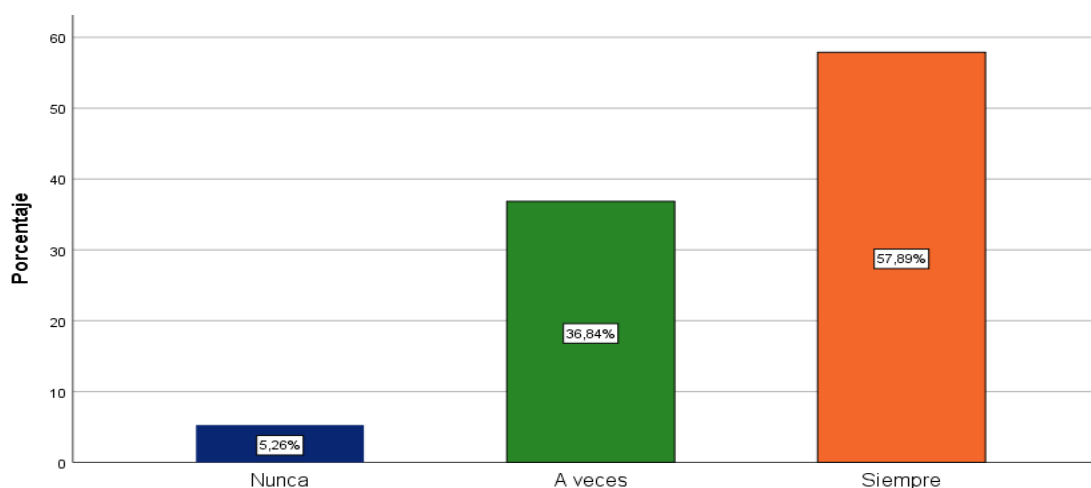
Tiempo de consumo de los alimentos

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	5	5,26
	A veces	35	36,84
	Siempre	55	57,89
	Total	95	100,00

Nota. Datos extraídos de la base de información

Figura 2

Tiempo de consumo de los alimentos



Nota. Datos extraídos de la base de información

Interpretación: En la tabla 2, la mayoría de los pacientes con esteatosis (57,89%) refieren seguir horarios regulares de alimentación, lo cual contribuye al control metabólico. Un 36,84% lo hace de manera ocasional, lo que muestra cierta inconstancia en el cumplimiento de esta práctica. Solo un 5,26% nunca sigue horarios de comida, lo cual representa un factor de riesgo para el manejo de la enfermedad.

Análisis: Aunque la mayoría de los pacientes muestra un patrón positivo al respetar horarios regulares de alimentación, la falta de consistencia en un porcentaje significativo de pacientes (36,84%) puede interferir con el control metabólico y empeorar el manejo

de la esteatosis. La presencia de un pequeño grupo que no sigue horarios regulares (5,26%) también incrementa el riesgo. Esto subraya la necesidad de fortalecer la adherencia a horarios de comida a través de intervenciones educativas y estrategias de seguimiento.

Tabla 03

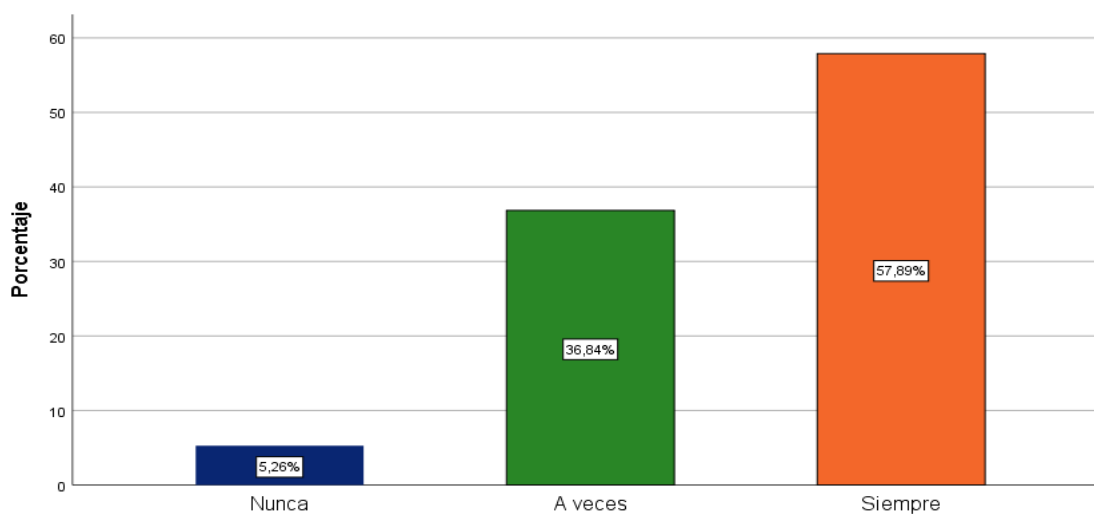
Consumo del desayuno

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Nunca	5	5,26
	A veces	35	36,84
	Siempre	55	57,89
	Total	95	100,00

Nota. Información recopilada desde la base de datos

Figura 3

Consumo del desayuno



Nota. Información recopilada desde la base de datos

Interpretación: En la tabla 3, la mayoría de los pacientes con esteatosis (57,89%) reportan consumir siempre el desayuno, lo cual es beneficioso para el metabolismo y el control energético. Sin embargo, un 36,84% lo hace solo de manera ocasional, lo que sugiere hábitos irregulares que podrían afectar negativamente la función hepática. Un pequeño porcentaje (5,26%) nunca desayuna, lo que representa un riesgo metabólico.

Análisis: A pesar de que la mayoría de los pacientes mantiene una práctica saludable al consumir el desayuno regularmente, la inconstancia observada en un porcentaje significativo (36,84%) y la ausencia total de desayuno en un pequeño grupo (5,26%) pueden tener efectos adversos en la función hepática y el manejo de la esteatosis. Esto resalta la necesidad de reforzar la educación sobre la importancia del desayuno como una estrategia clave para el control metabólico y la salud hepática en todos los pacientes.

Tabla 04

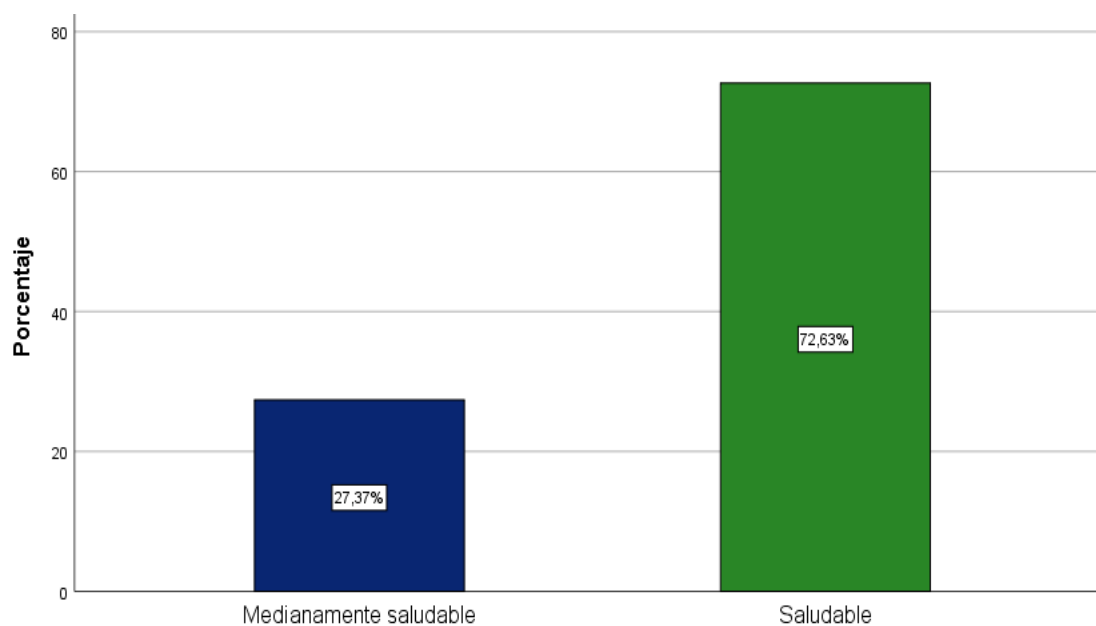
Consumo de refrigerios

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No saludable	0	0,00
	Medianamente saludable	26	27,37
	Saludable	69	72,63
	Total	95	100,00

Nota. Resultados derivados de la consulta en la base de datos

Figura 04

Consumo de refrigerios



Nota. Resultados derivados de la consulta en la base de datos

Interpretación: En la tabla 4, la mayoría de los pacientes con esteatosis (72,63%) consume refrigerios saludables, lo que contribuye a la prevención de complicaciones

metabólicas. Un 27,37% opta por refrigerios medianamente saludables, lo que indica la necesidad de mejorar ciertos hábitos alimenticios. No se observó consumo de refrigerios abiertamente no saludables, lo que sugiere una conciencia dietética en los pacientes.

Análisis: Aunque la mayoría de los pacientes sigue hábitos saludables al consumir refrigerios, el 27,37% con comportamientos intermedios requiere ajustes para optimizar el control metabólico y la salud hepática. La falta de consumo de refrigerios no saludables es un buen indicio de conciencia dietética, pero aún es necesario reforzar la educación nutricional para consolidar estos hábitos y prevenir complicaciones adicionales.

Tabla 05

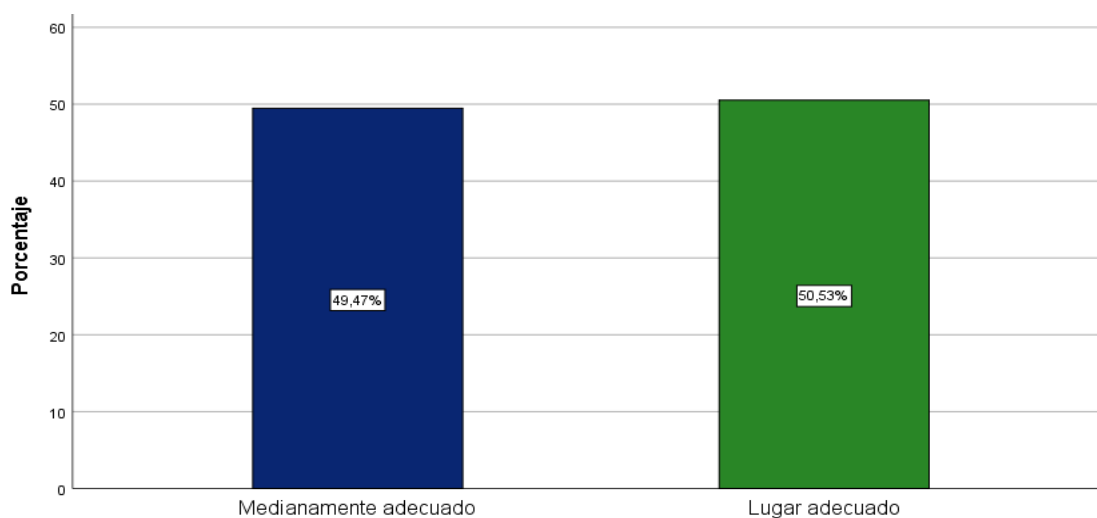
Lugar de alimentación

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No saludable	0	0,00
	Medianamente adecuado	47	49,47
	Lugar adecuado	48	50,53
	Total	95	100,00

Nota. Hallazgos obtenidos a partir de la base de datos

Figura 05

Lugar de alimentación



Nota. Hallazgos obtenidos a partir de la base de datos

Interpretación: La mitad de los pacientes con esteatosis (50,53%) se alimenta en lugares adecuados, lo que favorece hábitos saludables. Un 49,47% lo hace en espacios medianamente adecuados, lo que podría afectar la calidad y regularidad de su dieta. No se reporta consumo en lugares totalmente no saludables, lo que es un aspecto positivo.

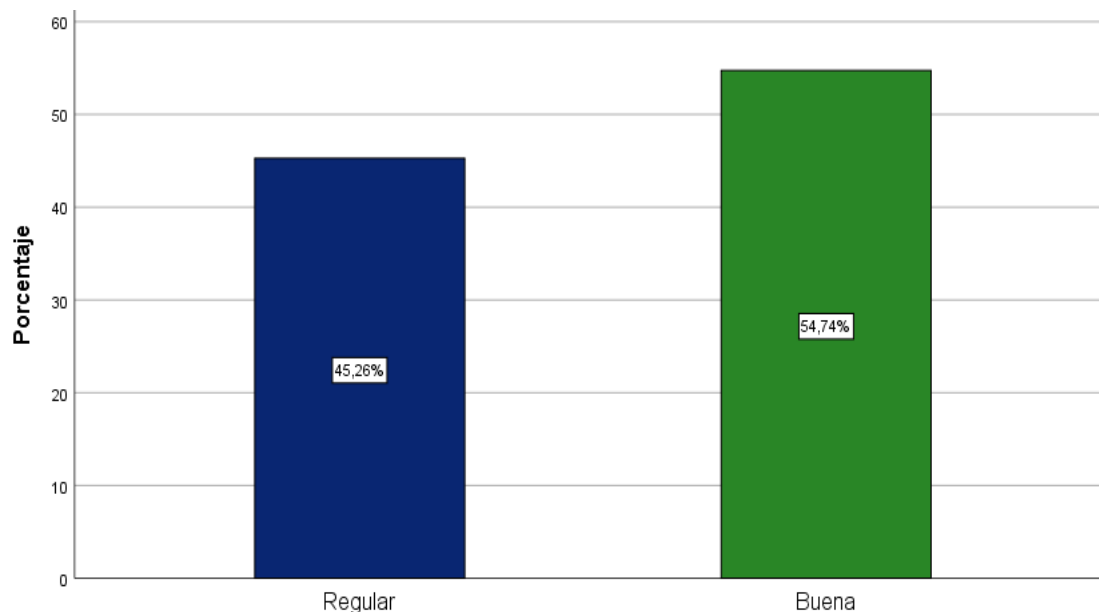
Análisis: Aunque la mitad de los pacientes cuenta con entornos adecuados para alimentarse, la proximidad del 49,47% a espacios medianamente adecuados sugiere que los lugares de consumo pueden influir negativamente en la calidad de la dieta y el manejo de la enfermedad. La falta de consumo en lugares completamente no saludables es una ventaja, pero es necesario implementar intervenciones para garantizar que todos los pacientes tengan acceso a entornos óptimos para la alimentación.

Tabla 06

Conducta de alimentación

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	0	0,00
	Regular	43	45,26
	Buena	52	54,74
	Total	95	100,00

Nota. Información obtenida a partir del sistema de gestión de datos

Figura 06*Lugar de alimentación*

Nota. Información obtenida a partir del sistema de gestión de datos

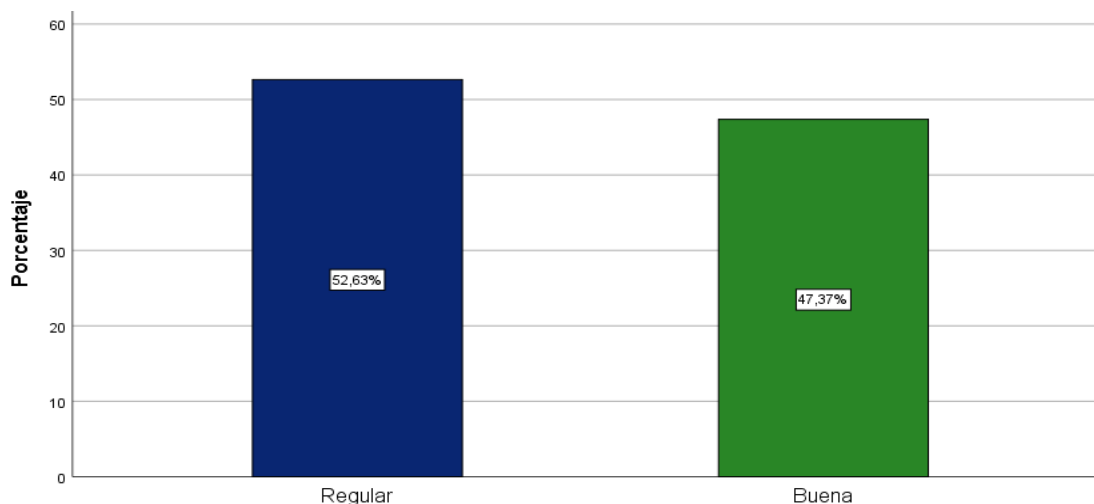
Interpretación: En la tabla 6 la mayoría de los pacientes con esteatosis (54,74%) muestra una buena conducta alimentaria, lo que favorece el control de la enfermedad. Un 45,26% mantiene conductas regulares, lo que refleja cierta inconsistencia que podría afectar el manejo de la enfermedad. No se observan conductas alimentarias claramente malas, lo que es un aspecto positivo.

Análisis: Aunque la mayoría de los pacientes sigue conductas alimentarias favorables, el 45,26% que presenta comportamientos irregulares requiere intervención para fortalecer la adherencia a hábitos más saludables. La ausencia de conductas alimentarias significativamente malas es un factor positivo, pero es necesario reforzar las prácticas alimenticias en aquellos pacientes con hábitos inconsistentes para mejorar el control de la esteatosis.

Tabla 07*Preferencia de alimentos saludables*

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	0	0,00
	Regular	50	52,63
	Buena	45	47,37
	Total	95	100,00

Nota. Salidas generadas desde la base de datos

Figura 07*Preferencia de alimentos saludables*

Nota. Salidas generadas desde la base de datos

Interpretación: En la tabla 7 la tabla muestra que el 52,63% de los pacientes con esteatosis tiene una preferencia regular por alimentos saludables, lo que indica una inclinación parcial hacia prácticas dietéticas beneficiosas. Un 47,37% tiene una buena preferencia por alimentos saludables, lo que refleja un grupo con mayor adherencia a hábitos protectores. No se reporta una preferencia mala, lo que es un aspecto positivo en el manejo nutricional.

Análisis: Aunque más de la mitad de los pacientes muestra una preferencia regular por alimentos saludables, la mayoría no alcanza un nivel óptimo de selección alimentaria. Esto sugiere que, aunque existe conciencia dietética, es necesario implementar intervenciones educativas para promover una elección más consciente

y consistente de alimentos saludables en todos los pacientes, con el fin de mejorar el manejo de la esteatosis.

Tabla 08

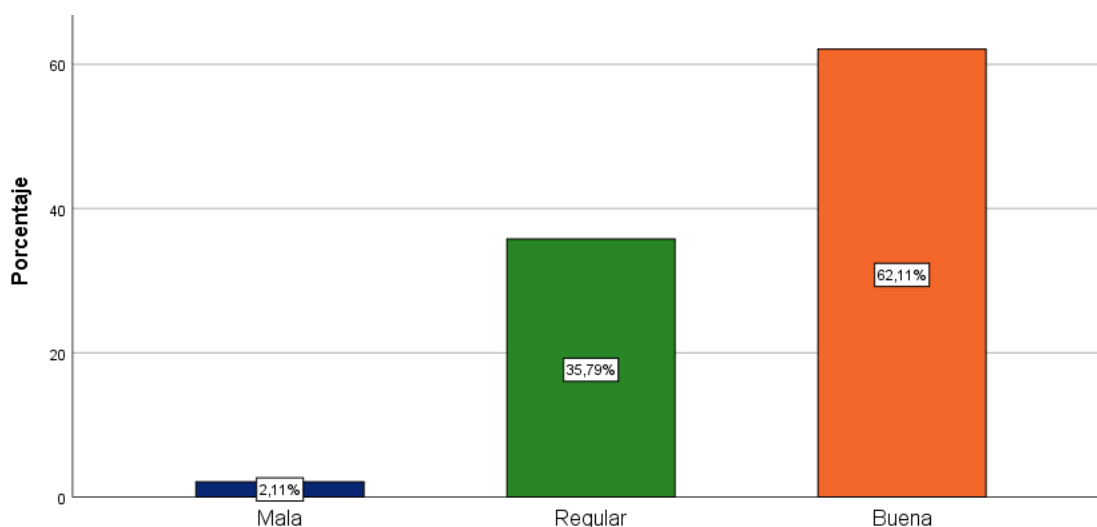
Preferencia de alimentos no saludables

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	2	2,11
	Regular	34	35,79
	Buena	59	62,11
	Total	95	100,00

Nota. Análisis realizado sobre los datos recopilados

Figura 8

Preferencia de alimentos no saludables



Nota. Análisis realizado sobre los datos recopilados

Interpretación: La tabla 8 revela que el 62,11% de los pacientes con esteatosis tiene una alta preferencia por alimentos no saludables, lo que representa un riesgo significativo para la progresión de la enfermedad. Un 35,79% muestra una preferencia regular por estos alimentos, lo que indica un consumo intermedio que aún requiere control. Solo un 2,11% tiene una baja preferencia, constituyendo un grupo con menor riesgo dietético.

Análisis: La mayoría de los pacientes presenta una alta preferencia por alimentos no saludables, lo que incrementa el riesgo de progresión de la esteatosis. Aunque un pequeño porcentaje muestra una baja preferencia por estos alimentos, la tendencia general hacia hábitos alimentarios inadecuados subraya la necesidad urgente de implementar intervenciones nutricionales más intensivas para reducir el consumo de alimentos no saludables y mejorar el manejo de la enfermedad.

Tabla 09

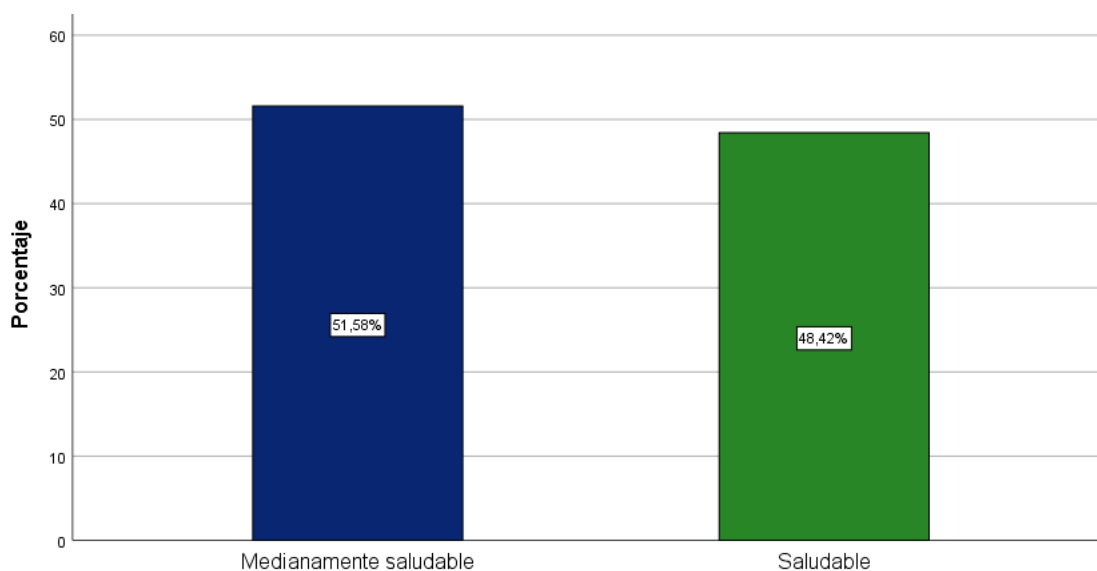
Tipo de alimentos (Consumidos)

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No saludable	0	0,00
	Medianamente saludable	49	51,58
	Saludable	46	48,42
	Total	95	100,00

Nota. Resultados analizados a partir de la base de datos

Figura 09

Tipo de alimentos (Consumidos)



Nota. Resultados analizados a partir de la base de datos

Interpretación: La tabla 9 muestra que el 51,58% de los pacientes con esteatosis consume alimentos medianamente saludables, lo que refleja prácticas dietéticas intermedias que no aseguran un control adecuado de la enfermedad. Un 48,42% sigue

una dieta saludable, lo que indica mejores hábitos. No se observa consumo de alimentos totalmente no saludables, lo que es positivo.

Análisis: Aunque casi la mitad de los pacientes sigue hábitos alimentarios saludables, más de la mitad se encuentra en un punto intermedio, lo que genera un riesgo moderado para el control de la esteatosis. Este patrón subraya la necesidad de reforzar la educación alimentaria y fomentar la adopción de una dieta completamente saludable para mejorar el manejo de la enfermedad y reducir riesgos a largo plazo.

Tabla 10

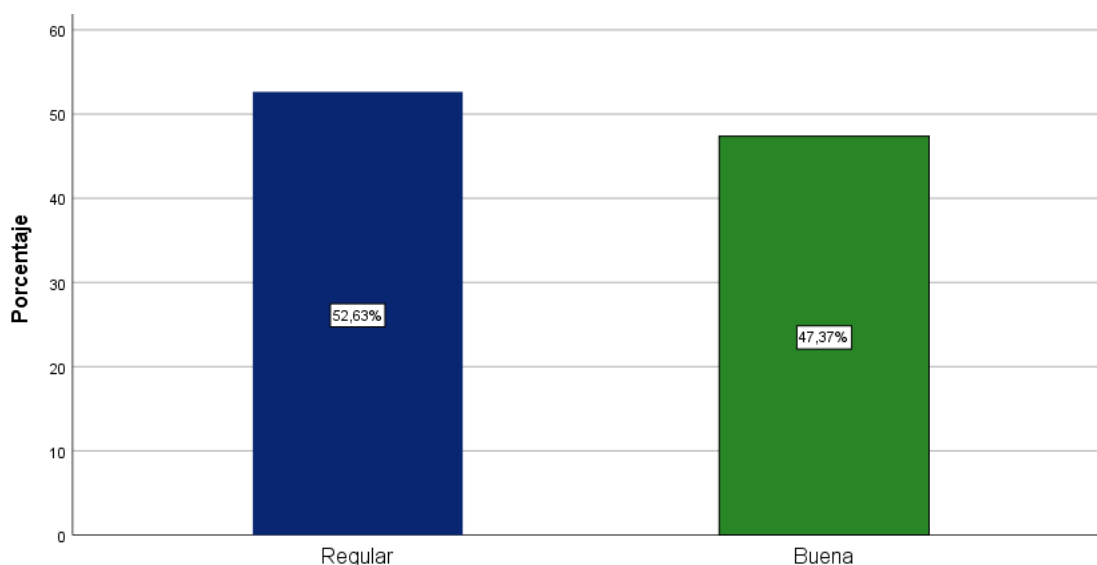
Hábitos alimentarios

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Malo	0	0,00
	Regular	50	52,63
	Buena	45	47,37
	Total	95	100,00

Nota. Información procesada desde la plataforma de datos

Figura 10

Hábitos alimentarios



Nota. Información procesada desde la plataforma de datos

Interpretación: La tabla 10 indica que el 52,63% de los pacientes con esteatosis presenta hábitos alimentarios regulares, lo que refleja prácticas inconstantes que dificultan un control adecuado de la enfermedad. Un 47,37% sigue buenos hábitos,

mostrando una mayor adherencia a las recomendaciones nutricionales. No se reportan hábitos alimentarios claramente malos, lo que es un aspecto positivo.

Análisis: Aunque cerca de la mitad de los pacientes mantiene buenos hábitos alimentarios, más de la mitad sigue hábitos regulares, lo que genera un riesgo de recaída o progresión de la esteatosis. Esto resalta la necesidad de implementar intervenciones educativas y de acompañamiento para consolidar prácticas alimentarias saludables en la mayoría de los pacientes y mejorar el manejo de la enfermedad.

Tabla 11

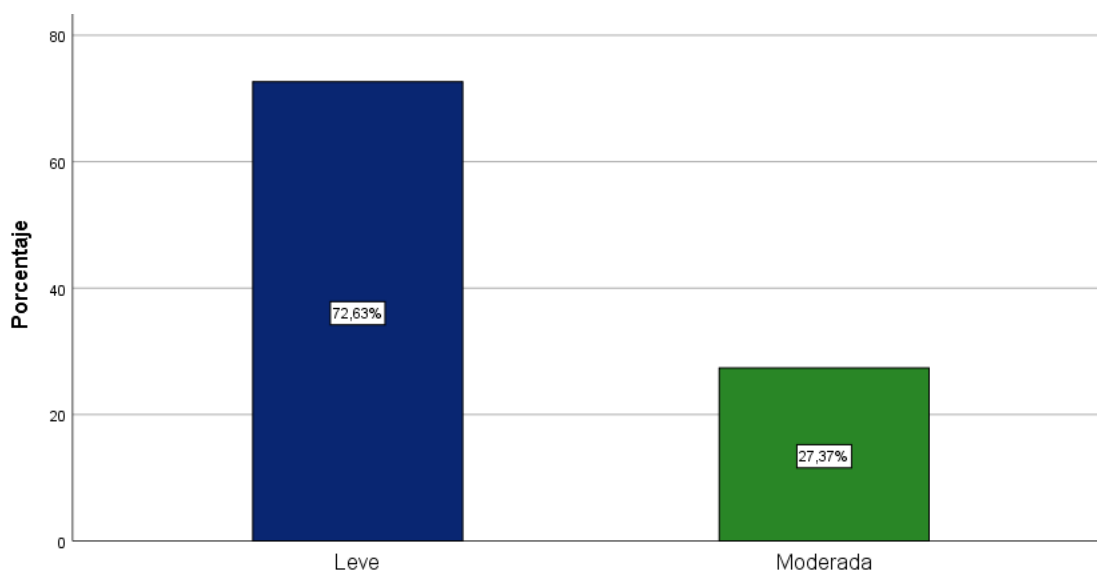
Esteatosis hepática no alcohólica

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Leve	69	72,63
	Moderada	26	27,37
	Severa	0	0,00
	Total	95	100,00

Nota. Datos obtenidos a través del sistema de almacenamiento de información.

Figura 11

Esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Datos obtenidos a través del sistema de almacenamiento de información.

Interpretación: La tabla 11 muestra que la mayoría de los pacientes (72,63%) tiene esteatosis hepática no alcohólica en grado leve, lo que sugiere una detección temprana

y una oportunidad favorable para la intervención. Un 27,37% presenta un grado moderado de la enfermedad, lo que implica un mayor riesgo de progresión si no se modifican los hábitos de vida. No se reportan casos severos, lo que es positivo.

Análisis: El predominio de esteatosis hepática no alcohólica en grado leve sugiere que la mayoría de los pacientes está en una etapa controlable de la enfermedad. Sin embargo, el porcentaje significativo en grado moderado resalta la necesidad de adoptar cambios en el estilo de vida para evitar complicaciones futuras. Este escenario subraya la importancia de fortalecer las estrategias preventivas y terapéuticas para controlar la progresión de la enfermedad.

Resultados descriptivos bivariantes

Tabla 12

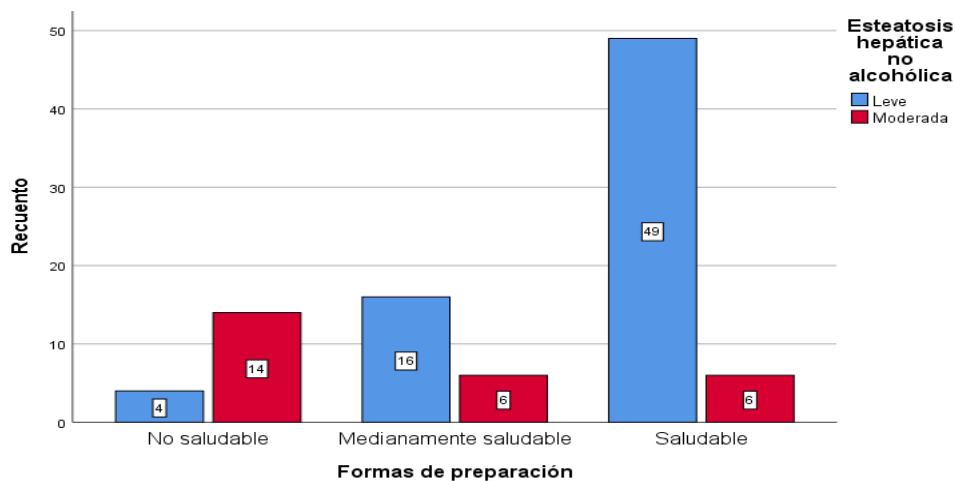
Formas de preparación de los alimentos y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Formas de preparación	No saludable	4 4,2%	14 14,7%	18 18,9%
	Medianamente saludable	16 16,8%	6 6,3%	22 23,2%
	Saludable	49 51,6%	6 6,3%	55 57,9%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Resultados extraídos de la fuente de datos

Figura 12

Formas de preparación de los alimentos y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Resultados extraídos de la fuente de datos

Interpretación: En la tabla 12 la relación inversa observada muestra que la mayoría de los pacientes que preparan sus alimentos de manera saludable (51,6%) presentan esteatosis en grado leve, mientras que aquellos con prácticas no saludables tienen una mayor concentración de casos moderados (14,7%). Esto indica que mejores formas de preparación se asociadas con menor severidad de la enfermedad. Las prácticas medianamente saludables se asocian principalmente con la esteatosis leve (16,8%), pero aún presentan riesgos.

Análisis: El vínculo entre la preparación saludable de los alimentos y una menor severidad de la esteatosis destaca la importancia de hábitos dietéticos adecuados en el manejo de la enfermedad. Las prácticas alimentarias medianamente saludables, aunque están asociadas con la forma leve de la enfermedad, aún conllevan riesgos. En general, se confirma que una preparación inadecuada de los alimentos aumenta la probabilidad de progresión de la esteatosis, lo que resalta la necesidad de mejorar las prácticas dietéticas en los pacientes.

Tabla 13

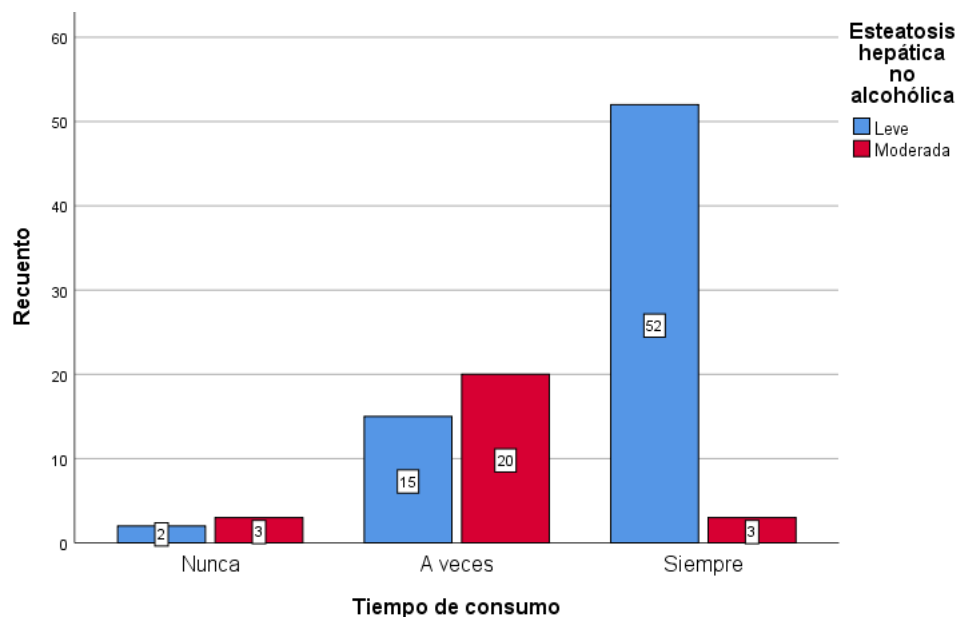
Tiempo de consumo de alimentos y esteatosis hepática no alcohólica

Esteatosis hepática no alcohólica				
		Leve	Moderada	Total
Tiempo de consumo	Nunca	2 2,1%	3 3,2%	5 5,3%
	A veces	15 15,8%	20 21,1%	35 36,8%
	Siempre	52 54,7%	3 3,2%	55 57,9%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Información obtenida mediante el acceso a la base de datos

Figura 13

Tiempo de consumo de alimentos y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Información obtenida mediante el acceso a la base de datos

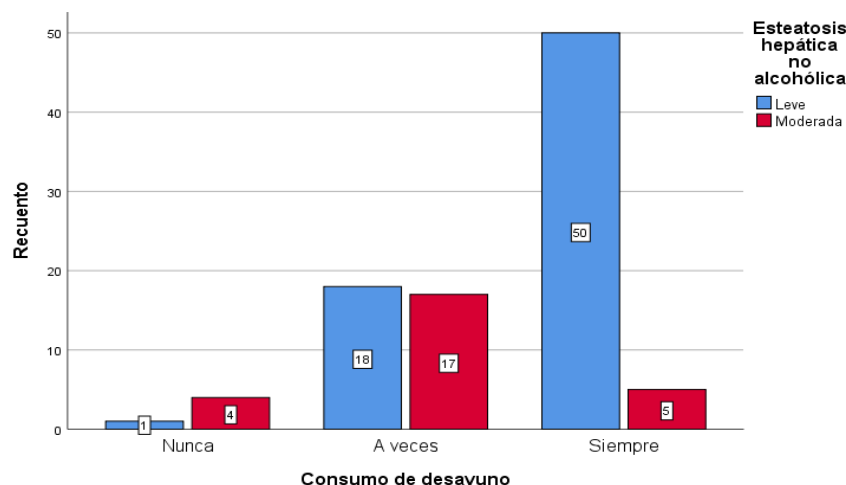
Interpretación: en la tabla 13 la relación inversa muestra que el 54,7% de los pacientes que cumplen siempre con los horarios de alimentación presenta esteatosis en grado leve, mientras que el 21,1% de aquellos que solo cumplen a veces se asocia con la forma moderada de la enfermedad. Esto indica que la constancia en los horarios de comida está relacionada con una menor severidad de la enfermedad.

Análisis: El cumplimiento regular de los horarios de alimentación se vincula con una forma más leve de la esteatosis, lo que sugiere que la constancia es un factor protector clave. Por el contrario, la irregularidad en los horarios de comida incrementa el riesgo de progresión de la enfermedad. Este patrón resalta la importancia de promover la regularidad en los horarios de alimentación para prevenir la evolución de la esteatosis.

Tabla 14*Consumo de desayuno y esteatosis hepática no alcohólica*

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Consumo de desayuno	Nunca	1 1,1%	4 4,2%	5 5,3%
	A veces	18 18,9%	17 17,9%	35 36,8%
	Siempre	50 52,6%	5 5,3%	55 57,9%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Datos procesados desde la plataforma de almacenamiento

Figura 14*Consumo de desayuno y esteatosis hepática no alcohólica*

Nota. Datos procesados desde la plataforma de almacenamiento

Interpretación: En la tabla 14 la relación inversa muestra que el 52,6% de los pacientes que siempre consumen desayuno presenta esteatosis leve, mientras que el 17,9% de los que desayunan solo a veces se asocia con formas moderadas. Además, el grupo que nunca desayuna concentra un 4,2% de casos moderados, lo que refleja un mayor riesgo. Esto indica que el consumo regular de desayuno está vinculado con una menor severidad de la enfermedad.

Análisis: El hábito de desayunar regularmente se asocia con formas más leves de esteatosis, lo que sugiere que este comportamiento actúa como un factor protector contra la progresión de la enfermedad. En contraste, la omisión del desayuno o su

consumo irregular incrementa el riesgo de desarrollar formas más graves de la enfermedad. Esto resalta la importancia de promover el desayuno como una estrategia clave para prevenir la progresión de la esteatosis.

Tabla 15

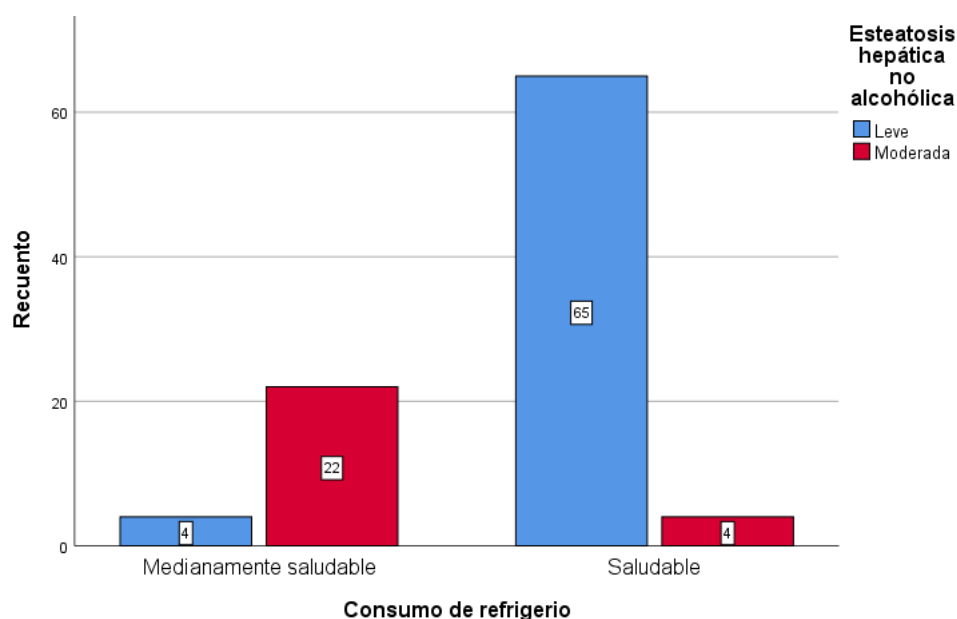
Consumo de refrigerio y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Consumo de refrigerio	Medianamente saludable	4 4,2%	22 23,2%	26 27,4%
	Saludable	65 68,4%	4 4,2%	69 72,6%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Resultados derivados de la consulta a la base de información

Figura 15

Consumo de refrigerio y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Resultados derivados de la consulta a la base de información

Interpretación: En la tabla 15 la relación inversa muestra que el 68,4% de los pacientes que consumen refrigerios saludables presenta esteatosis leve, mientras que el 23,2% de aquellos que eligen opciones medianamente saludables se asocia con formas

moderadas. Esto indica que la calidad de los refrigerios influye directamente en la severidad de la enfermedad.

Análisis: El consumo de refrigerios saludables se vincula con formas más leves de esteatosis, lo que sugiere que estos hábitos alimenticios actúan como un factor protector frente a la progresión de la enfermedad. En contraste, las opciones medianamente saludables incrementan el riesgo de desarrollar formas más graves de esteatosis. Este patrón subraya la importancia de promover refrigerios saludables como una estrategia clave para prevenir la progresión de la enfermedad.

Tabla 16

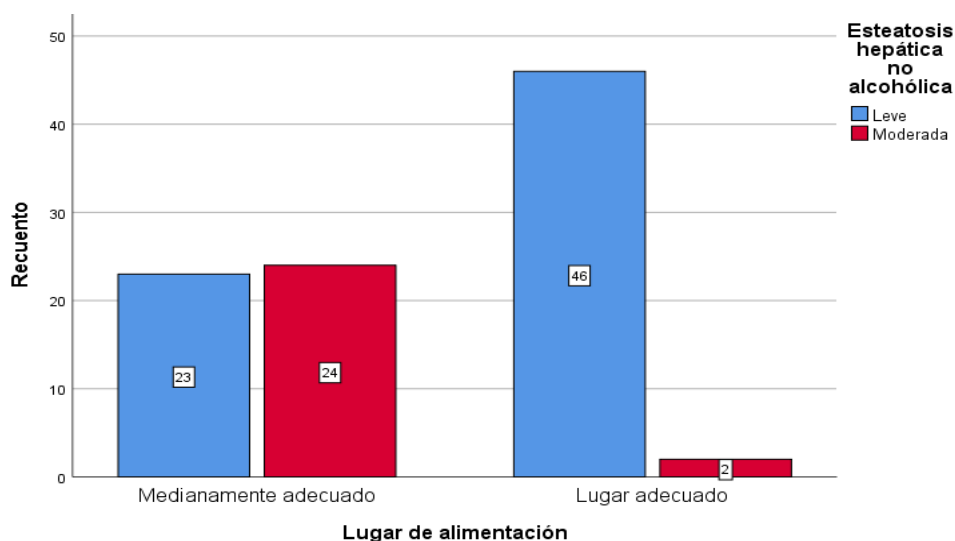
Lugar de alimentación y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Lugar de alimentación	Medianamente adecuado	23 24,2%	24 25,3%	47 49,5%
	Lugar adecuado	46 48,4%	2 2,1%	48 50,5%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Información analizada a partir del repositorio de datos

Figura 16

Lugar de alimentación y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Información analizada a partir del repositorio de datos

Interpretación: En la tabla 16 la relación inversa muestra que el 48,4% de los pacientes que se alimentan en lugares adecuados (su casa) presenta esteatosis leve, mientras

que el 25,3% de los que comen en lugares medianamente adecuados se asocia con formas moderadas de la enfermedad. Esto sugiere que el entorno donde se realiza la alimentación influye directamente en la severidad de la enfermedad.

Análisis: El hecho de alimentarse en lugares adecuados, como el hogar, está relacionado con una forma más leve de esteatosis, lo que indica que un entorno alimentario favorable favorece el control de la enfermedad. En cambio, los lugares medianamente adecuados incrementan el riesgo de progresión. Esto destaca que el contexto de la alimentación puede actuar como un factor protector o de riesgo, dependiendo de su calidad.

Tabla 17

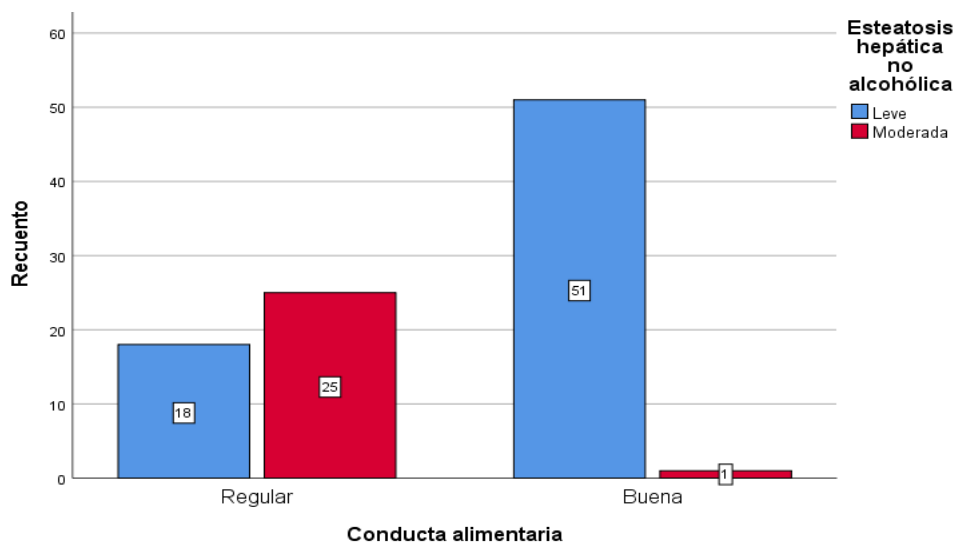
Conducta alimentaria y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Conducta alimentaria	Regular	18 18,9%	25 26,3%	43 45,3%
	Buena	51 53,7%	1 1,1%	52 54,7%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Salidas obtenidas de la base de datos consultada

Figura 17

Conducta alimentaria y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Salidas obtenidas de la base de datos consultada

Interpretación: En la tabla 17 la relación inversa muestra que el 53,7% de los pacientes con buena conducta alimentaria presenta esteatosis leve, mientras que el 26,3% de aquellos con conducta regular se asocia con formas moderadas de la enfermedad. Esto indica que una conducta alimentaria adecuada actúa como un factor protector, reduciendo la severidad de la enfermedad.

Análisis: Una buena conducta alimentaria está relacionada con una forma más leve de esteatosis, lo que subraya la importancia de mantener hábitos alimenticios saludables en el manejo de la enfermedad. En contraste, los pacientes con conductas irregulares presentan un mayor riesgo de progresión a formas moderadas de la enfermedad. Esto confirma que la calidad de la conducta alimentaria influye directamente en la severidad de la esteatosis.

Tabla 18

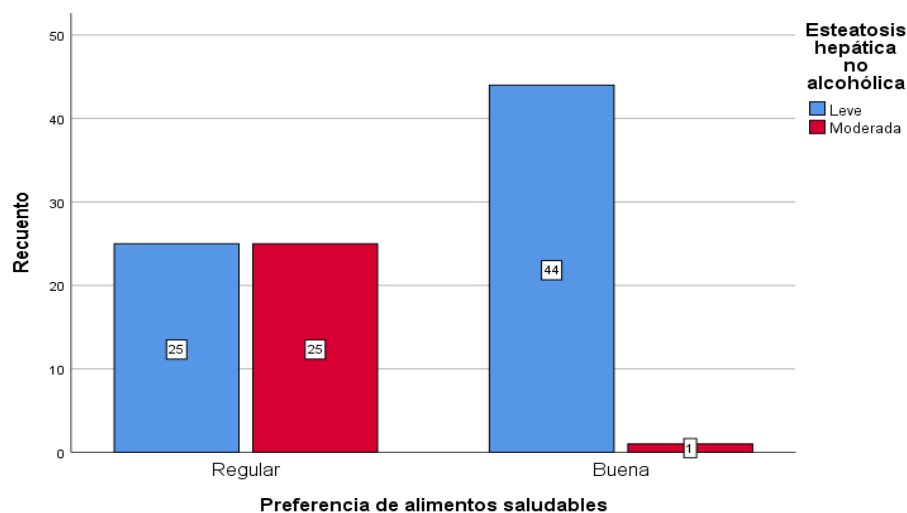
Preferencia de alimentos saludables y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Preferencia de alimentos saludables	Regular	25 26,3%	25 26,3%	50 52,6%
	Buena	44 46,3%	1 1,1%	45 47,4%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Resultados recabados desde el sistema de datos

Figura 18

Preferencia de alimentos saludables y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Resultados recabados desde el sistema de datos

Interpretación: En la tabla 19 la relación inversa muestra que el 46,3% de los pacientes con buena preferencia por alimentos saludables presenta esteatosis leve, mientras que el 26,3% de aquellos con preferencia regular se asocia con formas moderadas de la enfermedad. Esto sugiere que una mayor inclinación hacia alimentos saludables ayuda a prevenir la progresión de la enfermedad.

Análisis: Una preferencia fuerte por alimentos saludables está asociada con una forma más leve de esteatosis, lo que indica que elegir conscientemente opciones alimenticias saludables actúa como un factor protector clave. Por el contrario, una preferencia limitada por alimentos saludables incrementa el riesgo de progresión y severidad de la enfermedad. Esto refuerza la importancia de fomentar elecciones alimentarias saludables para controlar la esteatosis.

Tabla 19

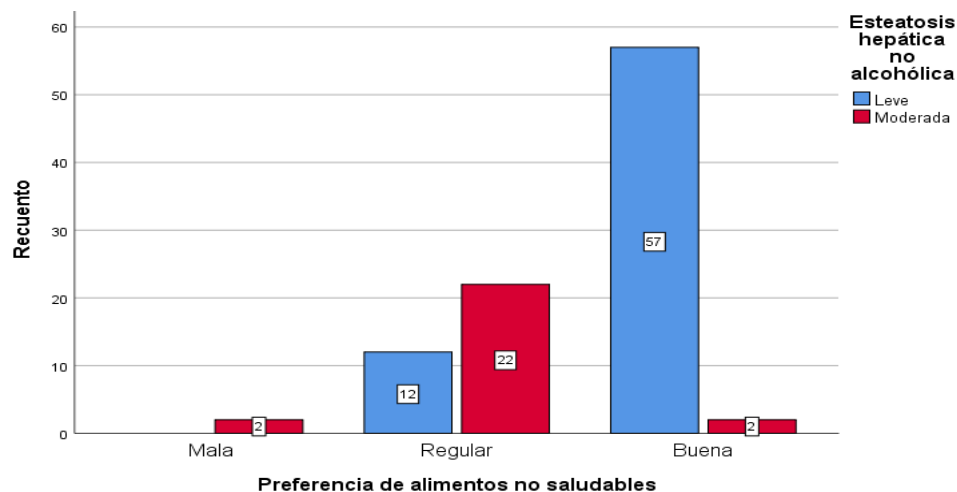
Preferencia de alimentos no saludables y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		
		Leve	Moderada	Total
Preferencia de alimentos no saludables	Mala	0	2	2
		0,0%	2,1%	2,1%
	Regular	12	22	34
		12,6%	23,2%	35,8%
	Buena	57	2	59
		60,0%	2,1%	62,1%
Total		69	26	95
		72,6%	27,4%	100,0%

Nota. Información generada a partir del análisis de la base de datos

Figura 19

Preferencia de alimentos no saludables y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Información generada a partir del análisis de la base de datos

Interpretación: En la tabla 19 la relación inversa muestra que el 60% de los pacientes con buena preferencia por alimentos no saludables presenta esteatosis leve, mientras que el 23,2% de aquellos con preferencia regular se asocia con casos moderados. Esto sugiere que, aunque muchos pacientes prefieren alimentos no saludables, su impacto negativo es mayor cuando la preferencia no se controla adecuadamente.

Análisis: Aunque un alto porcentaje de pacientes mantiene una preferencia por alimentos no saludables, la severidad de la enfermedad tiende a ser más pronunciada en aquellos con preferencias intermedias e inadecuadas. Esto confirma que reducir la inclinación hacia estos alimentos es clave para prevenir la progresión de la esteatosis y

mejorar el control de la enfermedad. Se destaca la importancia de moderar y controlar las preferencias alimentarias para evitar complicaciones a largo plazo.

Tabla 20

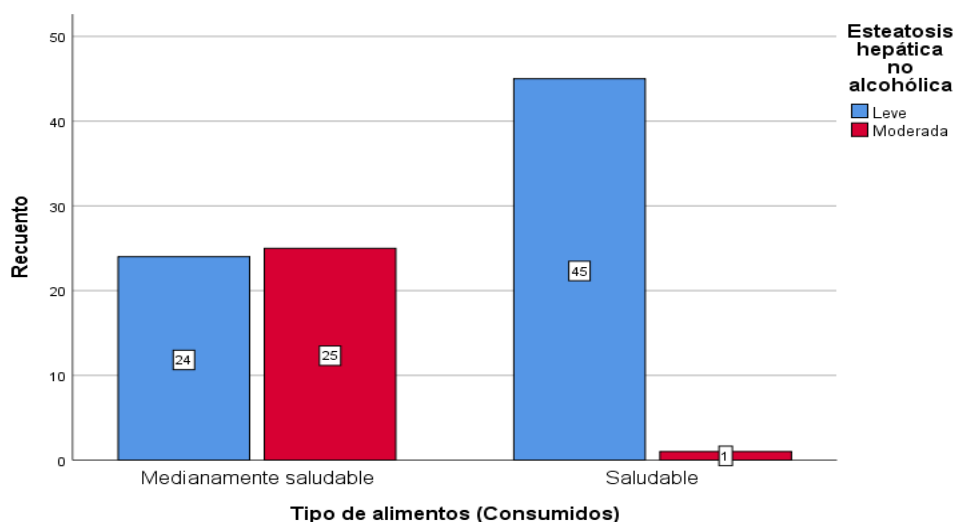
Tipo de alimentos (Consumidos) y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		Total
		Leve	Moderada	
Tipo de alimentos (Consumidos)	Medianamente saludable	24 25,3%	25 26,3%	49 51,6%
	Saludable	45 47,4%	1 1,1%	46 48,4%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Datos recogidos a partir de la fuente de información

Figura 20

Tipo de alimentos (Consumidos) y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Datos recogidos a partir de la fuente de información

Interpretación: En la tabla 20 la relación inversa muestra que el 47,4% de los pacientes que consumen alimentos saludables presenta esteatosis leve, mientras que el 26,3% de los que optan por alimentos medianamente saludables se asocia con formas moderadas de la enfermedad. Esto sugiere que una dieta basada en alimentos saludables actúa como un factor protector contra la progresión de la enfermedad.

Análisis: Una dieta compuesta principalmente por alimentos saludables se asocia con formas más leves de esteatosis, lo que destaca su rol protector en el control de la enfermedad. En cambio, una ingesta intermedia de alimentos saludables incrementa el

riesgo de severidad. Esto confirma que la calidad de los alimentos consumidos influye directamente en el grado de esteatosis hepática, resaltando la importancia de una alimentación plenamente saludable para prevenir complicaciones.

Tabla 21

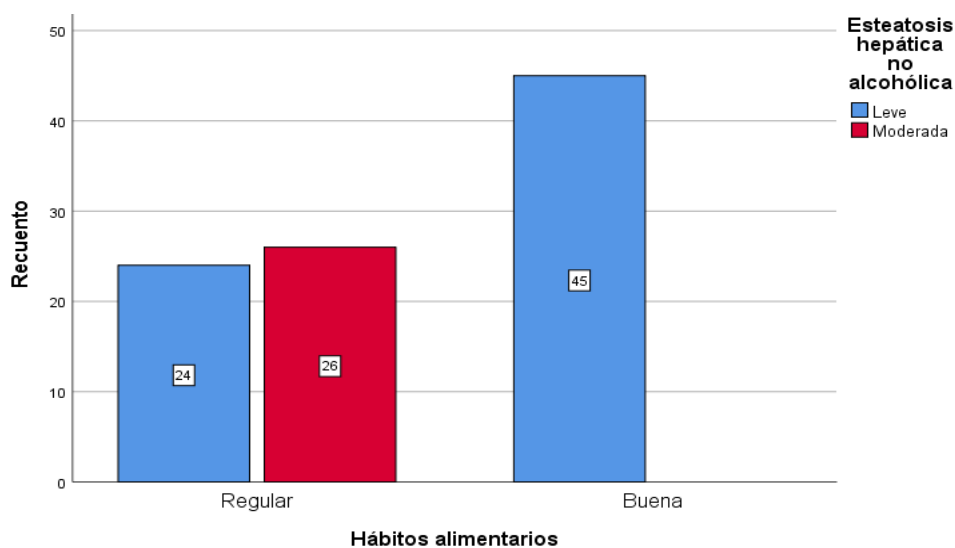
Hábitos alimentarios y esteatosis hepática no alcohólica

		Esteatosis hepática no alcohólica		Total
		Leve	Moderada	
Hábitos alimentarios	Regular	24 25,3%	26 27,4%	50 52,6%
	Buena	45 47,4%	0 0,0%	45 47,4%
Total		69 72,6%	26 27,4%	95 100,0%

Nota. Resultados obtenidos tras la consulta a la base de datos

Figura 21

Hábitos alimentarios y esteatosis hepática no alcohólica



Nota. Resultados obtenidos tras la consulta a la base de datos

Interpretación: En la tabla 21 la relación inversa muestra que el 47,4% de los pacientes con buenos hábitos alimentarios presenta esteatosis leve, y ninguno alcanza el nivel moderado, lo que indica un claro efecto protector de los hábitos alimentarios saludables. En contraste, el 27,4% de los que mantienen hábitos regulares se asocia con la forma moderada de la enfermedad, lo que refleja un mayor riesgo de progresión.

Análisis: Los buenos hábitos alimentarios están estrechamente relacionados con formas más leves de esteatosis, lo que confirma que la calidad de los hábitos alimentarios juega un papel crucial en la severidad de la enfermedad. Los pacientes con hábitos regulares presentan un mayor riesgo de progresión hacia formas moderadas. Este patrón subraya la importancia de fortalecer y mantener hábitos alimentarios saludables como una estrategia clave para prevenir complicaciones en la esteatosis hepática no alcohólica.

Resultados inferenciales

Tabla 22

Prueba de normalidad de los datos

	Kolmogorov-Smirnov		
	Estadístico	gl	Sig.
• Formas de preparación	0,359	95	0,000
• Tiempo de consumo	0,365	95	0,000
• Consumo de desayuno	0,365	95	0,000
• Consumo de refrigerio	0,456	95	0,000
• Lugar de alimentación	0,343	95	0,000
• Conducta alimentaria	0,365	95	0,000
• Preferencia de alimentos saludables	0,354	95	0,000
• Preferencia de alimentos no saludables	0,394	95	0,000
• Tipo de alimentos (Consumidos)	0,348	95	0,000
• Hábitos alimentarios	0,354	95	0,000
• Esteatosis hepática no alcohólica	0,456	95	0,000

Nota. Resultados obtenidos de la base de datos

En la tabla 22 la prueba de Kolmogorov-Smirnov aplicada a todas las variables muestra valores de significancia (Sig.) = 0,000, inferiores al nivel de referencia de 0,05. Esto indica que los datos no siguen una distribución normal en ninguna de las variables analizadas. En consecuencia, el análisis estadístico posterior debe realizarse mediante pruebas no paramétricas, ya que el supuesto de normalidad se

incumple. Esto refuerza la necesidad de utilizar métodos como U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis o correlaciones de Spearman para garantizar la validez de los resultados, esto debido a que se trabajó con escala ordinal para ambas variables. La investigación consideró como el más pertinente para evidenciar la asociación o correlación entre variables los valores de Rho de Spearman, además tomando en cuenta el valor de significancia se evidencia las hipótesis correspondientes.

Prueba de hipótesis general

Tabla 23

Relación de hábitos alimentarios con esteatosis hepática no alcohólica (EHNA)

			EHNA
Rho de Spearman	Hábitos alimentarios	Coeficiente de correlación	-0,582
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Resultados extraídos de la fuente de información sistematizada

Interpretación: En la tabla 23 la correlación de Spearman muestra un coeficiente de -0,582 con una significancia de $p = 0,000 (< 0,05)$, lo que indica una relación inversa, moderada y significativa entre los hábitos alimentarios y la severidad de la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA). Esto sugiere que, a medida que mejoran los hábitos alimentarios, disminuye el grado de progresión de la enfermedad.

Análisis: El coeficiente negativo de -0,582 revela que existe una relación moderada y significativa, en la que hábitos alimentarios más saludables están asociados con una menor severidad de la esteatosis hepática no alcohólica. La fuerza negativa de esta correlación refuerza la idea de que la calidad de la dieta actúa como un factor protector clave contra la progresión de la enfermedad. Esto subraya la importancia de mejorar los hábitos alimentarios para controlar y reducir los riesgos de complicaciones relacionadas con la EHNA.

Tabla 24*Relación de las formas de preparación con EHNA*

			EHNA
Rho de Spearman	Formas de preparación	Coeficiente de correlación	-0,514
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Resultados extraídos de la fuente de información sistematizada

Interpretación: En la tabla 24 el coeficiente de Spearman de -0,514 con una significancia de $p = 0,000$ ($< 0,05$) indica una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre las formas de preparación de los alimentos y la severidad de la esteatosis hepática no alcohólica (EHNA). Esto sugiere que, a medida que las preparaciones de los alimentos se vuelven más saludables, el grado de la enfermedad disminuye.

Análisis: La correlación negativa de -0,514 demuestra que las prácticas más saludables de preparación de los alimentos están asociadas con una menor severidad de la EHNA. La fuerza negativa de la relación resalta que la forma en que se cocinan los alimentos tiene un impacto directo en el pronóstico de la enfermedad, subrayando la importancia de adoptar métodos de preparación saludables para mejorar el control y manejo de la esteatosis hepática no alcohólica.

Tabla 25*Relación del tiempo de consumo con EHNA*

			EHNA
Rho de Spearman	Tiempo de consumo	Coeficiente de correlación	-0,569
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Información obtenida del procesamiento de datos

Interpretación: En la tabla 25 el coeficiente de Spearman de $-0,569$ con $p = 0,000 < 0,05$ indica una correlación inversa moderada y altamente significativa entre el cumplimiento de horarios de alimentación y la severidad de la esteatosis hepática no

alcohólica (EHNA), es decir, a mayor regularidad en los tiempos de comida, menor gravedad de la enfermedad.

Análisis: La relación negativa de $-0,569$ revela que la constancia en los horarios de alimentación actúa como factor protector frente a la progresión de la EHNA. La significancia estadística ($p < 0,05$) confirma que esta asociación no es producto del azar. Por tanto, promover la regularidad en los tiempos de consumo debe ser un componente clave de las intervenciones nutricionales para minimizar el riesgo de agravamiento de la esteatosis.

Tabla 26

Relación del consumo de desayuno con EHNA

			EHNA
Rho de Spearman	Consumo de desayuno	Coefficiente de correlación	-0,500
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Resultados extraídos de la fuente de información sistematizada

Interpretación: En la tabla 26 el coeficiente de Spearman de $-0,500$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) indica una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el consumo regular de desayuno y la severidad de la EHNA, es decir, a mayor frecuencia de desayuno, menor grado de enfermedad.

Análisis: La fuerza negativa de $-0,500$ revela que el hábito de desayunar actúa como factor protector frente a la progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia $p < 0,05$ confirma que esta asociación es real y no debida al azar. Por tanto, fomentar la ingesta habitual de desayuno debe incluirse en las estrategias nutricionales para reducir el riesgo de agravamiento de la EHNA.

Tabla 27*Relación del consumo de refrigerio con EHNA*

			EHNA
Rho de Spearman	Consumo de refrigerio	Coeficiente de correlación	-0,788
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Resultados obtenidos de la base de datos

Interpretación: En la tabla 27 el coeficiente de Spearman de $-0,788$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) indica una correlación inversa fuerte y altamente significativa entre la calidad de los refrigerios y la severidad de la EHNA, es decir, a mejor elección de refrigerios, menor grado de enfermedad.

Análisis: La magnitud de $-0,788$ evidencia que la calidad de los refrigerios tiene un impacto muy relevante sobre la progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia estadística confirma que este efecto no es producto del azar. Por tanto, promover el consumo de refrigerios saludables debe ser una prioridad en las intervenciones nutricionales para proteger contra el avance de la EHNA.

Tabla 28*Relación del lugar de alimentación con EHNA*

			EHNA
Rho de Spearman	Lugar de alimentación	Coeficiente de correlación	-0,526
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Se ha obtenido de los datos organizados

Interpretación: en la tabla 28 el coeficiente de Spearman de $-0,526$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) revela una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el lugar de alimentación y la severidad de la EHNA; es decir, alimentarse en entornos adecuados se asocia con una forma más leve de la enfermedad.

Análisis: La magnitud negativa de $-0,526$ indica que los entornos de consumo deficiente contribuyen a la progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La

significancia estadística respalda que esta relación no es casual, por lo que garantizar lugares adecuados para la alimentación debe formar parte de las estrategias de prevención y manejo de la EHNA.

Tabla 29

Relación de la conducta alimentaria con EHNA

			EHNA
Rho de Spearman	Conducta alimentaria	Coeficiente de correlación	-0,628
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Extraído de la organización de datos cuantitativos

Interpretación: En la tabla 29 el coeficiente de Spearman de $-0,628$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) evidencia una correlación inversa fuerte y estadísticamente significativa entre la conducta alimentaria y la severidad de la EHNA, es decir, a mejores prácticas alimentarias, menor grado de enfermedad.

Análisis: La magnitud de $-0,628$ indica que la calidad de la conducta alimentaria tiene un impacto sustancial en el pronóstico de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia estadística refuerza que esta asociación es robusta y no fruto del azar. Por tanto, fortalecer y mantener conductas alimentarias saludables debe considerarse una prioridad en las intervenciones para prevenir la progresión de la EHNA.

Tabla 30

Relación de la preferencia de alimentos saludables con EHNA

			EHNA
Rho de Spearman	Preferencia de alimentos saludables	Coeficiente de correlación	-0,535
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Se ha obtenido de los datos organizados

Interpretación: En la tabla 30 el coeficiente de Spearman de $-0,535$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) muestra una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre

la preferencia por alimentos saludables y la severidad de la EHNA, es decir, a mayor inclinación hacia opciones saludables, menor grado de enfermedad.

Análisis: La magnitud de $-0,535$ indica que una preferencia consistente por alimentos saludables está asociada con una reducción significativa en la progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia estadística ($p < 0,05$) confirma que esta relación es real y no producto del azar. Por tanto, fomentar la elección consciente de alimentos saludables debe ser un componente esencial de las estrategias nutricionales para proteger el hígado y evitar el empeoramiento de la EHNA.

Tabla 31

Relación de la preferencia de alimentos no saludables con EHNA

			EHNA
Rho de Spearman	Preferencia de alimentos no saludables	Coeficiente de correlación	-0,697
		Sig. (bilateral)	0,000
		N	95

Nota. Resultados obtenidos de la base de datos

Interpretación: En la tabla 31 el coeficiente de Spearman de $-0,697$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) revela una correlación inversa fuerte y estadísticamente significativa entre la preferencia por alimentos no saludables y la severidad de la EHNA; es decir, a menor inclinación por estos alimentos, menor gravedad de la enfermedad.

Análisis: La magnitud de $-0,697$ indica que la preferencia reducida por alimentos no saludables está asociada con una disminución notable en la progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia estadística confirma que esta relación es sólida y no producto del azar. Por tanto, las intervenciones nutricionales deben enfocarse en minimizar la inclinación hacia alimentos no saludables como estrategia central de protección hepática.

Tabla 32*Relación de tipo de alimentos con EHNA*

				EHNA
Rho de Spearman	Tipo de alimentos	Consumidos	Coefficiente de correlación	-0,548
			Sig. (bilateral)	0,000
			N	95

Nota. Resultados extraídos de la sistematización realizada

Interpretación: en la tabla 32 el coeficiente de Spearman de $-0,548$ con $p = 0,000$ ($< 0,05$) muestra una correlación inversa moderada y estadísticamente significativa entre el tipo de alimentos consumidos y la severidad de la EHNA; es decir, a mayor consumo de alimentos saludables, menor es el grado de la enfermedad.

Análisis: La fuerza negativa de $-0,548$ indica que una dieta compuesta por opciones medianamente saludables o inadecuadas está relacionada con un mayor riesgo de progresión de la esteatosis hepática no alcohólica. La significancia estadística confirma que esta asociación no es producto del azar. Por tanto, mejorar la calidad de los alimentos consumidos —promoviendo opciones plenamente saludables— debe considerarse una estrategia fundamental para la protección hepática y el control de la EHNA.

Discusión de resultados

En el análisis general se determina que los hábitos alimentarios guardan una relación significativa con la EHNA en los adultos evaluados. Los resultados muestran que los pacientes con mejores hábitos presentan principalmente esteatosis leve, mientras que aquellos con prácticas regulares tienden a mostrar formas moderadas. Esta evidencia coincide con lo planteado por Rosario (2023), quien afirma que la obesidad y la resistencia a la insulina son factores de riesgo asociados a esta patología. La diferencia metodológica radica en que este estudio se centra en un hospital de Abancay y emplea pruebas no paramétricas, mientras que otros trabajos usan técnicas de imagen o histología.

En relación con las formas de preparación de alimentos, los hallazgos muestran una correlación inversa moderada: a mayor consumo de preparaciones saludables, menor severidad de la esteatosis. El 51,6% de los pacientes con formas de preparación saludables presenta esteatosis leve. Estos resultados se alinean con lo descrito por Sahuquillo et al. (2020), quienes destacan la importancia de los factores dietéticos en la progresión de la enfermedad. La diferencia principal es que el presente estudio evalúa directamente prácticas culinarias, mientras que los antecedentes se concentran en variables clínicas y metabólicas.

Respecto al tiempo de consumo de los alimentos, se observa una correlación inversa moderada-fuerte, donde cumplir con horarios regulares se asocia con menor severidad. El 54,7% de quienes cumplen siempre los tiempos presenta esteatosis leve, mientras que la irregularidad aumenta la proporción de casos moderados. Este hallazgo amplía lo señalado por Delgado (2023), quien relaciona el síndrome metabólico con sobrepeso y obesidad, demostrando que los hábitos temporales de la alimentación también influyen en la evolución de la enfermedad.

El consumo de desayuno muestra una relación inversa moderada y significativa. Más de la mitad de los pacientes que desayunan siempre presentan esteatosis leve, mientras que quienes no desayunan concentran mayor riesgo de formas moderadas. Este resultado guarda coherencia con los hallazgos de Cusacovich (2023), que destacan la alta prevalencia de EHNA en la población, aunque la diferencia está en que aquí se especifica cómo un hábito puntual como el desayuno contribuye al control de la enfermedad.

En cuanto al consumo de refrigerios, se observa la correlación inversa más fuerte ($Rho = -0,788$), lo que evidencia que la elección de refrigerios saludables es un factor crítico para reducir la severidad de la esteatosis. El 68,4% de quienes eligen refrigerios saludables presentan la forma leve de la enfermedad. Este hallazgo complementa lo propuesto por Beno (2023), que vincula la EHNA con el riesgo de cáncer de mama, pues

ambos trabajos coinciden en que las conductas alimentarias determinan la evolución de patologías crónicas.

El lugar de alimentación también presenta una correlación inversa moderada, donde alimentarse en entornos adecuados se relaciona con un menor grado de severidad. El 48,4% de los pacientes que se alimentan en lugares apropiados manifiestan esteatosis leve. Esta evidencia se articula con lo descrito en estudios sobre salud pública como el de Cusacovich (2023), quienes señalan que la prevalencia de la enfermedad depende no solo de factores clínicos, sino también de las condiciones del entorno y acceso a una alimentación adecuada.

En relación con la preferencia por alimentos saludables, se evidencia una correlación inversa moderada: quienes muestran mayor inclinación hacia alimentos saludables presentan formas leves de la enfermedad. Por el contrario, la preferencia por alimentos no saludables refleja una correlación inversa fuerte ($Rho = -0,697$), lo que confirma que estas elecciones incrementan el riesgo de progresión. Estos resultados coinciden con Sahuquillo et al. (2020), quienes relacionan la EHNA con factores de riesgo cardiovascular, reforzando que los alimentos procesados y ultracalóricos son determinantes.

De igual forma se precisa que los resultados generales demuestran que la calidad de los hábitos alimentarios determina directamente la severidad de la esteatosis hepática no alcohólica. A diferencia de estudios como el de Delgado (2023), centrados en indicadores antropométricos, este trabajo aporta evidencia desde la perspectiva conductual y contextual de la alimentación. La coincidencia con la literatura internacional refuerza la validez de los hallazgos, mientras que las diferencias metodológicas se explican por el enfoque específico en pacientes de un hospital local y el uso de pruebas no paramétricas. En conclusión, los hábitos alimentarios se consolidan como un factor modificable clave para la prevención y control de esta patología.

VI. Conclusiones

Primera. - Se confirma que los hábitos alimentarios guardan una correlación inversa fuerte con la esteatosis hepática no alcohólica ($Rho = -0,582$; $p = 0,000 < 0,05$). Esto demuestra que mejorar los hábitos alimentarios disminuye significativamente la severidad de la enfermedad en los adultos atendidos en el HGDV.

Segunda. -Se evidencia una correlación inversa moderada entre la preparación de los alimentos y la esteatosis ($Rho = -0,514$; $p = 0,000 < 0,05$). Preparaciones saludables se asocian con formas leves, mientras que las no saludables incrementan la severidad.

Tercera. -Se observa una correlación inversa moderada-fuerte ($Rho = -0,569$; $p = 0,000 < 0,05$), indicando que cumplir con horarios regulares de alimentación reduce la severidad de la enfermedad. La irregularidad aumenta el riesgo de progresión.

Cuarta. - Existe una correlación inversa moderada ($Rho = -0,500$; $p = 0,000 < 0,05$). Consumir desayuno regularmente se asocia con esteatosis leve, mientras que omitirlo o hacerlo de forma irregular incrementa la severidad.

Quinta. -Se determina una correlación inversa fuerte ($Rho = -0,788$; $p = 0,000 < 0,05$). Los refrigerios saludables actúan como un factor protector clave, mientras que los medianamente saludables elevan la probabilidad de formas moderadas.

Sexta. - Se encuentra una correlación inversa moderada ($Rho = -0,526$; $p = 0,000 < 0,05$). Alimentarse en lugares adecuados se vincula con esteatosis leve, mientras que entornos medianamente adecuados favorecen la progresión.

Séptima. -Se evidencia una correlación inversa moderada ($Rho = -0,535$; $p = 0,000 < 0,05$). A mayor preferencia por alimentos saludables, menor severidad de la enfermedad, confirmando su rol protector.

Octava. -Se observa una correlación inversa fuerte ($Rho = -0,697$; $p = 0,000 < 0,05$). Una menor preferencia por alimentos no saludables se asocia con formas leves, mientras que una mayor preferencia incrementa la progresión.

Novena. -Se confirma una correlación inversa moderada ($Rho = -0,548$; $p = 0,000 < 0,05$). Consumir alimentos saludables se asocia con esteatosis leve, mientras que una dieta medianamente saludable aumenta el riesgo de formas moderadas.

VII. Recomendaciones

Primera. -Es importante mejorar los hábitos alimentarios para disminuir la severidad de la EHNA. Se recomienda a los pacientes, adoptar una dieta equilibrada y evitar consumir alimentos que son procesados y ultracalóricos. Incorporar una variedad de alimentos frescos y naturales puede contribuir a evitar el desarrollo de la enfermedad.

Segunda. -Se sugiere a los pacientes, optar por métodos de preparación saludables, como hervir, cocinar al vapor o asar los alimentos. Evitar frituras y el uso excesivo de grasas saturadas es fundamental para controlar la enfermedad. Estas prácticas puede disminuir el riesgo de una complicación vinculada a la esteatosis.

Tercera. -Los pacientes, deben mantener horarios regulares para las comidas, es importante para un metabolismo adecuado. Se recomienda distribuir las ingestas a lo largo del día y evitar saltarse comidas, especialmente el desayuno. Esta regularidad puede ayudar a controlar los niveles de glucosa y prevenir la progresión de la esteatosis.

Cuarta. -El desayuno del paciente, debe ser una comida fundamental y no omitirse. Se recomienda incluir alimentos ricos en fibra y proteínas, como frutas, avena y proteínas magras. Esto favorece un mejor metabolismo y evita acumular grasa en el hígado.

Quinta. - El paciente debe optar por refrigerios saludables como frutas, nueces o yogur bajo en grasa puede ayudar a controlar la esteatosis. Evitar alimentos procesados, altos en azúcar y grasas, es esencial para prevenir el aumento de

la grasa hepática. Elegir opciones nutritivas a media mañana y tarde es beneficioso para la salud hepática.

Sexta. -Se recomienda al paciente consumir los alimentos en ambientes tranquilos y adecuados, preferiblemente en casa o en lugares que promuevan la salud. Comer de manera consciente y sin distracciones ayuda a controlar las porciones y mejora la digestión. Evitar comer en entornos estresantes puede ser clave para mantener hábitos saludables.

Octava. -El paciente, debe incrementar la preferencia por alimentos buenos, como verdura, fruta, grano entero y proteína magra, es esencial para la salud hepática. Se recomienda hacer de estos alimentos la base de cada comida. La diversidad en la dieta asegura la ingesta de nutriente necesario para el bienestar general.

Novena. -Se recomienda al paciente reducir progresivamente la preferencia por alimentos no saludables, como comidas ricas en azúcares, grasas saturadas y alimentos procesados. Optar por alternativas más saludables no solo mejora la función hepática, sino también la salud en general. Mantener un enfoque en alimentos frescos y naturales es clave para la recuperación.

Decima .-El paciente debe consumir alimentos frescos, naturales y no procesados es fundamental para controlar la esteatosis. Se recomienda priorizar los alimentos ricos en fibra, antioxidantes y grasa saludable, como la palta y el fruto seco. Evitar consumir en cantidad alimentos que tienen muchas calorías vacías contribuye a la mejora de la función hepática.

VIII. Referencias

1. Aguilera-Méndez A. Artículos de revisión Esteatosis hepática no alcohólica: una enfermedad silente Nonalcoholic hepatic steatosis: a silent disease. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2018;56(6):544–53.
2. Worldwide RF. Esteatosis Hepática en la Práctica Médica: “Prevalencia y Factores de Riesgo a Nivel Mundial” Hepatic Steatosis in Medical Practice: Prevalence and Risk Factors Worldwide. 2024;
3. Younossi ZM, Golabi P, Paik JM, Henry A, Van Dongen C, Henry L. The global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) and nonalcoholic steatohepatitis (NASH): a systematic review. *Hepatology.* 2023;77(4):1335–47.
4. De M, Cabrera C. pacientes expuestos a factores de riesgos Educational intervention on the hepatic esteatosis not alcoholic in the exposed patients to factors of risks. 2023;23(2).
5. Teófilo MS. Asociación de los valores cuantitativos del perfil lipídico con los grados de esteatosis hepática diagnosticada ecográficamente en los pacientes del servicio de ecografía del HRDT. 2019;
6. Brian, Gonzáles Pérez, Ricardo Salas Flores R de LEJAGE. Enfermedad de hígado graso no alcohólico. Un enfoque multidisciplinario. Primera Ed. Victoria Tamaulipas México;
7. Bustíos C, Dávalos M, Román R. Características epidemiológicas y clínicas de la cirrosis hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es-Salud. *Rev Gastroenterol Perú.* 2007;238–45.
8. Quishpe M. Caracterización del sobrepeso y obesidad en niños de 3 a 5 años de tres instituciones educativas iniciales del Cusco, 2020. *J Chem Inf Model.* 2020;53(9):1689–99.

9. Max Ramirez Soto JGCMHA. Mortalidad por hepatocarcinoma y cirrosis hepática en Apurímac: 2007-2010. 2012;
10. Gabriela M, D'angelo B, Actis AM, Resumen DO. Hígado Graso no Alcohólico: una entidad cada vez más frecuente y de pronóstico incierto.
11. I Cusacovich, I. Sánchez-Lite, B. Toribio, J.M. González, A. Pérez-Rubio DAO. Prevalencia de esteatosis hepática no alcohólica en una ciudad española: estudio poblacional. *Rev Clin Esp.* 2023;223(7):396–404.
12. Delgado Yj. Síndrome metabólico versus esteatosis hepática no alcohólica en la consulta de gastroenterología del hospital central de las fuerzas armadas. octubre, 2022-abril, 2023. Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña Facultad de Ciencias de la Salud Escuela de Medicina Hospital Central de las Fuerzas Armadas Residencia de Gastroenterología SÍNDROME. 2023;19–23.
13. Sahuquillo Martínez A, Solera Albero J, Rodríguez Montes JA, Celada Rodríguez Á, Tarraga Marcos L, Tarraga López PJ. Esteatosis hepática no alcohólica y factores de riesgo cardiovascular en atención primaria Nonalcoholic. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2016;31(4):368–75.
14. Claudia F. Ortiz-Pérez, Adriana Domínguez-Andrade, Patricia Flores-Bautista PDRC, Álvarez-Cámara y JF. Esteatosis hepática no alcohólica en pacientes con cáncer de mama. *revista mexicana de medicina familiar.*
15. Viñán C, Elizabeth J, Torre S de, Elizabeth M, Parra C, María A, et al. Factores asociados a esteatosis hepática no alcohólica en pacientes del área rural del cantón Chambo. *Revista Eugenio Espejo.* 2022;16(1):39–49.
16. Beno J, Silen AP, Yanti M. Esteatosis hepática no alcohólica como factor de riesgo para cáncer de mama en pacientes del Hospital Víctor Lazarte Echegaray del 2018-2022. *Braz Dent J.* 2022;33(1):1–12.

17. Uribe N. Triglicéridos como marcador independiente de esteatosis hepática no alcohólica en diabéticos tipo 2 Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. 2016-2017 [Tesis de Maestría]. 2023;53.
18. Rosario SCD del. Obesidad como factor de riesgo para esteatosis hepática no alcohólica por hallazgos ecográficos en pacientes atendidos en el hospital Víctor Lazarte Echegaray en el periodo enero a junio 2023. 2023;
19. Lovera Santana A. Relación entre ecografía y transaminasas para esteatosis hepática no alcohólica en diabéticos tipo 2 del Hospital Daniel Alcides Carrión, Huancayo 2019. 2020;104.
20. Ayala R. Diabetes Mellitus Tipo 2 como factor asociado a esteatosis hepática no alcohólica en pacientes del Hospital Nacional Hipólito Unanue, periodo Julio 2017 - Julio 2018. Universidad Ricardo Palma. 2020;57.
21. Coello-Viñán JE, Sánchez-De la Torre ME, Parra AMC, Atupaña SSS, Atupaña NCS, Macas RYS, et al. Effects of an Educational Intervention in Patients with Nonalcoholic Hepatic Steatosis. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2023;39(4).
22. Maza-ávila FJ, Caneda-Bermejo MC, Vivas-Castillo AC. Dietary habits and health effects among university students. A systematic review. *Psicogente*. 2022 Jan 1;25(47).
23. Gerbotto LM, Carla L, Paturzo L. Eating habits and body image perception in a group of adolescents who perform musical comedy. Available from: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.
24. Capacidad del Estómago en Niños y Adultos [Internet]. Available from: <https://thelactationcollection.com/blog/understanding-your-babys-stomach-size/>

25. Vallejo PA, Graciela V, Zambrano H, Nivea P, Vallejo K, Patricio V, et al. bases morfofisiopatologías del aparato digestivo.
26. Cabezas-Zabala CC, Hernández-Torres BC, Vargas-Zárate M. Sugars added in food: Health effects and global regulation. Vol. 64, Revista Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia; 2016. p. 319–29.
27. Constanza Cabezas-Zábala C, Blanca •, Hernández-Torres C, Melier Vargas-Zárate •. Aceites y grasas: efectos en la salud y regulación mundial Fat and oils: Effects on health and global regulation. Rev Fac Med [Internet]. 2016 cited 2025 <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v64n4.53684>
28. Revista de Actualización Clínica Investiga - Carbohidratos [Internet]. [cited 2025 Aug 24]. Available from: http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?pid=S2304-37682014000200002&script=sci_arttext&tlng=en
29. Rafeeq Ali KC. 25 mayo del 2009. Herencia genética y enfermedad, Esteatosis hepática no alcohólica. Available from: <https://herenciageneticayenfermedad.blogspot.com/2009/05/esteatosis-hepatica-no-alcoholica.html?m=0>
30. González LE, Cerrajero MG, Jaquotot CM, Santervás LR. Descripción de los pacientes diagnosticados ecográficamente de esteatosis hepática en un centro de salud. *semergen Medicina de familia*. 2008;34 nnumero.
31. Ríos-López DG, Aranda-López Y, Sosa-Garrocho M, Macías-Silva M. La plasticidad del hepatocito y su relevancia en la fisiología y la patología hepática. *TIP Revista Especializada en Ciencias Químico-Biológicas*. 2020 May 28;23.
32. Velarde-Ruiz Velasco JA, García-Jiménez ES, García-Zermeño KR, Morel-Cerda EC, Aldana-Ledesma JM, Castro-Narro GE, et al. Extrahepatic complications of non-alcoholic fatty liver disease: Its impact beyond the liver. Vol. 84, *Revista de*

- Gastroenterología de Mexico. Asociacion Mexicana de Gastroenterologia; 2019. p. 472–81.
33. Martín Domínguez V, González Casas R, Mendoza Jiménez-Ridruejo J, García Buey L, Moreno-Otero R. Etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólica. *Revista Española de Enfermedades Digestivas* [Internet]. 2013 [cited 2025 Aug 24];105(7):409–20. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082013000700006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 34. Farrell, Geoffrey C.; Larter CZ. Enfermedad del hígado graso no alcohólico: de la esteatosis a la cirrosis. *hepatolgy*. 2006;
 35. Chalasani, Naga MD, FACP 1,*; Younossi, Zobair MD, FACP 2; Lavine, Joel E. MD, PhD 3; Diehl, Anna Mae MD 4; Brunt, Elizabeth M. MD 5; Cusi, Kenneth MD 6; Charlton, Michael MD 7; Sanyal AJM. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad del hígado graso no alcohólico: guía práctica de la Asociación Estadounidense para el Estudio de las Enfermedades Hepáticas, el Colegio Estadounidense de Gastroenterología y la Asociación Estadounidense de Gastro. *Hepatología* 55.
 36. Bitler J, Risso A, Sguiglia S, Terceiro D, Botargues MM. Abordaje de la esteatosis hepática en atención primaria. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria. 2024 May 6;27(2):e007123.
 37. Velarde-Ruiz Velasco JA, García-Jiménez ES, García-Zermeño KR, Morel-Cerda EC, Aldana-Ledesma JM, Castro-Narro GE, et al. Extrahepatic complications of non-alcoholic fatty liver disease: Its impact beyond the liver. Vol. 84, *Revista de Gastroenterología de Mexico. Asociacion Mexicana de Gastroenterologia*; 2019. p. 472–81.

38. S. LC, P. GS. hígado graso no alcohólico. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2015 Sep 1 [cited 2025 Aug 24];26(5):600–12. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-higado-graso-no-alcoholico-S071686401500125X>
39. Armando Barriguete Meléndez J, Vega León S, Cecilia Radilla Vázquez C, Barquera Cervera S, Hernández Nava LG, Rojo-Moreno L, et al. Hábitos alimentarios, actividad física y estilos de vida en adolescentes escolarizados de la Ciudad de México y del Estado de Michoacán Eating habits, physical activity and lifestyles among adolescents in Mexico City and the State of Michoacán. *Rev Esp Nutr Comunitaria*. 2017;23(1).
40. Escuder C, Sergio M, Nogués V. Los alimentos y sus cocciones. Técnicas culinarias PID_00246922.
41. Torres Pabon G. Uso del tiempo y práctica alimentaria. Análisis sociodemográfico para los hogares colombianos, 2012 y 2017. *Ensayos de Economía*. 2021 Jul 1;31(59):112–33.
42. García AM, Magdalys Núñez Velázquez I. Alimentación saludable Healthy nutrition.
43. Hablemos de Alimentación | Fideicomiso de Riesgo Compartido | Gobierno | gob.mx [Internet]. [cited 2025 Jul 6]. Available from: <https://www.gob.mx/firco/articulos/hablemos-de-alimentacion?idiom=es>
44. Caballería L, Torán P, Antonia M, Llorens A. Esteatosis hepática no alcohólica . Puesta al día. 2008;