



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA – MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TEMA: RELACIÓN ENTRE TIEMPO SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN
PACIENTES REFERIDOS AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, ENERO A JUNIO
DE 2021**

Autora: Lic. Mirian Paulina Aguas Herrera
Director: Dr. Jorge Luis Anaya González
Asesor: Dr. Rodrigo Roberto Alvear Reascos

2021

DEDICATORIA

Desde niña, mis padres me brindaron su apoyo incondicional, me ayudaron a salir adelante, a levantarme más fuerte cada caída y con el ánimo de seguir luchando hasta conseguir cada uno de mis logros.

Este trabajo, que lo desarrollé con cariño, lo dedico a Meri Herrera, mi madre y a mi padre, Eduardo Aguas, quienes me dieron la vida y con ella la posibilidad de prepararme como mujer, como un buen ser humano y también como profesional.

Es una dedicatoria de amor hacia ellos, especialmente a mi madre, quien siempre me decía que la mejor herencia que nos podía dejar es la educación.

Y sí que es la más valiosas de las herencias, porque gracias a una educación de calidad he cumplido metas valiosas en toda mi vida.

En esta culminación importante de una etapa de preparación académica, también me dedico este trabajo por el esfuerzo realizado con amor en medio de una época en la que la pandemia nos golpeó a todos, en la que como profesional de la salud viví de cerca el dolor de familias golpeadas por este terrible virus. Sin embargo, valoro mucho mi voluntad de continuar pese a las dificultades, pues la situación no fue un obstáculo para culminar con éxito mis estudios de posgrado.

Este esfuerzo representa un sueño cumplido, valió la pena conseguirlo como una parte importante de mi labor como profesional y de mi realización como mujer.

También es para mí este regalo de vida y superación...

Mirian

AGRADECIMIENTOS

De todo corazón agradezco a los docentes de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Técnica del Norte, UTN, de quienes recibí una preparación académica de calidad.

La excelencia de los maestros fue fundamental durante el proceso de enseñanza–aprendizaje, más aún cuando tuvieron que enfrentar un cambio metodológico de 180 grados debido a la pandemia y supieron hacerlo con eficiencia, demostrando profesionalismo en cada uno de los encuentros, desde la virtualidad. Ellos son una parte valiosa para poder culminar con éxito esta etapa tan importante de mi vida.

Muchas gracias al Doctor Jorge Luis Anaya, director de mi tesis, quien supo guiarme y ser constante en la asesoría de una manera profesional y dedicada. Gracias por sus consejos que llevaron a una exitosa culminación mi trabajo de investigación.

Agradezco a las autoridades y personal de salud del Hospital San Vicente de Paúl, quienes me brindaron todas las facilidades para desarrollar mi investigación de posgrado sobre la relación entre tiempo sin tratamiento farmacológico y complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al hospital, de enero a junio de 2021.

Gracias a mis padres, por ser guías importantes en mi camino recorrido hasta convertirme en una profesional que ama lo que hace...

Mirian

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL
NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1002245908	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	Aguas Herrera Mirian Paulina	
DIRECCIÓN:		Calle Quito 6-174 y 13 de abril	
EMAIL:		mpaguash@utn.edu.ec	
TELÉFONO FIJO:		TELÉFONO MÓVIL:	0999316774

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“RELACIÓN ENTRE TIEMPO SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN PACIENTES REFERIDOS AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, ENERO A JUNIO DE 2021”.
AUTOR (ES):	Mirian Paulina Aguas Herrera
FECHA: DD/MM/AAAA	27/10/2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Maestría en Salud Pública con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria
ASESOR /DIRECTOR:	Dr. Jorge Luis Anaya González

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 27 días del mes de octubre de 2021

EL AUTOR:

(Firma) 

Nombre: Mirian Paulina Aguas Herrera

Ibarra, 27 de octubre del 2021

Doctora Lucía Yépez
Tutor (a)
Instituto de Postgrado



ASUNTO: Conformidad

con el documento final

Señor (a) Tutor (a):

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado: Relación entre tiempo sin tratamiento farmacológico y complicaciones de enfermedades crónicas no trasmisibles en pacientes referidos al hospital San Vicente de Paúl, enero a junio de 2021 del/de la maestrante Mirian Paulina Aguas Herrera, de la Maestría en salud pública con mención en enfermería familiar y comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Apellidos y Nombres	Firma
Tutor/a	Jorge Luis Anaya González	 Firmado electrónicamente por: JORGE LUIS ANAYA GONZALEZ
Asesor/a	Rodrigo Roberto Alvear Reascos	

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I.....	15
1.1. Problema de Investigación	15
1.2. Antecedentes	18
1.3. Objetivos	20
1.3.1. Objetivo General.....	20
1.3.2. Objetivos Específicos:	20
1.3.3. Hipótesis:	21
1.4. Justificación.....	21
CAPITULO II	24
2.1. Marco Teórico	24
2.1.1. Generalidades del Sistema de Salud.....	24
2.1.1.1. Primer Nivel de Atención.....	26
2.1.1.2. Segundo Nivel de Atención.....	27
2.1.1.3. Tercer Nivel de Atención	28
2.1.2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia.....	28
2.1.3. Hospital San Vicente de Paúl.....	30
2.1.4. Herramientas para la Validación de Datos	30
2.1.5. Historia Clínica	31
2.1.6. CIE-10.....	31
2.1.7. Enfermedades Crónicas no Transmisibles.....	32
2.1.7.1. Generalidades	32
2.1.7.2. Factores de Riesgo	32
2.1.7.3. Morbilidad y Mortalidad	32
2.1.7.4. Clasificación.....	33
2.1.7.5. Tratamiento Farmacológico y Complicaciones Clínicas	39
2.2. Marco Legal	40

2.2.1.	Constitución del Ecuador.....	40
2.2.2.	Ley Orgánica de Salud.....	41
2.2.3.	Ley de Seguridad Social	41
CAPÍTULO III		43
3.1.	Contexto	43
3.2.	Enfoque y Tipo de Investigación	44
3.3.	Población.....	45
3.4.	Muestra.....	45
3.5.	Criterios de selección	45
3.5.1.	Criterios de Inclusión.....	45
3.5.2.	Criterios de Exclusión.....	45
3.5.3.	Criterios de Salida.....	45
3.6.	Variables.....	46
3.7.	Procedimientos	48
3.8.	Plan de Procesamiento y Análisis de Datos	48
3.8.1.	Codificación.....	48
3.8.2.	Tabulación y Análisis Estadísticos	48
3.9.	Consideraciones Bioéticas.....	48
CAPITULO IV		50
4.1.	Resultados	50
4.1.1.	Comprobación de hipótesis en la investigación.....	58
4.2.	PLACE Estandarizado.....	59
4.3.	Discusión.....	72
CAPÍTULO V.....		76
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		89
6.1.	Conclusiones	89
6.2.	Recomendaciones.....	89

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS.....	100

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de variables.....	46
Tabla 2 Distribución de pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico según las características sociodemográficas	50
Tabla 3 Comparación de medias de edad según el sexo. Pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico	53
Tabla 4 Distribución de pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico	54
Tabla 5 Relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT según su procedencia.....	56
Tabla 6 Media de tiempo sin tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT según su procedencia	56
Tabla 7 Distribución de pacientes con ECNT que desarrollaron complicaciones durante el tiempo sin tratamiento farmacológico	57
Tabla 8 Pruebas de normalidad de Shapiro Wilk.	58
Tabla 9 Correlaciones	59
Tabla 11 PLACE estandarizado. Patología: enfermedades endócrino – metabólicas	61
Tabla 12 PLACE estandarizado. Patología: enfermedades cardiovasculares	64
Tabla 13 PLACE estandarizado. PATOLOGÍA: Enfermedades del SOMA	68

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Distribución de la muestra por sexo.	51
Figura 2 Distribución de la muestra por Nivel de instrucción.	51
Figura 3 Distribución de la muestra por Ocupación.	52
Figura 4 Distribución de la muestra por Etnia.	52
Figura 5 Distribución de la muestra por Procedencia.	53
Figura 6 Gráfico de cajas de la Edad vs Sexo.	54

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
RELACIÓN ENTRE TIEMPO SIN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y
COMPLICACIONES DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES EN
PACIENTES REFERIDOS AL HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL, ENERO A JUNIO
DE 2021

Autor: Mirian Paulina Aguas Herrera

Tutor: Dr. Jorge Luis Anaya González

Año: 2021

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como principal objetivo relacionar el tiempo sin tratamiento farmacológico y la aparición de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al hospital San Vicente de Paúl, enero a junio de 2021. Para ello, se empleó una metodología cuantitativa con enfoque no experimental, correlacional y de corte transversal. La población de estudio estuvo conformada por 126 pacientes con diagnóstico de ECNT sin tratamiento farmacológico para su enfermedad de base atendidos en la consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl Ibarra los cuales proceden del primer nivel de atención durante el periodo de enero a junio del 2021. Para hacer el análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS v23.0. Como principal resultado se obtuvo que existe una relación positiva entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl. Como principal conclusión se obtuvo que las ECNT más comunes en mostrar dificultades fueron: las cardiovasculares, digestivas, endocrino metabólicas y

neurológicas. De esto se puede deducir que es mayor el número de pacientes que desarrollan complicaciones al estar sin tratamiento farmacológico, en alrededor de un 80%.

Palabras Clave: Tratamiento farmacológico, Enfermedades crónicas no transmisibles, Complicaciones, Tiempo sin tratamiento.

ABSTRACT

The main objective of the present work was to relate the time without pharmacological treatment and the appearance of complications of chronic non-communicable diseases in patients referred to the San Vicente de Paúl hospital, January to June 2021. For this, a quantitative methodology with a non-communicable approach was used. experimental, correlational, and cross-sectional. The study population consisted of 126 patients with a diagnosis of CNCD without pharmacological treatment for their underlying disease attended in the outpatient clinic of the San Vicente de Paúl Ibarra Hospital, which came from the first level of care during the period from January to June 2021 To perform the data analysis, the statistical program SPSS v23.0 was used. As the main result, it was obtained that there is a positive relationship between the time without drug treatment and the development of complications of chronic non-communicable diseases in patients referred to the San Vicente de Paúl Hospital. The main conclusion was that the most common NCDs in showing difficulties were cardiovascular, digestive, endocrine, metabolic and neurological. From this it can be deduced that the number of patients who develop complications when without drug treatment is greater, by around 80%.

Keywords: Pharmacotherapy, Chronic non-communicable diseases, Complications, Time without treatment.

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1. Problema de Investigación

En la actualidad, los centros de salud pública del Ecuador manejan nuevos procedimientos de trabajo donde el paciente se somete a la atención estratificada por niveles y, de acuerdo a su situación y necesidades determinadas en las primeras consultas, es derivado al especialista correspondiente, para lograr así una mejoría en la calidad de los servicios de salud y evitar el colapso innecesario de las unidades asistenciales de mayor nivel con casos a los que, para comodidad del usuario, pueden ser perfectamente tratados en el primer nivel de atención (Bejarano, 2018).

El Ecuador es un país con una población de aproximadamente 17 millones de habitantes, donde la demanda hacia los servicios de la salud se está incrementando cada año, siendo cada vez mayor la cobertura y la accesibilidad de estos. Por tanto, se impone la necesidad de mejorar tanto la calidad como en el número de atenciones, fundamentalmente en aquellas unidades que brindan atención a los menos favorecidos, donde aún no se ha logrado la equidad deseada (Molina, 2019).

No obstante, existe un sistema de referencia y contrarreferencia que ha logrado una mayor especialización en la atención médica, el cual fue definido en el año 2014 como aquellos procesos que, de manera ordenada, facilitan la continuidad de la atención médica, siendo referidos los usuarios desde el nivel comunitario y en un orden ascendente y escalonado de los diferentes niveles de atención, según sus necesidades. Sin embargo, el tiempo es un elemento importante para considerar en cuanto a las referencias ya que, en muchos casos, de este depende que el diagnóstico o la terapéutica aplicada al paciente sean efectivos y capaces de solucionar el problema de salud en cuestión. Lamentablemente este

período de espera muchas veces se extiende por múltiples circunstancias, perjudicando así la evolución clínica y el curso de las enfermedades (Lagua & Gisela, 2018).

Especialistas en el tema aseguran que el lapso de tiempo que transcurre hasta que el paciente es atendido, es uno de los factores de mayor relevancia en el análisis objetivo de la calidad de los servicios de salud, siendo mucho mejor cuando menor sea dicho tiempo, tanto para la evaluación de la asistencia como para la percepción subjetiva de los usuarios. Por ello el estudio a profundidad del comportamiento de la espera para la atención correspondiente es fundamental si se pretende lograr un sistema más eficiente y eficaz en la resolución de los problemas de salud (Juvinyà, et al., 2015).

El tiempo de espera como factor aislado, estará en dependencia de la administración y forma organizativa de las unidades asistenciales, más no así de la rapidez en la atención del médico y demás profesionales de la salud. De esta manera, se entiende que el paciente presentará una respuesta negativa cuando ocurran situaciones tales como la ausencia de turnos disponibles para la derivación a los especialistas y la demora en la gestión de uno en caso de que así fuera. Todo esto conlleva a que sean los más desfavorecidos los que deban esperar por largos períodos de tiempo, debido a que es este sector no despreciable de la población el que menores ingresos y alternativas tiene a su disposición (Gómez & Rivera, 2019).

Las enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, tienen como característica común el hecho de que pueden transcurrir silentes o asintomáticas por meses e incluso años, lo que hace que el paciente no acuda a consulta por menospreciar el cuidado de su salud frente a las necesidades de trabajo y del hogar. Finalmente, cuando lo haga porque presenta malestar, puede que se sienta desplazado por la prioridad que se le brinda en las unidades asistenciales a las personas con patologías agudas o más urgentes (Rodríguez & García, 2018).

Este desequilibrio existente entre la oferta y la demanda de los servicios de salud afecta negativamente la imagen que poseen los pacientes de los profesionales de la salud, que como se ha descrito anteriormente, en la mayoría de las ocasiones no son los responsables directos de los largos períodos de espera y demora a los que deben enfrentarse los usuarios. Otra cuestión impactante es la mayor incidencia de dicha problemática en los centros de atención pública frente a los privados, donde los clientes en lugar de invertir su tiempo o una cuota mínima tienen la opción de pagar por los servicios (Gutiérrez & Mendoza, 2019)

En el contexto nacional, el tiempo de espera para la atención médica puede ser bastante variable en dependencia del nivel de atención (primero, segundo, tercero) y la situación de salud particular que requiere solución (emergencia o consulta externa). En el caso de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, estos suelen acudir referidos a las consultas con especialistas médicos en la patología en concreto, donde suelen concurrir bastantes personas para el seguimiento de trastornos afines. Por ejemplo, se sabe que, en el año 2018, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, de Lima, Perú, el tiempo de espera promedio para la primera atención en el servicio de emergencias es de 61 minutos aproximadamente, mientras que para las interconsultas se requería un tiempo medio de 5 horas (Gutiérrez & Mendoza, 2019). Mientras tanto, Martínez et al. (2015), en un estudio argentino, determinó un tiempo de espera para ingresar al triaje de 38 minutos y para ser valorado por el médico, de 40 minutos, además de 46 minutos para la emisión de la orden de salida. Investigaciones realizadas a nivel nacional, en el área de consulta externa el Hospital Carlos Andrade Marín y en el centro de salud de Guanujo, cantón Guaranda, provincia Bolívar, evidenciaron tiempos demora de entre 15 y 90 días para ser atendidos en la unidad de referencia (Gómez & Rivera, 2019) y (Quinllín, 2019).

Dentro del Hospital San Vicente de Paúl de Ibarra, como en el contexto nacional e internacional, el tiempo de espera es bastante variable en dependencia de muchos factores

como la patología del paciente y el tipo de servicio que este requiere. Sin embargo, no es desconocida la saturación de los servicios de salud en el país, lo cual dificulta la atención rápida de los pacientes referidos desde el primer nivel, sobre todo cuando estos requieren consultas de especialidades para sus enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual es la causa principal de los tiempos de espera prolongados para la atención en salud. Otros factores como las demoras en los trámites propios de los sistemas de referencia y la falta de disponibilidad de citas médicas en estos servicios también conspiran en contra de la atención expedita de los enfermos.

Finalmente, las consecuencias que tienen estas demoras perjudican tanto a los pacientes como al Sistema de Salud Pública. En el contexto de los enfermos con patologías crónicas no transmisibles como la diabetes y la hipertensión arterial, la rápida atención por el especialista pertinente y la indicación del tratamiento médica más acertado son elementos que garantizan un adecuado control y compensación de los síntomas, evitando a su vez la incidencia de complicaciones agudas y crónicas. Por otro lado, para las estadísticas nacionales en salud, el tener pacientes que se encuentran descompensados de sus enfermedades crónicas y que pueden presentar complicaciones como infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular reflejan una población más afectada y cierta ineficacia de los servicios de salud.

1.2. Antecedentes

En el año 2015, Juvinyà, Fontova y Suner, en su trabajo de investigación titulado: Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes, concluyeron que la percepción subjetiva que tienen los pacientes sobre el tiempo de espera para ingresar a sus consultas es uno de los elementos más importantes en la valoración de la calidad de la atención médica por los mismos, que se extiende tanto hacia las acciones de los profesionales de medicina como a los de enfermería. Teniendo una mejor evaluación por los usuarios

cuando el período de espera es corto o aceptable, siendo este factor susceptible a mejoras por parte del personal (Juvinyà et al., 2015)

En el año 2013, Szwako y Vera, en su trabajo de investigación titulado: Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción Paraguay, año 2013, dictaminaron que las mejores valoraciones públicas de la unidad asistencial provenían de pacientes que catalogaron como adecuados tanto el tiempo de espera pre consulta como el de duración de esta (Szwako & Vera, 2018).

En el año 2019, Gómez y Rivera, en su trabajo de investigación titulado: Gestión por procesos para la disminución del tiempo de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín, concluyen que la mayoría de los pacientes presentan una demora de entre 15 y 90 días para ser atendidos en la unidad de referencia, tiempo que estuvo condicionado por el tipo de turno, el requerimiento de exámenes complementarios y la necesidad de tratamientos específicos y más especializados. Siendo los servicios con mayor compás de espera Neurología, Endocrinología, Hematología y Geriatria (Gómez & Rivera, 2019)

En el año 2019, Quinllín, en su trabajo de investigación titulado: Evaluación del sistema de referencia y contrarreferencia en los usuarios del centro de salud de Guanujo, cantón Guaranda, provincia Bolívar, concluyó que existía una demora patente en el flujo de los pacientes referidos debido al incremento de la demanda, la congestión de los canales de *call center* y el atraso en la entrega de las citas médicas (Quinllín, 2019).

En el año 2015, Zurita, en su trabajo de investigación titulado: Reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de la ciudad de Quevedo, determinó que, pese a la existencia de personal responsable de la revisión, almacenamiento y seguimiento de los formularios para las consultas, esta labor

muchas veces queda a medias y se detiene o se ralentiza el proceso de atención de los pacientes derivados a otro niveles (Zurita, 2015)

En el año 2014, De Salto y Salazar, en su trabajo de investigación titulado: Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento médico del Instituto Nacional Mejía, llega a la conclusión de que a pesar de que el tiempo de espera antes de la consulta médica se considera adecuado en la mayoría de las ocasiones, es necesario mejorar la gestión para el beneficio de los pacientes, ya que muchas veces estos plantean que no tienen la facilidad de acceder a la atención en la consulta (Del Salto & Salazar, 2017).

En el año 2012, Navas, en su trabajo de investigación titulado: Evaluación de la gestión, diseño, documentación y medición de procesos del área de estadística del Hospital General Enrique Garcés, planteó que es necesario optimizar el proceso burocrático de la solicitud de turnos por medio de los agentes telefónicos del *call center*, en aras de garantizar un mayor aprovechamiento del tiempo y una menor espera de los usuarios, teniendo en cuenta que en la génesis del problema también subyacen la oferta insuficiente de citas médicas (Navas, 2016).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Relacionar el tiempo sin tratamiento farmacológico y la aparición de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al hospital San Vicente de Paúl, enero a junio de 2021

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Identificar los pacientes sin tratamiento farmacológico para enfermedades crónicas no transmisibles referidos al Hospital San Vicente de Paúl.
- Identificar el tipo de enfermedad crónica no transmisible.

- Especificar la parroquia de procedencia de los pacientes
- Determinar el tiempo sin tratamiento farmacológico para las enfermedades crónicas no transmisibles de base.
- Diagnosticar las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles de base.

1.3.3. Hipótesis:

H₀: No existe relación positiva entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl.

H₁: Existe relación positiva entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl.

1.4. Justificación

La presente investigación, tiene como finalidad relacionar el tiempo de espera sin tratamiento farmacológico y la aparición de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que asisten a la Consulta Externa del Hospital San Vicente de Paúl, que, dependiendo del criterio del médico, otorga un documento de referencia para el segundo nivel de atención. Dicho documento es la hoja de referencia y contrarreferencia, formulario N.º 053, que tienen su basamento en los procesos pertinentes al Sistema de Salud.

Este proyecto es de relevancia ya que se podrá revelar la conformidad o inconformidad del paciente crónico, así como la evolución del tratamiento, de las enfermedades crónicas transmisibles, a través de las historias clínicas y las encuestas a los principales involucrados, que luego de ser referidos desde el primer nivel, buscan alternativas para acceder a consulta médica con un especialista, luego de un tiempo determinado de espera. Por lo que, en caso de haber demora en el tiempo de espera para la consulta

especializada, se podrá sugerir alternativas viables que mejoren el contexto de referencia de pacientes a un nivel de mayor complejidad para lograr de esta manera evitar que una urgencia se convierta en emergencia médica, al mismo tiempo se evitaría congestionar los servicios de emergencia del Hospital San Vicente de Paúl (HGSVP).

Conociendo los tiempos que debe esperar un paciente hasta ser atendido en el HGSVP se busca generar soluciones y cambios en los que se vean beneficiados los pacientes, sus familias y el centro de salud al que está acudiendo, dando la importancia debida a los usuarios y a su condición de salud.

Para realizar este trabajo se tendrá contacto principalmente con pacientes crónicos que acuden para su atención médica en el HGSVP y, mediante la ayuda conjunta de médicos y con el personal de estadística de esta casa de salud, hacer una revisión de las referencias emitidas a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. De la misma manera acceder hasta el HGSVP, para verificar si el tiempo de espera para la asignación de turnos en este hospital es adecuado para tener un tratamiento efectivo, o es prolongado, lo que ocasionaría deterioro en la patología del paciente, ya sea porque una enfermedad se convierta en una urgencia, o también, porque hay complicaciones crónicas que pueden aparecer durante el tiempo de espera.

Con el desarrollo de esta investigación se espera demostrar cuanto influye el tiempo de espera en la aparición de complicaciones y por ende la afectación de los pacientes y sus familiares, con esta información se facilita que exista una correcta toma de decisiones por parte de las autoridades y profesionales de la salud, que permita la implementación de estrategias para el acortamiento de los tiempos de espera en los pacientes que presentan enfermedades crónicas no transmisibles y que vienen referidos del primer nivel ya que en estos centros no existe disponibilidad del tratamiento farmacológico específico. De esta forma, el beneficio para estas personas, que podrán recibir la atención médica requerida con

una mayor rapidez y por tanto compensar los síntomas asociados a sus patologías y prevenir las potenciales complicaciones, se verán beneficiadas en una gran medida. También las estadísticas en salud experimentarán una mejora, pues se espera que la incidencia de complicaciones agudas y crónicas relacionadas con dichas morbilidades sea menor, reflejando un adecuado trabajo de los equipos de salud de primer y segundo nivel.

CAPITULO II

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. Marco Teórico

2.1.1. Generalidades del Sistema de Salud

Aunque las definiciones varíen según el marco de referencia utilizado, una forma general de definir a un sistema de salud es viéndolo como un conjunto de relaciones intersistémicas de carácter político, económico, social e institucional; que tienen como objetivo el manejo de los distintos procesos relativos a la salud de distintas poblaciones y sus comunidades. Estas relaciones complejas se pueden expresar en organizaciones, normas técnicas y servicios que tendrán como fin el conseguir resultados coherentes con la concepción teórica actual de la salud. Esta conceptualización, a su vez, es variable a lo largo del tiempo y del espacio en que se lleve a cabo (Instituto Suramericano de Gobierno en Salud, 2015). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el adecuado funcionamiento de este tipo de sistemas debería de contemplar la rectoría y administración, la proveeduría de servicios, el financiamiento de estos y el área de recursos humanos (Organización Mundial de la Salud, 2013).

Acerca del sistema nacional de salud de la República del Ecuador, se caracteriza por ser mixto, segmentado y fragmentado. El sector público lo conforma principalmente el Ministerio de Salud Pública, organismo que tiene a cargo la prestación de servicios de salud y la promoción de la salud, entre muchas otras funciones. Además, otro organismo importante a nivel público es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (que se encarga de la cotización de los trabajadores en el sector formal público o privado). En el sector privado del sistema de salud se encuentran hospitales, clínicas o consultorios con fines de lucro, organizaciones sin fines de lucro que presten servicios de salud, y asociaciones de servicio social prepago. El

sector privado representa, en el Ecuador, un 15% de todos los establecimientos de salud (Chang, 2017).

Con la nueva Constitución Política del año 2008, Ecuador consolida la visión de la salud como un derecho universal de la población, interconectado con otros derechos que aseguran el bienestar de la población (derechos del Buen Vivir). Además, se establece al Estado como su principal garante. Este mandato constitucional marca un antes y un después en la historia del sistema de salud pública ecuatoriano, y da pie a las reformas en salud de los años venideros (Espinosa et al., 2017).

El modelo vigente de Atención Integral de Salud fue instaurado por el Ministerio de Salud Pública en el Ecuador en 2013. Este logró fortalecer la red pública integral de salud con un enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (FCI), y constituye una gran herramienta normativa para garantizar los derechos de los ciudadanos en materia de salubridad; además de asegurar otras garantías como la protección de poblaciones vulnerables y la estructuración del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Su propósito es el de orquestar una integración entre los distintos actores del Sistema Nacional de Salud, con el fin de garantizar el derecho universal a la salud y el cumplimiento de otros objetivos especificados en el Plan Nacional de Desarrollo para el Buen Vivir (Naranjo et al., 2016). Asimismo, su marco de referencia está dado por el concepto de salud provisto por la Organización Mundial de la Salud, donde se entiende a la salud como no solo la ausencia de enfermedad, sino como un bienestar multidimensional con determinantes biológicos, mentales, espirituales, psicológicos y sociales (Ministerio de Salud Pública, 2015)

A nivel organizacional, el modelo estructura a los servicios de salud por niveles de atención. Además, clasifica a los establecimientos del primer nivel en centros de tipo A, B o C, según su infraestructura y la oferta de servicios. Esta clasificación, incluida en el

documento titulado por Tipología para homologar establecimientos de salud niveles del Ministerio de Salud Pública de Ecuador (2015) se procederá a describir a continuación.

2.1.1.1. Primer Nivel de Atención

Constituye la puerta de entrada para que cada paciente se convierta en usuario de la Red Pública de Salud ecuatoriana. Este nivel otorgará principalmente servicios básicos de salud, en poblaciones que pueden alcanzar hasta los cincuenta mil habitantes. Según la cantidad poblacional de donde estén ubicados los centros del primer nivel de atención, estos se dividirán en tres tipos: puestos de salud, consultorios médicos, y centros de salud. Los puestos de salud están diseñados principalmente para cubrir zonas pequeñas, en parroquias rurales, que no sobrepasen los 4 000 habitantes (3 500 en promedio). Están constituidos por un equipo básico, generalmente formado por un médico, mínimo un enfermero y mínimo un técnico de Atención Primaria en Salud (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Los consultorios médicos, por otra parte, son establecimientos brindan servicios de diagnóstico y tratamiento en medicina general, obstetricia y ginecología, odontología general y psicología exclusivamente. Por último, se encuentran los centros de salud. Estos, a su vez, se subdividen en centros de salud A, B y C. Los del tipo A se podrán localizar en áreas con más densidad poblacional que los puestos de salud: poblaciones conformadas hasta por 10 000 habitantes inclusive. Cuentan con servicios básicos de atención primaria, como consulta externa, sala de procedimientos, laboratorio e imágenes médicas. De esta misma forma, los centros de salud B brindan exactamente los mismos servicios de salud, pero en localidades con una densidad poblacional mayor, que no sobrepase los 50 000 habitantes (Ministerio de Salud Pública, 2015).

Cabe recalcar que son los centros de salud C los que poseen la mayor complejidad en el Primer Nivel de Atención. Brindan los servicios médicos anteriormente mencionados, e incluye además centros de rehabilitación, área de emergencias médicas, sala de partos y salas

de recuperación clínica. Se localiza en regiones con un número de habitantes que oscila entre los 25 001 y 50 000.

2.1.1.2. Segundo Nivel de Atención

Constituye el paso inmediato a seguir para la referencia de los casos que no pueden, por uno u otro motivo, ser resueltos en los centros del primer nivel. El segundo nivel se puede subdividir en el área ambulatoria, donde el usuario no es internado, y, el área de hospitalización, donde se adiciona el servicio de internación. La unidad médica ambulatoria estará formada por consultorios de especialidades clínico-quirúrgicas, donde la atención será brindada por profesionales en Medicina con su especialidad médica correspondiente. Estos consultorios son independientes.

Además, existe, dentro del servicio médico ambulatorio, el centro de especialidades, donde se atiende en consulta externa y se brindan los servicios médicos-quirúrgicos habituales, incluyendo algunas especialidades médicas básicas. Por último, el servicio ambulatorio está constituido también por los centros clínico-quirúrgicos, que se pueden denominar Hospitales de Día. Estos son establecimientos que brindan servicios de diagnóstico y tratamiento en las áreas clínicas y quirúrgicas, así como en el área de Farmacia. En estos establecimientos se puede realizar la internación de los pacientes que así lo requieran durante menos de 24 horas. Asimismo, en estos centros se pueden encontrar profesionales especializados en las áreas de nutrición clínica, psicología clínica, laboratorio, e Imagenología (Ministerio de Salud Pública, 2015) .

En la subdivisión hospitalaria del segundo nivel de atención, se pueden encontrar dos tipos de hospitales: básicos y generales. En los básicos, se ampliarán los servicios ofrecidos: además de incluir los anteriormente mencionados en los servicios ambulatorios, se suman las unidades de terapia intensiva y hospitalización (donde se podrá internar al paciente por un tiempo mayor a 24 horas). Existen especialistas brindando servicios de salud en las áreas de

medicina interna, medicina familiar y comunitaria, obstetricia y ginecología, cirugía general y pediátrica, entre otras (Ministerio de Salud Pública, 2015).

2.1.1.3. Tercer Nivel de Atención

Este estrato se encarga de la atención de los casos más difíciles, con patologías poco comunes. Es un sistema de referencia nacional, es decir, llegan a estas locaciones personas de todos los lugares del país. Aquí se encuentra la tecnología médica más avanzada. Su estructura también se puede dividir en ambulatoria y hospitalaria, siendo la ambulatoria constituida por centros especializados. Estos centros brindan diagnósticos, tratamiento (terapias), rehabilitación, cuidados paliativos, entre otros (Malo, 2013).

En la subdivisión hospitalaria se encuentran hospitales de especialidades médicas, los cuales tienen un nivel alto de complejidad, hay servicios de consulta externa, emergencias médicas y hospitalización, esto en varias especialidades y subespecialidades médicas. Se atienden pacientes con patologías crónicas y/o agudas. Luego, se encuentran los hospitales especializados, los cuales ofrecen los mismos servicios que un hospital de especialidades, pero aquí se concentra mayor cantidad de personal capacitado y los equipos con la última tecnología médica especializada (Malo, 2013).

2.1.2. Sistema de Referencia y Contrarreferencia

El Sistema de Referencia y contra referencia se puede definir como un mecanismo adoptado por el Ministerio de Salud Pública mediante el cual se logra el objetivo de descentralizar y descongestionar los servicios de salud y garantiza el acceso a estos para toda la población. Este sistema permite el mejoramiento de la atención al usuario a través de la comunicación administrativa entre los tres niveles de atención primaria, elaborando un direccionamiento óptimo personalizado según las condiciones de salud que aquejen al paciente (Valenzuela, 2016).

El documento principal en este sistema es la referencia médica, la cual se define como un proceso administrativo de derivación de usuarios y/o elementos diagnósticos (laboratorio, imagenología, entre otros) de una institución perteneciente a la Red Pública en Salud que no posea con la capacidad resolutoria suficiente para la atención adecuada de este caso específico. Se direccionará a un centro de mayor complejidad que sea capaz de asegurarle al paciente que recibirá una atención acorde a sus necesidades clínicas en ese momento. Se tendrán en cuenta distintos parámetros a la hora de realizar la referencia médica, entre ellos, la conformación y locación de las redes del sistema de salud, en aras de lograr una mayor eficiencia de los recursos del sistema y el impacto social al usuario. Para la realización de la referencia se tomará en cuenta el formulario No.053, y será avalado por las autoridades correspondientes (Ministerio de Salud Pública, 2014).

La contrarreferencia, por otra parte, será la forma en la que el usuario (o sus resultados de pruebas clínicas) retorna a la institución de origen, la cual posee menor complejidad. La contrarreferencia debe traer un diagnóstico detallado, así como sus recomendaciones terapéuticas y farmacológicas en caso de haberlo. Además, se debe incluir la información acerca de la atención brindada (fechas, procedimientos, interpretación de resultados, etc.), la cual será adjuntada a la historia clínica médica global (Ministerio de Salud Pública, 2014).

Esta estrategia posee amplios beneficios para el usuario, no obstante, en ciertas ocasiones, el proceso se puede volver innecesariamente largo. Los tiempos de espera consisten en el lapso que ocurre desde que el paciente es evaluado en un centro de salud de menor capacidad y es referido en él, hasta la fecha en que es atendido en un centro médico a convenir según el sistema, que cumpla con las características necesarias para un abordaje adecuado (en esta investigación, este corresponderá al segundo nivel de atención primaria en el hospital San Vicente de Paúl). Muchos pacientes durante estos tiempos no poseen ningún

tipo de tratamiento médico farmacológico para contener o aliviar sus manifestaciones clínico-patológicas y, como toda enfermedad no tratada, esto puede degenerar en la aparición de complicaciones clínicas que se revisarán más adelante.

2.1.3. Hospital San Vicente de Paúl

El Hospital General San Vicente de Paul es uno de los centros hospitalarios pertenecientes al Ministerio de Salud Pública. Se encuentra en la provincia de Imbabura, del cantón Ibarra, de la parroquia de Sagrario, en Ecuador. Posee una cobertura regional (donde se engloban a Imbabura, Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos y Norte de Pichincha). Atiende a 120 348 usuarios, aproximadamente. Entre sus objetivos están el asegurar la gratuidad y equidad en el acceso a los servicios de salud, seguir los lineamientos del Modelo de Atención Integral de Salud; e incrementar la accesibilidad, reduciendo el tiempo de espera para recibir atención, entre otros (Ministerio de Salud Pública, 2019). Constituye, asimismo, parte del segundo nivel de atención primaria, al contar con atención médica en las especialidades de: cirugía general, clínica, pediatría, obstetricia, enfermería y nutrición; así como unidad de hemodiálisis (Albuja, 2015).

2.1.4. Herramientas para la Validación de Datos

En el presente trabajo de investigación se utilizaron dos herramientas para la validación de los datos recopilados: en primer lugar, se encuentra la historia clínica del paciente, la cual fue contemplada con el fin de determinar información demográfica de interés, y el diagnóstico y tratamiento previamente establecido por el profesional médico; y el CIE-10, el cual constituyó un marco de referencia para categorizar a las enfermedades crónicas no transmisibles y sus respectivas complicaciones. Se procedió a describir cada uno de estos dos parámetros a continuación.

2.1.5. Historia Clínica

Según el Ministerio de Salud Pública (2015) la historia clínica es un documento tanto médico como legal, que describe detalladamente y de forma ordenada la información relativa a un usuario de la Red Pública de Salud. Aquí se puede encontrar información del individuo de carácter demográfico y estadístico (etnia, sexo, parroquia de procedencia), así como su historial médico (con procedimientos y tratamientos recibidos previamente), su estado de salud, sus diagnósticos y la evolución médica de estos. En la actualidad, el Ministerio de Salud Pública cuenta con un Sistema de Historia Clínica Electrónica implementado en más de 1500 unidades operativas. En su base de datos, cuenta con más de 3.5 millones de pacientes y más de 15 millones de atenciones médicas registradas. En los últimos años, Ecuador ha buscado fortalecer esta herramienta electrónica, así como todas sus tecnologías en salud; y expandir sus alcances (Organización Mundial de la Salud, 2018) .

Se obtuvo solamente la información de la Historia Clínica que es relevante para la investigación en curso, preservando la confidencialidad de los demás datos.

2.1.6. CIE-10

El CIE-10, acrónimo para la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición; constituye un documento publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1992, donde se encuentra una amplia clasificación y codificación de enfermedades, con la máxima variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, circunstancias sociales y causas externas que estas podrían presentar. Cada afección es agrupada en una categoría y recibe un código de hasta 6 caracteres en formato “X00-X00”. Fue desarrollada con el propósito de rastrear estadísticas de mortalidad y morbilidad, y constituye además uno de los marcos de referencia utilizados en el siglo XX y XXI a nivel global para el diagnóstico y la estadística de las distintas condiciones de salud en él descritas (OMS, 2016).

2.1.7. Enfermedades Crónicas no Transmisibles

2.1.7.1. Generalidades

Las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden definir como, según la Organización Mundial de la Salud (2018) "...afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta". Acerca de estas, también se menciona que "tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales" y sus principales tipos los comprenden "las enfermedades cardiovasculares [...], el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas [...] y la diabetes" (p.24)

2.1.7.2. Factores de Riesgo

La mayoría de los factores de riesgo para estas enfermedades son comportamentales, como el tabaco, la ingesta excesiva de sodio, el consumo de alcohol y la actividad física insuficiente. Asimismo, existen factores de riesgo de tipo metabólico, como lo son el aumento de la tensión arterial, el sobrepeso y la obesidad, las concentraciones elevadas de glucosa en sangre (hiperglucemia) y las concentraciones elevadas de grasas en la sangre (hiperlipidemia) (Lancet, 2016).

2.1.7.3. Morbilidad y Mortalidad

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan el 71% de muertes producidas en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2017), y de estas muertes, el 75% ocurre en países de bajos y medianos ingresos (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Se estima que en el Ecuador más del 33,3% de los niños en edad escolar presentan sobrepeso u obesidad; un 25% en edad preescolar tienen desnutrición crónica, un 60% de los adultos de la ciudadela de El Recreo-Durán padecen de sobrepeso u obesidad, un 25% de la población adulta ecuatoriana ha tenido un episodio de consumo excesivo de alcohol en el

último mes y un 70% de los adolescentes manifestó realizar poca actividad física (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Acerca de la mortalidad en el Ecuador, la situación no es muy diferente al panorama mundial, y las enfermedades crónicas no transmisibles representan la primera causa de mortalidad en todos los grupos de edad, siendo las del tipo cardiovascular la causa del 16,6% de las muertes del país en 2011, seguido de la diabetes con un 7%. Además, las enfermedades crónicas no transmisibles representaron el 47,8% de las muertes prematuras de ese mismo año (fallecimientos en personas de 30 a 69 años de edad) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

Cabe mencionar que el gobierno ha implementado distintas estrategias para la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre las cuales se encuentran el sistema de etiquetado de alimentos (el "semáforo nutricional", para identificar niveles de azúcar, sal o grasas de un alimento procesado), impuestos al tabaco y a las bebidas azucaradas; el trabajo del Ministerio de Salud Pública junto a los Gobiernos Autónomos Descentralizados en el marco de Municipios Saludables, la promoción de la lactancia materna y el programa de Bares Escolares, entre otras (Ministerio de Salud Pública, 2014) .

2.1.7.4. Clasificación

A continuación, se mencionarán brevemente los tipos de enfermedades crónicas no transmisibles seleccionadas según el CIE-10 que se contemplarán para el desarrollo de este trabajo de investigación, y se otorgará una breve explicación teórica de cada una de ellas.

2.1.7.4.1. Neoplasias.

Se pueden definir, según el Instituto Nacional del Cáncer (2016) como las masas anormales formadas por uno o varios tipos de tejidos, como consecuencia de una proliferación de sus células mayor a la debida, o por una ausencia de muerte celular o apoptosis. Se clasifican en dos grandes grupos, las benignas o no cancerosas, y las malignas o

cancerosas. Este crecimiento celular posee una etiología multifactorial que deriva a un cambio en el ADN celular (Moasser, 2015).

En el Ecuador, los informes reportan una incidencia de neoplasias malignas o cáncer de 157,2 casos por cada 100 mil habitantes. El de mayor incidencia, con 38,8 casos por cada 100 mil habitantes, es el de próstata. El segundo lugar pertenece al cáncer de mama, con 31,8 casos. Algunos de los cánceres más mortales son: el de pulmón, el colorrectal, el de estómago y el de hígado (Wild, 2018) .

2.1.7.4.2. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas.

Este gran grupo contiene entre sus diagnósticos enfermedades que afectan de alguna forma al sistema endocrino, el cual es responsable de la secreción de hormonas, sustancias que actúan como mensajeros químicos cuando son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas funciones del cuerpo como lo son el desarrollo de órganos sexuales, el crecimiento, la actividad de los tejidos, el metabolismo, entre otras (González, 2016).

Además, este grupo comprende enfermedades relacionadas al proceso de nutrición humana, como lo son la desnutrición, las deficiencias nutricionales, entre otras. Cabe mencionar que la enfermedad crónica no transmisible de este grupo con mayor incidencia a nivel mundial es la obesidad, la cual se caracteriza por un exceso de grasa en el cuerpo. Su presencia aumenta el riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardíacas, derrames cerebrales, artritis, y ciertos tipos de cáncer (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, 2017). Entre 1975 y 2016 la prevalencia mundial de la obesidad se ha casi triplicado, con un 13% de la población adulta mundial en 2016 presentando obesidad en algún grado, y un 39% con sobrepeso (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Asimismo, otra enfermedad de este grupo que merece mencionarse por su alta incidencia y mortalidad es la diabetes. Esta se define como "un trastorno en el que el

organismo no produce suficiente cantidad de insulina o no responde normalmente a la misma, lo que provoca que las concentraciones de azúcar (glucosa) en sangre sean anormalmente elevadas" (Brutsaert, 2020). Además, se considera uno de los grandes problemas de la salud pública, debido a su gran incidencia: se estima que, en 2017, 451 millones de adultos vivían con diabetes alrededor del mundo. La diabetes, además, se encuentra entre las primeras diez causas de muerte a nivel mundial. Los que la padecen tienen menor esperanza de vida, y se asocia con un mayor riesgo de infección, enfermedad cardiovascular, infarto, enfermedad renal crónica, enfermedad hepática crónica y algunos tipos de cánceres (Lin, et al., 2020).

2.1.7.4.3. Enfermedades del Sistema Nervioso.

El sistema nervioso puede definirse como un conjunto de células especializadas en la conducción de señales eléctricas, que captan estímulos, procesan la información y generan respuestas a estos estímulos (Schatzberg & Nemeroff, 2015). Algunas enfermedades de este tipo son la esclerosis múltiple, el accidente cerebrovascular (ACV), los ataques isquémicos transitorios (TIA), la epilepsia, o los trastornos del movimiento, entre otras (Des Moines University, 2016).

2.1.7.4.4. Enfermedades del Sistema Circulatorio.

Este sistema "se encarga de bombear, transportar y distribuir la sangre por todo el cuerpo. Se integra con el corazón y los vasos sanguíneos" (Saavedra & Domínguez, 2015). Entre las afecciones más importantes a nivel mundial del sistema circulatorio se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la principal causa de muerte alrededor del mundo y es una de las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles principales, junto al cáncer, la diabetes (anteriormente mencionada) y las enfermedades respiratorias crónicas (Gómez L. , 2016).

Además, en esta categoría se encuentra la hipertensión, un trastorno donde los vasos sanguíneos que llevan la sangre a diferentes partes del cuerpo mantienen una tensión

persistentemente alta. Se le conoce como un "asesino silencioso" porque, aunque pueda no mostrar algún síntoma, representa el principal factor de riesgo para el desarrollo de una enfermedad cardiovascular y un accidente cerebrovascular (mencionado anteriormente) (Organización Mundial de la Salud, 2015). Se estima que la hipertensión afecta entre un 20% a un 40% de la población adulta de las Américas (alrededor de 250 millones de personas) (Organización Panamericana de la Salud, 2015)

2.1.7.4.5. Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior.

El sistema respiratorio inferior está formado por la tráquea, los bronquios y bronquiolos, y los alvéolos que forman los pulmones (Molero, 2017). De las enfermedades crónicas que afectan esta zona, sobresalen dos por sus altos índices de afectación a la calidad de vida: el asma y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). El asma constituye una enfermedad crónica no transmisible multifactorial, que puede ser desencadenada o agravada por factores genéticos, medio ambientales y socioeconómicos. Además, posee una amplia complejidad que la puede hacer pasar desapercibida o confundida con otros trastornos del sistema respiratorio, lo cual dificulta su diagnóstico. Sin embargo, se estima que afecta alrededor de 300 millones de personas a nivel mundial. En Latinoamérica, se estima que está presente en un 17% de la población. Acerca de la situación ecuatoriana, si bien es difícil calcular los números exactos, se sabe que en niños tiene una prevalencia del 10% en general. A nivel regional, existe una prevalencia mayor en la zona de Guayaquil, debido a la urbanización y la contaminación aérea (Ocampo et al., 2017).

Acerca de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, denominada EPOC por sus siglas, se puede definir como una enfermedad pulmonar inflamatoria que impide el flujo adecuado de aire en los pulmones (Aluja & Mora, 2018). Es característica del adulto mayor, y se manifiesta usualmente en episodios de dificultad respiratoria y tos. Estos episodios pueden llegar a ser ampliamente incapacitantes, y también pueden ser incluso fatales. Ocurre tanto en

no fumadores como en población fumadora activa (aunque estos últimos tengan la mayor prevalencia). Otros factores de riesgo son la exposición al humo de leña, el asma o la tuberculosis (Cunalata, 2018). Asimismo, se encuentra en el cuarto lugar de morbilidad a nivel global. Estudios estiman que tiene una amplia afectación en el estilo de vida (Rivadeneira, 2015).

2.1.7.4.6. Enfermedades del aparato digestivo.

En esta categoría se incluyen las enfermedades que afectan el tracto digestivo, el hígado, el páncreas y la vesícula biliar (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, 2017). Algunos ejemplos de la lista de enfermedades que abarca esta categoría son las hernias, las enfermedades del apéndice, la enteritis y la colitis (en estas dos últimas, las de corte no infeccioso), entre otras. Por ejemplo, acerca del diagnóstico de este tipo de enfermedades en el Ecuador, estudios estiman que el tiempo promedio de diagnóstico desde que inicia la sintomatología de enfermedades inflamatorias intestinales es de 7,5 meses para la enfermedad de colitis ulcerativa y 11,6 meses para la enfermedad de Crohn. Un tiempo mayor a 12 meses en la enfermedad de Crohn se asocia a la necesidad de cirugía, por lo que es importante el adecuado diagnóstico e identificación de esta patología, cuya prevalencia ha ido aumentando, inclusive si se consideraba que el país poseía bajo riesgo (Mayorga et al., 2020).

2.1.7.4.7. Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo.

En esta categoría las condiciones con más prevalencia son los trastornos articulares y los trastornos de densidad y estructura óseas. Por ejemplo, la artrosis (un trastorno crónico articular), posee una prevalencia que oscila entre el 6% y el 20% de la población de más de 50 años en el país, y posee un gran impacto en la calidad de vida del paciente. La edad poblacional está atravesando un cambio demográfico de bastante peso, donde cada vez hay

más personas adultas mayores. Esta inversión de la pirámide poblacional desemboca en que cada vez haya más personas con este tipo de trastorno articular (Pilla, 2017).

Otro tipo de trastorno articular importante es la artritis reumatoide. El Ministerio de Salud Pública afirma que esta es una enfermedad de tipo crónico de carácter progresivo y discapacitante; que eleva la morbimortalidad de los pacientes que la padecen y, asimismo, posee un impacto socioeconómico alto, afectando la productividad laboral del individuo, disminuyendo en general los ingresos y elevando los montos de gastos médicos. En América Latina, se estima que está presente en un 0.4% de la población (Ministerio de Salud Pública, 2016). Algunos estudios estiman la prevalencia en el Ecuador de hasta un 0.9% (Mestanza et al., 2015)

Cabe mencionar también a la osteoporosis, siendo una enfermedad crónico-degenerativa que afecta la densidad ósea y aumenta exponencialmente el riesgo de un paciente de padecer una fractura ósea, especialmente en poblaciones de adultos mayores. De acuerdo con encuestas nacionales, la osteoporosis constituye una de las condiciones clínicas con mayor prevalencia en las personas mayores de 60 años específicamente: hasta un 19,5% de esta población padece osteoporosis (Célleri & Ortega, 2014).

2.1.7.4.8. Enfermedades del aparato genitourinario.

Una de estas condiciones es la enfermedad renal crónica, la cual constituye un vasto grupo de trastornos caracterizados por alterar la función y la estructura renal. Se asocia a enfermedades crónicas con tasas de prevalencia muy altas, incluyendo el síndrome metabólico, la diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras. A nivel mundial, se estima que afecta a una de cada 10 personas. En el Ecuador, existen aproximadamente diez mil personas que deben de apersonarse a centros de salud para recibir su tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal: se cuenta con una tasa de 660 casos por cada millón de habitantes. En esta población, el periodo de supervivencia es inferior a 5 años (Organización

Mundial de la Salud, 2018). Según un estudio realizado en la ciudad de Ambato, esta enfermedad es predominante en la población del sexo masculino, adulta mayor, con un índice de masa corporal normal y no fumadores (Díaz et al., 2018)

2.1.7.4.9. Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas.

Las malformaciones congénitas son el resultado de problemas del desarrollo fetal en el periodo previo al nacimiento. Pueden ser anomalías cromosómicas, anomalías de un único gen, combinación de problemas genéticos y ambientales, producidas por afecciones durante el embarazo que influyeran el desarrollo fetal, o idiopáticas (Academia Americana de Pediatría, 2019). Según la Organización Mundial de la Salud, cada año fallecen más de 300 mil recién nacidos a nivel mundial durante sus primeras 4 semanas de vida, debido a estas anomalías (Organización Mundial de la Salud, 2020). En el Ecuador, estas condiciones médicas ocupan el segundo lugar en las causas de mortalidad de infantes menores de un año, con una prevalencia del 11,08%. Las malformaciones reportadas más frecuentes son la anotia o microtia (defectos en las orejas) y el labio leporino (Criollo & Velecela, 2016)

2.1.7.5. Tratamiento Farmacológico y Complicaciones Clínicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles suelen requerir de tratamientos de larga duración, a largo plazo o inclusive permanentemente; esto para una adecuada evolución y control de la enfermedad (Del Salto & Salazar, 2017). Un tratamiento farmacológico está constituido por diferentes elementos, los cuales engloban el tipo de medicamento, la dosis, la formulación, la vía y el intervalo de administración; entre otras características (Honorato, 2015). Con el objetivo de normatizar la atención brindada por el sistema nacional de salud, el Ministerio de Salud Pública ha elaborado guías de tratamiento específicas en cada caso, basándose en parámetros internacionales de medicina basada en la evidencia (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La adherencia a este tratamiento se puede definir como el grado en el que los pacientes están cumpliendo exactamente con el tratamiento que ha sido prescrito por su médico de cabecera, considerando el cumplimiento de todas las características del tratamiento mencionadas anteriormente. Una de las principales causas de la falta de adherencia al tratamiento farmacológico es el no recibir las dosis prescritas, ya sea por falta de compromiso del paciente o porque no recibe las cantidades adecuadas en su centro de salud. Otro tipo de causas de falta de adherencia son las que involucran el entorno inmediato del paciente (social y/o económicamente), motivos religiosos, entre otras (Honorato, 2015).

En esta investigación, se hará énfasis en la falta de adherencia al tratamiento provocada por los tiempos de espera prolongados para la atención en el segundo nivel, donde el paciente se encuentra usualmente sin ningún tipo de tratamiento o control, esperando a su cita programada para recibirlo o continuar con este. Se correlacionará la longitud de los tiempos de espera con el desarrollo de diversas complicaciones clínicas. Estas complicaciones, así como el tratamiento base para cada diagnóstico, están también incluidas en el CIE-10, con un listado respectivo para cada categoría de las enfermedades crónicas no transmisibles citadas anteriormente.

2.2. Marco Legal

2.2.1. Constitución del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador, aprobada en el año 2008, integra el marco de normas jurídicas supremas para regir de forma democrática este país, lugar donde se llevará a cabo la investigación dada. En el Título II Derechos, Capítulo Segundo Derechos del buen vivir (2008), Sección Séptima Salud, Artículo 32, se establecen los derechos de los habitantes relativos a la salud. El documento menciona que “el derecho a la salud será garantizado por el Estado mediante las políticas correspondientes, que permitan el acceso universal a los servicios de promoción y atención de salud a nivel integral” (p.29)

Además, en el Título VII Régimen del Buen Vivir (2008), Capítulo Primero Inclusión y Equidad, Sección Segunda Salud, Artículos del 358 hasta el 366, se describen las generalidades del sistema nacional de salud, sus propósitos, funciones, reglamentación y financiamiento. Justamente después, en la Sección Tercera Seguridad Social (2008), Artículos del 367 hasta el 374, se define el seguro social y su universalidad, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, sus funciones, alcance, propósitos, y demás generalidades.

2.2.2. Ley Orgánica de Salud

La finalidad de esta ley, descrita en el Capítulo I *Del derecho a la salud y su protección*, Artículo 2 (2006) es la de: "...regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República" (p.1)

En su Capítulo II, *De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y Responsabilidades*, Artículo 4, se designa al Ministerio de Salud Pública como aparato estatal encargado de regir en materia de salubridad y hacer cumplir lo designado en este documento oficial. Además, destaca el Artículo 6, donde se dicta que el Ministerio de Salud Pública (2006) de la República del Ecuador será el organismo responsable de regular la aplicación de las normas establecidas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a nivel global; incluyendo las enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónicas y degenerativas. Asimismo, se incluyen las discapacidades totales o parciales y otros problemas de salud pública.

2.2.3. Ley de Seguridad Social

Esta ley dicta todas las normas para el cumplimiento del principio de universalidad del seguro social, consagrado en la Constitución, como se mencionó anteriormente, por medio del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y otras entidades. Es relevante ya que, según el Título I *Del régimen general*, Capítulo 1 Normas Generales, Artículo 3 *Riesgos Cubiertos*, el Seguro General Obligatorio amparará a sus adeptos ante las distintas

condiciones que afecten su capacidad laboral (Congreso Nacional, 2001, pág. 3). En esta categoría se encuentran implícitas las enfermedades crónicas no transmisibles.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Contexto

El Hospital San Vicente de Paúl, es una unidad correspondiente al segundo nivel de atención, siendo un centro de referencia zonal. Por este motivo muchas veces sufre de sobredemanda por parte de los usuarios tanto nacionales como aquellos provenientes del vecino país Colombia. Es un centro que atiende población no asegurada, proveniente de área urbana y rural de la sierra ecuatoriana. Asimismo, cuenta con 166 camas, por lo que con frecuencia requiere de transferencias a los hospitales de Atuntaqui, Otavalo y Cotacachi. Solamente en el área de consulta externa son atendidas, aproximadamente 200 personas diariamente, mientras que, en emergencias la cifra asciende a 250 usuarios.

Se encuentra ubicado en la ciudad de Ibarra, provincia de Imbabura entre las calles Luis Vargas Torres 1-25 y Gonzalo Gómez Jurado (El Sagrario). Tiene una trayectoria formal y bien definida en cuanto a atención a usuarios externos ambulatorios desde el año 1875, su cobertura abarca a la provincia de Imbabura, principalmente, es un hospital de referencia y contra referencia donde presta servicios de segundo nivel de salud con enfoque integral a los usuarios. El mismo presta servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia, entre otras funciones.

Al ser un centro de salud que atiende a personas no aseguradas, ya que pertenece a la red pública de atención, es de entender que entre los pacientes predominan las personas de etnia indígena y de bajos recursos, quienes no cuentan a veces con la adecuada accesibilidad a la atención médica. Sin embargo, se les garantizan los derechos elementales de los pacientes, entre los que, se encuentran el derecho a una atención digna, a la no discriminación

por etnia, sexo o condición social y económica, a la confidencialidad médico- paciente, a la información sobre su patología y los procedimientos que se le vaya a realizar, a la decisión propia, a tener una segunda opinión médica, a recibir atención de urgencia, a tener expediente clínico y a manifestar su inconformidad con los servicios.

Para el año 2017, en aras de optimizar la atención médica, se implementó un nuevo modelo de agendamiento de citas según el día y la especialidad requerida. Esto permitió disminuir los tiempos de espera de los pacientes, respecto a la obtención de turnos y la priorización de los grupos vulnerables como niños, embarazadas y adultos mayores.

En el año 2019, el Ministerio de Salud Pública aclara que el número telefónico 171 es solo para agendar citas médicas en los centros de salud de primer nivel, por lo que para acudir al segundo nivel se debe proceder con el sistema de referencia. Esta medida tuvo como objetivo el agilizar la atención y disminuir un poco la saturación en las líneas telefónicas destinadas a dicho propósito.

El Hospital San Vicente de Paúl dispone del área de consulta externa que cuenta con profesionales altamente calificados y con especialidades a las que muchos pacientes pueden acudir por atención médica y resolver sus problemas de salud en tanto no se requiera un nivel superior de atención (Álvarez & Hidrovo, 2016).

3.2. Enfoque y Tipo de Investigación

Se realizó una investigación no experimental, correlacional y de corte transversal con el objetivo de establecer la relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) desde el primer nivel de atención. Para esto se estudiaron todos los pacientes con diagnóstico de ECNT que acudieron a consulta externa para continuación de tratamiento farmacológico de sus enfermedades de base después de un tiempo sin recibir este.

3.3. Población

La población de estudio estuvo conformada por 126 pacientes con diagnóstico de ECNT sin tratamiento farmacológico para su enfermedad de base atendidos en la consulta externa del Hospital San Vicente de Paúl Ibarra los cuales proceden del primer nivel de atención durante el periodo de enero a junio del 2021.

3.4. Muestra

Se decidió estudiar la totalidad de la población; 126 pacientes. N=n

3.5. Criterios de selección

3.5.1. Criterios de Inclusión

- Pacientes diagnosticados con una o varias enfermedades crónicas no transmisibles que son referidos al segundo nivel de atención (HSVP)
- Se incluyeron a los pacientes de cualquier edad, sexo y lugar de procedencia.

3.5.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes que en el momento de la consulta hayan retomado el tratamiento farmacológico.

3.5.3. Criterios de Salida

- Pacientes que a pesar de tener cita para consulta externa no asistieron a esta.
- Pacientes que en la Historia Clínica no aparezca la información necesaria para el desarrollo de la investigación.

3.6. Variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Prueba/Instrumento	Variable	Clasificación y Descripción de la variable
Historia clínica médica	Sexo	Cualitativa Nominal dicotómica Según sexo biológico
		Escala
	Edad	Femenino Masculino Cuantitativa discreta Según años cumplidos
		Escala
	Etnia	Promedio, DS, Media, Mediana, Moda Cualitativa Nominal Politómica Según autodefinición étnica
		Escala
		Blancos Mestizos Afroecuatorianos Indígenas Montubios Otro
		Cualitativa Nominal Politómica Según el nivel de estudios vencidos
		Escala
		Nivel de escolaridad
Ocupación	Cualitativa Nominal Politómica Según la ocupación laboral del paciente	
	Escala	
	Desempleado Ama de casa Jubilados Obreros Profesional Empresario Otro	
	Cualitativa Ordinal	
Tiempo sin tratamiento	Tiempo transcurrido entre la fecha de referencia del paciente y la cita agendada en el segundo nivel de atención en el HGSVP.	
	Escala	
	< 15 días 16 a 30 días 31 a 45 días >45 días	

CIE – 10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud)	Parroquia de procedencia	Cualitativa nominal dicotómica Parroquia donde reside el paciente teniendo en cuenta si es rural o urbana	
	Escala	Rural Urbana	
	Tipo de ECNT	Cualitativa Nominal Politómica Tipo de ECNT diagnosticada según el CIE-10	
		Escala	Neoplasias (c00-d49) Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89) Enfermedades del sistema nervioso (g00-g99) Enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99) Enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior (j40-j47) Enfermedades del aparato digestivo (k00-k95) Enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99) Enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99) Malformaciones congénitas, deformidades y Anomalías cromosómicas (q00-q99) Cualitativa Nominal Politómica Aparición de complicación desarrollada por el paciente durante el tiempo sin tratamiento farmacológico según el CIE-10
	Presencia de Complicaciones	Escala	Complicaciones y trastornos endocrinos y metabólicos posprocedimiento, no clasificados bajo otro concepto (e89) Complicaciones de las neoplasias (c00-d49) Complicaciones de las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (e00-e89) Complicaciones de las enfermedades del sistema nervioso (g00-g99) Complicaciones de las enfermedades del aparato circulatorio (i00-i99) Complicaciones de las enfermedades crónicas del tracto respiratorio inferior (j40-j47) Complicaciones de las enfermedades del aparato digestivo (k00-k95) Complicaciones de las enfermedades del aparato musculoesquelético y del tejido conectivo (m00-m99) Complicaciones de las enfermedades del aparato genitourinario (n00-n99)

3.7. Procedimientos

La información obtenida del proceso de atención de cada paciente fue registrada en la Historia clínica (fuente secundaria), se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS 23.0 para recolectar los datos necesarios para la investigación. Las variables relacionadas en esta base de datos fueron: el tiempo sin tratamiento farmacológico de los pacientes, el tipo de ECNT que presenta cada paciente y el desarrollo de complicaciones de las ECNT durante este período, el lugar de procedencia de cada paciente y datos sociodemográficos de la muestra de estudio.

3.8. Plan de Procesamiento y Análisis de Datos

3.8.1. Codificación

Se realizó una codificación de las variables de estudio para su posterior procesamiento en el programa estadístico.

3.8.2. Tabulación y Análisis Estadísticos

El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v23.0. Como medidas de resumen para las variables cualitativas se utilizaron las frecuencias absolutas y relativas; en las variables cuantitativas se utilizaron el promedio y la desviación estándar. Se utilizó la prueba de chi cuadrado para establecer el contraste de hipótesis y analizar la asociación entre el tiempo sin tratamiento y la aparición de complicaciones, se estimó el riesgo relativo (RR) de presentar complicaciones respecto al tiempo sin tratamiento; considerando para ambas pruebas una significación estadística cuando el valor de ($p < 0,05$).

3.9. Consideraciones Bioéticas

La información obtenida de las historias clínicas fue completamente confidencial, en ninguna de las etapas de la investigación se utilizó métodos experimentales, introducción de nuevos medicamentos o procedimientos que no sean los habituales protocolizados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, se le dio a conocer a los participantes el propósito

de la investigación con los detalles del uso de la información los cuales fueron utilizados únicamente con fines investigativos cumpliendo con los códigos de bioética. Para llevar a cabo la investigación se solicitó autorización a las principales autoridades del Hospital San Vicente de Paúl para poder llevar a cabo la revisión de las historias clínicas (Apéndice A).

CAPITULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

A continuación, se presenta el análisis cuantitativo de la base de datos procesada a la muestra de 126 pacientes. En la tabla 2 se presenta un resumen de los datos sociodemográficos de la muestra.

Tabla 2 Distribución de pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico según las características sociodemográficas

Población (n=126)			
Edad \bar{X} (DS)	48,09 (20,58)	Ocupación n (%)	
Sexo n (%)		Desempleado	13 (10,3)
Femenino	69 (54,8)	Ama De Casa	32 (25,4)
Masculino	57 (45,2)	Jubilado	6 (4,8)
Nivel de instrucción n (%)		Obrero	17 (13,5)
Ninguno	1 (0,8)	Profesional	6 (4,8)
Primaria	49 (38,9)	Empresario	1 (0,8)
Secundaria	31 (24,6)	Otro	51 (40,5)
Bachillerato	31 (24,6)	Etnia n (%)	
Universitario	14 (11,1)	Mestizo	79 (62,7)
Procedencia n (%)		Afroecuatoriano	27 (21,4)
Rural	35 (27,8)	Indígena	20 (15,9)
Urbana	91 (72,2)		

Fuente: HSVP (2021).

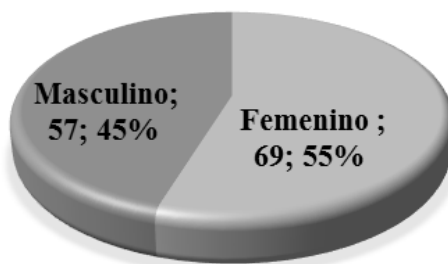


Figura 1 Distribución de la muestra por sexo.

La edad promedio es de 48 años, con un alto grado de dispersión (20,58 años). Como se observa en la figura 1, existe un predominio de pacientes del sexo femenino 54,8%.

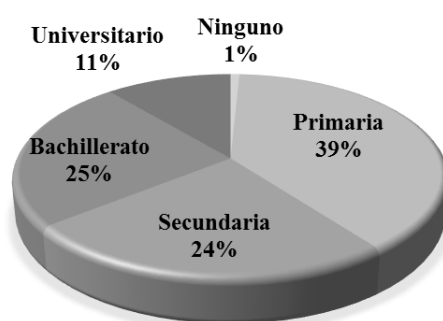


Figura 2 Distribución de la muestra por Nivel de instrucción.

En la figura 2 se puede apreciar que la mayor parte de personas, es decir el 38,9% de los pacientes refirió un nivel de instrucción primario siendo este el predominante de la serie. Seguido de los niveles Bachillerato y Secundaria y como el menos presente Ninguno (1%), ya que existen niños menos de los cinco años en la muestra.

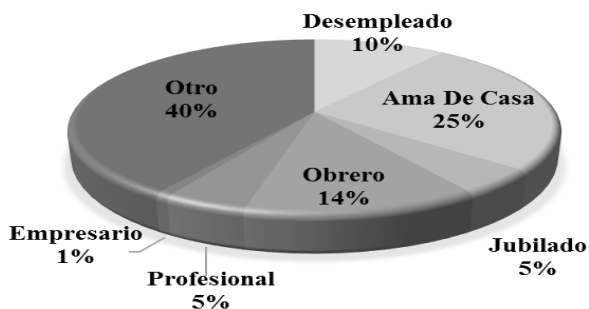


Figura 3 Distribución de la muestra por Ocupación.

En cuanto a la ocupación, como se muestra en la figura 3, solo el 10,3% de los pacientes se encontraban sin empleo en el momento del estudio y el resto demostró ingresos dependientes de su ocupación; predominando Otras ocupaciones (40,5%) y las Ama de casa (25,4%).

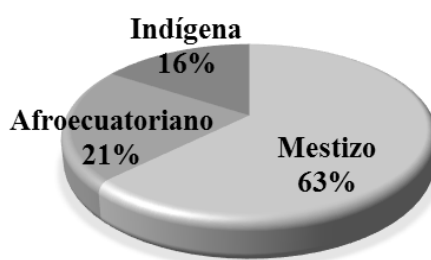


Figura 4 Distribución de la muestra por Etnia.

En la distribución étnica que se muestra en la figura 4, la mayor parte de las personas se autodefinieron como mestizos (62,7%), y en menor porcentaje los de etnia indígena (15,9%).

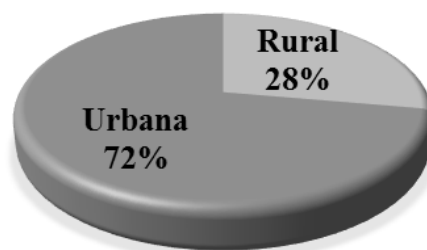


Figura 5 Distribución de la muestra por Procedencia.

Por último, en la figura 5 se observa que en la muestra predominaron los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles que asistieron al Hospital General San Vicente de Paul fueron provenientes del área urbana (72,2%).

Tabla 3 Comparación de medias de edad según el sexo. Pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico

Población (n=126)		
Edad/Sexo	n (\bar{X})	DS
Femenino	69 (47,96)	20,30
Masculino	57 (48,25)	21,09

Fuente: HSVP (2021).

Un análisis más particularizado se muestra en la tabla 3, donde se representan las medias de edad según el sexo, la diferencia de medias entre mujeres y hombres fue de 0,28 años y un valor del estadígrafo $t=0,078$ donde $p>0,05$ demostrando que no existe una diferencia estadísticamente significativa para la media de edad entre ambos sexos; por lo que en ambos grupos la distribución de edades es similar.

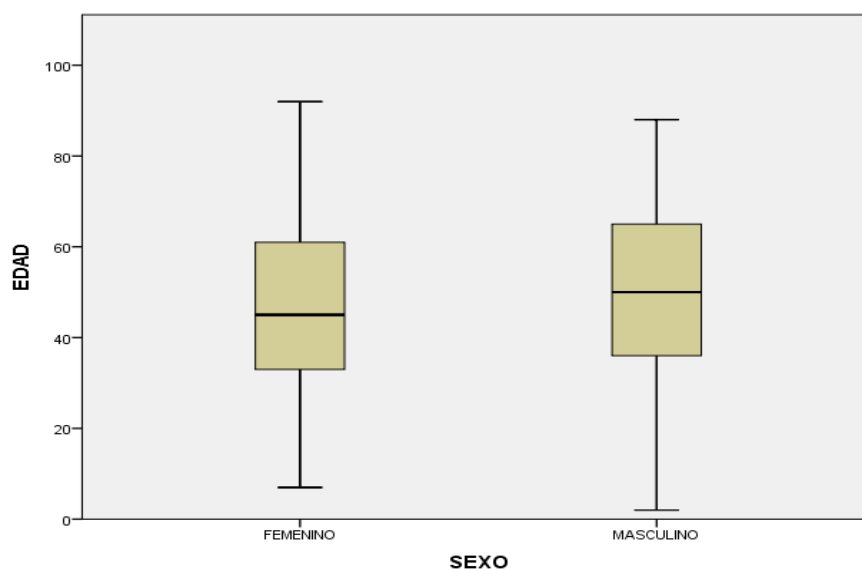


Figura 6 Comparación de medias de edad según sexo.

En la figura 6 se observa cómo se comportan los rangos de edades por sexo; en el caso del sexo Femenino, aunque las edades son mayores al femenino, la edad promedio se encuentra por debajo de la edad promedio del sexo masculino, cuyo rango comienza en menor edad.

Tabla 4 Distribución de pacientes con ECNT sin tratamiento farmacológico

Población (n=126)	
ECNT	n (%)
Endocrino Metabólicas	19 (15,1)
Otra	14 (11,1)
Hematológicas	4 (3,2)
Cardiovascular	19 (15,1)
Respiratorias	1 (0,8)
Digestiva	19 (15,1)
Neoplásica	9 (7,1)
Soma	24 (19,0)

Neurológica	13 (10,3)
Genitourinaria	4 (3,2)

Fuente: HSVP (2021).

Dentro de las ECNT en los pacientes sin tratamiento farmacológico, mostrados en la tabla 4, destacan: Enfermedades del Soma (sistema osteomioarticular) con presencia en un 19% de la muestra y Endocrino Metabólicas, Cardiovascular y Digestiva con presencia en el 15,1% de la muestra respectivamente.

Tabla 5 Relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT según su procedencia

Población (n=126)		
Tiempo sin tratamiento	Rural (n)	Urbana (n)
< 15 DIAS	0	1
16-30	23	57
31-45	2	11
46-60	10	20
> 60 DIAS	0	2

Fuente: HSVP (2021)

Al contrastar el tiempo sin tratamiento con la procedencia de los pacientes estudiados se pudo observar que la mayoría de los sujetos; tanto los de procedencia urbana como rural se encontraban en el período de 16 a 30 días, predominando en este los de procedencia urbana (Tabla 5). Chi cuadrado de Pearson para la relación de estas variables arrojó un valor de $p > 0.05$, lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 6 Media de tiempo sin tratamiento farmacológico en pacientes con ECNT según su procedencia

Población (n=126)		t valor
Tiempo sin tratamiento	\bar{X} (DS)	
Rural	37,7 (14,59)	-,457
Urbana	40,7 (36,92)	

Fuente: HSVP (2021)

En la tabla 6 se muestra la media de tiempo sin tratamiento farmacológico a que estuvieron sometidos los pacientes de la serie de estudio, evidenciándose una media poblacional de 39,9 días, al realizar la segregación según la procedencia de los pacientes, se obtuvo una media de tiempo sin tratamiento mayor en la población urbana (40,7 días)

respecto a la rural (37,7 días); en la comparación de media de tiempo para ambos grupos ($p>0,05$) no se identificó diferencia estadísticamente significativa. Esto indica que la procedencia de los pacientes no define el tiempo sin tratamiento a que estos se someten, sino que esta variable puede estar relacionada con factores de otra índole. En el caso de los pacientes de procedencia urbana se observó una desviación estándar mayor que en los pacientes de procedencia rural.

Tabla 7 Distribución de pacientes con ECNT que desarrollaron complicaciones durante el tiempo sin tratamiento farmacológico

Población (n=126)	
Tipo de complicaciones n (%)	
Endocrino Metabólicas	13 (10,3)
Otra	15 (11,9)
Sin Complicaciones	21 (16,7)
Hematológicas	5 (4,0)
Cardiovascular	19 (15,1)
Respiratorias	1 (0,8)
Digestiva	18 (14,3)
Neoplásica	9 (7,1)
Soma	8 (6,3)
Neurológica	13 (10,3)
Genitourinaria	4 (3,2)

Fuente: HSVP (2021)

Como se observa en la tabla 7, el 83,3% de los pacientes desarrollaron complicaciones durante el tiempo sin tratamiento.

4.1.1. Comprobación de hipótesis en la investigación

Con el objetivo de verificar la hipótesis de investigación, se determinó la relación entre el tiempo sin tratamiento farmacológico (TIEMPO) y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl.

Tabla 8 Pruebas de normalidad de Shapiro Wilk.

Variables	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
TIEMPO	,694	126	,000
ECNT	,927	126	,000

Fuente: SPSS V26.0.

Una vez que fueron codificadas las variables, se comprobó que los elementos en cada una de las dos muestras no siguen una distribución normal, ya que la prueba de normalidad de *Shapiro Wilk* (ambas muestras poseen más de 50 elementos) posee una significancia de 0.00, como se muestra en la tabla 8.

Tabla 9 Correlaciones

			TIEMPO	ECNT
Rho de Spearman	TIEMPO	Coefficiente de correlación	1,000	,177*
		Sig. (bilateral)	.	,048
		N	126	126
	ECNT	Coefficiente de correlación	,177*	1,000
		Sig. (bilateral)	,048	.
		N	126	126

*** La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).**

Fuente: análisis de correlación en el SPSS V26.0.

En función de estos resultados se empleó el Coeficiente de correlación de Spearman, pues se utiliza para análisis de correlación en variables de naturaleza no cuantitativa y no posee como premisa la normalidad en las distribuciones de los elementos muestrales, los resultados se muestran en la tabla 10.

La correlación entre las variables deriva en significativa ($p=0,048$) y el valor del Coeficiente de correlación de Spearman toma un valor positivo de 0,177, lo que denota una positiva y muy baja correlación (entre 0.00 y 0.19). En función de estos resultados se rechaza la hipótesis nula planteada en la investigación, en consecuencia, se asume que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el tiempo sin tratamiento farmacológico y el desarrollo de complicaciones de enfermedades crónicas no trasmisibles en pacientes referidos al Hospital San Vicente de Paúl.

4.2. PLACE Estandarizado

Como parte de los resultados de esta investigación, se plantean diversos Planes de cuidados enfocados a diferentes patologías detectadas a lo largo de este estudio. Este resulta esencial pues permite una evaluación integral, que se caracteriza por ser dinámica,

organizada y continua del estado de salud de las personas en su entorno familiar o social. También tiene como propósito mejorar la situación del paciente, a través de la planificación y el desarrollo de acciones. Además, es posible ejecutar un plan de cuidados estandarizados, que se puede emplear ante un grupo de pacientes, con necesidades de cuidados similares, es decir con un mismo diagnóstico médico. Finalmente, cuando son ejecutados y supervisados permiten fortalecer la evaluación como eje de mejora de las intervenciones. Para la elaboración de este plan de cuidados estandarizados se han empleado las taxonomías NANDA (2018), NIC (2009) y NOC (2014).

Tabla 10 PLACE estandarizado. Patología: enfermedades endócrino – metabólicas

PATOLOGÍA: ENFERMEDADES ENDÓCRINO – METABOLICAS			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE R/C •Conocimiento insuficiente sobre el manejo de la diabetes •Conocimiento insuficiente sobre los factores modificables •Control inadecuado de la glucemia •Estrés excesivo •La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad •Manejo ineficaz de la medicación •No adherencia al plan terapéutico de la diabetes •No aceptación del diagnóstico •Pérdida excesiva de peso	1820 Conocimiento: control de la diabetes	182002 Papel de la dieta en el control de la glucemia	5246 Asesoramiento nutricional
		182005 Papel del ejercicio en el control de la glucemia	5612 Enseñanza: ejercicio prescrito
		182032 Papel del sueño en el control de la glucemia	6040 Terapia de relajación
		182012 Importancia de mantener el nivel de glucemia dentro del rango objetivo	5515 Mejorar el acceso a la información sanitaria
		182033 Cómo utilizar un dispositivo de monitorización	6650 Vigilancia
		182036 Uso correcto de la medicación prescrita	2395 Control de la medicación
		182024 Beneficios de controlar la diabetes	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: INGESTA INFERIOR A LAS NECESIDADES		180201 Dieta prescrita	5246 Asesoramiento nutricional
		180202 Razón fundamental de la dieta	1020 Etapas de la dieta

<p>R/C •Ingesta insuficiente de alimentos</p> <p>M/P •Información insuficiente</p> <p>•Ingesta de alimentos inferior a las cantidades recomendadas •Pérdida de peso con un aporte nutricional inadecuado •Peso corporal inferior en un 20% o más del peso ideal</p> <p>P/A •Incapacidad para absorber los nutrientes •Incapacidad para digerir los alimentos</p>	1802 Conocimiento: dieta prescrita	180203 Beneficios de la dieta prescrita	1100 Manejo de la nutrición
		180204 Objetivos de la dieta	1050 Alimentación
		180205 Relaciones entre dieta, peso y ejercicio	1120 Terapia nutricional
		180222 Distribución recomendada de alimentos a lo largo del día	1160 Monitorización nutricional
<p>00078 GESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD</p> <p>R/C •Complejidad del sistema sanitario •Déficit del conocimiento del régimen terapéutico •Dificultad con el tratamiento prescrito</p> <p>M/P •En su vida diaria hace elecciones ineficaces para alcanzar objetivos de salud •No incluye el régimen de tratamiento para la vida diaria</p>	1813 Conocimiento: régimen terapéutico	181310 Proceso de la enfermedad	5270 Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión
		181301 Beneficios del tratamiento	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
		181302 Responsabilidades del autocuidado para el tratamiento en curso	5400 Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía
		181315 Técnicas de autocontrol	4360 Modificación de conducta
		181304 Efectos esperados del tratamiento	5230 Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles.
		181306 Régimen de medicación prescrita	5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

		181316 Beneficios del control de la enfermedad	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
<p>00232 OBESIDAD</p> <p>R/C •Consumo de las bebidas endulzadas con azúcar •Frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita •La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad •Sedentarismo de más de dos horas al día •Tamaño de las porciones mayor de la recomendada •Periodo corto de sueño •Trastorno en las conductas alimentarias</p> <p>M/P •ADULTO: IMC > 30kg/m2</p>	1627 Conducta de pérdida de peso	162701 Obtiene información de un profesional sanitario sobre estrategias para perder peso	1280 Ayuda para disminuir el peso
		162703 Se compromete con un plan para comer de forma saludable	1100 Manejo de la nutrición
		162706 Establece una rutina de ejercicio	0200 Fomento del ejercicio
		162712 Utiliza estrategias de modificación de la conducta	4360 Modificación de la conducta
		162715 Bebe ocho vasos de agua al día	1280 Ayuda para disminuir el peso
		162719 Utiliza un sistema de apoyo personal para potenciar la pérdida de peso	5430 Grupo de apoyo
		162722 Controla el peso corporal	1260 Manejo del peso
<p>00059 DISFUNCIÓN SEXUAL</p> <p>R/C •Vulnerabilidad</p> <p>M/P •Alteración en la actividad sexual •Disminución de la libido</p>		011907 Expresa capacidad de realizar la actividad sexual	5248 Asesoramiento sexual
		011910 Expresa comodidad con su cuerpo	5248.1 Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad
			5248.2 Explicar al paciente al principio de la relación que la sexualidad

P/A •Alteración en el funcionamiento del cuerpo	0119 Funcionamiento sexual	011909 Expresa autoestima	constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual
		011921 Se comunica fácilmente con la pareja	5248.3 Animar al paciente a que verbalice los miedos y a que realice preguntas sobre el funcionamiento sexual
		011922 Comunica las necesidades sexuales con la pareja	5248.4 Comenzar con los temas menos sensibles y pasar luego a los más delicados
Elaborado Por: Mirian Paulina Aguas Herrera			

Tabla 11 PLACE estandarizado. Patología: enfermedades cardiovasculares

PATOLOGÍA: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
00132 DOLOR AGUDO TORÁCICO R/C •Lesión por agentes biológicos M/P •Expresión facial del dolor		160502 Reconoce el comienzo del dolor	5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
		160501 Reconoce los factores causales primarios	4040 Cuidados cardiacos
		160516 Describe el dolor	2380 Manejo de la medicación

	1605 Control del dolor	160507 Refiere síntomas incontrolables al personal de salud	2300 Administración de medicación
		160526 Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	5270 Apoyo emocional
		160528 Mantiene visitas con el profesional sanitario	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento
<p>00168 ESTILO DE VIDA SEDENTARIO</p> <p>R/C •Conocimiento insuficiente de los beneficios asociados al ejercicio físico •Entrenamiento insuficiente para el ejercicio físico •Interés insuficiente en la actividad física</p> <p>M/P •Mala condición física</p>	1602 Conducta de fomento de la salud	160221 Equilibra actividad y reposo	0200 Fomento del ejercicio
		160205 Utiliza técnicas efectivas de disminución del estrés	1460 Relajación muscular
		160216 Utiliza un programa de ejercicios eficaz	1280 Ayuda para disminuir de peso
		160218 Evita el mal uso del alcohol	6610 Identificación de riesgos
		160218 Evita el uso del tabaco	4490 Ayuda para dejar de fumar
		160222 Mantiene un sueño adecuado	6482 Manejo ambiental: confort
		160214 Sigue una dieta saludable	1100 Manejo de la nutrición
		<p>00267 RIESGO DE PRESIÓN ARTERIAL INESTABLE</p> <p>R/C •Inconsistencia del régimen de medicación</p>	
	192802 Identifica los factores de riesgo de la hipertensión		4162 Manejo de la hipertensión

	1928 Control del riesgo: Hipertensión	192816 Elimina el consumo de tabaco	4490 Ayuda para dejar de fumar
		192810 Mantiene el peso corporal recomendado	1260 Manejo del peso
		192804 Reconoce la capacidad de cambiar la conducta	4360 Modificación de conducta
		192811 Hace ejercicio con regularidad	0200 Fomento del ejercicio
		192808 Sigue las recomendaciones dietéticas	5246 Asesoramiento nutricional
<p>00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES: Enfermedad, autocuidados</p> <p>R/C •Información insuficiente •Mala interpretación de la información presentada por otros</p> <p>M/P •Conocimiento insuficiente •Seguimiento incorrecto de las instrucciones</p>	1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad	180302 Características de la enfermedad	5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
		180303 Causa o factores contribuyentes	5614 Enseñanza: dieta prescrita
		180304 Factores de riesgo	6610 Identificación de riesgos
		180305 Efectos fisiológicos de la enfermedad	6650 Vigilancia
		180306 Signos y síntomas de la enfermedad	6680 Monitorización de los signos vitales
		180308 Estrategias para minimizar la progresión de la enfermedad	5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento

<p>00147 ANSIEDAD ANTE LA MUERTE</p> <p>R/C •Anticipación de sufrimiento •Incertidumbre sobre el encuentro con un poder superior •Incertidumbre sobre el pronóstico •Incertidumbre sobre la vida después de la muerte •Rechazo de la propia mortalidad</p> <p>M/P •Impotencia •Temor a desarrollar una enfermedad terminal •Temor a una agonía prolongada •Tristeza profunda</p> <p>P/A •Enfermedad terminal</p>	1300 Aceptación: estado de salud	130002 Renuncia al concepto previo de salud personal	5820 Disminución de la ansiedad
		130008 Reconoce la realidad de la situación de su salud	5395 Mejora de la autoconfianza
		130020 Expresa autoestima positiva	5400 Potenciación de la autoestima
		130021 Muestra paz interior	5420 Apoyo espiritual
		130009 Busca información sobre la salud	5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad
		130010 Afrontamiento de la situación de salud	5230 Mejorar el afrontamiento
		130013 Expresa que la vida es digna de ser vivida	6482 Manejo ambiental: confort
<p>00125 IMPOTENCIA</p> <p>R/C •Ansiedad •Baja autoestima •Conocimiento insuficiente para manejar la situación • Dolor</p> <p>M/P •Frustración por la incapacidad para realizar las tareas que se realizaban</p> <p>P/A •Enfermedad progresiva</p>	1700 Creencias sobre la salud	170001 Importancia percibida sobre una medida tomada	4480 Facilitar la autorresponsabilidad
		170002 Amenaza percibida por la inacción	5400 Potencialización de la autoestima
		170007 Mejora en el estilo de vida percibido tras una acción	5240 Asesoramiento
Elaborado Por: Mirian Paulina Aguas Herrera			

Tabla 12 PLACE estandarizado. PATOLOGÍA: Enfermedades del SOMA

PATOLOGÍA: Enfermedades del SOMA			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADOS (NOC)	INDICADORES	INTERVENCIONES (NIC)
<p>00133 DOLOR CRÓNICO</p> <p>R/C •Agentes que provocan lesiones (puede estar presente, pero no es necesario; el dolor puede ser de etiología desconocida) •Fatiga •Alteraciones en el patrón de dormir •Compresión del nervio</p> <p>M/P •Expresión facial de dolor •Alteraciones en el patrón de dormir •Anorexia</p> <p>P/A •Enfermedad musculo esquelética crónica</p>	2101 Dolor: Efectos nocivos	210127 Incomodidad	1415 Manejo del dolor: crónico
		210102 Deterioro del desempeño del rol	5230 Mejorar el afrontamiento
		210112 Trastorno del sueño	1850 Mejorar el sueño
		210113 Movilidad física alterada	0140 Fomentar la mecánica corporal
		210129 Interferencia con las actividades de la vida diaria	5100 Potenciación de la socialización
		210115 Pérdida de apetito	5246 Asesoramiento nutricional
<p>00155 RIESGO DE CAIDAS</p> <p>R/C •Deterioro de la movilidad •Dificultad para caminar •Disminución de la fuerza en las extremidades inferiores •Uso de sujeciones</p>		190903 Coloca barreras para prevenir caídas	6490 Prevención de caídas
		190905 Utiliza barandillas si es necesario	1800 Ayuda con el autocuidado
		190901 Utiliza dispositivos de ayuda correctamente	6490.1 Enseñar al paciente a utilizar un bastón o un andador, según corresponda

P/A •Uso de dispositivos de ayuda (andaderas, bastón, silla de ruedas)	1909 Conducta de prevención de caídas	190919 Utiliza procedimientos de traslado seguros	6490.2 Proporcionar dispositivos de ayuda (bastón o andador para caminar) para conseguir una marcha estable
		190909 Utiliza taburetes/escaleras de manera segura	6490.3 Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa
		190913 Adapta la altura de la cama según sea necesario	6490.4 Disponer la superficie sobre la que se duerme cerca del suelo, si es necesario
		190916 Controla la inquietud	5820 Disminución de la ansiedad
00137 AFLICCIÓN CRÓNICA R/C •Crisis en el manejo de la enfermedad M/P •Sentimientos negativos abrumadores •Sentimientos que interfieren en el bienestar •Tristeza P/A •Enfermedad crónica	0200 Ambular	020001 Soporta el peso	0201 Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza
		020003 Camina a paso lento	0221 Terapia de ejercicios: ambulación
		020015 Anda por la casa	0140 Fomentar la mecánica corporal
		020016 Se adapta a diferentes tipos de superficies	0226 Terapia de ejercicios: control muscular
		020017 Camina alrededor de obstáculos	0222 Terapia de ejercicios: equilibrio
		020008 Sube escaleras	0202 Fomento del ejercicio: estiramientos
		020009 Baja escaleras	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular

<p>00146 DÉFICIT DE AUTOCAUIDADO: BAÑO</p> <p>R/C • Ansiedad • Disminución de la motivación • Debilidad • Dolor</p> <p>M/P • Deterioro de la capacidad para acceder al cuarto de baño • Deterioro de la capacidad para lavarse el cuerpo • Deterioro de la capacidad para regular el agua del baño</p> <p>P/A • Deterioro musculo esquelético</p>	0301 Autocuidado: baño	030101 Entra y sale del cuarto de baño	1800 Ayuda con el autocuidado
		030103 obtiene agua para el baño	1800 Ayuda con el autocuidado
		030104 Abre el agua	0140 Fomentar la mecánica corporal
		030108 Se baña en la bañera	1610 Baño
		030109 Se baña en la ducha	1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
		030116 Se lava la zona perineal	1750 Cuidados perineales
		030111 Seca el cuerpo	1630 Vestir
<p>00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL</p> <p>R/C • Alteración de la autopercepción</p> <p>M/P • Alteración del funcionamiento del cuerpo • Ausencia de una parte del cuerpo • Centrar la atención en las funciones anteriores</p> <p>P/A • Lesión • Traumatismo • Procedimiento quirúrgico</p>	1200 Imagen corporal	120001 Imagen interna de sí mismo	5400 Potenciación de la autoestima
		120002 Congruencia entre realidad corporal, idea corporal e imagen corporal	5395 Mejora de la autoconfianza
		120016 Actitud hacia tocar la parte corporal afectada	5400 Potenciación de la autoestima
		120006 Satisfacción con la función corporal	5326 Potenciación de las aptitudes de la vida diaria
		120007 Adaptación a cambios en el aspecto físico	5220 Mejora de la imagen corporal
		120009 Adaptación en lo cambios del estado de salud	5270 Apoyo emocional

		120014 Adaptación en los cambios corporales por cirugía	5230 Mejorar el afrontamiento
Elaborado Por: Mirian Paulina Aguas Herrera			

4.3. Discusión

Para poder identificar los pacientes sin tratamiento farmacológico para enfermedades crónicas no transmisibles referidos al Hospital San Vicente de Paúl, se tomó como muestra un total de 126 pacientes, con una edad promedio de 48 años, así mismo se encuentra un predominio del sexo femenino en un 54,8%. En contraste con la investigación de Mora et al. (2017) donde los pacientes mostraron un predominio de 80 años. Sin embargo, para Radhakrishnan (2012) la presencia de enfermedades crónicas se incrementa a partir de los 45 años, y consigue sus índices más altos en correspondencia con el envejecimiento, sobre todo en pacientes con más de 65 años. Indica Soria et al. (2012) coinciden con nuestra investigación, pues afirman que la frecuencia es mayor en mujeres.

Sobre otros factores sociodemográficos, la investigación de Mora et al. (2017) determina que el 80,9 % de los pacientes que no se adherían al tratamiento, la mayoría poseía un bajo nivel de conocimientos. Este resultado es similar a nuestro estudio, donde el 38,9% de los pacientes refirió un nivel de instrucción primario siendo este el predominante de la serie.

En cuanto al objetivo específico de identificar el tipo de enfermedad crónica no transmisible, se debe mencionar que la presente investigación encontró entre las principales a las endocrino metabólicas, hematológicas, cardiovasculares, respiratorias, digestivas; así como neoplásica, soma, neurológicas y genitourinarias. Dentro de estas destacan enfermedades del SOMA con un 19%, endocrino metabólicas, cardiovasculares y digestivas con presencia en el 15,1% respectivamente. Por otra parte, esto se contrasta con el estudio de Mora et al. (2017) donde se reflejan que el 75% de los pacientes hipertensos carecen de tratamiento o no se apegan a él. También se encuentran estos porcentajes en el 70% de pacientes con cardiopatía isquémica; al igual que en el 77,7% de los que padecen diabetes mellitus, y el 80,0 % de los que sufren de asma bronquial. Sin dudas, la enfermedad crónica

no transmisible mencionada dentro de esta investigación coincide con las detectadas en este trabajo. En el estudio de García et al. (2013) con adolescentes que padecen diabetes mellitus tipo 2, se encuentran resultados similares, además en este se destaca la importancia de que el paciente domine y tenga conocimientos básicos sobre su enfermedad. Para Martínez y Díaz (2010) la enfermedad cardiovascular, la diabetes mellitus y las enfermedades respiratorias, son las que predominan dentro de su estudio realizado en Colombia.

Por otro lado, el objetivo de determinar el tiempo sin tratamiento farmacológico para las enfermedades crónicas no transmisibles de base. La presente investigación arrojó como resultado principal que la media de tiempo sin tratamiento farmacológico fue de aproximadamente 39,9 días. Con un tiempo medio de 40 días en la población urbana y 37 días en la rural; sin que esto represente una diferencia estadísticamente significativa, por tanto, es posible que intervengan otros factores. La investigación de Fontova et al. (2015) concluyeron que la percepción subjetiva que tienen los pacientes sobre el tiempo de espera para ingresar a sus consultas es uno de los elementos más importantes en la valoración de la calidad de la atención médica por los mismos, que se extiende tanto hacia las acciones de los profesionales de medicina como a los de enfermería.

Quinllín (2019), en su trabajo de investigación en el cantón Guaranda, provincia Bolívar, concluyó que existía una demora patente en el flujo de los pacientes referidos debido al incremento de la demanda, la congestión de los canales de *call center* y el atraso en la entrega de las citas médicas. Al igual que el estudio de Zurita (2015), en la ciudad de Quevedo, determinó que, pese a la existencia de personal responsable de la revisión, almacenamiento y seguimiento de los formularios para las consultas, esta labor muchas veces queda a medias y se detiene o se ralentiza el proceso de atención de los pacientes derivados a otro niveles.

Navas (2016), en su investigación expresa la necesidad de optimizar el proceso burocrático de la solicitud de turnos por medio de los agentes telefónicos del *call center*, en pro de garantizar un mayor aprovechamiento del tiempo y una menor espera de los usuarios, teniendo en cuenta que en la génesis del problema también subyacen la oferta insuficiente de citas médicas.

Para cumplir con el diagnóstico de las complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles de base, se encontró que el 83,3% de los pacientes desarrollaron complicaciones durante el tiempo sin tratamiento. Las complicaciones predominan en las enfermedades endocrino metabólicas, cardiovasculares, digestivas y neurológicas. Además Gómez y Rivera (2019) en su trabajo de investigación, concluyen que la mayoría de los pacientes presentan una demora de entre 15 y 90 días para ser atendidos en la unidad de referencia, tiempo que estuvo condicionado por el tipo de turno, el requerimiento de exámenes complementarios y la necesidad de tratamientos específicos y más especializados. Entre los servicios con mayor tiempo de espera, se detectaron las especialidades de Neurología, Endocrinología, Hematología y Geriátrica. Esta información coincide con la determinada en esta investigación.

Respecto a la relación entre el tiempo sin tratamiento y el desarrollo de complicaciones se demostró que existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables. Según la prueba de Shapiro Wilk se indicó que la distribución de ambas muestras analizadas no seguía el curso de la normalidad por lo que se hizo necesario aplicar la prueba de Rho de Spearman para demostrar la relación entre variables.

Respecto a estos resultados se puede mencionar que el tiempo que demora un paciente sin tratamiento farmacológico para su enfermedad crónica tiene relación con el desarrollo de complicaciones que pueden derivar al empeoramiento de su estado de salud; de ahí la importancia de trabajar en eliminar las causas que determinan que estos pacientes no puedan

mantener su tratamiento farmacológico con regularidad. Es imprescindible desarrollar acciones que ayuden a resolver este inconveniente por parte de las entidades competentes.

Los datos obtenidos están en concordancia con el estudio realizado por De Francisco et al. (2009) que sugiere la creación de un programa de salud, justamente por la necesidad de intervenir a tiempo en este tipo de enfermedades crónicas no transmisibles. Así mismo indica la importancia de fortalecer las medidas de prevención tanto en la atención primaria como secundaria. De esta forma, se puede evitar la aparición de la enfermedad y evitar las complicaciones.

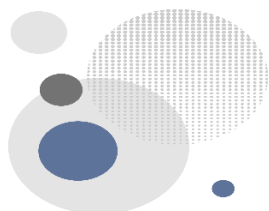
Por otro lado, es indispensable mencionar el trabajo de Carhuallanqui et al (2010) donde se presenta como principal propósito determinar la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital General. En este estudio se obtiene de igual manera, que las tasas aproximadas de adherencia al tratamiento farmacológico, en este caso para hipertensión arterial eran de entre 54 y 63%. Estos resultados ocasionan diversas complicaciones a los pacientes que padecen de esta enfermedad crónica no transmisible, lo que una vez más valida nuestro trabajo.

También se presenta la investigación de Córdova et al. (2008) donde se presenta como objetivo la reducción de la mortalidad en México debido a las enfermedades crónicas no transmisibles. Para lo cual se sugiere la creación de unidades médicas de especialidad, esta se fundamenta en la participación de un grupo multidisciplinario, además priorizan la educación del paciente y el acompañamiento familiar. Sin dudas, estas medidas están en concordancia con este estudio, ya que justamente dentro de la propuesta se propone la preparación del paciente, así como una serie de lineamientos para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

CAPÍTULO V

5. PROPUESTA

Portada



Propuesta para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles



Autora: Mirian Paulina Aguas Herrera

Índice

Introducción.....	78
Objetivos.....	78
Enfermedades Crónicas no trasmisibles	79
Enfermedades Endocrino metabólicas	79
Enfermedades Cardiovasculares.....	80
Enfermedades Digestivas.....	80
Enfermedades Neurológicas	81
Prevención y cuidados.....	81
Alimentación saludable.....	83
Actividad física.....	86
Recomendaciones.....	88

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la inadecuada alimentación, entre otros factores. En su conjunto son responsables del 60% de las muertes en el mundo cada año. El 80% de estas ocurren en países de bajos y medianos ingresos. Las principales ECNT son las enfermedades vasculares (cardio, reno y cerebrovasculares), la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la obesidad. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la falta de actividad física. El conjunto de recomendaciones que se presentan no ambiciona establecer normativas sino otorgar una herramienta que favorezca la atención de la población ecuatoriana a nivel general, y mejorar la calidad de vida de todos.

Objetivos

- **Objetivo General:** recopilar las principales prácticas preventivas de las principales Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo, con el propósito de reducir los problemas de salud o condiciones prevenibles o controlables, en el primer nivel de atención en Ecuador.

Objetivos Específicos:

- Mejorar los procesos de prevención y atención de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, mediante recomendaciones para las personas en relación con los procedimientos de detección y control de los problemas de salud y sus secuelas.
- Ofrecer una guía de consulta y práctica que proporcione información a los equipos de salud, los pacientes y sus familiares

Enfermedades Crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden definir como, según la Organización Mundial de la Salud (2018) “...afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta”. Acerca de estas, también se menciona que “tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales” y sus principales tipos los comprenden “las enfermedades cardiovasculares ... el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas ... y la diabetes”

Enfermedades Endocrino metabólicas

Este gran grupo contiene entre sus diagnósticos enfermedades que afectan de alguna forma al sistema endocrino, el cual es responsable de la secreción de hormonas, sustancias que actúan como mensajeros químicos cuando son liberadas al torrente sanguíneo y regulan algunas funciones del cuerpo como lo son el

desarrollo de órganos sexuales, el crecimiento, la actividad de los tejidos, el metabolismo, entre otras (González, 2016).

Enfermedades Cardiovasculares

Este sistema “se encarga de bombear, transportar y distribuir la sangre por todo el cuerpo. Se integra con el corazón y los vasos sanguíneos” (Saavedra & Domínguez, 2015). Entre las afecciones más importantes a nivel mundial del sistema circulatorio se encuentran las enfermedades cardiovasculares, las cuales representan la principal causa de muerte alrededor del mundo y es una de las cuatro enfermedades crónicas no transmisibles principales, junto al cáncer, la diabetes (anteriormente mencionada) y las enfermedades respiratorias crónicas (Gómez L. , 2016).

Enfermedades Digestivas

En esta categoría se incluyen las enfermedades que afectan el tracto digestivo, el hígado, el páncreas y la vesícula biliar (Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales, 2017). Algunos ejemplos de la lista de enfermedades que abarca esta categoría son las hernias, las enfermedades del apéndice, la enteritis y la colitis (en estas dos últimas, las de corte no infeccioso), entre otras. Por ejemplo, acerca del diagnóstico de este tipo de enfermedades en el Ecuador, estudios estiman que el tiempo promedio de diagnóstico desde que inicia la sintomatología de enfermedades inflamatorias intestinales es de 7,5 meses para la enfermedad de colitis ulcerativa y 11,6 meses

para la enfermedad de Crohn. Un tiempo mayor a 12 meses en la enfermedad de Crohn se asocia a la necesidad de cirugía, por lo que es importante el adecuado diagnóstico e identificación de esta patología, cuya prevalencia ha ido aumentando, inclusive si se consideraba que el país poseía bajo riesgo (Mayorga et al., 2020).

Enfermedades Neurológicas

El sistema nervioso puede definirse como un conjunto de células especializadas en la conducción de señales eléctricas, que captan estímulos, procesan la información y generan respuestas a estos estímulos (Schatzberg & Nemeroff, 2015). Algunas enfermedades de este tipo son la esclerosis múltiple, el accidente cerebrovascular (ACV), los ataques isquémicos transitorios (TIA), la epilepsia, o los trastornos del movimiento, entre otras (Des Moines University, 2016).

Prevención y cuidados

Según Ministerio de Salud de la Nación (2017) las enfermedades no transmisibles comparten estos factores de riesgo:

- Inactividad física
- Alimentación deficiente/insuficiente/ inadecuada
- Tabaquismo
- Consumo indebido de alcohol.

Por ello, es indispensable tener un estilo de vida adecuado, cada individuo o comunidad adopta diversos comportamientos, los cuales tienden a ser más o menos favorables para la salud. Es decir, que en dependencia de cómo vivamos, esto influirá sobre el estilo de vida. Para esto se recomienda el siguiente esquema de estilo de vida saludable:



A continuación, se plantean una serie de actividades de prevención y cuidados, una vez que se tiene presencia de enfermedades crónicas no transmisibles, se debe tener especial atención sobre estas, para evitar futuros problemas graves. Así mismo, se

encuentras algunas actividades de rastreo para ver la posibilidad de que aparezcan posteriormente estas enfermedades:

Recomendaciones de rastreo	Actividad Preventiva y de detección
Diabetes Mellitus tipo 2	Glucemia de ayuno
Hipertensión Arterial	Control de la presión arterial
Dislipemias	Mediante un perfil lipídico (colesterol total, HDL y Triglicéridos ⁴)
Obesidad	Índice de masa corporal $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla(m)}^2$
Riesgo cardiovascular a 10 años	Tablas de predicción de riesgo de la OMS/IHS
Rastreo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC)	Con espirometría pre y post broncodilatadores para diagnosticar obstrucción cuando la relación VEF1/CVF post broncodilatador es menor del 70%

Alimentación saludable

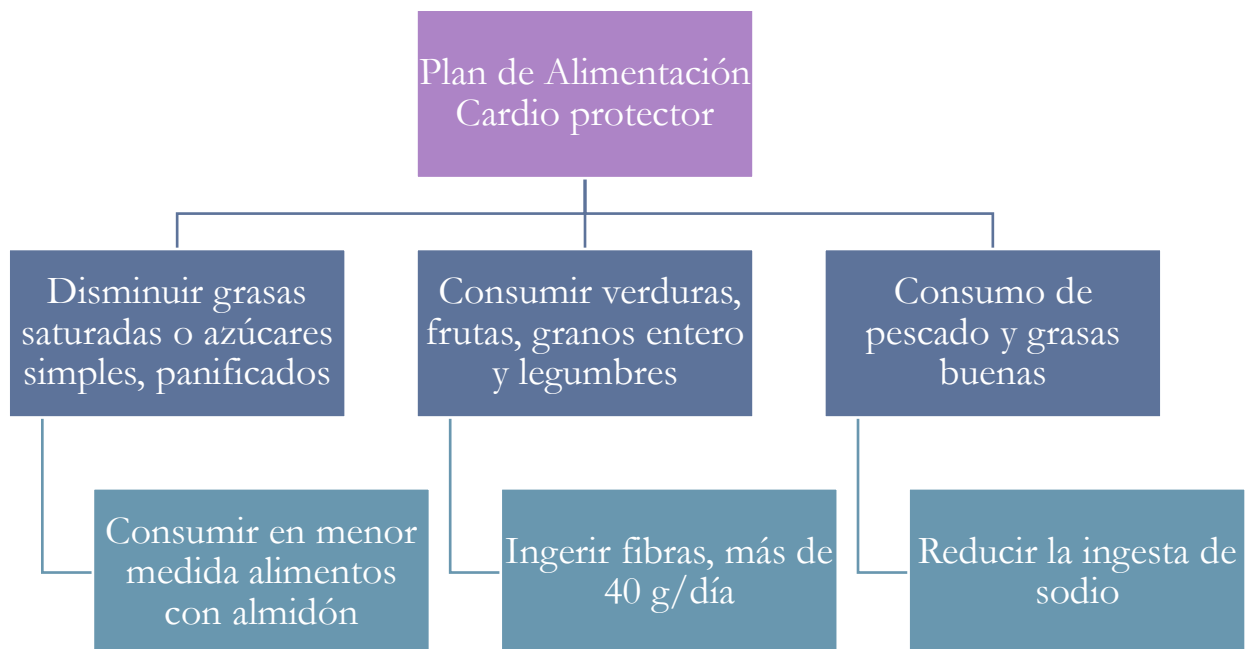
Este tipo de sugerencias, son válidas para todos los individuos independientemente de su estado de salud. En caso de no tener padecimientos, esto ayuda a la prevención, así mismo en el punto contrario, pues favorece una mejor calidad de vida. A continuación, se presentan una serie de recomendaciones para comenzar a aplicarlos en el día a día:



- Incorporar a diario alimentos de todos los grupos
- Realizar al menos 30 minutos de actividad física al día
- Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
- Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
- Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
- Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
- Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
- Al consumir carnes quitarle la grasa visible
- Aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.

- Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
- Consumir aceite crudo como condimento
- Consumir frutas secas o semillas.
- El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable, pero de preferencia se deben evitar siempre.

Para llevar una alimentación saludable y prevenir enfermedades crónicas se recomienda adoptar un plan alimentario cardio protector. A continuación se muestran recomendaciones:



Actividad física



Beneficios de la actividad física:

- La actividad física reduce el riesgo de situaciones desfavorables en la salud.
- Sus beneficios ocurren tanto en niños, adolescentes; adultos y adultos mayores así como en personas con discapacidades.
- Para alcanzar mejores beneficios se requiere ir aumentando la duración, intensidad y frecuencia.
- Los mayores beneficios ocurren con una actividad física de intensidad moderada, mayor a 150 minutos semanales.
- Tanto la actividad aeróbica como la fuerza muscular presentan importantes beneficios sobre la salud.
- Reduce el riesgo de muerte prematura, prolonga y mejora la calidad de vida.
- Reduce el estrés y mejora el estado de ánimo.

- Facilita la socialización, reduce la depresión y la ansiedad.
- Preserva las funciones mentales como la comprensión, la memoria y la concentración.
- Mejora el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad articular, así como la salud ósea.
- Junto a un plan de alimentación adecuado, ayuda a perder peso y sostenerlo en el tiempo.
- Mejora la función cardio-respiratoria, contribuye al adecuado control de la presión arterial, descendiendo los valores habituales.
- Previene el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad cardíaca y cerebrovascular y previene la osteoporosis.

Aspectos a tomar en cuenta antes de comenzar a realizar actividad física:

- Definir con la persona el tipo, la intensidad, la frecuencia y duración según la aptitud física, aumentar gradualmente la frecuencia, la intensidad y el tiempo.
- Recomendar una buena hidratación con agua antes, durante y después de la actividad física.
- Sugerir usar ropa y calzado cómodo.

- Repasar medidas de seguridad: por ejemplo: usar casco para andar en bicicleta.
- Medir el esfuerzo

Recomendaciones para la Actividad Física

- Caminar como mínimo 30 minutos diarios
- Antes del ejercicio y al finalizar se deben realizar estiramientos para evitar lesiones y dolores musculares.
- Practicar ejercicios de estiramiento y relajación como yoga o tai chi.
- Realizar actividades recreativas con baile, gimnasia, u otros deportes recreativos.
- Realizar pausas activas de descanso en el trabajo para hacer ejercicios de flexibilidad.
- Aumentar la actividad física de forma progresiva.
- Moverse cada vez que pueda, ya sea para transportarse, usar bicicletas, subir y bajar escaleras.
- Realizar los quehaceres domésticos, pues mantienen en movimiento, como barrer, pasear el perro, lavar el auto, cortar el césped, entre otros.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- La muestra de estudio estuvo constituida en su mayoría por mujeres, el promedio de edad fue de 48 años y predominaron los pacientes con bajo nivel de escolaridad y trabajos de tipo informal.
- Las enfermedades crónicas no trasmisibles más frecuentes fueron las del SOMA seguidas de las enfermedades endocrino metabólicas.
- La mayoría de los pacientes proceden de áreas urbanas
- El periodo de tiempo que más frecuente estuvieron los pacientes sin tratamientos farmacológicos fue entre 16 a 30 días
- Casi la totalidad de los pacientes sin tratamiento farmacológico desarrollaron complicaciones relacionadas a su enfermedad de base durante ese periodo.
- El desarrollo de complicaciones y el tiempo sin tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles tuvo una relación positiva y estadísticamente significativa.

6.2. Recomendaciones

- Investigar las causas asociadas al tiempo que el paciente se encuentra sin tratamiento y la demora en el acceso a los servicios de salud para solucionarlo.
- Realizar un estudio referente al acceso a los servicios de salud y el tratamiento farmacológico en pacientes que habitan zonas rurales o urbanas.
- Sugerir a las autoridades encargadas de atender estos temas, realizar pesquisas en los lugares más apartados para que se detecten a tiempo estos padecimientos y así mismo, reciban el tratamiento adecuado.

- Implementar la propuesta del plan de estilo de vida saludable para contribuir a la prevención de complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Congreso Nacional. (2006). *Ley 67—Ley Orgánica de Salud*. Quito, Ecuador:
<https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/03/LEY-ORG%C3%81NICA-DE-SALUD4.pdf>.
- Academia Americana de Pediatría. (2019). *Malformaciones congénitas*. .
<https://www.healthychildren.org/Spanish/health-issues/conditions/developmental-disabilities/Paginas/Congenital-Abnormalities.aspx>.
- Albuja, J. (2015). *Casa Patrimonial: El Hospital San Vicente de Paul*. . Ibarra:
<http://www.ccpd.ibarra.gob.ec/wp-content/uploads/2015/06/9-CASA-PATRIMONIAL-HOSPITAL-SAN-VICENTE-DE-PAUL.pdf>.
- Aluja, F., & Mora, J. (2018). *ACTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: CLAVES CLÍNICAS Y HALLAZGOS RADIOLÓGICOS*. Bogotá: Universitario San Ignacio.
- Álvarez, J., & Hidrovo, J. (2016). *Plan de mejoramiento de la calidad de servicio en consulta externa del Hospital San Vicente de Paul*. Ambato: Universidad Regional Autónoma de Los Andes:
<https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/4510/1/TUAMDE003-2013.pdf>.
- Asamblea Constituyente. (2008). *Constitución del Ecuador*. Quito, Ecuador:
<https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>.
- Bejarano, L. (2018). *Continuidad asistencial entre niveles de atención en pacientes con enfermedades crónicas y sus factores asociados en dos redes públicas de servicios de salud de Bogotá (Pontificia Universidad Javeriana)*. Bogotá, Colombia: Pontificia Universidad Javeriana: <http://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/36967>.

- Bernal, C. (2017). *Metodología de la investigación. Para administración, economía humanidades y ciencias sociales*. México: Pearson.
- Brutsaert, E. (2020). *Diabetes Mellitus*. . <https://www.msmanuals.com/es-cr/hogar/trastornos-hormonales-y-metab%C3%B3licos/diabetes-mellitus-y-otros-trastornos-del-metabolismo-de-la-glucosa-sangu%C3%ADnea/diabetes-mellitus>.
- Bulechek, G., Butcher, H., & McCloskey, J. (2009). *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Barcelona: Elsevier España, S. L. .
- Carhuallanqui, R., Diestra, G., Tang, J., & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista médica herediana*, 21(4), 197-201.
- Célleri, S., & Ortega, M. (2014). *Validación del índice de frax en mujeres con diagnóstico de osteoporosis como criterio para la decisión terapéutica en el hospital de la policía de Quito N.1 en el año 2013* . Quito : Pontificia Universidad Católica .
- Chang, C. (2017). Evolución del sistema de salud de Ecuador: Buenas prácticas y desafíos en su construcción en la última década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78, 452-460.
- Congreso Nacional. (2001). *Ley 55—Ley de Seguridad Social*. Quito: http://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_segu.pdf.
- Córdova, J., Barriguete, J., Lara, A., Barquera, S., Rosas, M., Hernández, M., & Aguilar, C. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención. *Salud pública de México*, 50, 419-427.
- Criollo, V., & Veleceta, J. (2016). *Características de las malformaciones congénitas en recién nacidos del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, 2010-2014*. Cuenca: Universidad de Cuenca.

- Cunalata, A. (2018). *Situación actual del EPOC en el adulto mayor no fumador*. Ecuador: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/15226>.
- De Francisco, M., Aguilera, L., & Fuster, V. (2009). Enfermedad cardiovascular, enfermedad renal y otras enfermedades crónicas. Es necesaria una intervención más temprana en la enfermedad renal crónica. *Nefrología*, 29(1), 6-9.
- Del Salto, E., & Salazar, F. (2017). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción del usuario que asiste a la consulta en el departamento Médico del Instituto Nacional Mejía en el periodo 2017*. Quito, Ecuador: Tesis, Universidad Central del Ecuador: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4665>.
- Des Moines University. (2016). Enfermedades del Sistema Nervioso. *Medicine and Health Sciences*, <https://www.dmu.edu/terminologia-medica/el-sistema-nervioso/enfermedades-del-sistema-nervioso/>.
- Díaz, M., Gómez, B., & Valdivieso, M. (2018). *Comportamiento epidemiológico en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en Ecuador*. Ecuador: Holguín.
- Espinosa, V., Acuña, C., & Tambini, G. (2017). La reforma en salud del Ecuador. *Revista Panam Salud Pública*, 41(96), 1.
- Gómez, L. (2016). Las enfermedades cardiovasculares: Un problema de salud pública y un reto. *Scielo*, 31(4).
- Gómez, R., & Rivera, J. (2019). *Un problema social: Tiempos de espera en la consulta externa del Hospital Carlos Andrade Marín (Estudios)*. Ecuador: Tesis, Universidad Andina Simón Bolívar.
- González, M. (2016). *Fisiopatología general*. Ediciones Paraninfo, S.A.
- Gutiérrez, A., & Mendoza, P. (2019). Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *Anuales de la Facultad de Medicina*, 80(2), 183-187.

- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2016). *Metodología de la investigación*. México: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>.
- Honorato, J. (2015). Adherencia al tratamiento farmacológico. 8(1), 47-52.
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. (2017). *El aparato digestivo y su funcionamiento*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/aparato-digestivo-funcionamiento#1>.
- Instituto Nacional de la Diabetes y las Enfermedades Digestivas y Renales. (2017). *Obesidad*. <https://medlineplus.gov/spanish/obesity.html>.
- Instituto Nacional del Cáncer. (2016). *Diccionario del Cáncer: Neoplasias*. . <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/neoplasia>.
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. (2015). *Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad*. Health Systems in South America.
- Juvinyà, D., Fontova, A., & Suñer, R. (2015). Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. . *Revista de Calidad Asistencial*, 30(1), 10-16.
- Lagua, M., & Gisela, A. (2018). *CUIDADO DE ENFERMERÍA: PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA INTER Y TRANS INSTITUCIONAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA DE LA CLÍNICA SAN PABLO SEDE SURCO - LIMA 2015 - 2017*. Lima, Perú: Tesis, Universidad Nacional del Callao. <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/4915>.

- Lancet. (2016). GBD 2015 Risk Factors Collaborators. Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study, 388(10053), 1659-1724.
- Lin, X., Xu, Y., Pan, X., Xu, J., Ding, Y., Sun, X., . . . Shan, P. (2020). Global, regional, and national burden and trend of diabetes in 195 countries and territories: An analysis from 1990 to 2025. *Scientific Reports*, 10(1), 14790. .
- Malo, M. (2013). *La Salud en el Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. Ecuador.
- Martínez, P., Martínez, J., & Nuno, P. (2015). Mejora en el Tiempo de Atención al Paciente en una Unidad de Urgencias Mediante la Aplicación de Manufactura Esbelta. *Información tecnológica*, 26(6), 15.
- Mayorga, A., Rodríguez, V., & Dávila, S. (2020). *Epidemiología y comportamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal en la población ecuatoriana*. . Ecuador.
- Mestanza, M., Zurita, C., & Armijos, R. (2015). Prevalence of Rheumatic Disease in a Rural Community in Ecuador. 56(6), 12.
- Ministerio de Salud de la Nación. (23 de octubre de 2017). *Manual para el cuidado de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Obtenido de Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades:
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34520/9789503802397_spa.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2014). *Subsistema de referencia, derivación, contrareferencia, referencia inversa y transferencia del Sistema Nacional de Salud. Norma Técnica 2014*. Quito:
<https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDireccione>.

- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS*. Quito, Ecuador: MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2015). *Tipología para homologar establecimientos de salud por niveles*. Quito: Acuerdo Ministerial 5212.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Artritis Reumatoide, guía práctica clínica*. Quito: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/02/ARTRITIS-REUMATOIDE_23012017.pdf.
- Ministerio de Salud Pública. (2019). *Formulario de Informe de Rendición de Cuentas. Periodo Enero a Diciembre 2018. Hospital General San Vicente de Paúl*. Quito: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/HSVP-INFORME-PRELIMINAR.pdf>.
- Moasser, M. (2015). *Fisiopatología de la enfermedad*. McGraw-Hill Education. accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?aid=1166891849.
- Molero, J. (2017). *Infecciones del aparato respiratorio inferior*. España: <https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2017/05/Cap%C3%ADtulo-3.-Infecciones-del-aparato-respiratorio-inferior.pdf>.
- Molina, A. (2019). Funcionamiento y gobernanza del Sistema Nacional de Salud del Ecuador. *Revista de Ciencias Sociales*, 63, 185-205.
- Moorhead, S., Johnson, M., Meridean, L., & Swanson, E. (2014). *Nursing Outcomes Classification (NOC)*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Morán, G., & Alvarado, D. (2016). *Métodos de investigación*. México: Universidad Autónoma de Coahuila: <https://mitrabajodegrado.files.wordpress.com/2014/11/moran-y-alvarado-metodos-de-investigacion-1ra.pdf>.

- NANDA International. (2018). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. New York: T. Heather Herdman y Shigemi Kamitsuru.
- Naranjo, J., Delgado, A., Rodríguez, R., & Sánchez, Y. (2016). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30.
- Navas, C. (2016). *EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN, DISEÑO, DOCUMENTACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCESOS DEL ÁREA DE ESTADÍSTICA DEL HOSPITAL GENERAL "ENRIQUE GARCÉS"*. Ecuador: Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE: <http://repositorio.espe.edu.ec/bitstream/21000/6078/1/AC-AGH-ESPE-034352.pdf>.
- Ocampo, J., Gaviria, R., & Sánchez, J. (2017). Prevalencia del asma en América Latina. Mirada crítica a partir del ISAAC y otros estudios. *Revista alergia MÃ\copyrightxico*, 64, 188-197.
- OMS. (2016). *Temas de salud: Enfermedades no transmisibles. Temas de salud*. Ginebra: https://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Preguntas y Respuestas sobre la Hipertensión*. Ginebra: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. . Ginebra: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)* *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Datos sobre el sobrepeso y la obesidad*. .
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Hipertensión*. Ecuador:
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Ecuador va a fortalecer los Sistemas de Información para la Salud a través del establecimiento de la capacidad para el diseño e implementación de documentos clínicos electrónicos y manejo de estándares de interoperabilidad en salud*. Ecuador: OPS.
- Pilla, J. (2017). *Beneficios del tratamiento con infiltración de plasma rico en plaquetas en pacientes con osteoartritis*. Ambato: UNIANDES.
- Quinllín, M. (2019). *EVALUACIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA EN LOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE GUANUJO, CANTÓN GUARANDA, PROVINCIA BOLÍVAR PERIODO ENERO – ABRIL 2019*. Guaranda, Bolívar: Tesis, Universidad Estatal de Bolívar:
<http://190.15.128.197/bitstream/123456789/3128/1/TESIS%20PARES%20PARA%20DEFENNDER%20EL%20LUNES%201%20DE%20JUNIO%20DEL%20201999.pdf>.
- Rivadeneira, M. (2015). VALIDATION OF RESPIRATORY QUESTIONNAIRE ST. GEORGE FOR ASSESSING QUALITY OF LIFE IN ECUADORIANS PATIENTS WITH COPD. 6(1), 882-891.
- Rodríguez, R., & García, J. (2018). Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 8(2), 103-110.
- Saavedra, J., & Domínguez, A. (2015). *Sistema circulatorio*. En *Texto Atlas de Histología*. Biología celular y tisular, 2e (Vol. 1-Book, Section). McGraw-Hill Education.

- Schatzberg, A., & Nemeroff, C. (2015). Tratado de psicofarmacología. . *Elsevier: Masson*,
<https://www.worldcat.org/title/tratado-de-psicofarmacologia/oclc/85459558>.
- Servicio Vasco de Salud. (2017). *Planes de cuidados estandarizados de enfermería*. San Sebastián: Servicio Vasco de Salud.
- Szwako, A., & Vera, F. (2018). Percepción de la calidad de atención médica en consultorios de la Cátedra de Medicina Familiar del Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay. Año 2013. *Revista de salud publica del Paraguay*, 7(2), 26-30-30.
- Valenzuela, R. (2016). Sistema de Referencia y Contrarreferencia. *Revista ImBioMed*.
- Wild, C. (2018). *Ecuador registra 28.058 nuevos casos de cáncer, según informe de OMS*. .
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-28-058-nuevos-casos-de-cancer-seg-n-informe-de-oms-92834>.
- Zurita, M. (2015). *Reestructuración del sistema de referencia y contrarreferencia en el Hospital Sagrado Corazón de Jesús de La Ciudad de Quevedo (Tesis, Universidad Regional Autónoma de los Andes)*. Ambato, Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/829>.

ANEXOS

Apéndice A: Autorización del Hospital San Vicente de Paúl

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
Hospital General "San Vicente de Paúl"

Memorando Nro. MSP-CZ1-HSVP-2021-2254-M

Ibarra, 07 de mayo de 2021

PARA: Sr. Ing. Jorge Gabriel Gordillo Corrales
Coordinador de Admisiones, HGSVP

ASUNTO: UNIVERSIDAD TECNICA DEL NORTE INSTITUTO DE POSGRADO
OFICIO NRO. 119-D

De mi consideración:

En referencia a Oficio Nro. 119-D recibido el 19 de abril de 2021, presentado por la Licenciada Mirian Paulina Aguas, en la que solicita autorización para desarrollo de estudio denominado: " Relación entre tiempo sin tratamiento farmacológico y complicaciones de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes referidos al hospital "San Vicente de Paúl" de Enero a junio del 2021 , pongo en su conocimiento que se ha cumplido con la firma del documento de confidencialidad y entrega de documento habilitantes y con la autorización de Gerencia por lo que se solicita dar las facilidades respectivas para el desarrollo de dicha investigación.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Mgs. Ana Maria Puga Andino
ASESORA GERENCIAL COVID-19, HGSVP

Anexo:

- universidad_tecnica_del_norte_oficio_nro_119-d0779349001620405839.pdf

Copia:

Sr. Dr. Mario Homero Acosta Coba
DIRECTOR ASISTENCIAL HOSPITALARIO, HSVP, Subrogante

Sra. Abg. Elva de las Mercedes García Farinango
Coordinadora de Gestión de Talento Humano HSVP



Apéndice B: Base de Datos

N o	CI	HC	SE XO	ED AD	ET NIA	ESCOLA RIDAD	OCUPA CION	PROCED ENCIA	TIEMPO STTO	TIEMPOST TOESC	EC NT	COMPLICA CIONES	SIN COMPLICA CIONES
1	992013	446 028	2	7	2	2	7	2	30	2	10	OTRA	
2	1050460656	413 130	1	20	2	4	7	2	30	2	1	OTRA	
3	1723495444	305 244	1	83	2	2	2	2	30	2	5	CARDIOVASC ULAR	
4	1000022732	224 006	2	65	2	3	4	2	30	2	5	DIGESTIVA	
5	1001135806	455 631	1	65	2	3	2	2	25	2	6	NEOPLASICA	
6	1303753618	117 137	1	58	2	4	2	2	30	2	1	ENDOCRINO MET	X
7	1000767153	457 393	1	79	4	2	2	1	60	4	8	NEUROLÓGIC A	
8	1002782654	416 355	2	72	2	2	3	2	60	4	7	CARDIOVASC ULAR	
9	1000499481	256 974	1	74	2	3	2	2	30	2	10	OTRA	X
10	1003384342	272 872	2	36	2	2	1	2	30	2	8	NEUROLÓGIC A	
11	1726839822	383 983	1	33	3	3	2	1	30	2	3	CARDIOVASC ULAR	
12	1706172648	324 220	1	31	2	5	7	2	30	2	1	ENDOCRINO MET	
13	1002883765	218 875	1	39	3	4	2	2	30	2	5	DIGESTIVA	
14	1715728711	168 364	1	40	2	4	7	2	367	5	5	DIGESTIVA	
15	1004888392	246 148	1	48	4	2	7	1	60	4	6	NEOPLASICA	
16	100487892	279 475	2	66	4	2	4	1	35	3	3	CARDIOVASC ULAR	

1 7	400534285	375 919	1	59	2	4	7	2	30	4	7	SOMA
1 8	1003977634	356 426	2	55	2	2	4	1	25	2	5	DIGESTIVA
1 9	1003354345	217 199	1	35	3	2	2	2	30	2	7	SOMA X
2 0	401197298	253 727	2	48	2	2	7	1	30	2	1	ENDOCRINO MET
2 1	1000957213	334 686	1	28	2	4	7	2	28	2	3	CARDIOVASC ULAR
2 2	1745076668	295 494	1	55	4	2	2	1	60	4	5	DIGESTIVA
2 3	38217558	445 791	1	72	2	3	7	2	30	2	7	SOMA
2 4	1002809349	445 789	2	34	2	3	3	2	60	4	5	DIGESTIVA
2 5	1005732373	407 254	1	88	3	2	3	1	30	2	3	CARDIOVASC ULAR
2 8	4614294	445 796	2	67	4	4	4	2	30	2	10	OTRA
3 0	1001472700	494 895	1	45	3	2	3	1	60	4	5	DIGESTIVA
3 1	1715241434	324 682	2	47	2	4	7	2	60	4	1	ENDOCRINO MET
3 2	1003767181	424 824	1	27	2	3	2	2	30	2	10	OTRA
3 3	1003780015	202 002	2	32	2	3	7	2	30	2	5	DIGESTIVA
3 4	1000528586	319 001	2	75	2	2	7	2	30	2	1	OTRA
3 5	401011028	410 702	1	46	2	3	7	2	28	2	5	DIGESTIVA
3 6	1000858041	155 054	2	77	3	2	4	1	30	2	5	DIGESTIVA
3 8	601646623	228 443	2	70	2	5	3	2	60	5	1	ENDOCRINO MET
3 9	1003927605	117 264	2	65	4	2	4	1	30	2	5	DIGESTIVA

40	912554227	208 818	2	50	2	3	1	2	33	3	7	SOMA	X
41	1006827634	284 431	1	42	3	5	7	2	30	2	2	HEMATOLOGICA	
42	800708497	445 517	2	57	3	3	4	2	30	2	7	SOMA	X
43	400334091	184 383	2	69	2	2	1	2	45	3	7	SOMA	X
44	1007716745	417 616	1	55	2	2	2	2	30	2	5	DIGESTIVA	
45	1713580221	343 582	1	38	3	4	2	2	60	4	1	ENDOCRINO MET	
46	1000846103	445 800	2	67	2	2	4	2	45	3	10	OTRA	
47	1004621262	396 143	2	11	2	2	7	2	30	2	3	NEUROLÓGICA	
48	1000130003	115 300	1	78	2	3	7	2	20	2	5	DIGESTIVA	
49	1050401098	283 846	2	11	4	2	7	2	45	3	3	CARDIOVASCULAR	
50	1001094547	211 843	1	63	2	5	5	2	36	3	3	OTRA	
51	1001207230	446 464	1	63	2	2	1	2	28	2	7	SOMA	X
52	1002144806	173 754	1	32	3	5	1	2	30	2	5	DIGESTIVA	
54	1002679304	195 792	1	36	2	5	5	2	28	2	10	OTRA	X
55	1708706302	223 522	1	45	3	4	2	1	30	2	1	ENDOCRINO MET	
56	1714590039	365 111	1	42	2	3	7	2	45	3	8	NEUROLÓGICA	
57	1008348228	276 002	1	44	2	4	2	1	22	2	5	DIGESTIVA	
58	1002583811	272 673	2	38	3	4	7	2	60	4	8	NEUROLÓGICA	
59	1710630763	151 656	2	51	2	2	7	2	29	2	10	OTRA	X

60	1003065139	484989	2	52	2	2	4	2	60	4	5	DIGESTIVA
61	1001933017	123826	2	50	4	4	4	2	46	4	10	OTRA
62	1050836863	415618	1	18	2	3	7	2	34	3	10	CARDIOVASCULAR
63	1050748642	203406	1	90	2	2	7	2	60	4	8	NEUROLÓGICA
65	1711453470	161562	1	61	3	4	2	2	30	2	1	ENDOCRINO MET
69	1706135181	338187	2	72	2	2	2	2	60	4	5	DIGESTIVA
70	1004048706	348364	1	24	4	3	2	2	60	4	10	OTRA
71	1000666187	126142	1	66	4	2	2	1	30	2	8	NEUROLÓGICA
73	817169352	446493	1	32	2	3	2	2	28	2	3	CARDIOVASCULAR X
74	1001629532	331350	2	42	3	5	5	1	22	2	3	CARDIOVASCULAR
75	1900269984	203405	2	46	2	4	7	2	30	2	1	ENDOCRINO MET
76	1000171941	250572	1	54	2	4	2	2	30	2	6	NEOPLASICA
77	1002518644	114791	2	12	2	2	7	2	30	2	8	NEUROLÓGICA X
78	16380514	429950	2	44	2	2	4	2	30	2	1	OTRA
79	1001998481	399075	1	50	2	5	5	2	35	3	7	SOMA X
81	1002577557	132839	1	41	2	3	2	1	60	4	7	DIGESTIVA
82	1001488446	424617	2	48	3	4	4	1	30	2	8	NEUROLÓGICA
83	1050869343	446488	2	2	3	1	7	1	60	4	8	GENITOURINARIA
84	1000882785	425486	2	57	3	5	5	2	45	3	7	SOMA X

8 5	1004164743	328 97	1	23	2	4	7	2	40	3	7	SOMA
8 6	1003245907	121 855	2	79	2	2	7	2	30	2	6	NEOPLASICA
8 7	1002301364	105 528	2	88	3	2	7	1	20	2	6	NEOPLASICA
8 8	1003517214	211 438	1	34	2	3	2	1	24	2	5	DIGESTIVA
9 0	VISOMM992 01303261	445 704	1	7	3	2	7	2	30	2	3	CARDIOVASC ULAR
9 1	1718597642	322 549	2	54	2	4	1	1	30	2	1	ENDOCRINO MET
9 2	1001466449	425 570	1	66	3	2	7	1	60	4	2	HEMATOLOGI CA
9 3	1005085947	444 705	1	12	2	2	7	2	30	2	10	OTRA
9 4	1005395478	445 701	1	16	4	3	7	2	30	2	3	CARDIOVASC ULAR
9 5	1002851085	255 325	1	39	2	2	2	2	60	4	8	NEUROLÓGIC A X
9 8	1721512810	418 692	1	26	3	4	7	2	30	2	10	OTRA
9 9	1000866333	164 967	1	56	2	4	2	2	33	3	10	OTRA
1 0 0	1009554426	346 634	2	18	2	5	7	2	2	1	2	HEMATOLOGI CA
1 0 1	1704401601	420 314	2	65	2	3	1	1	36	3	7	SOMA
1 0 2	1000190783	405 810	1	88	3	2	3	2	30	2	6	NEOPLASICA
1 0 3	1001464971	375 945	1	60	2	3	2	2	30	2	7	SOMA

1 0 4	911855344	319 223	1	50	4	2	4	1	60	4	1	ENDOCRINO MET	X
1 0 6	1716344518	423 245	1	40	4	2	2	2	30	2	1	OTRA	
1 0 9	1003945209	446 017	2	25	4	3	1	1	28	2	7	SOMA	X
1 1 0	1000922326	215 994	2	69	4	2	1	1	30	2	3	CARDIOVASC ULAR	
1 1 2	1748241424	399 758	1	54	2	4	1	1	30	2	2	HEMATOLOGI CA	
1 1 7	1759352535	408 649	1	20	2	4	7	2	30	2	3	CARDIOVASC ULAR	
1 1 8	1005256806	439 523	2	66	4	2	4	1	30	2	1	ENDOCRINO MET	
1 1 9	400195418	250 305	2	80	4	2	7	1	60	4	3		
1 2 0	1002518288	446 363	1	43	2	3	2	2	30	2	4	RESPIRATORI A	
1 2 1	1001393774	209 155	2	58	2	5	5	2	30	2	7	HEMATOLÓGI CA	
1 2 2	1000885143	331 793	1	92	2	2	7	2	30	2	7	SOMA	X
1 2 3	1004209829	352 793	2	43	3	2	7	2	30	2	9	GENITOURINA RIA	

1 2 4	1001329950	241 821	1	77	2	3	2	1	30	2	7	SOMA	
1 2 6	500972039	447 657	2	62	2	4	7	2	30	2	6	NEOPLASICA	
1 2 8	1001900404	403 920	1	49	2	3	2	2	60	4	9	GENITOURINA RIA	
1 3 0	1005430044	403 726	2	11	2	2	7	2	60	4	7	SOMA	X
1 3 1	401363320	406 323	2	42	2	5	7	2	60	4	7	NEUROLÓGIC A	
1 3 2	1003180237	314 732	2	40	3	5	7	1	60	4	7	SOMA	
1 3 3	1089844719	444 828	1	33	2	4	7	2	60	4	7	NEUROLOGIC A	
1 3 5	1050426822	289 140	2	18	4	4	7	2	60	4	8	NEUROLOGIC A	
1 3 6	1001003464	271 133	1	78	2	2	7	1	30	2	10	OTRA	
1 3 7	1002598892	138 793	1	43	3	3	7	1	30	2	9	GENITOURINA RIA	
1 3 8	1000869667	127 456	2	54	2	5	6	2	30	2	6	NEOPLASICA	
1 3 9	1003952924	328 396	2	23	2	4	7	2	30	2	9	GENITOURINA RIA	X

1 4 0	401790571	444 836	1	22	2	4	7	2	60	4	8	NEUROLOGIC A
1 4 1	GLFRO01019 8105108	278 282	1	39	2	3	2	2	30	2	1	ENDOCRINO MET
1 4 2	1004389530	355 478	1	26	2	4	7	2	30	2	7	SOMA X
1 4 3	1002150983	150 261	2	49	2	2	4	2	30	2	8	NEUROLOGIC A
1 4 5	1709513731	444 840	1	53	3	2	4	2	30	2	1	ENDOCRINO MET
1 4 6	1000937829	274 114	1	64	2	3	2	2	60	4	3	CARDIOVASC ULAR
1 4 7	1002790317	444 814	2	40	4	3	1	2	30	2	7	SOMA X
1 4 8	4370312	444 815	2	62	2	2	1	2	30	2	3	CARDIOVASC ULAR
1 4 9	1303399800	428 656	1	53	2	3	7	1	30	2	1	ENDOCRINO MET
1 5 0	1005437429	237 293	2	19	2	4	7	1	30	2	3	CARDIOVASC ULAR
1 5 1	1002011303	226 547	2	56	4	4	1	2	60	4	6	NEOPLASICA
1 5 2	1093213227	444 832	2	34	2	3	4	2	30	2	3	CARDIOVASC ULAR

