



UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABÍ
CARRERA DE ENFERMERÍA

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA

TEMA:

Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgos asociados

AUTOR:

Lino Pilay Luis Antonio

TUTOR:

Ph. Dr. Roberth Zambrano Santos

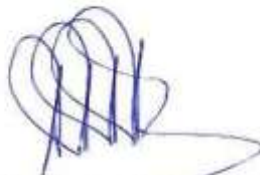
JIPIJAPA-MANABÍ-ECUADOR

2019

Certificado del tutor

Ph. Dr. Roberth Zambrano Santos. docente principal tiempo completo de la carrera de enfermería, facultad ciencias de la salud de la Universidad Estatal del Sur de Manabí, **Certifica** que el señor Lino Pilay Luis Antonio, ha cumplido con las 120 horas de tutorías para el desarrollo de su proyecto de investigación titulado “Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgos asociados” para titularse de licenciado de enfermería. Trabajo realizado cumpliendo con las normas éticas de la investigación, de lo cual doy fe.

Jipijapa, Marzo del 2019



Ph. Dr. Roberth Zambrano Santos
Docente de la UNESUM



Universidad estatal del sur de Manabí
Facultad de ciencias de la salud
Carrera de enfermería

Proyecto de investigación:

**"Enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo
asociados"**

Sometido a la evaluación del tribunal de defensa de proyecto de investigación de
la carrera de enfermería.

Jipijapa, marzo de 2019

Mg.. Miladys Placencia López

Responsable del tribunal

Mg. Gina Alonso Muñiz

Miembro del tribunal

Mg. Rosa Pinargote Chancay

Miembro del tribunal

Dedicatoria

A Dios, por su infinito amor en mi vida, por su ayuda para no decaer y seguir adelante para poder culminar una etapa más de mi vida.

A mis PADRES, por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi formación profesional, por ser el pilar fundamental en mi vida, por sus consejos y sacrificios para que yo llegue alcanzar mis objetivos.

A nuestros DOCENTES quienes han fortalecido nuestra enseñanza, aprendizaje durante esta gran carrera basada en el conocimiento y solidaridad hacia el ser humano. A mi gran esfuerzo y sacrificio para poder culminar con mi carrera profesional.

Y a todos aquellos FAMILIARES que me motivaron a seguir adelante con sus consejos y con sus muestras de cariño y apoyo en todo momento.

Luis Antonio Lino Pilay

Reconocimiento

Quisiera empezar agradeciendo a Dios por la vida que me ha brindado y por permitirme llegar hasta donde estoy ahora, por llegar a cumplir uno de mis sueños tan anhelados.

Un inmenso agradecimiento a mis PADRES, que con su apoyo incondicional me incentivaron a culminar esta etapa más de vida, gracias por su paciencia y su esfuerzo para que yo pueda lograr mi objetivo.

A la UNIVERSIDAD ESTATAL DEL SUR DE MANABI por permitir continuar mis estudios y llegar a ser un profesional.

A mi TUTOR de tesis, Ph. Dr. Roberth Zambrano Santos por la ayuda brindada en la elaboración de mi trabajo de tesis, por su dedicación, esfuerzo y paciencia ofrecida para que pueda terminar mi trabajo y así poder concluir mi carrera profesional.

También quisiera agradecer a todos mis MAESTROS que formaron parte de mi carrera profesional, por aportar con sus conocimientos en nuestra formación profesional. Y a todos quienes me motivaron a seguir adelante y no desistir, muchas gracias a todas esas personas que han formado parte de mi vida y hacer de esto sueño una realidad.

Luis Antonio Lino Pilay

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	i
Certificado del tutor.....	ii
Aprobación del trabajo	iii
Dedicatoria.....	iv
Reconocimiento	v
Resumen.....	viii
Abstract	ix
9. Introducción	1
10. Marco Teórico.....	5
10.1 Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT), Generalidades	5
10.1.1 Definición	6
10.1.2 Epidemiología	7
10.1.3 Características	7
10.1.4 Factores de riesgo	7
10.2 Síndrome metabólico.....	9
10.2.1 Epidemiología.....	10
10.2.2 Incidencia Y Prevalencia de enfermedades crónicas en la Provincia de Manabí.....	11
10.3 Diabetes Mellitus.....	12
10.4 Hipertensión Arterial.....	15
10.5 Obesidad.....	18
10.5.1 Clasificación.....	19
10.6 Enfermedades Cardiovasculares.....	21
10.7 Factores de Riesgo de enfermedades crónicas degenerativas.....	23
Diagnostico o Estudio de Campo	28
13. Conclusiones	34
14. Recomendaciones	35
Bibliografía	36
15. Anexos.....	38

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1 Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.....	29
Tabla No. 2 Síndrome metabólico y sus complicaciones.....	31
Tabla No. 3 Hábitos de vida	32
Tabla No. 4 Distribución de la muestra por género.	42
Tabla No. 5 Distribución de la muestra por estado civil	43
Tabla No. 6 Distribución de la muestra por edad.....	44
Tabla No. 7 Distribución de la muestra por instrucción.....	45
Tabla No. 8 Distribución de la muestra por ocupación	46
Tabla No. 9 Distribución de la muestra por IMC.....	47
Tabla No. 10 Distribución de la muestra por glicemia.....	48
Tabla No. 11 Distribución de la muestra por triglicéridos	49
Tabla No. 12 Distribución de la muestra por colesterol.....	50
Tabla No. 13 Distribución de la muestra por consumo del alcohol.....	51
Tabla No. 14 Distribución de la muestra por consumo del tabaco	52
Tabla No. 15 Distribución de la muestra de actividad física.....	53

Resumen

Desde la clínica, a través del enfoque biopsicosocial y la salud pública, se han incorporado determinantes que influyen en la salud de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles, donde intervienen elementos genéticos, biológicos, conductuales, o contextos sociales y económicos. Estas transacciones se van conformando a partir de la secuencia y el paralelismo entre los procesos que acompañan las etapas del desarrollo: los estadios vitales, las transiciones en los cambios, ámbitos sociales y los acontecimientos históricos, como **objetivo general** determinar los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en usuarios que acuden al centro de salud Julcuy. Para la realización de este estudio se utilizó **métodos**: descriptivos, el analítico y el observacional, se aplicó la encuesta como **instrumento** para la recolección de la información en los pacientes que acuden al centro de salud, la **población** de estudio estuvo conformada por 40 pacientes. Los resultados demostraron que, los factores de riesgos que predominaron en el estudio, están relacionados con el género masculino y la edad de 46 a 65 años, seguido de los inadecuados estilos de vida asociados al índice de masa corporal, elevadas cifras de triglicéridos y colesterol, componentes más afectados en la población, incidiendo en la evolución negativa de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Palabras claves: enfoque biopsicosocial, estilos de vida, índice de masa corporal.

Abstract

From the clinic, through the biopsychosocial approach and public health, determinants have been incorporated that influence the health of people with chronic noncommunicable diseases, where genetic, biological, behavioral, or social and economic contexts intervene. These transactions are shaped by the sequence and parallelism between the processes that accompany the stages of development: vital stages, transitions in changes, social environments and historical events, as a general objective to determine the risk factors associated with chronic diseases not transmissible in users who go to the Julcuy health center. In order to carry out this study, descriptive, analytical and observational methods were used, the survey was applied as an instrument for the collection of information in the patients who come to the health center, the study population consisted of 40 patients. The results showed that the risk factors that prevailed in the study are related to the male gender and the age of 46 to 65 years, followed by the inadequate lifestyles associated with the body mass index, high triglycerides and cholesterol levels, components more affected in the population, influencing the negative evolution of chronic noncommunicable diseases.

Keywords: biopsychosocial approach, lifestyles, body mass index.

9. Introducción

El presente trabajo de investigación, aborda las enfermedades crónicas no transmisibles, desde diferentes aspectos. En la revisión bibliográfica, se puede determinar que la mayoría de estas enfermedades pueden ser prevenibles, así como también puede evitarse las muertes a edades tempranas. Se han identificado factores de riesgo (FR) asociados epidemiológicamente a ellas, como enfermedades cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) comparten factores de riesgo comunes que incluyen el tabaquismo, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y la dieta no saludable. Las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden prevenir y controlar a través de cambios en el estilo de vida, políticas públicas e intervenciones de salud, y requieren un abordaje intersectorial e integrado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que a nivel mundial, entre las enfermedades crónicas no transmisibles, la diabetes afecta del 5-6% del total de la población adulta mundial, 171 millones de personas en el mundo viven con diabetes y que ascenderá a 300 millones en el 2030, en las Américas el estimado de personas con diabetes ascendió de 13.3 millones en el 2000 y para el 2030 se proyecta en 32.9 millones. (1)

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) este tipo de enfermedades están afectando de manera considerable a países con ingresos bajos y medios, además de que se está registrando más del 75% (31 millones) de muertes a causa de ellas. La misma OMS reconoce que las ECNT se ven favorecidas por la urbanización rápida, estilos de vida poco saludables, las dietas malsanas y la inactividad física, (1)

El año 2005 se estimó que, del total de 58 millones de defunciones previstas por todas las causas, 35 millones corresponderían a ECNT, lo que significa el doble del número de defunciones correspondientes al conjunto de todas las enfermedades

infecciones (incluidas el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales.

Se calcula que cada año, como mínimo, 2,6 millones de personas mueren a consecuencia de su sobrepeso u obesidad, 4,4 millones mueren como resultado de niveles de colesterol total elevados, 7,1 millones mueren por una tensión arterial elevada y 4,9 millones mueren debido al tabaquismo. Asimismo, el sedentarismo es responsable de un 10 a 16% de los casos de cáncer de pecho y colon, y del 22% de las enfermedades cardiovasculares (3). Si a la inactividad se suma una mala alimentación, sueño y descanso insuficiente, síntomas de estrés y uso de drogas, el individuo aumenta 1,5 veces el riesgo de sufrir accidentes vasculares y duplica sus posibilidades de contraer cualquier tipo de cáncer.

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una epidemia mundial que afecta a hombres y mujeres por igual. (4) Sin embargo, sólo un 20% 18 de las muertes por ECNT se producen en los países de altos ingresos, mientras el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial, constituyendo una causa subestimada de pobreza y dificultad en el desarrollo económicos de esos países, en especial los de rápido crecimiento económico, como es el caso de Chile. (5)

En Chile, más del 25% de la población adulta padece ECNT. El promedio nacional de presión arterial sistólica es 128 mmHg y diastólica 80 mmHg, cuando lo normal es 140/90 y lo ideal 120/80. El nivel óptimo de colesterol LDL es de 18,5 y < de 25, sin embargo el índice de masa corporal (IMC) promedio entre las mujeres es 27,2 y entre los hombres 26,4. La glicemia normal es <110mg/dl y el promedio nacional es 92,9 mg/dl. Más de la mitad de los chilenos tiene riesgo cardiovascular alto o muy alto y el 22% reporta posible angina de pecho. (6)

En Ecuador, 6 de cada 10 muertes corresponden a enfermedades no transmisibles, según datos del INEC, principalmente las hipertensivas y cerebrovasculares. Entre las principales causas están: cardiovasculares como ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares, el cáncer, las respiratorias crónicas como pulmonar obstructiva crónica, asma y la diabetes. (7)

Entre los agentes causales que conllevan al desarrollo de estas enfermedades y sus altos índices de mortalidad como también de morbilidad, se identifica la mala alimentación, que inciden el aumento de la tensión arterial, el incremento de la glucosa sanguínea, la hiperlipidemia, y la obesidad que pueden dar lugar a una dolencia cardiovascular.

La **problemática** del presente trabajo de investigación, se centra en las enfermedades crónicas no transmisibles y los factores de riesgos asociados a la morbimortalidad. El **objeto** de estudio son las enfermedades crónicas no transmisibles, el **campo** de estudio está relacionado con los factores de riesgos en la población perteneciente al Centro de Salud Julcuy. Como **objetivo general** se define: determinar los factores de riesgos asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en usuarios que acuden al centro de salud Julcuy.

Objetivos específicos:

- 1) Identificar las características demográficas en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles que acuden al centro de salud Julcuy
- 2) Identificar estilos de vida de los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles en usuarios que acuden al centro de salud Julcuy
- 3) Valorar el comportamiento evolutivo en usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles en usuarios que acuden al centro de salud Julcuy

Se realizó un estudio, descriptivo y analítico, mediante las variables: factores de riesgo (independiente) y enfermedades crónicas no transmisibles (dependiente) en los usuarios que acuden al Centro de Salud Julcuy, se aplicó la encuesta a los pacientes, el universo se constituyó por 156 personas que acudieron al centro

de salud Julcuy durante el mes de enero 2019. Se excluyeron 116 personas por no cumplir con los criterios de inclusión, es decir que no presentaron enfermedades crónicas no transmisibles, así la muestra estuvo constituida por 40 personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles y dieron su disposición para participar en el estudio. Los criterios de inclusión considerados fueron: pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Julcuy, que estuvieron presentes en el momento de la encuesta, y los criterios de exclusión: pacientes que no presentan enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Julcuy, y que no estuvieron presentes en el momento de la encuesta.

10. Marco Teórico

10.1 Enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Generalidades

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan la mayor carga de salud en los países industrializados y un problema que crece rápidamente en los países subdesarrollados. En la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica, osteoporosis y algunos desórdenes músculo-esqueléticos, como principales problemas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están aumentando en todo el mundo, sin distinción de región o clase social. En el 2000, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representaron el 60% de la mortalidad total en el mundo y el 43% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará a un 69% en el año 2020; cardiopatía, accidentes cerebrovasculares, depresión y cáncer serán las enfermedades que aporten el mayor número de casos.

Las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando sus funciones. (3)

Los países de ingresos bajos y medianos son los que cuentan con el mayor aumento de las enfermedades no transmisibles en la carga de morbilidad, donde el mayor número de defunciones son atribuidas a las enfermedades cardiovasculares. Lamentablemente, estos países experimentan el gran impacto de las enfermedades crónicas, sin embargo, siguen prestando atención de salud a las enfermedades infecciosas agudas, desnutrición y la salud materna.

Cabe destacar que las enfermedades transmisibles ya no son la única amenaza, debido a los cambios en el régimen alimenticio y estilo de vida así como al rápido envejecimiento de la población en los países en desarrollo, las principales enfermedades no transmisibles (ECNT) como son las enfermedades del aparato

circulatorio, diversos tipos de cáncer, diabetes, principales trastornos psiquiátricos y las enfermedades respiratorias crónicas, obesidad se están agregando ahora rápidamente a la carga de morbilidad mundial.

En la segunda mitad del siglo pasado hemos ingresado en el proceso conocido como transición epidemiológica, con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como principales causas de muerte. La transición epidemiológica es un concepto que se agregó hace más de 30 años y que sirve para entender la dinámica de la salud de las poblaciones. Este término se refiere a un proceso de cambio en las condiciones de salud de la población, en términos de discapacidad, enfermedad y muerte. Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad más avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles. Los mecanismos son, principalmente, la aparición de factores de riesgo relacionados con el proceso de desarrollo, la disminución de la fecundidad y el mejoramiento de las tasas de mortalidad. Esta situación exige políticas y normas, pero, sobre todo, acciones rápidas y efectivas con participación de la comunidad dirigidas a controlar estos eventos y sus factores de riesgo. (9)

La mayoría de las ECNT tienen Factores de Riesgo comunes, presentes en sus historias naturales. Es así por ejemplo, que el tabaquismo es un factor de riesgo de enfermedad coronaria; accidente vascular encefálico, cáncer pulmonar y bronquitis crónica y Por otra parte, el consumo excesivo de alcohol es FR de enfermedad coronaria, diabetes mellitus y cirrosis hepática. Este hecho indica que prevenir un factor de riesgo, contribuye a prevenir varias ECNT en forma simultánea. Un factor de riesgo es una circunstancia detectable en los individuos, los grupos o el ambiente, que aumenta la probabilidad de padecer un daño a la salud, o de producir una evolución más desfavorable de dicho daño.

10.1.1 Definición:

Las enfermedades crónicas no transmisibles se definen como enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia, largos períodos subclínicos, con frecuencia episódica sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo al contrario de la enfermedad

transmisible, la enfermedad no transmisible corresponde a una enfermedad no contagiosa o que no se transmite.

10.1.2 Epidemiología:

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan la mayor carga de salud en los países industrializados y un problema que crece rápidamente en los países subdesarrollados. En la mayor parte del mundo desarrollado, tres de cada cuatro muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y otras enfermedades tales como diabetes, hipertensión, enfermedad respiratoria crónica, osteoporosis y algunos desórdenes músculo-esqueléticos, como principales problemas.

Las enfermedades crónicas no transmisibles están aumentando en todo el mundo, sin distinción de región o clase social. En el 2000, las enfermedades no transmisibles y los trastornos mentales representaron el 60% de la mortalidad total en el mundo y el 43% de la carga global de morbilidad. Esta carga aumentará a un 69% en el año 2020; cardiopatía, accidentes cerebrovasculares, depresión y cáncer serán las enfermedades que aporten el mayor número de casos.

10.1.3 Características:

Las enfermedades crónicas no transmisibles se caracterizan típicamente por:

- Ausencia de microorganismo causal
- Factores de riesgo múltiples
- Latencia prolongada
- Larga duración con períodos de remisión y recurrencia
- Importancia de factores del estilo de vida y del ambiente físico y social
- Consecuencias a largo plazo (minusvalías físicas y mentales)

10.1.4 Factores de riesgo

Los factores de riesgo, pueden ser propios de la condición biológica de cada persona (edad, sexo, grupo étnico, etc.), originados en las condiciones de vida (situación

socioeconómica, vivienda, ocupación, escolaridad, etc.), en los comportamientos individuales o estilos de vida (hábitos alimentarios, religión, adicciones, etc.) o determinados por el ambiente físico natural o construido por el hombre, y ciertos elementos del sistema sociocultural, entre los cuales se cuenta el propio sistema de atención de salud (accesibilidad, calidad, etc.)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera los siguientes factores de riesgo claves para la prevención y control de ECNT:

- Tabaco
- Alcohol
- Tensión arterial
- Inactividad física
- Colesterol
- Sobrepeso
- Dieta no saludable

En los individuos, podemos clasificar los factores de riesgo como:

- Factores de riesgo antecedentes: edad, sexo, nivel de educación y la composición genética.
- Factores de riesgo comportamentales: fumar, dieta no saludable, inactividad física.
- Factores de riesgo intermedios: nivel de colesterol sérico, diabetes, hipertensión y obesidad/sobrepeso.

En las comunidades, los factores principales que pueden impactar en la salud incluyen:

- Las enfermedades sociales y económicas, como la pobreza, el empleo, la composición familiar.
- El ambiente físico, como el clima, la contaminación atmosférica.
- La cultura, como las prácticas, normas y valores.

- La urbanización que influye en la vivienda y el acceso a los productos y servicios.

Las enfermedades crónicas no transmisibles comparten factores de riesgo comunes. Mientras algunos factores de riesgo, como edad, sexo, y composición genética, no pueden cambiarse, muchos factores de riesgo comportamentales pueden modificarse, así como varios factores intermedios biológicos incluyendo hipertensión, sobrepeso, intolerancia a la glucosa e hiperlipidemia. Las enfermedades sociales, económicas, y físicas influyen y determinan la conducta, e indirectamente afectan a otros factores, como los biológicos (10)

10.2 Síndrome metabólico

Fue descrito ya a principios del pasado siglo por Hanefeld en Alemania y posteriormente redefinido por Reaven hace más de 15 años como Síndrome X, las numerosas denominaciones surgieron a medida que aparecían nuevos componentes que aportaban datos en relación a esta enfermedad. Así fue que el síndrome X, fue también llamado síndrome X plus, cuarteto mortífero, síndrome pluri-metabólico, síndrome de insulino-resistencia y finalmente Síndrome Metabólico (SM).

Existen desde hace muchos años una serie de asociaciones entre diversas situaciones clínicas como: la diabetes, la hipertensión arterial y la dislipidemia, pero se conoce que en esta confluencia de factores aparece una entidad independiente llamada Síndrome Metabólico cuyo componente patogénico fundamental es la insulino-resistencia, es decir la incapacidad de una cantidad conocida de insulina de incrementar la entrada y utilización de la glucosa por parte de los tejidos tales como el hígado, el músculo y el tejido adiposo.

Se denomina síndrome metabólico (SM) al conjunto de alteraciones metabólicas asociadas a resistencia a la insulina, hiperinsulinemia, hipertensión arterial y obesidad abdominal que presenta un alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo

2 y enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Los componentes fundamentales del Síndrome Metabólico son:

- Resistencia a la captación de glucosa mediada por acción de la insulina
- Intolerancia a la glucosa
- Hiperinsulinemia
- Aumento de los triglicéridos de las VLDL
- Disminución del colesterol HDL
- Hipertensión arterial

El grupo de expertos en el tratamiento del adulto, del Programa Nacional de Educación del Colesterol (NCEP ATP III) de los EEUU, ha considerado al Síndrome metabólico como una entidad separada que a través de factores de riesgo puede ser diagnosticada fácilmente. Este grupo a diferencia de lo que estableció el grupo consultor de la OMS, considera innecesario demostrar directamente la existencia de la resistencia a la acción de la insulina.

Así el diagnóstico para SM se haría fácilmente cuando están presentes tres o más factores de riesgo abajo descritos. El papel de la obesidad todavía se discute. Se considera que actúa como detonador al empeorar la resistencia insulínica, especialmente cuando es a predominio abdominal

10.2.1 Epidemiología

“Del total de 58 millones de defunciones previstas para 2012 por todas las causas, se estima que 35 millones corresponderán a enfermedades crónicas, lo que supone el doble del número de defunciones correspondiente al conjunto de todas las enfermedades infecciosas (incluidos el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria), las enfermedades maternas y perinatales y las carencias nutricionales”. (4)

La carga de enfermedades crónicas: tiene serios efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados; es causa de muertes prematuras; El 80% de las

muerdes por enfermedades crónicas se dan en los países de ingresos bajos y medios, y estas muertes afectan en igual número a hombres y mujeres. Las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando sus funciones. (5)

Estadística por factores de riesgo generalizados

Según la OMS 1000 millones de personas tienen exceso de peso a nivel mundial. Las enfermedades crónicas graves tienen por causa factores de riesgo común y modificable, que explican la gran mayoría de las muertes por ese tipo de enfermedades en todas las edades, en hombres y mujeres y en todo el mundo. Entre ellos destacan:

- Una Alimentación poco sana;
 - La Inactividad física;
 - El Consumo de tabaco.
 - Cada año, como mínimo:
 - 4,9 millones de personas mueren por consumo del tabaco;
 - 2,6 millones de personas mueren como consecuencia de su sobrepeso u obesidad;
 - 4,4 millones de personas mueren como resultado de unos niveles de colesterol total elevados;
 - 7,1 millones de personas mueren como resultado de una tensión arterial elevada.
- (4)

10.2.2 Incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas en la provincia de Manabí

La incidencia de enfermedades crónicas degenerativas era escasa, no así en la última década que ha aumentado ampliamente por las sociedades siendo hoy en día un grave problema de salud causante en gran parte de las muertes prematuras y del deterioro de la calidad de vida de quienes las padecen.

- **Por edad.** Los datos obtenidos de la Dirección provincial de Salud en El Oro se estima que aproximadamente del 5 - 10% de la población en la infancia y edad escolar mantienen problemas de la presión arterial, del 20 - 25% en la edad media de la vida y el 50% o más en la Tercera edad.
- **Por sexo.** Actualmente se estima que esta enfermedad se presenta con mayor porcentaje en mujeres después de la menopausia que en hombres. (6)

En cuanto a los datos registrados de la incidencia esta aumenta con la edad tanto en varones (3,3 a 6,2) como en mujeres (1,5 a 6,8) para los rangos de edad de 30 - 39 y 70 - 79 años, respectivamente. (6)

Incidencia y prevalencia en el adulto

La encuesta nacional de salud más actualizada describe que la incidencia de diabetes en la población adulta fue del 14.1% y cerca del 50% de ellos no sabían que padecían la enfermedad. De hecho, en la última década se han incrementado en forma dramática, este hecho exige la implementación de estrategias terapéuticas que demuestren utilidad en el control de la enfermedad, así como adicionalmente modificaciones en el plan de alimentación y promover mayor actividad física. (7)

En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta es más elevada, en un estudio donde se realizaron 1.071 controles se obtuvieron los siguientes datos; entre los 64 y los 74 años el 32.1 % de los varones y el 40.8% de las mujeres padecía HTA y en aquellos que superaban los 75 años la proporción fue del 40.8 % y del 40.3 % respectivamente para ambos sexos, en tanto que es imprescindible su importancia como factor cardiovascular, denotando un aumento de la prevalencia en el paso de los años manteniéndose e incluso elevando su condición de riesgo. (8)

10.3. Diabetes Mellitus

Según la OMS, la diabetes es una enfermedad crónica debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o que el organismo no es capaz de administrarla bien. La hiperglucemia y otros problemas del metabolismo suelen causar serios daños en

muchos de los sistemas del cuerpo, la falla y disfunción se puede observar especialmente en ojos, riñones, corazón, nervios y vasos sanguíneos de pacientes mal controlados. (8)

Signos y Síntomas.

La clínica, habitualmente conocida, en el inicio de una diabetes es la siguiente:

- a) Sed (polidipsia).
- b) Orinar frecuentemente (poliuria).
- c) Sentir mucha hambre (polifagia)
- d) Temblores, mareos, cansancio y somnolencia (por hipoglicemia).
- e) Pérdida de peso espontáneamente.
- f) Presencia de llagas altas bucales que tardan en sanar.
- g) Piel seca y picazón.
- h) Pérdida de la sensación u hormiguelo en los pies.
- i) Vista borrosa.
- j) Aumento de glucosa (hiperglucemia) (9)

Tipos de Diabetes

Diabetes Mellitus tipo 1

Caracterizada por una destrucción de las células beta pancreáticas, deficiencia absoluta de insulina, tendencia a la cetoacidosis y necesidad de tratamiento con insulina para vivir (insulinodependientes) aparece en individuos menores de 30 años, las personas con este tipo de diabetes tienen capacidad nula o mínima para segregar insulina desde su páncreas y dependen de la administración exógena de esta hormona para mantener compensada la diabetes. Llamada anteriormente diabetes juvenil o insulinodependiente, generalmente se diagnostica en niños, adolescentes o personas jóvenes aunque pudiera presentarse a cualquier edad. (10)

Intolerancia a la Glucosa y Glicemia en ayunas alterada:

La Intolerancia a la glucosa se caracteriza por una respuesta anormal a una sobrecarga de glucosa suministrada por vía oral. Este estado se asocia a mayor prevalencia de patología cardiovascular y a riesgo de desarrollar diabetes clínica (5-15% por año). Glicemia de ayuno alterada se caracteriza por el hallazgo de una

glicemia de ayuno Entre 100 y 125 mg/dl. Su identificación sugiere el realizar una prueba de sobrecarga de glucosa oral, para la clasificación definitiva. (10)

Diabetes Mellitus tipo 2:

- Caracterizada por insulino-resistencia y deficiencia no absoluta de insulina. Es un grupo heterogéneo de pacientes, la mayoría obesos y/o con distribución de grasa predominantemente abdominal, con fuerte predisposición genética no bien definida.
- Con niveles de insulina plasmática normal o elevada, sin tendencia a la acidosis, responden a dieta e hipoglicemiantes orales, aunque muchos con el tiempo requieren de insulina para su control, pero ella no es indispensable para preservar la vida (insulino-requiere). (11)

Epidemiología de la diabetes

En México la prevalencia de diabetes mellitus según la encuesta nacional de enfermedades crónicas y según la encuesta nacional de salud del año 2000 (ENSA 2000) fue de 7.5% en individuos de 20 años o más, de estos el 77.3% ya conocían el diagnóstico y el 22.7% fue identificado dentro de la participación del estudio, al obtener estos resultados se estimó que existen aproximadamente 2.8 millones de adultos que conocen su diagnóstico y más o menos 820 mil sujetos que están afectados pero no han sido diagnosticados. (11)

La prevalencia fue ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres (7.8% y 7.2%, respectivamente). La prevalencia varió con la edad de los individuos. La más alta se encontró en los sujetos de entre 70 y 79 años de edad (22.4%), y la más baja en los de 20 a 39 años (2.3%). Pese a ello, una proporción importante de los casos inició su enfermedad antes de los 40 años de edad. La persona con DM que inicia su enfermedad antes de los 40 años de edad se expone por un tiempo mayor a los efectos adversos de la hiperglucemia. A lo anterior se une la falta de un diagnóstico oportuno. (11)

Complicaciones de la diabetes.

Sin importar el tipo de diabetes un control inadecuado de glucosa conlleva a múltiples enfermedades Bases: las modificaciones permanentes de las estructuras constructoras de proteínas y el efecto negativo de los procesos de reparación.

- Daño de los pequeños vasos sanguíneos microangiopatía
- Daño de los nervios periféricos poli neuropatía
- Pie diabético: heridas difícilmente curables y la mala irrigación sanguínea de los pies, puede conducir a laceraciones y eventualmente a la amputación de las extremidades inferiores.
- Daño de la retina retinopatía diabética
- Daño renal Desde la nefropatía incipiente hasta la Insuficiencia renal crónica terminal
- Hígado graso o Hepatitis de Hígado graso esteatosis hepática
- Daño de los vasos sanguíneos grandes macroangiopatía trastorno de las grandes Arterias. Esta enfermedad conduce a infartos, apoplejías y trastornos de la circulación sanguínea en las piernas. En presencia simultánea de poli neuropatía y a pesar de la circulación sanguínea crítica pueden no sentirse dolores. (1)

10.4 Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la elevación persistente de la presión arterial sanguínea por encima de los valores considerados normales según la edad del individuo, ya sea en referencia a la tensión sistólica, a la diastólica o a ambas. Se aceptan que en los adultos la cifra de presión arterial normal en reposo corresponde a 140 mm hg para la tensión sistólica y 80-90 mm hg para la tensión diastólica. (12)

Según los criterios establecidos por la OMS, la hipertensión arterial en los adultos se la define como la persistencia de una tensión sistólica igual o superior a 160 mm hg y/o una tensión diastólica igual o superior a 95 mm hg; se habla de hipertensión cuando la tensión diastólica se encuentra entre 140 y 160 mm hg o la presión diastólica entre 90 y 95 mm hg. En los niños, se considera que existe hipertensión cuando la presión arterial se eleva por encima del percentil 90 correspondiente a su edad. (12)

Signos y Síntomas

- Dolor torácico
- Confusión
- Zumbido o ruido en el oído
- Latidos cardiacos irregulares
- Hemorragia nasal
- Cansancio
- Cambios en la visión

Características

Factores de riesgo cardiovascular, son enfermedades generalmente de inicio asintomático, endógenos que pueden ser detectados por concentraciones sanguíneas anormales como colesterol, triglicéridos y/o colesterol HDL y/o LDL; o bien exógenos como la dieta, sedentarismo, tabaquismo u otra adicción que participan como factores de riesgo independientes en el desarrollo de una enfermedad cardiovascular. (13)

Epidemiología

La epidemiología de la Hipertensión Arterial Sistémica difiere de lo descrito en otras poblaciones. La Transición Epidemiológica de la Hipertensión Arterial Sistémica en México en el entorno de otras Enfermedades Crónicas Esenciales del Adulto de riesgo Cardiovascular. El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT) del adulto, tales como hipertensión arterial sistémica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM-2), dislipidemias, Obesidad y aterosclerosis entre otras, han permitido que éstas entidades nosológicas hayan empatado e incluso superado la prevalencia de las enfermedades transmisibles. (12)

A esta transformación que está ocurriendo en muchos países desarrollados y de aquellos en vías de desarrollo, se ha aplicado el término de “Transición Epidemiológica”. Pero tal vez, el mayor valor de este concepto (como problema de salud pública mundial) es que ahora se reconoce a las ECNT como la primera causa

mundial de morbimortalidad en el adulto. El impacto económico-social de las ECNT es devastador para cualquier sistema de salud en el mundo, ya que se trata de entidades no curables, con secuelas que en su mayoría serán incapacitantes. La hipertensión arterial es la ECNT de mayor prevalencia mundial. (12)

Etiología

Se divide en primaria y secundaria.

- **Primaria:** Es de etiología desconocida, también llamada hipertensión arterial esencial. Es la más común forma de presentación y ocurre en el 95% de los casos, en general se han asociado factores poli genéticos, metabólicos, inflamatorios y neuro hormonales, así como ambientales en el inicio y mantenimiento de este trastorno. Lo importante es que una vez establecido este diagnóstico se trata de una enfermedad inexorablemente progresiva, que generalmente inicia con episodios reactivos y transitorios para posteriormente establecerse y favorecer la inflamación y remodelación de los vasos, la matriz extracelular y el propio corazón.
- **Secundaria:** Son alteraciones en los lípidos que resultan como consecuencia de otras enfermedades y que también se asocian con un rango amplio de riesgo cardiovascular. En el extremo más alto se encuentra la asociada con la diabetes, dislipidemias, nefropatía, síndrome metabólico, trastornos congénitos, endocrinos. Síndrome Metabólico. (14)

Diagnóstico

Los procedimientos diagnósticos deben ser encaminados a: establecer los niveles de presión; identificar las posibles causas de HAS secundaria; y evaluar el riesgo cardiovascular total al investigar otros factores de riesgo, daño a órganos blanco, enfermedades concomitantes o condiciones clínicas acompañantes. Los procedimientos diagnósticos implican:

- Determinaciones repetidas de la presión arterial;
- Historia clínica;
- Exploración física;

- Exámenes de laboratorio y gabinete, algunos de los cuales deben ser considerados como rutina en toda persona con presión arterial elevada. . (14)

Medición de la presión arterial. La presión arterial se caracteriza por grandes variaciones en un mismo día o entre días. Por lo tanto, el diagnóstico de HAS se debe basar en la toma de varias mediciones efectuadas en ocasiones separadas. Si la presión sanguínea se encuentra solo ligeramente elevada, de manera ocasional, se recomienda establecer un sistema de vigilancia más frecuente (semestral). No olvidar, sin embargo, que el 40% de estas personas se volverán hipertensos genuinos en un lapso no mayores a 5 años, sobre todo si no se modifican otros factores de riesgo. (14)

Tratamiento

Los fármacos diuréticos son normalmente los primeros en prescribirse en pacientes de edad avanzada. Favorecen la eliminación de agua y de sal, lo que reduce el volumen sanguíneo y por lo tanto la presión arterial. Si la respuesta obtenida no es suficiente, suele aumentarse la dosis o asociarse a otro medicamento antihipertensivo. (6)

Otro grupo de medicamentos que se prescriben en caso de hipertensión son los que actúan como vasodilatadores, relajando la pared arterial. Esta dilatación de los vasos conlleva una disminución de la presión arterial. Son los antagonistas de los canales de calcio y los medicamentos alfa bloqueantes. También pueden prescribirse los medicamentos que impiden la formación de hormonas que aumentan la presión arterial. Se trata de los conocidos como inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (los IECA) y de receptores de la angiotensina II. (6)

10.5 Obesidad

La obesidad debe ser definida como un incremento en el porcentaje de grasa corporal, generalmente acompañado por aumento de peso cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Se manifiesta como una enfermedad multifactorial y crónica que cursa con un aumento importante de la morbi-

mortalidad, asociándose a múltiples factores de riesgo como es la Diabetes tipo 2, Enfermedades Cardiovasculares, Hipertensión arterial (HTA), Dislipidemias, Artrosis y ciertos tipos de cánceres, demostrando de esa manera que en la obesidad existe un grave aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular con acortamiento de la esperanza de vida.

Actualmente esta entidad patológica es considerada como el resultado de una combinación de factores genéticos, junto con un estilo de vida que promueve una alimentación inadecuada y una disminución de la actividad física regular. En el paciente obeso el exceso de energía se almacena en las células adiposas, las que aumentan en tamaño y número provocando importantes cambios a nivel fisiológicos, los mismos que asociados a situaciones patológicas diversas comprometerán la salud y finalmente la vida del individuo.

10.5.1 Clasificación

- Etiológica.- Pueden considerarse causas determinadas, como ciertas enfermedades endócrinas o lesiones hipotalámicas, que constituyen entre el 2 y 5% de los casos. Por otro lado, las causas indeterminadas suman entre el 95 y 98% restante y entre ellas figuran los factores genéticos, ambientales, entre otros.
- Anatómica.- Desde el punto de vista anatómico la obesidad puede ser hipertrófica (por aumento del tamaño de los adipocitos) o hiperplásica (por aumento de la cantidad de adipocitos).

Según la distribución de la grasa corporal.- Distinguimos dos grandes tipos de obesidad atendiendo a la distribución del tejido adiposo:

- Obesidad androide, abdominovisceral o viscerportal.- Predominio del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo: cuello, hombros, sector superior del abdomen. Este tipo de obesidad, tanto en el varón como en la mujer, se asocia claramente con un aumento del riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, aterosclerosis, hiperuricemia e hiperlipidemia, consecuencia directa del

estado de insulinoresistencia. Para definir obesidad abdominovisceral utilizamos los siguientes parámetros:

- Índice cintura-cadera: perímetro cintura (cm)/ perímetro cadera (cm). Valores > 0.8 mujer y 1 hombre.
- Perímetro de cintura.- Es una medida antropométrica específica para detectar la acumulación de grasa intraabdominal, parece ser un mejor predictor de riesgo cardiovascular que el índice de masa corporal (IMC). Los valores normales para este indicador son menor de 88 cm en la mujer y menor de 102 cm en el hombre.

La circunferencia de la cintura se medirá entre el margen costal inferior y la cresta ilíaca (espina ilíaca anterosuperior), mediante una cinta métrica inextensible haciendo la lectura en centímetros.

- Perímetro de cadera.-Es una medida antropométrica utilizada para determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad. La circunferencia de la cadera se medirá a la altura de los trocánteres mayores, mediante una cinta métrica inextensible haciendo la lectura en centímetros.
- ICC.-Es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular.
- La OMS establece unos niveles normales de 0,8 en mujeres y 1 en hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado.
- Obesidad ginoide o femoroglútea.-Se caracteriza por presentar adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo. El tejido adiposo fémoro glúteo tiene predominio de receptores alfa
- 2 adrenérgicos, por lo tanto presenta una actividad lipoproteínlipasa elevada. En éste es mayor lipogénesis y menor actividad lipolítica. La circunferencia de la cadera se correlaciona negativamente con los diferentes factores de riesgo cardiovascular.
- Obesidad generalizada.- En este tipo de obesidad la distribución del tejido adiposo es uniforme y no predomina en ningún sector en particular.

Criterios diagnósticos

Los compartimientos corporales de masa magra y grasa contienen habitualmente proporciones establecidas según la etnia, sexo y edad del individuo. Si se define la obesidad como un incremento en el porcentaje de grasa corporal, acompañado generalmente por aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo, de allí proviene la necesidad de medir los compartimientos corporales para poder diagnosticar su magnitud y riesgo.

En la práctica clínica la primera herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso u obesidad es el índice de masa corporal (IMC). Aunque no es un excelente indicador de adiposidad en individuos musculados como deportistas y ancianos, es el índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacional para el uso clínico, dada su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población.

10.6 Enfermedades cardiovasculares

El término Enfermedad cardiovascular (ECV) es un concepto genérico que empleamos para referirnos a un conjunto de patologías y enfermedades diversas en sus causas o etiología y en sus manifestaciones clínicas (signos y síntomas). El endotelio es un órgano determinante para el funcionamiento cardiovascular. Cuando su fisiología se altera por daño estructural o funcional, inicia un proceso que puede desembocar en la expresión clínica de las Enfermedad cardiovascular. Según la zona en que se produzca el daño se manifiesta con: Enfermedad Coronaria, Infarto Agudo de Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Accidente Cerebrovascular o Enfermedad Vascular Periférica.

Clasificación

Según la versión X de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-X) los grandes grupos de las enfermedades del aparato circulatorio son:

- Fiebre reumática aguda.
- Cardiopatías reumáticas crónicas.

- Enfermedades hipertensivas incluyendo la eclampsia (hipertensión durante el embarazo).
- Cardiopatía isquémica (infarto de miocardio, angina de pecho).
- Enfermedad cardiopulmonar.
- Otras enfermedades del corazón (arritmias e insuficiencia cardíaca entre otras).
- Enfermedades cerebrovasculares (hemorragia, derrame, embolia, trombosis, apoplejía cerebral o ictus).
- Enfermedades de las arterias (aterosclerosis, aneurisma, embolia y trombosis arteriales entre otras).
- Enfermedades de las venas (tromboflebitis).
- Malformaciones congénitas del sistema circulatorio.
- Muerte súbita.

Las ECV constituyen la primera causa de morbimortalidad en los países occidentales. Se calcula que en 2004 murieron por esta causa 17,3 millones de personas, lo cual representa un 30% de todas las muertes registradas en el mundo; 7,3 millones de esas muertes se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,2 millones a los accidentes cerebrovasculares. Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos, y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios.

Se calcula que en 2030 morirán cerca de 23,6 millones de personas por ECV, sobre todo por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, y se prevé que sigan siendo la principal causa de muerte.

Factores de riesgo

Se entiende por factores de riesgo aquellas características biológicas o conductuales cuya presencia confiere una mayor probabilidad de sufrir una enfermedad en el futuro. Algunos factores pueden ser modificados, tratados o controlados, mientras que otros no. La edad, el sexo o los factores hereditarios no son modificables. Los factores de riesgo cardiovascular aterosclerótico bien establecidos son: tabaco, colesterol sanguíneo, diabetes mellitus, cifras elevadas de presión arterial, obesidad,

sedentarismo, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular y el estrés. Además son factores específicos de la mujer, los ovarios poliquísticos, los anticonceptivos orales y los estrógenos propios (protectores).

Cuanto mayor sea el nivel de cada factor de riesgo, mayor es el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular aterosclerosa como la cardiopatía coronaria. Por ejemplo, una persona con un colesterol total de 350 mg/dl tiene un riesgo mayor que otra con un colesterol total de 240 mg/dl, aun cuando un colesterol total mayor de 220 mg/dl ya confiere un cierto riesgo. Asimismo, cuántos más factores de riesgo se tengan, mayor es la probabilidad de desarrollar ECV.

Manifestaciones Clínicas

La enfermedad subyacente de los vasos sanguíneos no suele presentar síntomas, y su primera manifestación puede ser un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Los síntomas del ataque al corazón consisten en dolor o molestias en el pecho, brazos, hombro izquierdo, mandíbula o espalda. Además, puede haber dificultad para respirar, náuseas o vómitos, mareos o desmayos, sudores fríos y palidez. La dificultad para respirar, las náuseas y vómitos y el dolor en la mandíbula o la espalda son más frecuentes en las mujeres. El síntoma más frecuente de los accidentes cerebrovasculares es la pérdida súbita, generalmente unilateral, de fuerza muscular en los brazos, piernas o cara.

Otros síntomas consisten en la aparición súbita, generalmente unilateral, de entumecimiento en la cara, piernas o brazos; confusión, dificultad para hablar o comprender lo que se dice; problemas visuales en uno o ambos ojos; dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o coordinación; dolor de cabeza intenso de causa desconocida, y debilidad o pérdida de conciencia.

10.7 Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónico Degenerativas

Estilos de vida

El estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco

saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

(6)

Hábitos alimenticios

El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la consecución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial. La proporción de nutrientes no será distinta a la recomendada en la población general, debiendo comer suficientes hidratos de carbono en cada comida y evitar los azúcares solubles y sus derivados por su rápida absorción que eleva la glucemia postprandial.

- Lograr mantener unos resultados metabólicos óptimos y mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de los rangos de control.
- Prevenir o tratar las complicaciones crónicas de la diabetes.
- Adaptar la alimentación para prevenir o tratar los factores de riesgo cardiovascular (la obesidad, la hipertensión, dislipemia).
- Tratar la alimentación de una forma individualizada, teniendo en consideración las diferencias culturales y gustos personales, para adaptar la alimentación a los diferentes estilos de vida.
- Según la revisión sistemática realizada por la Asociación de Diabetes Americana (ADA) publicadas en el suplemento del Diabetes Care¹¹ se recomienda: (15)

Hidratos de carbono

Debemos explicarle que los hidratos de carbono se dividen en lentos y rápidos:

Hidratos rápidos (Azúcares): Se digieren deprisa y pasan inmediatamente a la sangre como glucosa, produciendo una subida rápida. Son los que saben dulce, Para que no suban mucho la glucosa de la sangre hay que tomarlos acompañados de otros alimentos.

Azúcares lentos (Hidratos lentos): Tardan en digerirse y elevan la glucosa de la sangre lentamente. Son: Cereales y sus derivados, la patata, semillas, las legumbres y las verduras. Son los componentes más importantes de la alimentación sana.

Existen varios grupos de alimentos que cuando los comemos y los digerimos se transforman en hidratos de carbono o azúcares estos son:

- Lácteos: La leche y sus derivados (Yogur, queso fresco, cuajada...)
- Los vegetales: Los alimentos que vienen de las plantas, Cereales, semillas, Legumbres, frutas y verduras, son los más importantes en una alimentación sana y también nos aportan azúcares.
- Los alimentos que menos glucosa nos aportan son los de hoja verde y hortalizas.
- Los que más glucosa nos aportan las que están en grano y los que crecen debajo de la tierra (Farináceos = Arroz, cereales, legumbres, patatas, boniatos, guisantes, habas, maíz). (15)

Proteínas

Los alimentos que vienen de los animales, carnes, huevos, pescados y mariscos, No hay que olvidar que son menos importantes que los anteriores y que deberíamos disminuir su consumo. Debemos dar prioridad al pescado sobre la carne y el marisco, ya que el pescado tiene menos Colesterol, y dentro de las carnes, dar prioridad a las menos grasas (pollo y pavo sin piel, conejo y Partes magras del cerdo) sobre los embutidos, vísceras y hamburguesas. También debemos limitar los huevos a 2-3 por semana. También las proteínas nos las pueden aportar las legumbres y los cereales. (15)

Actividad física

El ejercicio físico regular prolonga la longevidad, mejora los factores de riesgo cardiovascular tan frecuentemente asociados a la diabetes, disminuye la probabilidad de padecer diabetes tipo 2 frente a los individuos sedentarios y participa en la prevención de las complicaciones tardías de la diabetes. (16)

A la hora o dos horas de ejercicio se agotan las reservas de glucosa, obteniéndose la energía de las grasas, en esta situación puede aparecer cetosis. Se debe comer después del ejercicio. Las reservas de energía se van reponiendo lentamente (pueden tardar incluso 15-24 horas). El ejercicio físico en una persona con diabetes debe ser siempre programado. La edad o la presencia de otras patologías o complicaciones, no contraindica la práctica de un ejercicio adecuado. (16)

Perímetro de cintura

La circunferencia de la cintura se admite cada vez más como una manera sencilla de identificar la obesidad. Esta medida, en combinación con el IMC, ha demostrado ser la que mejor predice la obesidad y los riesgos para la salud que conlleva. Un perímetro de cintura elevado está estrechamente relacionado con un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2. Se considera elevado si supera los 102 cm en varones y los 88 cm en mujeres. Numerosos estudios han demostrado que perder peso y reducir el perímetro de cintura disminuye significativamente el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. (17)

Antecedentes familiares de diabetes

El riesgo elevado de diabetes es significativamente mayor en personas que tienen antecedentes de diabetes en familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos o abuelos) y también de segundo grado (tíos o sobrinos). Esto se debe a que la diabetes tiene un componente hereditario importante, por lo que se va a tener mayor predisposición. Por otro lado, también en una misma familia es habitual que se compartan estilos de vida, por lo que con frecuencia vemos familias con unos hábitos dietéticos y aficiones poco saludables. (17)

La obesidad

El exceso de peso afecta a todos los órganos del cuerpo obligándolos a hacer un esfuerzo extra. Las articulaciones se ven más exigidas para cargar el sobrepeso y los riñones tienen que trabajar más para cumplir su función. El corazón y el sistema

circulatorio también sufren las consecuencias. Debido al aumento de masa corporal y a la retención de líquidos, el corazón de las personas obesas necesita hacer un mayor esfuerzo para lograr una adecuada irrigación sanguínea. Cada simple acción cotidiana, desde levantarse del asiento hasta caminar, significa un trabajo adicional para el corazón. (18)

La obesidad aumenta peligrosamente las posibilidades de adquirir otros factores de riesgo cardiovasculares, como hipertensión, niveles elevados de colesterol en la sangre y diabetes. También aumenta el riesgo de presentar aterosclerosis (endurecimiento y estrechamiento de las arterias) y facilita el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria. (18)

Diagnostico o Estudio de Campo

El trabajo de investigación se desarrolló en el Centro de Salud Julcuy, ubicada en la parroquia Julcuy, cantón Jipijapa que atiende a una población de 1695 habitantes.

Se realizó un estudio, descriptivo y analítico, mediante las variables: factores de riesgo (independiente) y enfermedades crónicas no transmisibles (dependiente) en los usuarios que acuden al Centro de Salud Julcuy, se aplicó la encuesta mediante la encuesta a los pacientes, el universo se constituyó por 156 personas que acudieron al centro de salud Julcuy durante el mes de enero 2019. Se excluyeron 116 personas por no cumplir con los criterios de inclusión, es decir que no presentaron enfermedades crónicas no transmisibles, así la muestra estuvo constituida por 40 personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles y dieron su disposición para participar en el estudio.

Criterios de inclusión: pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Julcuy, que estuvieron presentes en el momento de la encuesta.

Criterios de exclusión: pacientes que no presentan enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Julcuy, y que no estuvieron presentes en el momento de la encuesta.

Para la recolección de los datos se redactó una solicitud dirigida al Centro de Salud Julcuy, para la presentación del trabajo investigativo, previa autorización para la ejecución del mismo. Los datos se recopilaron mediante una encuesta general para lo que corresponde a datos sociodemográficos y los factores de riesgos asociados a la población estudiada. Los datos obtenidos fueron ingresados en el formulario de encuesta establecido, luego recopilados en una base de datos de Microsoft Excel 2013, mediante el cual, se realizó el análisis estadístico con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Análisis y discusión de los resultados

Tabla No. 1 Características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

Variables	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Total
Género	Masculino	26	65%	100%
	Femenino	14	35%	
Edad	20 a 45 años	13	32%	100%
	46 a 65 años	27	68%	
	66 o más	0	0%	
Estado civil	Soltero	16	40%	100%
	Casado	8	20%	
	Viudo	0	0%	
	Unión de			
	hecho	16	40%	
Instrucción	Primaria	4	10%	100%
	Secundaria	28	70%	
	Superior	8	20%	
Ocupación	Q. Domésticos	8	20%	100%
	Estudiante	6	15%	
	Obrero	8	20%	
	Desempleado	18	45%	

Fuente: Encuesta a usuarios del Centro de Salud Julcuy

Elaborado por: Lino Pilay Luis Antonio

A través de la recolección de datos, se puede evidenciar en referencia a las características sociodemográficas de los pacientes que presentaban enfermedades crónicas no transmisibles, que el en su mayoría eran del género masculino (65%),

así mismo que la incidencia de esta enfermedad era mayor en aquellos que tenían una edad de 46 a 65 años (68%), en relación a su estado civil, describió la mayoría estar soltero (40%) o tener unión de hecho (40%), de los cuales tenía un nivel de educación secundario (70%) y se dedicaban en su mayoría a ser obreros (45%). Es evidente que la mayoría de los pacientes no posee un nivel académico adecuado (70%), por tal razón no puede conseguir un empleo que les permita solventarse económicamente (45%), por esta razón se encuentran separados de su familia o su pareja. Se debe agregar, que estos factores pueden incidir emocionalmente en la persona, por tal motivo no siente motivación en cuidar de salud, y lleva una vida desordenada que conlleva al desarrollo de riesgos o complicaciones. Los resultados obtenidos, pueden ser respaldados, a través de los resultados que obtuvieron Tuta, Lee y Martínez (12) a través de su estudio, en donde se identificaron que existen ciertas características sociodemográficas, también pueden incidir como factores en los pacientes, ocasionando que estos cambien sus hábitos de vida, debido a que se sientan desmotivados emocionalmente, por lo que pueden desarrollar cualquier tipo de enfermedad oportunista.

Tabla No. 2 Síndrome metabólico y sus complicaciones

Variables	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Total
IMC	Tipo I = IMC			100%
	30 a 34,95%	24	60%	
	Tipo II = IMC			
	35 a 39,95%	16	40%	
Glicemia	Si	32	80%	100%
	>100mg/dl	No	8	20%
Triglicéridos	Si	34	85%	100%
	>150mg/dl	No	6	15%
Colesterol	M<40mg/dl	26	65%	100%
	F<50mg/dl	14	35%	

Fuente: Encuesta a usuarios del Centro de Salud Julcuy

Elaborado por: Lino Pilay Luis Antonio

En referencia al síndrome metabólico, demostrando que existe una mayor cantidad de pacientes que presenta un IMC de 30 a 34.95%, por lo que es evidente una obesidad de tipo I, así mismo presentan una glicemia mayor a 100mg/dl (80%), motivo por el cual tienen una mayor posibilidad de desarrollar Diabetes Mellitus, presentan así mismo triglicéridos mayores a 150mg/dl (85%) y colesterol elevado, tanto en hombres (65%) como en mujeres (35%), por lo que pueden desarrollar enfermedades como la dislipidemia. Se puede determinar que los pacientes evidencian ciertos parámetros que permiten identificar la vulnerabilidad de desarrollar cualquier tipo de enfermedad crónica no transmisible. Estos resultados pueden respaldarse en el estudio desarrollado por Fernández, en el cual se describe que la mayoría de pacientes que tienden a desarrollar una enfermedad crónica no transmisible, pueden previamente presentar ciertos signos, mediante los cuales se puede actuar oportunamente y evitar que algún tipo de enfermedad se desarrolle con severidad. Es el caso de los niveles IMC, mediante el cual se puede conocer el tipo de obesidad que presenta. Sánchez, De la Cruz, Cereceda y Espinoza, (21) agregan que, debido a la frecuencia de ciertos parámetros, dentro de las labores del personal de enfermería es necesario identificar los niveles de triglicéridos, de tensión arterial y de colesterol, para conocer la vulnerabilidad de las personas para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Tabla No. 3 Hábitos tóxicos

Variables	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Total
Alcohol	A diario	8	20%	100%
	Una vez por semana	12	30%	
	Una vez al mes	8	20%	
	Varias veces por semana	6	15%	
	Varias veces al mes	3	8%	
	Nunca	3	8%	
	Tabaco	A diario	6	
Una vez por semana		12	30%	
Una vez al mes		3	8%	
Varias veces por semana		5	13%	
Varias veces al mes		6	15%	
Nunca		8	20%	

Fuente: Encuesta a usuarios del Centro de Salud Julcuy

Elaborado por: Lino Pilay Luis Antonio

Al evaluar los hábitos, fue evidente que hubo una frecuencia de consumo de alcohol de varias veces por semana (15%) y a diario (20%), en relación al consumo del tabaco, así mismo señalaron consumirlo varias veces por semana (13%) y a diario (15%). Por lo tanto es necesario que el personal de enfermería deba considerar estos parámetros dentro de la valoración del paciente, para poder ayudarlo a concienciar sobre la importancia de que él pueda cambiar su estilo de vida, y así evitar el desarrollo de alguna enfermedad crónica no transmisible o alguna severa complicación para su salud.

Tabla 4. Actividad Física

Variables	Indicadores	Frecuencia	Porcentaje	Total
Actividad	Si	16	40%	
física	No	24	60%	
Total				100%

Fuente: Encuesta a usuarios del Centro de Salud Julcuy

Elaborado por: Lino Pilay Luis Antonio

Al realizar la encuesta sobre el desarrollo de actividades físicas, solo el 40% indicó si desarrollar actividades deportivas, por lo que en el 60% restante fue evidente el sedentarismo. Estas cifras se pueden correlacionar con el estudio desarrollado por Fernández (13), el cual describió en sus resultados, que la mayoría de los pacientes que presentan enfermedades crónicas no transmisibles, llevan hábitos equivocados de vida, tales como el consumo de tabaco, alcohol o drogas, o inclusive el llevar una vida sedentaria.

Los factores de riesgo cuantificados fueron: inactividad física, sobrepeso y obesidad, tabaquismo e hipertensión arterial. Se obtuvo por resultado: Luego de analizar estadísticamente sus valores, se encontró que el factor de riesgo de mayor prevalencia con un 88% es la inactividad física, cifras similares para hombres y mujeres y no encontrándose diferencias entre los cursos en estudio.

13. Conclusiones

1. Las ECNT tienen mayor incidencia en el grupo etario de 46 a 65 años, usuarios con bajo nivel académico y separados de su pareja, situación que emocionalmente afecta su motivación y cuidado.
2. Los factores de riesgos asociados a la población estudiada se relacionaron con los inadecuados estilos de vida.
3. Se evidenció que los usuarios que participaron en el estudio tienen obesidad tipo I, triglicéridos y colesterol elevado, y la mayoría son sedentarios, no realizan actividad física, factores que influyen negativamente en el comportamiento evolutivo de la enfermedad.

14. Recomendaciones

Que las autoridades del Centro de Salud Julcuy, den mayor relevancia a los pacientes que se encuentran entre la edad de 45 a 65 años, a su vez aquellas que son del género masculino y que son de zonas urbanas, debido a que reflejan una mayor prevalencia de la enfermedad, por ende, deberá centrarse las actividades preventivas para los pacientes con esta edad.

Capacitar al personal de enfermería que labora en esta institución de salud, desarrollar un plan de cuidados preventivos dirigidos a pacientes que presentan obesidad tipo 1, para que a través de esta intervención se pueda evitar el desarrollo de la obesidad tipo 2, debido a que, en este tipo, tienen riesgo de desarrollar patologías secundarias o complicaciones que pongan su salud.

Bibliografía

1. Falconí, S. Prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas y su relación con factores de riesgo en la población del área de salud Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.
2. Cabezas, J. Prevalencia de los factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en historias clínicas Quito, Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2014.
3. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles: Organización Mundial de la Salud; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014. Available from: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index4.html.
5. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2014. Available from: http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/.
6. Palomeque, J. Epidemiología de enfermedades crónicas y metabólicas de la provincia de Manabí Manabi: Universidad Técnica de Machala; 2014.
7. Freire, V. ISSUU. [Online].; 2014. Available from: <http://issuu.com/saludecuador/docs/ensanut>.
8. Adue, L.; Vega, J. Factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles. Metodología y resultados globales de la encuesta de base del programa CARMEN Chile: Revista Médica Chile; 2015.
9. Lanás, Z.; Del Solar, F. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles Chile: Revista Médica Chilena; 2014.
10. Peña, M. La obesidad en la pobreza, un problema emergente en las Américas Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud; 2016.
11. Moreno, P. Estado nutricional: Alimentación y riesgo cardiovascular Quito, Ecuador: Universidad Internacional del Ecuador; 2014.
12. Cajas, V. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en los trabajadores del Hospital General Guayaquil, Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2015.

13. Contreras, A.. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en los pacientes inscritos en el programa de control de la hipertensión arterial España; 2015.
14. López, J. Programa para la detección, evaluación y tratamiento del paciente hipertenso San Cristobal : Elia A. Vejar G.; 2014.
15. Méndez, S. Obesidad, epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas México: Ed. Manual Moderno; 2015.
16. Mena, C. Universidad Internacinal del Ecuador. [Online].; 2014. Available from: <http://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/456/1/T-UIDE-0434.pdf>.
17. Pau, S. Enfermería comunitaria. [Online].; 2014. Available from: <http://books.google.com.ec/books?id=D23IAwAAQBAJ&dq=El+estilo+de+vida,+h%C3%A1bito+de+vida+o+forma+de+vida+es+un+conjunto+de+comportamientos+o+actitudes+que+desarrollan+las+personas,+que+a+veces+son+saludables+y+otras+veces+son+nocivas+para+la+salud.+En+l>.
18. Ortega, K. Universidad Católica Santiago de Guayaquil. [Online].; 2014. Available from: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/123456789/1030/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-37.pdf>.
19. Benalcazar, A. Propuesta para el manejo de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años en el modelo de atención primaria Quito, Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2014.
20. Dotres CP, Álvarez MC, Mendoza DV. Enfermedades respiratorias en niños y adolescentes La Habana, Cuba: Revista Cubana de Pediatría; 2017.

15. Anexos

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de evaluación



**Universidad Estatal del Sur de Manabí
Facultad de Ciencia de la Salud
Carrera de Enfermería**

GUÍA DE OBSERVACIÓN INDIRECTA
Usuarios del Centro de Salud Rural Julcuy

Encuesta dirigida a: pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Rural Julcuy

Objetivo: Determinar prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisible en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud Rural Julcuy

Instrucciones: Conteste las interrogantes marcando con una “X la respuesta que considere correcta.

1. Género

Masculino

Femenino

2. Estado Civil

Soltero

Casado

Viudo

Unión Libre

3. Edad

20 a 45 años

46 a 65 años

66 años a más

4. Instrucción

Primaria

Secundaria

Superior

5. Ocupación

Quehaceres domésticos

Estudiante

Obrero

6. Perímetro abdominal

F 88CM

M 94 A 102CM

7. IMC

Tipo I = IMC 30 a 34,95%

Tipo II = IMC 35 a 39,95%

8. Glicemia >100mg/dl

Si

No

9. Triglicéridos >150 mg/dl

Si

No

10. Colesterol Total

M<40mg/dl

F<50mg/dl

11. Alcohol

A diario

Una vez por semana

Una vez al mes

Varias veces por semana

Varias veces al mes

Nunca

12. Tabaco

A diario

Una vez por semana

Una vez al mes

Varias veces por semana

Varias veces al mes

Nunca

13. Actividad Física

Si

No

Anexo #2.

Tabla No. 4 Distribución de la muestra por género.

Orden	Alternativas	F	%
A	Masculino	26	65%
B	Femenino	14	35%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #3.

Tabla No. 5 Distribución de la muestra por estado civil

Orden	Alternativas	F	%
A	Soltero	16	40%
B	Casado	8	20%
C	Viudo	0	0%
D	Unión libre	16	20%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #4.

Tabla No. 6 Distribución de la muestra por edad.

Orden	Alternativas	F	%
A	20 a 45 años	13	32%
B	46 a 65 años	27	68%
C	66 años a más	0	0%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #5.

Tabla No. 7 Distribución de la muestra por instrucción

Orden	Alternativas	F	%
A	Primaria	4	10%
B	Secundaria	28	70%
C	Superior	8	20%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #6.

Tabla No. 8 Distribución de la muestra por ocupación

Orden	Alternativas	F	%
A	Quehaceres domésticos	8	20%
B	Estudiante	6	15%
C	Obrero	8	20%
D	Desempleado	18	45%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #8.

Tabla No. 9 Distribución de la muestra por IMC

Orden	Alternativas	F	%
A	Tipo I = IMC 30 a 34,95%	24	60%
B	Tipo II = IMC 35 a 39,95%	16	40%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #9.

Tabla No. 10 Distribución de la muestra por glicemia

Orden	Alternativas	F	%
A	Si	32	80%
B	No	8	20%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #10.

Tabla No. 11 Distribución de la muestra por triglicéridos

Orden	Alternativas	F	%
A	Si	34	85%
B	No	6	15%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #11.

Tabla No. 12 Distribución de la muestra por colesterol

Orden	Alternativas	F	%
A	M<40mg/dl	26	65%
B	F<50mg/dl	14	35%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #12.

Tabla No. 13 Distribución de la muestra por consumo del alcohol

Orden	Alternativas	F	%
A	A diario	8	20%
B	Una vez por semana	12	30%
C	Una vez al mes	8	20%
D	Varias veces por semana	6	15%
E	Varias veces al mes	3	8%
F	Nunca	3	8%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #13.

Tabla No. 14 Distribución de la muestra por consumo del tabaco

Orden	Alternativas	F	%
A	A diario	6	15%
B	Una vez por semana	12	30%
C	Una vez al mes	3	8%
D	Varias veces por semana	5	13%
E	Varias veces al mes	6	15%
F	Nunca	8	20%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #14.

Tabla No. 15 Distribución de la muestra de actividad física

Orden	Alternativas	F	%
A	Si	16	40%
B	No	24	60%
	Total	40	100%

Fuentes: Pacientes enfermedades crónicas no transmisibles

Anexo #15. Fotos

Recibiendo información de la directora del centro de salud JULCUY



Realizando encuestas a los usuarios que acuden al centro de salud Julcuy



Realizando encuestas a los usuarios que acuden al centro de salud Julcuy



Realizando encuestas a los usuarios que acuden al centro de salud Julcuy





CERTIFICADO No. 317

Licenciada

Jacqueline Delgado Molina, Mg.

DECANA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNESUM

Presente.-

Señora Licenciada:

Por medio de la presente me permito CERTIFICAR que fue corregido el Summary, correspondiente a la Tesis de Grado **"ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS"**, previo a la obtención del título de Licenciado en Enfermería, perteneciente al egresado/a **Lino Pilay Luis Antonio**, mismo que fue corregido por la Lic. Paola Moreira Aguayo, Mg. Eii.

Particular que hago extensivo para los fines consiguientes.

Jipijapa, 26 de marzo de 2019

Atentamente,

Lic. Paola Yaira Moreira Aguayo, Mg.
COORDINADORA DEL CENTRO DE IDIOMAS





Universidad Estatal del Sur de Manabí

Creada el 7 de febrero del 2001, según registro oficial 261

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD CARRERA DE ENFERMERIA



CERTIFICACIÓN DE URKUND

El proyecto de investigación titulado **“ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y FACTORES DE RIESGOS ASOCIADOS”** el cual fue enviado por el estudiante Luis Antonio Lino Pilay al programa anti plagio **Urkund**, el mismo que emite información del **4% de similitud**.

Por lo que se considera dar continuidad al proceso de titulación.

DOCENTE TUTOR UNESUM

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Luís Lino Pilay -tesis(1).docx (D49778453)
Submitted: 3/27/2019 5:00:00 PM
Submitted By: miladisplacencia2010@gmail.com
Significance: 4 %

Sources included in the report:

PROYECTO final2.docx (D38666321)
 CLAUDIA_CECILIA_LUJÁN_DEL_CASTILLO_MAESTRIA_2017.pdf (D29752163)
https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/64176/>
 INFORME_LA_SALUD_DE_LOS_MEXICANOS_2015_S.pdf
https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=128:enfermedades-no-transmisibles&Itemid=213
<https://www.ovsalud.org/boletines/salud/enfermedades-cronicas/>
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98871999000800017
<http://books.google.com.ec/books?id=D231AwAAQBAJ&dq=El+estilo+de+vida,+h%C3%A1bito+de+vida+o+forma+de+vida+es+un+conjunto+de+comportamientos+o+actitudes+que+desarrollan+las+personas,+que+a+veces+son+saludables+y+otras+veces+son+nocivas+para+la+salud.+En+l>
 06d85de6-0364-4bbe-9f50-1367ce199645
 f0fdddf8-ed7d-482e-86b5-31f32e2f0c29
 384aef0d-336a-4338-9493-d4636e3dd087
 34f4ae4c-512f-4b11-bcc7-2c2f23385fcb

Instances where selected sources appear:

17