



*Asesorías y Tutorías para la Investigación Científica en la Educación Puig-Salabarría S.C.  
José María Pino Suárez 400-2 esq a Lerdo de Tejada, Jalisco, Estado de México. 7223898478*

RFC: ATI120618V12

**Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores.**

<http://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/>

**Año: VII**

**Número: Edición Especial**

**Artículo no.:36**

**Período: Febrero, 2020.**

**TÍTULO:** Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles en los adultos mayores de la Parroquia Quisapincha.

**AUTORES:**

1. Máster. Alina Rosa Soria Acosta.
2. Esp. Adisnay Rodríguez Plasencia.
3. Máster. Gloria Rebeca Medina Naranjo.
4. Esp. Mayrenis Cabrera Capote.

**RESUMEN:** Las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, están asociadas con la edad avanzada, y existen factores de riesgo: biológicos, psicológicos y comportamentales, mismos que causan morbilidad y mortalidad tanto en hombres como mujeres. La investigación se realizó en la parroquia Quisapincha, Cantón Ambato, provincia Tungurahua; con el objetivo de determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos mayores. La metodología empleada es la analítica de prevalencia; el universo estuvo conformado por 56 adultos mayores, además es necesario mencionar que no todos los pacientes atendidos tenían tratamiento prescrito ni seguimiento médico. En conclusión, se determinaron los factores de riesgo en los adultos mayores como son las dislipidemias, la hipertensión arterial, sedentarismo y el predominio del sobrepeso.

**PALABRAS CLAVES:** factor de riesgo, adulto mayor, enfermedad crónica, parroquia Quisapincha.

**TITLE:** Risk factors associated with chronic-degenerative diseases not transmissible in the elderly adults of the Quisapincha Parish.

**AUTHORS:**

1. Master. Alina Rosa Soria Acosta.
2. Esp. Adisnay Rodríguez Plasencia.
3. Master. Gloria Rebeca Medina Naranjo.
4. Esp. Mayrenis Cabrera Capote.

**ABSTRACT:** Chronic degenerative noncommunicable diseases are associated with old age, and there are risk factors: biological, psychological and behavioral, which cause morbidity and mortality in both men and women. The research was carried out in the parish of Quisapincha, Ambato Canton, Tungurahua Province, with the aim of determining the risk factors associated with chronic non-communicable diseases in older adults. The methodology used was a prevalence analysis; the universe consisted of 56 older adults. It should also be mentioned that not all the patients attended had prescribed treatment or medical follow-up. In conclusion, risk factors in older adults were determined, such as dyslipidemias, high blood pressure, sedentariness and predominance of overweight.

**KEY WORDS:** risk factor, elderly adult, chronic disease, Quisapincha parish.

**INTRODUCCIÓN.**

El envejecimiento del ser humano se puede considerar como un deterioro de las funciones vitales de su organismo, a consecuencia de cambios biológicos, psicológicos y sociales que lo conducen a pérdidas funcionales de órganos y finalmente la muerte.

El envejecimiento poblacional es uno de los fenómenos de mayor impacto, que ocasiona el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas y a su vez incapacidades.

Según la Organización Mundial de la Salud (2013), existen varios factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico degenerativas no transmisibles entre las que se puede citar: consumo de tabaco, inactividad física, uso nocivo del alcohol, dieta no saludable, sobrepeso, hiperglucemia, hiperlipidemia e hipertensión arterial, siendo esta última la principal causa de defunciones a nivel mundial con el 16.5%; estos problemas recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios.

### **DESARROLLO.**

De acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010, como se citó en Amón & Andrade, 2017), en el Ecuador existe un total de 14'483.499 habitantes. De ellos, 940.905 son adultos mayores, el 70% se encuentra entre los 65 y 85 años, 47% al sexo masculino y 53% al femenino.

Las enfermedades crónico degenerativas en Ecuador representan un problema de salud pública, evitable, por ello en nuestro país se crea el Plan Estratégico para Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo, con el objetivo de vigilar, prevenir las enfermedades y promocionar la salud en la población adulta mayor (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Considerando lo antes mencionado, los adultos mayores son un grupo que merece atención prioritaria, promoción de sus derechos; este trabajo aportará nuevos conocimientos acerca de la realidad en la que se encuentra la salud de los adultos mayores con relación a su enfermedad y los factores de riesgo que repercuten en la misma. Con esta información verídica y actualizada las autoridades competentes y el personal de salud trabajarán conjuntamente en el bienestar del cuidado de la salud del adulto mayor y su familia.

### **Objetivo.**

Determinar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónico- degenerativas no transmisibles en los adultos mayores de la parroquia Quisapincha.

## Metodología.

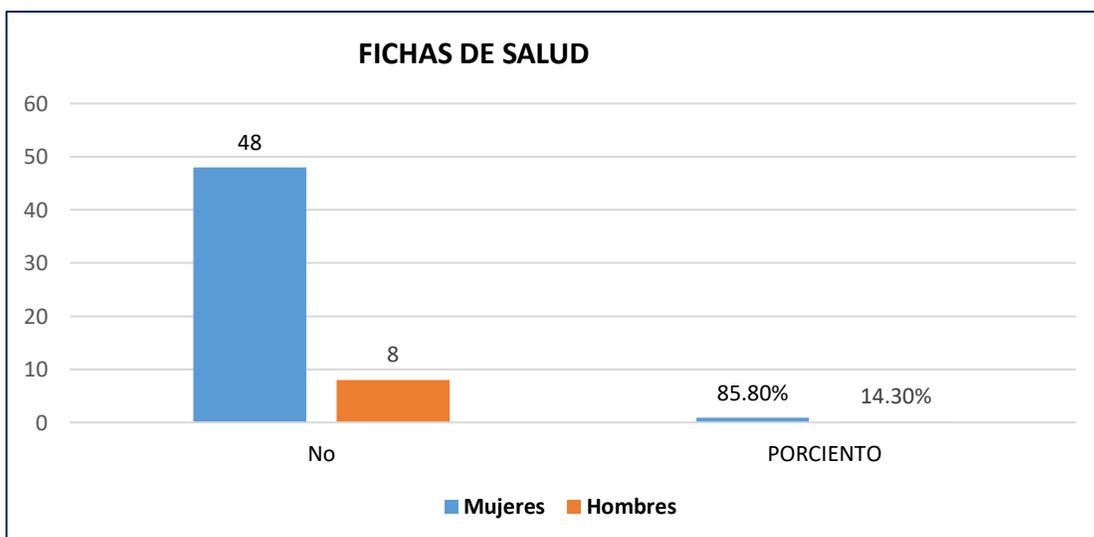
La investigación se define como mixta (cuali-cuantitativa), no experimental situacional, descriptiva y transversal, porque no existe en esta investigación una manipulación de variables, se realizará a través de la ficha de salud en un lapso de tiempo único a lo largo de la investigación, describiéndose la situación actual de los adultos mayores de la parroquia Quisapincha.

Se utilizaron métodos del nivel teórico del conocimiento, Inductivo-Deductivo para conocer aspectos generales y específicos, Analítico – Sintético para identificar los factores de riesgo que desencadenan en el adulto mayor las enfermedades crónicas -degenerativas no transmisibles y de Enfoque sistémico pues nos permite organizar y seleccionar la información obtenida que permitirá realizar las conclusiones y recomendaciones del proyecto de investigación y para la presentación de una propuesta sistémica viable.

Para el procesamiento de los datos mediante Microsoft office Word, Excel y SPSS versión 15, se presentaron en tablas simples con su respectivo análisis.

## Resultados y discusión.

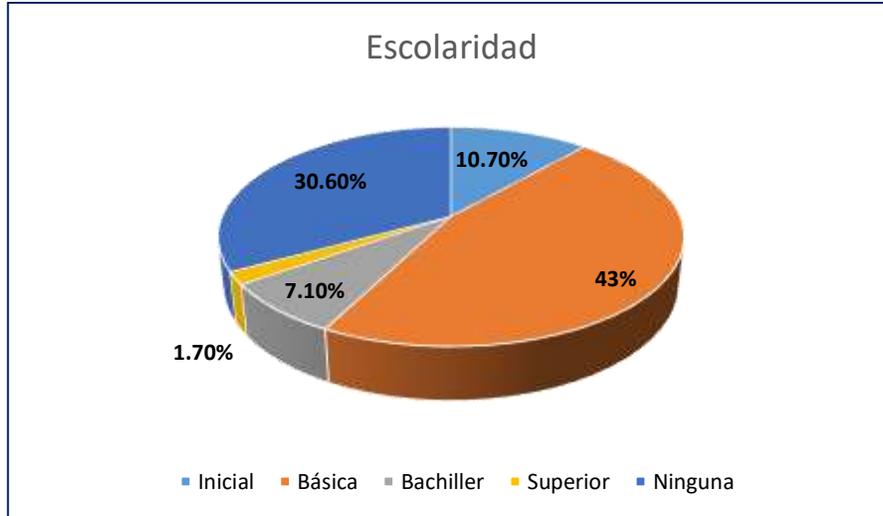
Gráfico 1. Total de fichas de salud elaboradas.



**Fuente:** Fichas de salud. Abril-agosto 2019

De las 56 personas de la muestra, el 85,8% eran mujeres y el 14,3% masculinos, residentes de zona rural, de la parroquia Quisapincha, Cantón Ambato, provincia Tungurahua.

Gráfico 2. Nivel de escolaridad y Estilo de salud.



Fuente: ficha de salud. Abril-agosto 2019

El 43% corresponde a la escolaridad básica seguida del 30,6% que plantea no tener ningún nivel de estudios.

La educación es uno de los factores asociados a la salud y calidad de vida en la vejez. Los niveles bajos de educación y alfabetismo se traducen en limitaciones en los roles de género, en la pobreza y sobre todo en el acceso a los sistemas de protección social. Se puede decir, que la alta escolaridad protege al sujeto de riesgos específicos para su salud, permitiéndole una vida más higiénica, disciplinada y sistemática, favorecida por su asistencia a la escuela durante un período de tiempo largo, con su efecto socializador, facilita la retroalimentación de la educación adquirida, y amplía los aspectos cognoscitivos de la salud y de la enfermedad.

La labor educativa para formar o modificar el modo o estilo de vida para proteger la salud, hay que desarrollarla desde edades tempranas con la familia, para lo cual hay que cuidar y fortalecer la unidad, la permanencia, la autoridad y el prestigio de esta. Al mejorar el nivel educacional mejora el modo

de vida de las personas y se modifica el proceso salud-enfermedad, en caso contrario el individuo actúa sobre los factores causantes de dichas enfermedades y no sobre aquellos modificables.

El nivel de escolaridad facilita realizar de forma más factible, las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, la cardiopatía isquémica, y el infarto del miocardio.

Tabla 1. Índice de masa corporal y actividad física.

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Hombres sedentarios	Mujeres sedentarias	Hombres activos	Mujeres activas
< 18,5 (bajo peso)	0%	0 %	0%	1.7%
18,5-24,9 (peso normal)	75%	29.1%	25%	30.4%
25,0 - 29,9 (sobrepeso)	0%	20.8%	0%	16.6 %
≥ 30,0 (obeso)	0%	4.1%	0%	2.08%

Fuente: ficha de salud. Abril-agosto 2019

Solo 1 paciente presentó bajo peso o delgadez o desnutrición leve pues su índice de masa corporal (IMC) estaba por debajo de los 18,5 Kg/m<sup>2</sup>, con sobrepeso 20 pacientes y solo 2 pacientes atendidos con obesidad tipo I. Se consideró a una persona con sobrepeso si su IMC era  $\geq 25$ , y obesa si era  $\geq 30$ . De la muestra correspondiente a 48 mujeres y 8 hombres para un total de 56 pacientes, el 75% correspondiente a los hombres llevan una vida sedentaria a pesar de tener un IMC adecuado y el 20.8% de las féminas con sobrepeso llevan una vida sedentaria.

El IMC es una relación entre la altura y el peso de una persona; en el caso de los ancianos, los estudios indican que existe una estrecha relación entre un IMC muy alto o muy bajo con los efectos en la salud y mortalidad; por lo tanto, este indicador suele ser de una gran importancia para los ancianos o adultos mayores.

Durante el proceso de envejecimiento, existe una continua pérdida de la masa muscular y a medida que dicha masa muscular disminuye, los tejidos grasos se centralizan, llenando los espacios. De esta manera se mantiene el mismo peso, pero aumenta la proporción de grasa en el cuerpo.

El IMC se usa como una herramienta de detección para identificar posibles problemas de salud de los adultos; sin embargo, el IMC no es una herramienta de diagnóstico; por ejemplo, una persona puede tener un alto IMC, pero para determinar si el exceso de peso es un riesgo para la salud, se necesitará realizar evaluaciones adicionales que pueden incluir la medición del grosor de los pliegues cutáneos, evaluaciones de la alimentación, la actividad física, los antecedentes familiares y otras pruebas de salud que sean adecuadas (Organización Panamericana de la Salud, 2019; SEGG & SENPE, 2017).

El índice de masa corporal IMC por sí mismo, no puede predecir el riesgo para su salud de una persona o un adulto mayor, pero los especialistas concluyen que no es saludable. Sin importar cuál sea el IMC, el ejercicio indicado y supervisado por especialistas puede ayudar a reducir el riesgo de enfermedades crónicas. Recientes investigaciones concluyen que quizás el límite superior ideal de IMC en las personas mayores debería ser 27 y no 25 (Organización Panamericana de la Salud, 2019; SEGG & SENPE, 2017).

Muchas personas confunden la conocida con la inmovilidad. La movilidad es un componente esencial en la vida del ser humano tener una actividad física es lo que nos permite tener autonomía e independencia. Con la edad se produce un deterioro en las funciones motoras que provocan una disminución de la capacidad para desempeñar ciertas actividades de la vida diaria. Esto hace que las personas mayores sean propensas a llevar una vida sedentaria.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

La conservación de la masa y fuerza muscular representan un factor importante en el mantenimiento de la postura, el equilibrio y la marcha, que junto con una adecuada estructura ósea previenen el riesgo de caídas y su consecuencia las fracturas, principalmente de columna y cadera. De ahí que para la realización de sus actividades diarias en forma independiente y tener una buena calidad de vida, se deba preservar el funcionamiento orgánico en óptimas condiciones de acuerdo a la edad del sujeto, para asegurarle una adecuada habilidad funcional (SEGG & SENPE, 2017; Aronow et al., 2011).

Tabla 2. Dislipidemias y práctica de ejercicios físicos.

<b>Hiper-colesterolemia</b>	<b>Masculino</b>	<b>No actividad Física</b>	<b>Si actividad física</b>	<b>Femenino</b>	<b>No actividad física</b>	<b>Si actividad física</b>
< 200 mg/dl (menor riesgo)	12,50%	0,00%	0,00%	8,00%	4,10%	0,00%
200-239 mg/dl (mayor riesgo)	37,50%	40,80%	0,00%	34,00%	16,60%	14,50%
240 y más mg/dl (riesgo sumamente elevado)	12,50%	12,50%	0,00%	25,00%	18,70%	18,30%
Normal	37,50%	12,50%	34,20%	33,00%	22,90%	4,27%
Hiper-trigliceridemia	37,50%	12,50%	25%	41,60%	60 %	40%

Fuente: fichas de salud. Abril-agosto 2019

Dentro de todos los factores mayores de riesgo cardiovascular están las dislipidemias. La valoración del riesgo cardiovascular permite conocer la probabilidad de sufrir un evento como infarto agudo de miocardio (IAM) o eventos cerebrovasculares (ACV) en un determinado tiempo futuro, y permite plantear posibles intervenciones que los reduzcan.

El 12,5% de los masculinos presentan menor riesgo y en igual proporción un riesgo sumamente elevado, y el 37,5% presenta riesgo elevado. Con respecto a las femeninas solo el 8% presenta menor riesgo, el 34,0% mayor riesgo y el 25 % riesgo sumamente elevado.

Los resultados son significativamente mayores en las mujeres con respecto a los hombres, aunque en nuestra muestra predominaban las féminas. Todos los pacientes con Hipercolesterolemia no tenían tratamiento prescrito para reducir los niveles de lípidos en el cuerpo, ni seguimiento médico.

En cuanto a la actividad física, no se tienen diferencias significativas, pero llama la atención el hecho de que el promedio de nivel de colesterol total con mayor riesgo y sumamente elevado, es más evidente en las personas inactivas. Lo que demuestra que las actividades de prevención y promoción de la salud son nulas.

El colesterol es una sustancia grasa que se encuentra en el organismo y que es necesaria para la realización y regulación de funciones como la formación de los ácidos biliares u hormonas (como las sexuales o las tiroideas); sin embargo, sus cifras elevadas están asociadas a problemas coronarios, el tipo de dieta, el sexo de la persona, el estilo de vida y la síntesis endógena del organismo. El colesterol total aumenta con la edad, pero también se relaciona la menopausia y con cambios desfavorables en el perfil lipídico (López et al., 2008; O'Rourke & Hashimoto, 2007).

## **CONCLUSIONES.**

Se presentan los datos sobre las características epidemiológicas de los adultos mayores atendidos en la Parroquia Quisapincha, del cantón Ambato, Provincia Tungurahua.

Mediante la ficha de salud, se determinaron los factores de riesgo para las enfermedades crónicas degenerativas en el adulto mayor como son las dislipidemias, la hipertensión arterial, el sedentarismo y el predominio del sobrepeso.

El trabajo presenta el valor añadido de ser un estudio de base poblacional, lo que aporta luz a uno de los grandes retos de la salud basados en las actividades de prevención y promoción

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Amón, S.E. & Andrade, E.M. (2017). Salud mental en los adultos mayores en los centros geriátricos Rosa Elvira de León y Antonio Granda, 2016. Proyecto de Investigación previa a la obtención del Título de licenciado en enfermería. Universidad de Cuenca.
2. Aronow, W.S., Fleg, J.L., Pepine, C.J., Artinian, N.T., Bakris, G., Brown, A.S., Ferdinand, K.C., Forciea, M.A., Frishman, W.H., Jaigobin, C., Kostis, J.B., Mancía, G., Oparil, S., Ortiz, E., Reisin, E., Rich, M.W., Schocken, D.D., Weber, M.A., Wesley, D.J. & Harrington, R.A. (2011). ACCF/AHA 2011 Expert Consensus Document on Hypertension in the Elderly: A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation*, 123(21), pp.2434-2506. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21518977>
3. López, A., Elvira, J., Beltrán, M., Alwakil, M. Saucedo, J.M., Bascuñana, A., Barón, M.A. & Fernández, F. (2008). Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Revista Española de cardiología*, 61(11), pp.1150-1158. Recuperado de: <https://www.revespcardiol.org/es-prevalencia-obesidad-diabetes-hipertension-hipercolesterolemia-articulo-13127846>
4. Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la Hipertensión en el mundo: Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Suiza. Recuperado de: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf;jsessionid=695DFB441723A1E6EEC42DACD6E9CAFE?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=695DFB441723A1E6EEC42DACD6E9CAFE?sequence=1)
5. Organización Panamericana de la Salud. (2019). Plan estratégico para enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo. Ecuador.

6. O'Rourke, M.F. & Hashimoto, J. (2007). Mechanical Factors in Arterial Aging: a clinical perspective. *Journal of the American College of Cardiology*, 50(1), pp.1 -13.
7. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG) & Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral (SENPE). (2017). Valoración nutricional en el anciano: Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. Documentos de consenso. Galénitas – Nigra Trea. Recuperado de:  
[https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/valoracion\\_nutricional\\_anciano.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Residencias/valoracion_nutricional_anciano.pdf)

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Baviah, C., Goel, S. & Messerli, F.H. (2016). Isolated Systolic Hypertension: An update after Sprint. *The American Journal of Medicine*, 129(12), pp. 1251 – 1258. Recuperado de:  
[https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(16\)30919-6/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(16)30919-6/fulltext)
2. Instituto para la Atención de los adultos Mayores en el Distrito Federal. (2019). Manual de cuidados generales para el adulto mayor disfuncional o dependiente. México. Recuperado de:  
[https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual\\_cuidados-generales.pdf](https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/09/Manual_cuidados-generales.pdf)

## **DATOS DE LOS AUTORES.**

1. **Alina Rosa Soria Acosta.** Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria. Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Regional Autónoma de los Andes, UNIANDES, Matriz Ambato – Ecuador. E-mail: [soriacosta1970@gmail.com](mailto:soriacosta1970@gmail.com)
2. **Adisnay Rodríguez Plasencia.** Especialista de Primer Grado en Enfermería Intensiva y Emergencia. Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Regional Autónoma de los Andes, UNIANDES, Matriz Ambato – Ecuador. E-mail: [adisnayrp@gmail.com](mailto:adisnayrp@gmail.com)

**3. Gloria Rebeca Medina Naranjo.** Magister en Gestión de los Servicios Hospitalarios. Docente de la Carrera de Enfermería. Universidad Regional Autónoma de los Andes, UNIANDES, Matriz Ambato – Ecuador. E-mail: [ua.gloriamedina@uniande.edu.ec](mailto:ua.gloriamedina@uniande.edu.ec)

**4. Mayrenis Cabrera Capote.** Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Docente de la Carrera de Medicina. Universidad Regional Autónoma de los Andes, UNIANDES, Matriz Ambato – Ecuador. E-mail: [mayreniscabrera@gmail.com](mailto:mayreniscabrera@gmail.com)

**RECIBIDO:** 12 de enero del 2020.

**APROBADO:** 25 de enero del 2020.