

**REPÚBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA-UNIBE**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OPTAR POR LA ESPECIALIDAD DE:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES CRONICAS NO
TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO
CALVENTI ABRIL-MAYO 2025**

REALIZADO POR:

PAMELA MASSIEL VALLEJO TORRES 22-1191

JUANA MIGUELINA CABRAL BERROA 22-1216

ASESORADO POR:

DR. ÁNGEL CAMPUSANO, ASESOR METODOLÓGICO

DRA. WALKIRIA OGANDO, ASESOR CLÍNICO

Los conceptos expuestos en la presente investigación son de la exclusiva responsabilidad de los autores.

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL

2025

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES CRONICAS NO
TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO
CALVENTI ABRIL-MAYO 2025**

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Agradecimientos..... | 1 |
| Dedicatorias | 2 |
| Resumen | 5 |
| Abstract | 6 |
| Introducción..... | 7 |
| Capítulo 1 El problema | 12 |
| 1.1 Planteamiento del problema..... | 13 |
| 1.2 Preguntas de investigación | 15 |
| 1.3 Objetivos | 16 |
| 1.3.1 Objetivo general | 16 |
| 1.3.2 Objetivos específicos..... | 16 |
| 1.4 Justificación..... | 17 |
| 1.5 Limitaciones | 19 |
| Capítulo 2 Marco teórico | 20 |
| 2.1 Antecedentes y referencias | 21 |
| 2.2 Marco conceptual | 28 |
| 2.3 Marco contextual | 56 |
| Capítulo 3 Diseño metodológico..... | 57 |
| 3.1 Hipótesis..... | 58 |
| 3.2 Variables..... | 58 |
| 3.2.1 Variable dependiente..... | 58 |
| 3.2.2 Variables independientes | 58 |
| 3.3 Operacionalización de las variables | 59 |
| 3.4 Diseño metodológico..... | 62 |
| 3.4.1 Tipo de estudio | 62 |
| 3.4.2 Ámbito de estudio..... | 62 |
| 3.4.3 Tiempo de realización..... | 62 |
| 3.4.4 Universo | 62 |
| 3.4.5 Muestra | 62 |
| 3.4.6 Criterio de inclusión..... | 62 |
| 3.4.7 Fuente de información..... | 63 |

| | |
|---|-----|
| 3.4.8 Método, técnica y procedimiento | 63 |
| 3.4.9 Procesamiento de los datos | 63 |
| 3.4.10 Principios éticos | 63 |
| Capítulo 4 Resultados | 64 |
| 4.1 Resultados | 65 |
| Capítulo 5 Discusión y Conclusiones | 82 |
| 5.1 Discusión..... | 83 |
| 5.2 Conclusiones..... | 90 |
| Capítulo 6 Recomendaciones | 92 |
| 6.1 Recomendaciones..... | 93 |
| Referencias Bibliográficas | 95 |
| Anexos | 108 |
| Consentimiento informado | 109 |
| Cuestionario | 110 |
| Hoja Evaluación del Informe Final | |

Agradecimientos

En primer lugar, damos gracias a Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, por guiarnos y sostenernos durante todo este proceso. Como dice el Salmo 121:1-2: "Alzaré mis ojos a los montes, ¿de dónde vendrá mi socorro? Mi socorro viene de Jehová, que hizo el cielo y la tierra". Que su bendición continúe iluminando nuestros caminos.

Agradecemos profundamente al Hospital General Dr. Vinicio Calventi por brindarnos el apoyo institucional necesario para continuar nuestra formación continua, facilitando el acceso a los pacientes y al recurso humano especializado.

Nuestra gratitud se extiende a los docentes, quienes con su guía, enseñanza y paciencia han formado parte esencial de nuestro crecimiento académico y profesional. De igual manera, agradecemos al Departamento de Enseñanza, Dra. Maribel Nova y a coordinación, Dra. Mondy Ambroise, por su organización y apoyo constante durante estos años de formación.

A nuestra asesora la Dra. Walkiria Ogando, quien con amor se hizo parte de esta investigación, dedicando su tiempo y conocimiento para que la misma fuera una realidad.

Finalmente, reconocemos el valioso trabajo del personal administrativo, Evelyn Noesy, cuya colaboración y eficacia contribuyeron a que todas las gestiones y trámites se realicen de manera óptima, favoreciendo el normal desarrollo de nuestras actividades académicas.

Muchas gracias.

Dedicatoria

A Dios:

Gracias Padre Celestial, porque nunca me abandonas, gracias porque nunca me dejas sola. Gracias por ser el autor y guiador de mis sueños y planes. Gracias por guardar mi corazón. Este texto bíblico estuvo en mi mente en cada batalla proverbios 4:23” Sobre toda cosa guardada, guarda tu corazón porque de él mana la vida”. Estuviste conmigo, me dijiste no temas ni desmayes porque yo estaré contigo donde quiera que vayas. Si no fuera por tu guía y tu fortaleza este logro no fuera posible.

Mis padres, Reymudo Vallejo, Elsa Torres:

No hay palabras para expresar mi gratitud, gracias papi y mami por decirme tú puedes hija. Gracias por ayudarme a no dejar de caminar en sus pisadas, gracias por el lindo legado que nos han dejado. Gracias mami por alimentarme no solo físicamente sino también espiritualmente, gracias por colocar mi vida cada día delante del Padre Celestial, con su favor viví cada día de este viaje. Dedico este triunfo a ustedes, quienes también han luchado junto a mí. Que la vida me permita devolverle algo de lo que han sembrado en mí. Les amo.

Mi esposo, Pablo A. Fernández Segura:

Mi querido cómplice de la vida, gracias por iniciar este viaje de 1,096 días, gracias por animarme en los días que deseaba renunciar o que quería huir; recordándome las cosas que Dios sembró en mí. Gracias por ser un maestro y yo tu fiel estudiante. Gracias por tomar de tu tiempo como residente para enseñarme hacer mejor en mi área de labor. Dedico este nuevo peldaño al Caballero de armadura que lucha por mí y ahora por nuestro retoño al cual tuvo que cambiar ciento de pañales mientras yo corría al hospital. Te amo vida mía.

Mi hija, Hannalise:

Querida hija, eres tan fuerte y valiente. Llegaste a mi vida siendo residente de 2do año, ese otoño del 2023 que cambio mi vida para siempre. Eres pequeña en tamaño, pero has llenado mi vida de nuevas esperanzas y sueños. Eres la alegría de nuestro hogar. Gracias por hacerme más fuerte y resiliente. Dedico este logro a ti mi chica chiquitita, te amo.

Mis hermanas, Paola y Massiel:

Gracias por acompañarme en esta carrera, gracias por cuidar de Mami y papi mientras yo me formaba. Gracias por estar pendiente de que estuviéramos bien en casa, gracias por amarnos. Gracias por estar en cada momento de vida. ¡Lo logramos manitas!

A mis suegros, Pablo Joaquín Fernández, Yoma Segura: Gracias por estar presente durante estos años, gracias por entender mis sueños y ser cómplices en su realización. Gracias Papa Joaquín por cuidar mi pequeña Hannalise, gracias por darle todo el amor durante estos meses que ella necesito, sé que amor nunca le faltó ni le faltara. Gracias por cuidar de nuestra pequeña familia en los días en que la post-guardia nos daba nocaut a todos. Este logro también es de ustedes.

Mis cuñadas, Perla y Alexa: Gracias por hacer de estos años más llevaderos, gracias por amar y cuidar mi chica chiquitita; para mí cada uno de esos días fueron difíciles, pero para ella fueron una aventura divertida tras otra. Gracias por estar presente a pesar de tener sus propias metas. Este éxito también les pertenece.

Mis compañeras de la residencia Dras.: Anderson, Cabral, Frías, Florián, Quiñones, Peñalo, Peralta, Aguasanta, Rodríguez, De Jesús Ha sido largo el viaje, pero llegamos por el favor de Dios, gracias chicas por no darse por vencidas, aprendí tanto con ustedes y de ustedes. Aprendí del sentido de humor de Cabral, que combinada muy bien con las risas de Florián en todo tiempo, a estar siempre enfocada y madura como Frías y Quiñones, ser directa y positiva como Anderson, delicada como Peñalo, a relajarme como Peralta y ser luchadora como Aguasanta, más rápida gracia a Rodríguez y a seguir compartiendo mi fe como De Jesús. Gracias por hacer de estos años de formación más llevaderos. Juntas caminamos hacia el éxito y lo logramos, espero seguir junto a ustedes en este camino de formación continua.

Al Hospital Dr. Vinicio Calventi: Por brindarme las herramientas, espacios y recursos indispensables para la adquisición de competencias que hoy me permiten enfrentar con confianza los retos de la práctica médica. Quiero expresar mi más sincero agradecimiento por estos tres años de formación académica, un período fundamental en mi desarrollo profesional y personal.

Mis amigos Dr. Pedro Espinal, Dra. Nikaully Martínez:

Gracias por estar pendiente de este proceso de formación continua. Con amor dedico este logro a ustedes.

Pamela Massiel Vallejo Torres

Dedicatoria

Agradezco primeramente a **Dios**, todo poderoso, por haberme concedido la salud, la sabiduría y la fortaleza necesarias para culminar con éxito esta etapa académica.

A mis padres, mis **hermanos**, y mis hijos **Dylan** y **Yeudy**, por su amor incondicional, su apoyo constante y su fe en mí a lo largo de este proceso.

A mi esposo **Geudy de la Cruz**, por su apoyo en esta etapa de desarrollo y todas las anteriores, eres un soporte físico y emocional, un amigo, un padre amoroso, que me da la motivación de ser mejor cada día.

A mi suegra **María Suarez**, por ser una de las pilares y columna para mí sin su apoyo no hubiera sido posible este logro.

A mis amigas, **Ana y Pamela, Lisbet**, por sus consejos, su amistad y apoyo en los momentos de tirar la toalla.

A mis maestros y formadores, por compartir generosamente sus conocimientos y por su orientación académica durante todo el trayecto formativo y mostrando su parte más amable en los momentos más difíciles.

A mis compañeros de residencia, en especial **Pamela Vallejo, Carmen Florian, Margarita Frías, Ángela Anderson**, por su amistad, su colaboración, respeto y compañerismo, que hicieron más enriquecedora esta experiencia.

Al **departamento de enfermería** del hospital Vinicio Calventi que en momentos difíciles fueron mi soporte en especial al **Lic. José, Lic. Corniel, Lic. Villa, Lic. Mejía** de pediatría.

Faltan palabras y personas para agradecer por tanto y por todo, gracias de todo corazón.

Juana Miguelina Cabral Berroa.

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población mundial y nacional. Su prevención y control dependen en gran medida del nivel de conocimiento que poseen los pacientes sobre los factores de riesgo y medidas de autocuidado. Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal en pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi durante abril–mayo de 2025. La muestra estuvo constituida por 213 participantes, seleccionados mediante muestreo no probabilístico. La información se recolectó a través de un cuestionario estructurado que indagó sobre conocimientos, hábitos, antecedentes familiares, factores de riesgo y estilos de vida. El 63.9% de los encuestados presentó un nivel de conocimiento medio sobre enfermedades crónicas no transmisibles, el 27.2% bajo y solo el 8.9% alto. Los principales hábitos tóxicos identificados fueron el consumo de té (76.1%), café (74.2%), y alcohol (42.7%). En cuanto al estado nutricional, el 40.4% presentó sobrepeso y el 32.4% obesidad. El 49.3% reportó antecedentes familiares de enfermedades crónicas y el 31.5% padecía alguna de ellas. Respecto a la prevención, el 47.9% asistía a consultas médicas solo cuando presentaba síntomas y el 52.6% refirió no realizar actividad física regular. Los pacientes evaluados mostraron predominantemente un conocimiento intermedio sobre enfermedades crónicas no transmisibles, acompañado de factores de riesgo relacionados con hábitos tóxicos, inadecuada alimentación, sedentarismo y antecedentes familiares. Estos hallazgos resaltan la necesidad de fortalecer estrategias educativas y preventivas en el primer nivel de atención para reducir la carga de estas patologías.

Palabras clave: Enfermedades no transmisibles; Conocimiento; Medicina familiar; Estilo de vida; Prevención.

Abstract

Chronic non-communicable diseases are one of the leading causes of morbidity and mortality in the global and national population. Their prevention and control depend largely on patients' knowledge of risk factors and self-care measures. A prospective, cross-sectional study was conducted among patients attending the Family and Community Medicine clinic at Dr. Vinicio Calventi General Hospital during April–May 2025. The sample consisted of 213 participants, selected using non-probability sampling. Information was collected through a structured questionnaire that inquired about knowledge, habits, family history, risk factors, and lifestyle choices. 63.9% of respondents had an average level of knowledge about chronic non-communicable diseases, 27.2% had a low level, and only 8.9% had a high level. The main toxic habits identified were the consumption of tea (76.1%), coffee (74.2%), and alcohol (42.7%). Regarding nutritional status, 40.4% were overweight and 32.4% were obese. 49.3% reported a family history of chronic diseases, and 31.5% suffered from one. Regarding prevention, 47.9% attended medical consultations only when presenting symptoms, and 52.6% reported not engaging in regular physical activity. The patients evaluated predominantly showed intermediate knowledge of chronic noncommunicable diseases, accompanied by risk factors related to toxic habits, poor diet, sedentary lifestyle, and family history. These findings highlight the need to strengthen educational and preventive strategies at the primary care level to reduce the burden of these pathologies.

Keywords: Noncommunicable diseases; Knowledge; Family medicine; Lifestyle; Prevention.

Introducción

Las enfermedades no transmisibles (ENT), también conocidas como enfermedades crónicas, suelen ser de larga duración y son el resultado de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento¹.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las cuales destacan las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías y accidentes cerebrovasculares), el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, causan casi tres cuartas partes de las muertes en el mundo. Estas enfermedades se ven impulsadas por factores sociales, ambientales, comerciales y genéticos, y están presentes en todo el mundo. Cada año, 17 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de ENT, el 86% de las cuales viven en países de ingresos bajos y medianos². Las estimaciones de Salud Global (GHE) entre 2000 y 2019 hablan claramente: las ENT son el 74% del total de muertes en el mundo, 72% en hombres y 75% en mujeres³. En la región de las Américas, las ENT tienen efectos aún más perjudiciales y extendidos, pues causan alrededor del 80% de las defunciones, es decir, 5,5 millones de muertes al año y son la causa de tres de cada cuatro defunciones⁴.

La meta 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir en un tercio la mortalidad prematura por ENT para el año 2030 respecto de los niveles de 2015, y promover la salud mental y el bienestar. De acuerdo con proyecciones de la OMS y la OPS, en la región no se logrará reducir en un 25% la mortalidad prematura por las ENT para el periodo 2016-2025⁴.

El impacto de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) en el estado de salud de la población ha generado la necesidad de un análisis profundo de los hábitos de salud y las ENT. Además de su significativo impacto en la salud poblacional, este fenómeno

¹ World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo clave, portal de datos sobre enfermedades no transmisibles [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://ncdportal.org/>

³ World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of death, 2000–2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/gh-leading-causes-of-death>

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas, 2019 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2019 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>

también se traduce en importantes consecuencias económicas para los países⁵. En particular, la obesidad y la diabetes han demostrado tener un impacto directo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares graves, como la insuficiencia cardíaca y la muerte súbita, siendo este riesgo proporcional al índice de masa corporal y agravado por comorbilidades como la hipertensión y la dislipemia⁶. En la República Dominicana, durante el 2023, el 11,6% de la población adulta padecía diabetes, el 22,2% presentaba prediabetes y el 33% hipertensión arterial (HTA). Estas enfermedades están asociadas a factores de riesgo como sobrepeso u obesidad, sedentarismo, y consumo de alimentos ultraprocesados, de sal, de tabaco y consumo excesivo de alcohol. El 60% de la población adulta padece de sobrepeso y obesidad, 40% no realiza suficiente actividad física y 20% tiene un consumo excesivo de alcohol^{7,8}.

En el contexto regional, la República Dominicana forma parte de los 19 países que integran la Región de Centro y Suramérica (SACA) de la Federación Internacional de Diabetes (FID). A nivel global, se estima que 589 millones de personas viven con diabetes, de las cuales 35 millones residen en la región SACA. Esta cifra se proyecta en aumento, alcanzando los 52 millones para el año 2050, lo que evidencia una alarmante tendencia ascendente. En el caso específico de República Dominicana, para el año 2024 se reportó una población adulta total de 7,255,498 personas, de las cuales el 17.6 % vive con diabetes, lo que equivale a aproximadamente 1,203,700 adultos diagnosticados. Esta alta prevalencia constituye un serio desafío para el sistema de salud dominicano, especialmente en lo que respecta a la prevención, el diagnóstico temprano y el control efectivo de las enfermedades crónicas no transmisibles⁹.

⁵ Ayala San Pedro JA, Avila Salcedo DR, Martínez Borja LM, Castillo Montufar E. Evaluación del índice de masa corporal para el diagnóstico de obesidad en la población mexicana: un análisis transversal. *Obesidades*. 2025;5(2):34. doi:10.3390/obesities5020034.

⁶ Lecube A, Orozco-Beltran D, Pérez Pérez A. Impacto de la obesidad y la diabetes en la salud y en la enfermedad cardiovascular. *Aten Primaria*. 2024;56(12):103045. doi:10.1016/j.aprim.2024.103045.

⁷ Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN); Universidad Iberoamericana (UNIBE). Caracterización de la diabetes mellitus tipo II en República Dominicana. Santo Domingo: INDEN/UNIBE; 2024..

⁸ Ministerio de Salud Pública (MSP). Estudio sobre prevalencia de sobrepeso, hipertensión y diabetes en República Dominicana. Santo Domingo: MSP; 2023.

⁹ International Diabetes Federation. Dominican Republic – SACA Region [Internet]. Brussels: IDF; 2024 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/dominican-republic/>.

La hipertensión arterial por su parte representa uno de los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales, siendo una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En las últimas tres décadas, el número de adultos entre 30 y 79 años con hipertensión se ha duplicado, pasando de 650 millones en 1990 a 1.280 millones en 2019. Este aumento se atribuye al envejecimiento poblacional y al crecimiento demográfico. A pesar de que la hipertensión puede detectarse fácilmente y tratarse con medicamentos de bajo costo, casi la mitad de los afectados desconocen su condición, y más de 700 millones no reciben tratamiento adecuado. La carga de la enfermedad se ha desplazado hacia países de ingresos bajos y medios, donde actualmente reside el 82% de los hipertensos, destacando entre ellos la República Dominicana como uno de los países con mayor prevalencia en mujeres¹⁰.

En el estudio titulado “Evaluación comunitaria de la concienciación y el conocimiento sobre la hipertensión en bateyes marginados de la República Dominicana”, realizado por Nguyen, Estrada, Torres y colaboradores en 2025, se evidenció una importante variabilidad en el nivel de conocimiento sobre hipertensión entre los residentes de los bateyes dominicanos. El 44 % de los participantes mostró conocimientos insuficientes, y solo uno alcanzó un nivel adecuado. El análisis reveló que el conocimiento estaba condicionado por el nivel educativo y los ingresos familiares. Asimismo, se identificaron tres patrones principales: conocimientos basados en la experiencia personal con la enfermedad, lagunas derivadas de conceptos erróneos comunes, y conductas preventivas posiblemente influenciadas por mensajes de salud pública. Estos hallazgos destacan la necesidad de desarrollar estrategias educativas contextualizadas que respondan a las realidades socioculturales y educativas de estas comunidades vulnerables¹¹.

¹⁰ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957–80. doi:10.1016/S0140-6736(21)01330-1.

¹¹ Nguyen D, Estrada J, Torres J, et al. Community-based evaluation of hypertension awareness and knowledge among underserved Bateyes in the Dominican Republic. *Clin Med Insights Cardiol*. 2025;19:1–13..

Otras de las enfermedades crónicas no transmisibles, es el cáncer el cual constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial, con cerca de 20 millones de nuevos casos y 10 millones de muertes registradas en 2022, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹². Esta enfermedad representa un reto creciente para los sistemas de salud, donde la detección temprana y el acceso a tratamientos siguen siendo limitados. En la República Dominicana, los tipos de cáncer más frecuentes incluyen el de mama, cuello uterino y próstata, con una carga desproporcionada en poblaciones con menor acceso a servicios de salud y programas de prevención¹³. Esta realidad se agrava al considerar que el cáncer forma parte del grupo de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), junto con patologías como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades respiratorias crónicas, las cuales comparten factores de riesgo comunes como el tabaquismo, la mala alimentación, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol¹⁴. Por tanto, el abordaje integral de las ECNT, incluyendo el cáncer, requiere estrategias preventivas coordinadas, intervenciones en salud pública y atención centrada en el paciente para reducir su incidencia y mortalidad.

Las enfermedades no transmisibles son extremadamente dañinas sin servicios de prevención y control. Con las políticas y programas adecuados, aproximadamente el 86% de las enfermedades cardiovasculares y el 44% de las muertes por cáncer podrían prevenirse o retrasarse. Una mejor comunicación sobre cada enfermedad no transmisible y sus factores de riesgo es una parte vital del esfuerzo por reducir la incidencia de esas enfermedades¹⁵.

¹² World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

¹³ Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART). Estadísticas de cáncer en República Dominicana 2024. Santo Domingo: INCART; 2024.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington, DC: OPS; 2024 [cited 2025 Aug 4]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

¹⁵ Gallup. Global study: harm from noncommunicable diseases underrated [Internet]. Washington, DC: Gallup; 2022 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://news.gallup.com/opinion/gallup/401279/global-study-harm-from-noncommunicable-diseases-underrated.aspx>

Es importante mejorar el conocimiento sobre los mecanismos y factores de riesgo que conducen al desarrollo de enfermedades crónicas, así como sobre las posibles estrategias y programas de prevención y tratamiento de estas afecciones para garantizar un envejecimiento saludable de la población¹⁶. La prevención efectiva de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) representa hoy una prioridad ineludible para los sistemas de salud, especialmente en el primer nivel de atención, donde se concentra la detección oportuna, el seguimiento continuo y la educación del paciente. En este contexto, la consulta de medicina familiar y comunitaria se erige como espacio clave para identificar factores de riesgo modificables, promover cambios conductuales sostenibles y fortalecer la alfabetización en salud de la población. Estudios recientes demuestran que invertir en estrategias integrales de prevención no solo reduce la carga de enfermedad, sino que también optimiza el uso de recursos sanitarios y mejora la calidad de vida de las personas, particularmente en comunidades vulnerables con acceso limitado a servicios especializados^{17,18}. Por tanto, caracterizar el perfil clínico, sociodemográfico y educativo de los pacientes en este nivel de atención resulta esencial para orientar intervenciones eficaces, culturalmente pertinentes y centradas en la prevención de las ECNT desde la base del sistema sanitario.

¹⁶ Instituto Superior de Sanidad. Enfermedades crónicas y envejecimiento [Internet]. Rome: ISS; 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.iss.it/web/iss-en/chronic-diseases-and-aging1>

¹⁷ World Health Organization. Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable disease risk factor control [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240070807>

¹⁸ Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on noncommunicable diseases for the Americas 2023–2030 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/strategy-and-plan-action-noncommunicable-diseases-americas-2023-2030>

Capítulo 1. Planteamiento del problema

1.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representan una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Estas afecciones, que incluyen enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes, son de larga duración y resultan de una compleja interacción de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento¹.

Las ECNT en el 2021, fueron responsables de 43 millones de muertes, lo que equivale al 75% de todas las muertes a nivel mundial, excluyendo las pandemias. Esta cifra alarmante subraya la urgente necesidad de abordar este problema de salud pública. De acuerdo a las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 18 millones de personas murieron a causa de una ECNT antes de cumplir 70 años; el 82% de esas muertes prematuras se dan en países de ingreso bajo y mediano¹.

Las enfermedades crónicas no transmisibles tuvieron un impacto significativo en adultos mayores durante la pandemia. En Ecuador, en el año 2024, Guerrero Catagua y Solórzano Calderón estudiaron las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores durante pandemia: retos, estrategias y oportunidades. Las personas mayores de 60 años con comorbilidades, como enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión, cáncer, trastornos metabólicos (diabetes, artritis) y obesidad, fueron las más susceptibles a complicaciones. Existió un impacto significativo en los servicios de salud, limitando el acceso a atención médica y medicación, especialmente para individuos con enfermedades crónicas. Donde el 59,1% de las 9.911 muertes atribuidas a COVID-19 corresponden a personas de 65 años o más, con una mortalidad particularmente alta en aquellos de 75 a 85 años¹⁹.

En Perú, en el año 2021, Kattia Ochoa-Vigo y Carmen Rosa Alvarado-Zúñiga estudiaron factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria, lo que arrojó como resultados que el 21,3% de participantes tenía alguna enfermedad, 11,3% fumaba y 25,3% consumía bebida alcohólica; el 66,7% consumía verduras/hortalizas inadecuadamente,

¹⁹ Guerrero Catagua P, Solórzano Calderón A, Escariz Borrego L. Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores durante pandemia: retos, estrategias y oportunidades. Rev Soc Fronteriza. 2024;4(4):e387.

82% realizaba deficiente actividad física y 87,3% tenía dislipidemia; además, el 10,7% presentó hipertensión arterial, 46,7% sobrepeso y 27,3% obesidad²⁰.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) desde hace varias décadas han ocupado las primeras causas de muerte y discapacidad en el mundo, en la Región de las Américas, así como en nuestro país. Pese a que se han venido realizando esfuerzos para su prevención y control, estas enfermedades no han recibido la atención prioritaria que merecen en las políticas y programas de salud pública de los países²¹.

En República Dominicana, se observó que en el 2019 la tasa de mortalidad ajustada por edad por enfermedades transmisibles fue de 85,4 por 100 000 habitantes, mientras que la tasa de mortalidad ajustada por edad a causa de enfermedades no transmisibles ascendió a 512,7 por 100 000. La prevalencia del consumo de tabaco entre las personas de 15 años o más para el 2023 fue de 8,4%. En relación con el sobrepeso y la obesidad en el mismo grupo etario, la prevalencia fue de 63,3% para el 2022. Asimismo, para el 2016, 39% de la población declaró practicar actividad física insuficiente. En cuanto a la hipertensión arterial, en el 2015 se informó una prevalencia de 21,5% de personas de 18 años o más con presión sanguínea elevada, lo que representa un descenso de 4,1 puntos porcentuales en comparación con el 2000 (25,6%). Por otra parte, la prevalencia de diabetes mellitus, que en el 2000 se hallaba en 7,4%, se incrementó a 10,1% en el 2014²².

A pesar de la disponibilidad de estrategias de prevención y tratamiento, la incidencia y prevalencia de las ENT continúan en aumento. Esto plantea preguntas cruciales sobre la efectividad de las intervenciones actuales, el acceso a la atención médica y la conciencia pública sobre los factores de riesgo y las medidas preventivas. Investigar a fondo las ENT es crucial para desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas, reducir la carga de morbilidad y mortalidad, y mejorar la calidad de vida de

²⁰ Ochoa-Vigo K, Alvarado-Zúñiga CR, et al. Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. *Rev Med Hered.* 2021;32:224–33.

²¹ Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019–2024. Santo Domingo: MSP; 2019.

²² Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país: República Dominicana. Washington, DC: OPS; 2023 [cited 2025 Aug 4]. Available from: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/república-dominicana>

las personas afectadas. Al abordar este problema de salud pública, podemos avanzar hacia un futuro más saludable y equitativo para todos.

Hemos elegido el Hospital General Dr. Vinicio Calventi como área de estudio, por ser un centro de tercer nivel, con una consulta establecida de medicina familiar y comunitaria, donde los pacientes reciben atención y seguimiento de sus patologías crónicas.

1.2 Preguntas de investigación

General:

¿Cuál es el nivel de conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria Hospital General Dr. Vinicio Calventi?

Específicas

- ¿Cuáles son los hábitos tóxicos más frecuentes en estos pacientes?
- ¿Cuáles son los antecedentes heredofamiliares?
- ¿Cuál es el nivel académico que más prevalece?,
- ¿Cuáles son los factores de riesgo?
- ¿Cuál es la dieta más consumida?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Identificar los hábitos tóxicos de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria.
2. Determinar los antecedentes heredofamiliares de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria.
3. Establecer el nivel académico.
4. Evaluar la dieta de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria.
5. Definir IMC en los pacientes que acude a la consulta de medicina familiar y comunitaria.
6. Identificar la familiaridad que tienen los pacientes sobre las políticas de prevención de la institución.
7. Determinar si los pacientes acuden a los chequeos de rutina.
8. Identificar el estilo de vida que tienen los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar.

1.4 Justificación

Las enfermedades no transmisibles (ENT) provocaron la muerte de al menos 43 millones de personas en 2021, lo que equivale al 75% de las muertes en el mundo que no se deben a una pandemia. En 2021, 18 millones de personas murieron a causa de una ENT antes de cumplir 70 años; el 82% de esas muertes prematuras se dan en países de ingreso bajo y mediano¹.

Existe una alta carga de ENT en los países en desarrollo; solo entre el 6% y el 8% de la investigación publicada sobre ENT proviene de estos países, y solo el 23% de las 20 áreas de investigación prioritarias identificadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la prevención y el control de las ENT pertenecen a países de ingresos bajos y medianos. Se estima que un mejor control de las ENT, centrado en el tabaquismo y la hipertensión, puede prevenir 500.000 muertes prematuras. Aumentar el conocimiento y la concienciación pública sobre las ENT y sus factores de riesgo podría animar a las personas a tomar y promover conscientemente opciones de vida más saludables y a desvincularse de los comportamientos de riesgo asociados a las ENT. Esto contribuiría a la prevención y el control de estas enfermedades²³.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la principal causa de muerte en la República Dominicana, contribuyendo con una tasa ajustada por edad de 512,7 muertes por cada 100 000 habitantes en 2019, frente a 85,4 por 100 000 por enfermedades transmisibles y 108,4 por causas externas²³. Estas ENT fueron responsables del 79,6% del total de muertes en el país en dicho año, una proporción superior al promedio regional²⁴. Además, la prevalencia de sobrepeso y obesidad alcanzó el 63,3% en la población adulta en 2022, lo que se asocia directamente con un mayor riesgo de ENT²⁵.

²³ *Frontiers*. Raising awareness around trends in noncommunicable diseases and their risk factors to promote global prevention and control [Internet]. Lausanne: *Frontiers*; 2023. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/research-topics/54951/raising-awareness-around-trends-in-noncommunicable-diseases-and-their-risk-factors-to-promote-global-prevention-and-control/magazin>

²⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (RD). Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019–2024. Santo Domingo: MSP; 2019.

²⁵ Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país – República Dominicana. Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023.

Estos datos confirman un escenario epidemiológico donde la alta carga de ENT y sus factores de riesgo hace imprescindible contar con estudios actualizados sobre el nivel de conocimiento poblacional sobre dichas enfermedades, como informaciones clave para mejorar la prevención, fortalecer la atención primaria y modificar hábitos tóxicos que hacen persistente esta situación sanitaria.

Considerando estos puntos, la investigación es esencial para identificar y abordar las lagunas en el conocimiento público con el fin de educar a la población sobre los factores de riesgo de las ENT, promover estilos de vida saludables e implementar y mejorar la eficacia de las intervenciones contra las ENT²³.

Esta investigación contribuirá de manera directa a la identificación de las debilidades en el conocimiento de la población sobre las ECNT, proporcionando evidencia clave para desarrollar intervenciones focalizadas y pertinentes. Asimismo, permitirá establecer una base diagnóstica sobre la cual puedan diseñarse campañas de concientización, programas de capacitación para el personal de salud y estrategias educativas comunitarias con mayor impacto en la prevención y control de enfermedades como la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial.

Dado que las ECNT son patologías de curso prolongado que requieren control sostenido, educación al paciente y modificación de conductas, su manejo no puede limitarse a enfoques hospitalarios ni a intervenciones ocasionales. En este sentido, esta investigación contribuirá significativamente a identificar las brechas de conocimiento existentes sobre las enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes atendidos en la consulta de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Dr. Vinicio Calventi.

Para el sistema de salud, el estudio ofrecerá información valiosa que permitirá fortalecer la atención primaria, ajustar estrategias de promoción y prevención, y optimizar la asignación de recursos hacia intervenciones más oportunas y asertivas. Los resultados de esta investigación servirán como base para la formulación de políticas públicas basadas en evidencia local, orientadas al control de las ECNT. Por lo tanto, el estudio no solo aportará valor académico y científico, sino que también tiene una clara aplicación práctica, al ofrecer herramientas para intervenir sobre un problema de salud pública de alta prioridad nacional e internacional.

1.5 Limitaciones

El estudio se realizó en un único centro hospitalario, lo que limita la generalización de los resultados a otras poblaciones o regiones con características socioculturales y epidemiológicas diferentes. Además, la muestra estuvo limitada a pacientes que acudieron voluntariamente a consulta, sin incluir a poblaciones que no acceden al sistema de salud, lo cual podría introducir sesgo de selección.

Acceso a fuentes de información

Durante el desarrollo de la investigación, una de las principales limitaciones fue el acceso limitado a fuentes de información secundarias actualizadas y específicas sobre el nivel de conocimiento de los pacientes en torno a las ECNT. Aunque se logró consultar bases de datos académicas, algunos documentos relevantes no estaban disponibles de forma gratuita o requerían suscripción institucional, lo cual restringió el alcance de la revisión bibliográfica.

Recursos y medios disponibles

La investigación se llevó a cabo sin la disponibilidad de laboratorios clínicos ni herramientas biomédicas especializadas, limitándose al uso de encuestas estructuradas y análisis observacional de datos. Si bien se contó con acceso a Internet, procesadores estadísticos y bibliografía importantes, no fue posible disponer de recursos complementarios como software especializado de análisis cualitativo.

Apoyo institucional

Aunque el soporte institucional fue suficiente para la realización del estudio, la disponibilidad de personal de salud y administrativo para colaborar con las actividades de investigación fue variable, lo que en algunos momentos dificultó la fluidez y extensión del trabajo de campo. No se contó con financiamiento externo ni apoyo logístico por parte de organizaciones académicas o gubernamentales.

Estas limitaciones deben ser consideradas al interpretar los resultados y al planificar futuras investigaciones que busquen profundizar en el conocimiento y control de las enfermedades crónicas no transmisibles en poblaciones similares.

Capítulo 2. Marco teórico

2.1 Antecedentes y referencias

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial, representando el 74% de las muertes globales según la Organización Mundial de la Salud. Su control requiere estrategias no solo médicas, sino educativas y preventivas, donde el conocimiento de la población juega un papel central¹.

Olga Sempertegui Muro y Alejandra Requejo Sánchez, llevaron a cabo un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de diseño transversal y no experimental, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en adultos mayores del Centro de Salud Jorge Chávez durante el año 2020 en Perú. Los resultados revelaron que el 76.39% de los pacientes analizados padecían al menos una ECNT: un 29.17% presentaba diabetes mellitus, un 23.61% hipertensión arterial y otro 23.61% ambas enfermedades. Además, el género femenino mostró una mayor prevalencia general (65.45%), con cifras destacadas en diabetes mellitus (60.53%) e hipertensión arterial (73.53%). El estudio concluye recomendando una mayor inversión en prevención, monitoreo y control de ECNT mediante la contratación y capacitación de profesionales de salud en atención primaria²⁶.

Nicauly Sepúlveda Villar, realizó un estudio descriptivo, observacional, cuyo objetivo principal fue: Describir los síntomas más frecuentes relacionados con enfermedades crónicas (hipertensión arterial y diabetes mellitus) en los pacientes que asistieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, periodo Enero-mayo 2020. Según la sintomatología, se dividieron en síntomas primarios y secundarios, los primeros correspondieron en mayor frecuencia a: cefalea con un 61.3%, mareos con un 15.3% y palpitaciones con un 16%. Los síntomas secundarios fueron: mareos con un 32% y palpitaciones con un 12%. El tipo de enfermedad se clasificó: diabetes mellitus tipo 2 con un 6%, hipertensión arterial con un 85%, la combinación de ambas con un 8%. Los factores de riesgo fueron: hiperlipidemia con un 13.3%, obesidad con un 11.3%, sedentarismo con un 42 %. Las

²⁶ Sempertegui Muro O, Requejo Sánchez A. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes del Programa Adulto Mayor del Centro de Salud Jorge Chávez durante el año 2020 [tesis de licenciatura en enfermería]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2020.

complicaciones de las enfermedades crónicas: evento cerebrovascular un 6.7%, pie diabético, síndrome coronario agudo, cetoacidosis diabética con un 2% para cada una de estas²⁷.

Legesse E, Nigussie T, Girma D, realizaron un estudio mixto en Etiopía, North Shewa, región de Oromia, que evaluó el nivel de conocimiento sobre ECNT en 823 adultos en 2021, encontrando que apenas el 33,9 % obtuvo un conocimiento adecuado. Aspectos como ingresos mayores, información recibida de profesionales de salud, posesión de televisión y presencia de familiares con ECNT se asociaron significativamente con un mejor nivel de conocimiento. Estos resultados evidencian carencias críticas en alfabetización en salud que obstaculizan la prevención efectiva de ECNT²⁸.

Vinicio Fernando Daverio Requene, 2021 realizó un estudio con la intención de identificar los factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos residentes en el barrio la Guacharaca, Ecuador. Entre los resultados más relevantes están: de los 96 adultos mayores encuestados, el 68.75% corresponden al sexo femenino entre las edades de 65-80 años, un 81,25% están con sobrepeso, el 87,5% no realiza actividad física; de estos el 68,75% tiene una dieta sana; el 95,83% consume bebidas alcohólicas de vez en cuando, el consumo de tabaco es de apenas el 15,62%. El sexo femenino y los grupos de edades mayores de 65 años fueron los de mayor prevalencia en el estudio, en cuanto a los estilos de vida el sobrepeso y el sedentarismo fueron los más frecuentes²⁹.

Aburto MJ, Romero D, Rezende LFM, en el 2021 publicaron una investigación titulada *Prevalencia y coocurrencia de factores de riesgo de estilos de vida para enfermedades no transmisibles según características sociodemográficas en adultos residentes en Chile*. Lo que arrojó como resultados que el factor de riesgo más frecuente fue

²⁷ Sepúlveda Villar N. Síntomas más frecuentes relacionados con enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en los pacientes que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, periodo enero - mayo 2020 [tesis de posgrado]. San Cristóbal (DO): Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina; 2020.

²⁸ Legesse E, Nigussie T, Girma D, Geleta LA, Dejene H, Deriba BS, et al. Nivel de conocimiento adecuado sobre las enfermedades no transmisibles y los factores asociados entre los adultos residentes de la zona norte de Shewa, región de Oromia, Etiopía: un enfoque de métodos mixtos. *Front Salud Pública* [Internet]. 2022;10:892108.

²⁹ Daverio Requene VF. Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos residentes en el Barrio La Guacharaca [tesis pregrado en enfermería]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2021.

sobrepeso-obesidad 75,6%, seguido por el consumo de alcohol 74,8%, bajo consumo de frutas y verduras 51,7%, inactividad física 36,3% y consumo de tabaco 27,9%. Solo el 1,0% de los participantes no presentó ningún factor de riesgo³⁰.

Katerin Manttupa Cruz, Dorisabel Montoya, determinaron el conocimiento de las personas viviendo con VIH entre 18 y 30 años acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles, diabetes e hipertensión, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, en el año 2022, Lima Perú. Se realizó una investigación de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal, con la participación de 239 personas, de 18 y 30 años. Se identificó que el nivel de conocimiento de las personas viviendo con VIH de la enfermedad crónica no transmisible, hipertensión, fue de nivel medio con 54.0%; el 40,2% presentó un conocimiento alto, pero solo un 5,9% presentó conocimiento bajo. Diabetes, nivel intermedio con 56.9%; el 39,7% conocimiento no adecuado, evidenciando que solo el 3,3% presentó un conocimiento adecuado³¹.

Katheryne Yamileth López Jiménez, realizó la investigación sobre la prevalencia de ECNT y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de medicina y cirugía de la UNIDES en junio-dic. 2022, Nicaragua. Utilizó un diseño metodológico descriptivo y transversal. Presentó como conclusiones: la prevalencia de ECNT en estudiantes de Medicina y Cirugía de la UNIDES durante el período de estudio fue baja en comparación con la literatura internacional. Se identificaron factores de riesgo, como el tabaquismo y una dieta poco saludable, asociados con ECNT. Los estudiantes mostraron una actitud positiva hacia la adopción de hábitos saludables, a pesar de enfrentar barreras como la falta de motivación y la influencia de factores sociales y culturales³².

³⁰ Aburto MJ, Romero D, Rezende LFM, Sanchez ZM, Bolados CC, Guzmán-Habinger J, et al. Prevalence and co-occurrence of lifestyle risk factors for non-communicable diseases according to sociodemographic characteristics among adults Chilean residents. *Sci Rep [Internet]*. 2021;11(1):21702..

³¹ Manttupa Cruz K. Conocimiento acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes e hipertensión en personas jóvenes viviendo con VIH [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023.

³² Jiménez López KY. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES [monografía de pregrado]. León (NI): Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES); 2023..

En un estudio realizado en el 2023 por Herrera-Añazco P, Dorado-Arenas CA, se aplicó un enfoque híbrido que combina modelos de aprendizaje automático (ML) con modelos de ecuaciones estructurales (SEM) para analizar los efectos causales de los hábitos de salud sobre la presencia de enfermedades no transmisibles (ENT) en la población mexicana en edad laboral, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2022. En una primera etapa, los modelos de ML identificaron los hábitos más influyentes sobre la probabilidad de desarrollar ENT, alcanzando una precisión de 78.66 % con el modelo de bosque aleatorio y 71.27% con Lasso. En la segunda etapa, el modelo SEM confirmó la relación causal entre los factores identificados y la presencia de ENT, siendo estadísticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 449.186$, $p = 0.0000$). Los resultados revelaron que hábitos negativos como la mala alimentación, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol incrementan significativamente el riesgo de ENT (coeficiente = 0.23). Por el contrario, la actividad física vigorosa y mayores ingresos salariales ejercen un efecto protector, con coeficientes de -0.17 y -0.23 , respectivamente³³.

Noelia Romina Robinson Cedeño, 2024, realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar cómo las enfermedades crónicas no transmisibles se relacionan con los determinantes socioculturales de la salud en adultos. La metodología empleada fue cuantitativa, descriptiva, de corte transversal y no experimental. La población de estudio estuvo representada por 50 adultos de 20 a 64 años que acudieron al servicio de consulta externa del Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena. Los resultados arrojaron que la enfermedad crónica que prevalece en los adultos fue la hipertensión arterial con el 54%, seguida de diabetes mellitus 32% y solo un 28% de ellos con sobrepeso/obesidad. De igual forma, los determinantes socioculturales identificados fueron: nivel de conocimiento 24%, nivel económico, servicios sanitarios (28%); condiciones ambientales 40% y condiciones de vida 30%. Se concluyó que las ECNT están intrínsecamente relacionadas a los determinantes socioculturales de la

³³ Herrera-Añazco P, Dorado-Arenas CA, Hernández-Vásquez A, Mezones-Holguín E. Impact of Health Habits on Non-Communicable Diseases in the Mexican Economically Active Population: Machine Learning and Structural Equation Modeling Approach. *Mathematics*. 2023;13(6):959.

salud, existiendo una similitud muy marcada en cuanto a la calidad de vida regular para todos aquellos adultos que padecen estas enfermedades³⁴.

José R Villanueva Solórzano, Juan G Esponda Prado, realizaron un estudio observacional de cohorte retrospectiva y descriptiva, realizado en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) polivalente de un centro hospitalario privado en la Ciudad de México en 2024, donde se evidenció la influencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como factores determinantes en el desenlace clínico de pacientes críticamente enfermos. Los resultados revelaron que los pacientes mayores de 60 años alcanzaron la mediana de mortalidad al día 24,1 de ventilación mecánica, en contraste con los menores de 59,9 años. Además, se identificó que ingresar a la UCI con escalas predictoras de severidad con puntajes elevados incrementaba significativamente el riesgo de fallecimiento. Se observó que aquellos pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial, como una de las ECNT más prevalentes, presentaron un mayor riesgo de mortalidad³⁵.

Melissa Salome Muñoz Mero, María Gabriela López Rodríguez, 2024, realizaron una investigación descriptiva tipo revisión sistemática narrativa, cuya fuente de información fueron las publicaciones indexadas en las bases de datos PubMed, Elsevier y Scielo de los últimos cinco años. El objetivo fue describir, a través de una revisión integradora de la literatura, la prevención y control de las enfermedades crónicas del adulto mayor en la atención primaria. La hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías y enfermedades respiratorias constituyen las principales enfermedades crónicas de la persona mayor, siendo los factores de riesgo los hábitos tóxicos, los malos hábitos dietéticos, la obesidad, sobrepeso y el sedentarismo. Se evidencia la concordancia de los expertos en estos temas sobre la importancia del componente educativo en la atención primaria para la prevención y control de las enfermedades crónicas en la persona mayor³⁶.

³⁴ Robinson Cedeño NR. Enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con los determinantes socioculturales de la salud en adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena [tesis de licenciatura en enfermería]. Santa Elena (EC): Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2024..

³⁵ Villanueva SJR, Esponda PJG, Tamborell RA. Enfermedades crónicas no transmisibles como factor de riesgo para mortalidad en cuidados intensivos. Acta Med GA. 2024;22(1):22–6.

³⁶ Muñoz Mero MS, López Rodríguez MG, Villavicencio Andrade DM, Ponce Alencastro JA. Enfermedades crónicas

Domínguez-Miranda SA, Rodríguez-Aguilar R, 2025, mediante un enfoque híbrido que integra el uso de modelos de aprendizaje automático (ML) y un modelo de ecuaciones estructurales (SEM), buscaron cuantificar los efectos causales directos e indirectos entre los hábitos de salud y las ENT. Para este estudio, se utilizó información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 realizada en México para la población en edad laboral. De acuerdo con los resultados obtenidos en la primera etapa del análisis mediante ML, se identificaron las variables más relevantes (hábitos de salud) que impactan la probabilidad de que las personas presenten ENT (precisión de bosque aleatorio del 78,66% y Lasso del 71,27%). La segunda etapa de análisis mediante SEM, utilizando las variables más relevantes seleccionadas mediante aprendizaje automático, permitió medir el efecto causal directo e indirecto de los hábitos de salud sobre las ENT. El modelo SEM fue estadísticamente significativo ($\text{Chi}^2 = 449.186$; valor $p = 0.0000$) y reveló que los hábitos de salud negativos, como la mala alimentación, la inactividad física, el tabaquismo y el consumo de alcohol, aumentan significativamente el riesgo de ENT en la población en edad laboral en México (0.23), mientras que la actividad física vigorosa y el salario tienen un impacto negativo (-0.17 y -0.23, respectivamente) en la presencia de ENT³⁷.

Sandra Sánchez, 2025, llevó a cabo un estudio cuasi-experimental con un enfoque cuantitativo en un centro de atención primaria durante un período de seis meses. La muestra estuvo compuesta por 100 pacientes con factores de riesgo para ECNT, seleccionados mediante un muestreo por conveniencia. Los participantes se dividieron en dos grupos: el grupo de intervención, que recibió educación en salud, y el grupo control, que recibió atención habitual. El grupo de intervención mostró un aumento significativo en los niveles de conocimiento sobre las ECNT, pasando de un 40% a un 85% en las puntuaciones del cuestionario. Además, se observó una mejora en la adopción de hábitos saludables: el 60% de los participantes incorporó actividad física regular y el 70% mejoró su dieta. En contraste, el grupo control no mostró cambios

no transmisibles en la persona mayor. Reflexiones de sus abordajes desde la atención primaria de la salud. LATAM Rev Lat Cienc Soc Humanid. 2024;5(1):854–66. <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1638>

³⁷ Domínguez-Miranda SA, Rodríguez-Aguilar R, Velazquez-Salazar M. Modelación de la relación entre las enfermedades no transmisibles y los hábitos de salud de la población trabajadora mexicana: un enfoque de modelación híbrido. Matemáticas (Basel). 2025;13(6):959.

significativos. Las principales barreras identificadas fueron la falta de tiempo y motivación de los pacientes, mientras que el apoyo del personal de enfermería fue un factor facilitador clave³⁸.

³⁸ Sánchez Sánchez S, Delgado Quintana F, Nosti Lagunas M, Sáenz Trallero D, Hernando Zaborras L, Sesén Quintana L. El impacto de la educación en salud sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes de Atención Primaria. *Ocronos*. 2025;8(3):124.

2.2 Marco conceptual

Conocimiento

El conocimiento como objeto de estudio fue tratado en tiempos distintos de la evolución humana como información obtenida a través de la experiencia sensible en un encuentro con la realidad según Aristóteles³⁹.

El conocimiento puede describirse como una construcción mental que se forma a partir de la experiencia, la percepción, la razón y la reflexión. Se basa en la habilidad de procesar información, darle significado y aplicarla en diferentes contextos. Se define como la información y las habilidades que se adquieren a través de la mente⁴⁰. Implica identificar, observar y analizar lo que nos rodea para entenderlo y aplicarlo en beneficio propio. Por su parte, la Real Academia Española (RAE) lo define como la "acción y efecto de conocer" y el "entendimiento, inteligencia, razón natural"⁴¹.

En el área de salud, el conocimiento es el conjunto de medidas que previenen y tienen como objetivo controlar los factores de riesgo en el centro laboral; este conocimiento debe ser adquisitivo y conservativo³⁹.

Tipos de conocimientos

El término vulgar deriva del latín *vulgus*, que significa pueblo, y por ello se reconoce el conocimiento vulgar. En este modo, el sujeto trabaja con intuiciones vagas, sin procedimiento ni razonamiento sistemáticos. Constituye el conocimiento más simple, denominado por Platón *comodoxan*, ya que se apoya en hábitos e impulsos inmediatos del sujeto, así como en lo divulgado popularmente³⁹.

El conocimiento empírico se logra por la experiencia cotidiana y se transmite entre generaciones, constituyendo el primer paso para la construcción del conocimiento científico, por eso se suele denominar también conocimiento protocientífico. Se obtiene

³⁹ Acosta Jiménez I. Conocimiento sobre los factores de riesgo y complicaciones de diabetes mellitus en adultos que acuden a consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas enero-abril 2024 [tesis de postgrado]. Distrito Nacional (DO): Universidad Nacional; 2024.

⁴⁰ Economipedia. ¿Qué es el conocimiento? Tipos, características y ejemplos [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/conocimiento.html>

⁴¹ Real Academia Española. Conocimiento. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>

de la experiencia directa y la observación; es un conocimiento práctico y cotidiano, no sistemático, que se adquiere a través de los sentidos³⁹.

El conocimiento fisiológico, en sus inicios, se identificó con el conocimiento en sí. A partir de la teoría desarrollada por Kant en el siglo XVIII, la fisiología tomó otro rumbo y ya no pretendió abarcarlo todo, sino que se enfocó en el conocimiento relacionado con la unidad, la validez, la verdad y los métodos. Este tipo de conocer se caracteriza por ser crítico, metafísico, cuestionador, incondicionado, universal y científico. Proviene de la reflexión y el razonamiento crítico sobre la existencia y la verdad^{39,42}.

El conocimiento científico se basa en la observación, la experimentación y el método científico. Es un conocimiento verificable, sistemático y objetivo⁴³.

El conocimiento tácito o implícito reside en la experiencia personal y es difícil de formalizar o transferir⁴⁴.

El conocimiento procedimental es el “saber hacer” algo, adquirido a través de la práctica^{39,42}.

Educación en salud

La educación en salud es un proceso continuo que tiene como finalidad fomentar en las personas el desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para tomar decisiones informadas que promuevan su bienestar y prevengan enfermedades. Según la Organización Mundial de la Salud, se trata de "toda combinación de actividades de información y educación que conducen a una situación en la cual las personas desean estar saludables, saben cómo lograrlo, hacen lo que pueden individual y colectivamente y buscan ayuda adecuada cuando lo necesitan"⁴⁵.

⁴² Avance Psicólogos. Los 15 tipos de conocimiento más importantes y sus características [Internet]. 2022 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.avancepsicologos.com/tipos-conocimiento/>

⁴³ Franco López JA. Rupturas del saber: una propuesta para el conocimiento científico. *European Public & Social Innovation Review*. 2025;10:1–17. doi: <https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1294>

⁴⁴ Pérez C. La Apropiación Social del Conocimiento y su Relación con los Conceptos de Inteligencia Colectiva, Co-Creación y Didáctica Especial: Un Estado de la Cuestión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13872>

⁴⁵ World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO; 1998.

Este enfoque abarca desde la promoción de estilos de vida saludables hasta el fortalecimiento de la capacidad de las personas para gestionar su salud de manera autónoma. La educación en salud no se limita a la transmisión de información, sino que debe promover la reflexión crítica y la participación activa, teniendo en cuenta los contextos culturales, sociales y económicos en los que viven las personas^{46,47}. Cuando se aplica adecuadamente, la educación en salud puede ser una herramienta poderosa para reducir la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles, al facilitar la modificación de comportamientos de riesgo y aumentar la adherencia a tratamientos⁴⁸.

Relación de la educación en salud con las ECNT

La relación entre educación en salud y ECNT es directa y fundamental. Dado que estas enfermedades se asocian en su mayoría con factores de riesgo modificables, una intervención educativa adecuada puede cambiar hábitos perjudiciales, fomentar la adopción de estilos de vida saludables y fortalecer el autocuidado. Estudios recientes han demostrado que la implementación de programas educativos personalizados y culturalmente adaptados mejora significativamente el control de enfermedades como la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y la obesidad, al elevar el nivel de conocimiento de los pacientes y su motivación para mantener prácticas saludables^{49,50}.

Asimismo, la educación en salud empodera a las personas para que participen activamente en las decisiones relacionadas con su tratamiento, mejora la comunicación entre el personal de salud y los pacientes, y contribuye a la disminución de complicaciones asociadas a las ECNT. En este sentido, es considerada una herramienta costo-efectiva y estratégica en los sistemas de salud pública orientados a reducir la carga de enfermedades crónicas⁵¹.

⁴⁶ Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67.

⁴⁷ Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.

⁴⁸ Pérez CM, Gutiérrez M. Alfabetización en salud y autocuidado en personas con ECNT. *Educ Med Salud.* 2021;25(3):203–10.

⁴⁹ Gómez M, Vargas J. Intervención educativa en pacientes hipertensos: impacto en el conocimiento y autocuidado. *Rev Cienc Salud.* 2022;20(1):56–63.

⁵⁰ Morales L, Rodríguez A. Educación en salud y control de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. *Rev Salud Pública.* 2023;25(2):97–104.

⁵¹ Pacheco N, Ramírez C. Programas de educación sanitaria y reducción del riesgo cardiovascular en población

Enfermedades crónicas no transmisibles

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son afecciones de curso prolongado que generalmente progresan lentamente, no se transmiten de persona a persona, y se relacionan con múltiples factores de riesgo modificable y no modificables¹.

Existen cuatro grupos de enfermedades que representan más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT⁵².

La OMS ha priorizado en sus planes de acción las cuatro ENT con mayor impacto poblacional (el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas), así como sus cuatro factores de riesgo en común: el consumo nocivo de alcohol, la alimentación no saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco. Esta agenda basada en el enfoque 4 x 4 (cuatro enfermedades principales y cuatro factores de riesgo) se ha ampliado recientemente, incluyendo a la salud mental entre las ENT y a la contaminación del aire como el quinto factor de riesgo de las EN⁵³.

Es frecuente que las personas desarrollen ENT en el ciclo de vida como adultas mayores, luego de estar más expuestas, por mayor tiempo, a factores de riesgo tales como el uso del tabaco, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física y las dietas malsanas⁵⁴.

Por otro lado, las personas que viven en situación de pobreza tienen más probabilidad de no tener acceso a una alimentación saludable y de desarrollar ENT⁵⁵.

urbana. Educ Méd. 2024;28(1):11–7.

⁵² Segura-Chico M, León-Barrera J, González-Pérez B, Aguiñaga Martínez N. Las enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto en el sistema sanitario mexicano. Arch Med Fam. 2023;26(5). doi:10.62514/amf.v26i5.87.

⁵³ Inter-American Commission on Human Rights. Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos; 2023. (OEA/Ser.L/V/II.doc.192/23). ISBN: 978-0-8270-7712-6..

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud. Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>

Impacto epidemiológico y carga mundial de las ECNT

En América Latina, se observa una transición epidemiológica acelerada, donde las ECNT desplazan progresivamente a las enfermedades transmisibles como principales causas de mortalidad y discapacidad. En este contexto, se requiere fortalecer políticas de prevención, detección oportuna y gestión integral de los factores de riesgo⁵⁶.

Factores de riesgo asociados a las ECNT

Las ECNT se asocian con factores de riesgo conductuales modificables como el consumo de tabaco, dieta poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol. Estos comportamientos suelen generar condiciones fisiológicas intermedias como la hipertensión, hiperglucemia, dislipidemia y sobrepeso u obesidad, que a su vez incrementan el riesgo de desarrollar una ECNT^{1,57}.

Además, los determinantes sociales de la salud como el nivel educativo, el acceso a servicios de salud, las condiciones laborales y el entorno socioeconómico desempeñan un papel central en la distribución desigual de estas enfermedades⁵⁸.

La respuesta del sector salud para las ECNT es la estrategia HEARTS, la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para apoyar a los países⁵⁹. En la reducción del riesgo de ECV, basada en la prevención, detección y control estandarizado y protocolizado de la HTA y Diabetes en el primer nivel de atención. La estrategia HEARTS contempla: la promoción de hábitos saludables a través del asesoramiento a los pacientes; la implementación de protocolos de tratamientos estandarizados basado en evidencia; la capacitación y actualización del personal de salud en la medición de la presión arterial y el manejo de ECV basado en la estratificación de riesgo; y el acceso a medicamentos y tecnologías esenciales. La evaluación más reciente de la estrategia indica que RD está en el nivel 2 de 5 (siendo 1 madurez incipiente y 5 mayor madurez)⁶⁰.

⁵⁶ Salinas J, Silva C. Transición epidemiológica y desafíos de salud pública en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2021;45:e12.

⁵⁷ Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. Arch Intern Med. 2007;167(11):1145–51.

⁵⁸ Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. Lancet. 2012;380(9846):1011–29.

⁵⁹ Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional de las ECNT. OPS; 2021.

⁶⁰ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). Índice de Madurez de la Implementación de la Estrategia HEARTS en República Dominicana. Santo Domingo: MISPAS; 2023.

Conocimiento y educación en salud frente a las ECNT

El conocimiento que posee la población sobre las ECNT y sus factores de riesgo constituye un determinante clave en la adopción de comportamientos saludables. Diversos estudios han demostrado que el desconocimiento sobre las causas, síntomas, complicaciones y medidas preventivas de estas enfermedades limita la capacidad de las personas para tomar decisiones informadas sobre su salud^{61,62}. En este sentido, la educación para la salud se posiciona como una herramienta fundamental para la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de enfermedades. La OMS destaca que los programas educativos deben estar dirigidos a empoderar a la población para adoptar prácticas saludables, mejorar la adherencia al tratamiento y reducir los factores de riesgo^{1,63}.

Además, en entornos hospitalarios y comunitarios, las intervenciones educativas deben adaptarse al contexto sociocultural y al nivel de alfabetización en salud de los pacientes, utilizando estrategias accesibles, participativas y sostenibles^{57,64}.

Diabetes

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que involucra múltiples trastornos metabólicos que conducen a la hiperglucemia, un estado persistente que puede deteriorar la salud si no se trata. Esta condición puede causar daño, disfunción y falla en varios órganos y sistemas, especialmente los riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos^{65,66}.

⁶¹ López C, Vargas D. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios. *Rev Salud Pública*. 2021;23(4):389–96.

⁶² Mendoza F, Rodríguez L. Conocimientos y prácticas sobre hipertensión arterial en población adulta. *Rev Med Exp*. 2020;36(2):155–60.

⁶³ World Health Organization. *Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies*. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012.

⁶⁴ Pérez CM, Gutiérrez M. Alfabetización en salud y autocuidado en personas con ECNT. *Educ Med Salud*. 2021;25(3):203–10.

⁶⁵ Cartín Brenes M, Fallas Elizondo F. Etiología y factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes mellitus. *Acta Académica* [Internet]. 2023 [citado 25 Jul 2024];72:97-112. Disponible en: <https://pjenlinea3.poder-judicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/DIABETES%20MELLITUS%20CARTIN.pdf>

⁶⁶ Alcalá M. Diabetes Mellitus. *Ve.scielo.org* [Internet]. 2012 [citado 25 Jul 2024];10(4):59-71. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003

Clasificación y Etiología

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1): Se caracteriza por la destrucción autoinmune de las células beta del páncreas, lo que provoca una deficiencia absoluta de insulina y una tendencia a la cetoacidosis. Representa menos del 10% de todos los casos de diabetes.
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2): Es la forma más común y a menudo está asociada con la obesidad o el aumento de grasa visceral. La enfermedad se presenta en adultos y su frecuencia aumenta con la edad; hasta un tercio de los adultos mayores de 65 años tienen una tolerancia alterada a la glucosa.
- Diabetes mellitus gestacional (DMG): Se desarrolla después de las 24 semanas de embarazo^{65,66,67}.

Fisiopatología

La patofisiología de la DM2 se caracteriza por la resistencia a la insulina y un defecto progresivo en la secreción de insulina por parte de las células beta pancreáticas. Inicialmente, el páncreas produce más insulina para compensar la resistencia (hiperinsulinemia), pero con el tiempo, debido a factores como la glucotoxicidad y la lipotoxicidad, las células beta pierden gradualmente su capacidad para secretar insulina de manera adecuada⁶⁷.

Factores de riesgo

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2⁶⁸:

- Sobrepeso y aumento del perímetro abdominal
- Estilo de vida sedentario
- Antecedentes familiares de diabetes
- Hipercolesterolemia
- Prediabetes
- Síndrome de ovario poliquístico

⁶⁷ Powers AC, Niswender KD, Evans-Molina C. Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification, and Pathophysiology. En: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson J, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine [Internet]. 21a ed. Nueva York: McGraw Hill; 2022 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3095§ionid=262615467>

⁶⁸ Mayo Clinic. Diabetes tipo 2: Síntomas y causas [Internet]. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>

Criterios diagnósticos para diabetes mellitus

Los criterios diagnósticos para la diabetes mellitus se basan en niveles de glucosa que permiten un inicio temprano del tratamiento y la reducción de complicaciones⁶⁹:

- Glucosa plasmática en ayunas (GPA): ≥ 126 mg/dL
- Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTGO): ≥ 200 mg/dL a las dos horas
- Hemoglobina A1c (HbA1c): $\geq 6.5\%$
- Glucosa aleatoria: ≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos de hiperglucemia
- Glucosa alterada en ayunas (GAA): 100-125 mg/dL
- Intolerancia a la prueba de glucosa (ITG): 140-199 mg/dL a las dos horas

Manifestación clínica

Los síntomas más comunes de la diabetes incluyen:

- Polidipsia (aumento de la sed)
- Poliuria (aumento de la micción)
- Polifagia (aumento del apetito)
- Pérdida de peso no especificada⁶⁹.

Complicaciones

Las complicaciones de la diabetes se dividen en agudas y crónicas⁶⁵.

Complicaciones Agudas

- Hipoglucemia: La complicación más frecuente del tratamiento, caracterizada por una disminución de la glucemia por debajo de un umbral determinado.
- Cetoacidosis diabética (CAD): Una complicación aguda grave que se presenta con mayor frecuencia en pacientes con DM1, causa del 2-9 % de ingresos en estos pacientes, sobre todo en pacientes con DM tipo 1 y es una de las principales causas de muerte en diabéticos jóvenes; también puede aparecer en pacientes con DM tipo 2 en tratamiento con insulina.

⁶⁹ American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care [Internet]. 2023 [citado 25 Jul 2024];46(Suppl 1). Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1

- Síndrome hiperosmolar no cetósico (SH): Un síndrome clínico poco frecuente caracterizado por hiperglucemia severa, deshidratación e hiperosmolaridad, con o sin alteración del nivel de conciencia, y ausencia de cetonas.

Complicaciones Crónicas⁶⁵

Microvasculares:

- Retinopatía diabética: Afecta a los vasos sanguíneos de la retina.
- Nefropatía diabética: La causa más importante de enfermedad renal terminal en países industrializados.

Macrovasculares:

- Enfermedad cerebrovascular (ECV): Una complicación grave en pacientes con DM2.
- Insuficiencia cardíaca (IC): La prevalencia de IC es superior en pacientes con DM.
- Enfermedad arterial periférica (EAP): Afecta a los vasos sanguíneos, especialmente en las extremidades inferiores.
- Pie diabético: Una de las complicaciones crónicas, prevenibles, más frecuentes y graves, asociada con neuropatía y enfermedad vascular.

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes varía según el tipo⁷⁰.

- **Diabetes tipo 1:** Se centra en la administración de insulina para reemplazar la hormona que el cuerpo no produce, junto con una dieta y ejercicio adecuados.
- **Diabetes tipo 2:** El tratamiento es escalonado y se adapta a las necesidades individuales.
- **Cambios en el estilo de vida:** Pérdida de peso y cambios en la dieta.

Fármacos orales e inyectables:

- Biguanidas (Metformina): Es el fármaco de primera línea para la mayoría de los pacientes.

⁷⁰ American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care [Internet]. 2024 [citado 25 Jul 2024];47(Suppl 1):S158–S178. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S158/153945/9-Pharmacologic-Approaches-to-Glycemic-Treatment.

- Agonistas del receptor del péptido 1 similar al glucagón (ARGLP-1) e inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa 2 (iSGLT2).
- Inhibidores de la dipeptidil peptidasa-4 (iDPP-4): Generalmente bien tolerados y con bajo riesgo de hipoglucemia.
- Sulfonilureas y meglitinidas: Eficaces para reducir la glucosa, pero con mayor riesgo de hipoglucemia y aumento de peso.
- Tiazolidinedionas (TZD): Pueden mejorar la resistencia a la insulina, pero con riesgo de aumento de peso y retención de líquidos.
- Insulina: Puede ser necesaria en cualquier etapa de la enfermedad si los síntomas son graves o si otras terapias no son suficientes. Si hay síntomas de hiperglucemia (pérdida de peso, cetosis), HbA1c muy elevada (>10%) o niveles de glucosa en sangre muy altos (>300 mg/dL), o si otras terapias no logran los objetivos⁷⁰.

Hipertensión arterial (HTA)

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica de alta prevalencia y la principal causa de morbilidad y mortalidad cardiovascular a nivel mundial. Según la Guía ESC 2024, se define como una presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg o una presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg, medida en consulta y confirmada por métodos ambulatorios como MAPA o AMPA. Asimismo, se introduce una categoría intermedia denominada "presión arterial elevada", comprendida entre PAS 120–139 mmHg y PAD 70–89 mmHg⁷¹.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el desarrollo de HTA incluyen edad avanzada, predisposición genética, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de sal, alcohol y tabaco, dieta inadecuada, contaminación atmosférica y comorbilidades como diabetes o nefropatías⁷².

⁷¹ Sociedad Europea de Cardiología. Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión [Internet]. 2024 [citado 23 Jul 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>.

⁷² Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Nota descriptiva [Internet]. 2023 [citado 23 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

Clasificación

La clasificación diagnóstica se realiza considerando mediciones tanto en consulta como fuera de ella. Los valores de referencia para MAPA y AMPA difieren levemente, pero permiten una mejor confirmación del diagnóstico y evaluación del riesgo cardiovascular total⁷¹.

Según las Guías ESC 2024 para el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión, se ha adoptado un sistema simplificado y actualizado de clasificación del riesgo vascular, basado tanto en mediciones en consulta (oficina clínica) como fuera de ella, a través del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) y del monitoreo domiciliario (AMPA). Esta clasificación tiene como objetivo identificar de forma temprana a personas con riesgo creciente, lo cual permite la implementación de intervenciones preventivas incluso antes del diagnóstico de hipertensión clínica.

Los valores establecidos son los siguientes:

- **Presión arterial no elevada:** PAS < 120 mmHg y PAD < 70 mmHg
- **Presión arterial elevada:** PAS 120–139 mmHg o PAD 70–89 mmHg
- **Hipertensión arterial:** PAS ≥ 140 mmHg o PAD ≥ 90 mmHg

Las guías promueven el uso del MAPA o del AMPA como herramientas diagnósticas esenciales, debido a que estas permiten una estimación más precisa del riesgo cardiovascular total y reducen la probabilidad de clasificaciones erróneas por efecto de "bata blanca" o de hipertensión enmascarada. Los umbrales diagnósticos propuestos para estas mediciones ambulatorias son:

- **MAPA 24 horas:** ≥ 130/80 mmHg
- **MAPA diurno (promedio):** ≥ 135/85 mmHg
- **MAPA nocturno:** ≥ 120/70 mmHg

Complementariamente, la Guía ESH/ESC 2023 mantiene una clasificación por grados clínicos que permite evaluar el nivel de severidad y establecer medidas terapéuticas más específicas:

- Óptima: PAS < 120 y PAD < 80 mmHg
- Normal: PAS 120–129 y PAD 80–84 mmHg
- Alto-normal: PAS 130–139 y/o PAD 85–89 mmHg

- Hipertensión grado 1: PAS 140–159 y/o PAD 90–99 mmHg
- Hipertensión grado 2: PAS 160–179 y/o PAD 100–109 mmHg
- Hipertensión grado 3: PAS \geq 180 y/o PAD \geq 110 mmHg
- Hipertensión sistólica aislada: PAS \geq 140 y PAD $<$ 90 mmHg

Este sistema integral de clasificación permite no solo confirmar el diagnóstico, sino también orientar de forma más precisa las decisiones clínicas en función del riesgo cardiovascular global del paciente⁷¹.

Síntomas

En la mayoría de los casos, la HTA es asintomática. Sin embargo, cifras muy elevadas pueden provocar cefalea intensa, dolor torácico, visión borrosa, náuseas, vómitos, disnea y, en casos graves, compromiso neurológico o emergencias hipertensivas⁷².

Complicaciones

Las complicaciones de la hipertensión no controlada incluyen cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal crónica y muerte súbita. Por ello, la detección precoz y el manejo adecuado son fundamentales⁷².

Tratamiento

El enfoque terapéutico para la HTA debe ser integral y personalizado, combinando medidas no farmacológicas con el uso racional de medicamentos antihipertensivos. Las intervenciones sobre el estilo de vida incluyen la reducción del consumo de sal, pérdida de peso, práctica regular de ejercicio físico, abandono del consumo de tabaco y alcohol, así como el manejo del estrés. En cuanto al tratamiento farmacológico los grupos farmacológicos más utilizados son los IECA, ARA II, antagonistas del calcio y diuréticos tiazídicos. La elección dependerá del perfil clínico del paciente y sus comorbilidades⁷².

Prevención

La prevención de la HTA implica fomentar hábitos saludables, detección oportuna y monitoreo continuo en atención primaria. La reducción de factores de riesgo modificables puede disminuir significativamente la carga global de enfermedad cardiovascular. La evidencia indica que intervenciones poblacionales orientadas a reducir los factores de riesgo modificables pueden disminuir de manera significativa la carga global de enfermedad cardiovascular asociada a la hipertensión. Entre estas

medidas se destacan la educación para la salud, las campañas comunitarias de prevención, el acceso a controles médicos periódicos y el fortalecimiento de los programas de tamizaje en grupos vulnerables. Estas estrategias deben estar respaldadas por políticas públicas sostenidas que favorezcan entornos saludables y promuevan el autocuidado individual⁷².

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es una enfermedad pulmonar común, prevenible y tratable, definida como una afección heterogénea caracterizada por síntomas respiratorios crónicos (disnea, tos, expectoración y/o exacerbaciones). La EPOC se caracteriza por una limitación persistente y progresiva del flujo de aire en los pulmones que no es totalmente reversible. Esta limitación se debe a una respuesta inflamatoria de las vías respiratorias y los pulmones a partículas o gases nocivos. Se refiere a un grupo de afecciones que incluye el enfisema y la bronquitis crónica y es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial^{73,74}.

Etiología

La causa principal y más común de la EPOC es la exposición prolongada al humo del tabaco, tabaquismo activo y pasivo, exposición ocupacional, contaminación del aire interior y exterior, factores genéticos como déficit de alfa-1 antitripsina, factores relacionados con el desarrollo pulmonar, asma y bronquiolitis obliterante, envejecimiento y estado socioeconómico⁷⁴.

Fisiopatología

Se implica una respuesta inflamatoria anormal y crónica de las vías respiratorias y el parénquima pulmonar a partículas o gases nocivos. Esta respuesta lleva a una serie de cambios estructurales y funcionales como infiltración de macrófagos, neutrófilos, linfocitos T (CD8+) y eosinófilos, y liberación de mediadores inflamatorios (citoquinas, quimiocinas, leucotrienos) que amplifican la respuesta inflamatoria y atraen más células, produciéndose daño estructural⁷⁴.

⁷³ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2024 Report. Disponible en: <https://goldcopd.org/>

⁷⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))

Clasificación

La clasificación de la EPOC según GOLD 2024 utiliza una evaluación combinada que incluye la gravedad de la limitación al flujo aéreo por espirometría, el nivel de síntomas y el riesgo de exacerbaciones. Clasificación espirométrica (Basada en el FEV1 post-broncodilatador):

- GOLD 1 (Leve): $FEV1 \geq 80\%$ del predicho.
- GOLD 2 (Moderado): $50\% \leq FEV1 < 80\%$ del predicho.
- GOLD 3 (Grave): $30\% \leq FEV1 < 50\%$ del predicho.
- GOLD 4 (Muy Grave): $FEV1 < 30\%$ del predicho⁷⁴.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas de la EPOC se desarrollan lentamente y tienden a empeorar con el tiempo. Los principales son:

- Disnea (dificultad para respirar), síntoma cardinal que empeora con el esfuerzo.
- Tos crónica, a menudo con producción de esputo (flema) de predominio nocturno.
- Sibilancias (sonido silbante al respirar) y opresión en el pecho. En etapas avanzadas, los pacientes pueden experimentar fatiga y pérdida de peso^{73,74}.

Medios diagnósticos

- **Historia clínica:** debe considerar la presencia de síntomas respiratorios crónicos como disnea, tos y expectoración, así como antecedentes de exposición al humo del tabaco, agentes ocupacionales o contaminación del aire. También es relevante investigar antecedentes personales o familiares de enfermedades respiratorias crónicas.
- **Espirometría:** es la prueba diagnóstica de referencia para confirmar la obstrucción persistente al flujo aéreo. Se considera diagnóstico de EPOC un cociente $FEV1/FVC < 0.70$ después de la administración de un broncodilatador. Además, permite clasificar la gravedad funcional según el valor del FEV1.
- **Radiografía de tórax y tomografía computarizada (TC) de alta resolución:** si bien no son esenciales para el diagnóstico, se utilizan para descartar otras enfermedades y evaluar cambios estructurales como hiperinflación pulmonar,

bullas o signos de enfisema. La TC permite caracterizar mejor el fenotipo del paciente, sobre todo en aquellos candidatos a tratamiento quirúrgico o intervenciones específicas^{73,74}.

Tratamiento

El tratamiento de la EPOC es multidisciplinario y tiene como objetivos reducir los síntomas, disminuir la frecuencia y gravedad de las exacerbaciones mediante tratamientos no farmacológicos y farmacológicos⁷³.

El tratamiento no farmacológico incluye: suspensión del tabaco y uso de terapias de reemplazo, rehabilitación pulmonar, vacunaciones (influenza, neumococo), oxigenoterapia a largo plazo, manejo nutricional y cuidados paliativos. Asimismo, la rehabilitación pulmonar constituye una medida altamente efectiva para mejorar la disnea, la capacidad funcional y el estado psicológico de los pacientes. Esta intervención incluye entrenamiento físico, educación y apoyo nutricional y psicológico^{73,74}.

Tratamiento farmacológico

Broncodilatadores de acción prolongada (BDAP), incluyendo agonistas beta-2 de acción prolongada (LABA) y antagonistas muscarínicos de acción prolongada (LAMA), se utilizan con un esquema inicial^{73,74}:

- a)** Broncodilatador de acción corta (SABA o SAMA) a demanda. Si persisten los síntomas, considerar LABA o LAMA.
- b)** Iniciar con un LABA o LAMA. Si los síntomas persisten, considerar la combinación LABA + LAMA
- c)** Iniciar con un LABA o LAMA. Si los síntomas persisten o las exacerbaciones son frecuentes, considerar LABA + LAMA y corticosteroides inhalados.

También se pueden usar fármacos orales como inhibidores de la fosfodiesterasa-4 (Roflumilast), macrólidos, teofilina y mucolíticos/mucocinéticos⁷³.

Asma

El asma es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias que se caracteriza por síntomas respiratorios variables y recurrentes, asociada con una limitación variable del flujo aéreo espiratorio. La inflamación crónica se asocia con hiperrespuesta bronquial, es decir, una mayor tendencia de las vías respiratorias a estrecharse en respuesta a diversos estímulos. Es una de las principales enfermedades no transmisibles y la enfermedad crónica más común en la infancia. Se trata de una enfermedad crónica del sistema respiratorio que se caracteriza por episodios recurrentes de falta de aire y sibilancias^{75,76}.

Etiología

El asma es una enfermedad compleja y multifactorial, en cuya génesis intervienen tanto factores genéticos como ambientales. La predisposición genética, particularmente en personas con antecedentes de atopia o alergias, constituye uno de los principales determinantes de la enfermedad⁷⁰. Además, se han identificado múltiples factores de riesgo y desencadenantes, entre los que destacan⁷⁶:

- Exposición a alérgenos ambientales (ácaros del polvo, pólenes, epitelios de animales).
- Infecciones respiratorias virales, especialmente en la infancia.
- Contaminación del aire, tanto intradomiciliaria (humos de leña, tabaco) como ambiental.
- Exposición ocupacional a irritantes químicos o polvos industriales.
- Uso de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs).
- Ejercicio físico intenso, particularmente en ambientes fríos y secos.
- Obesidad, como factor predisponente y agravante.

Estas condiciones interactúan con factores inmunológicos y del desarrollo pulmonar, facilitando el inicio temprano o la perpetuación del asma a lo largo de la vida.

⁷⁵Organización Mundial de la Salud (OMS). Asma. Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>. Acceso 24 de julio de 2025.

⁷⁶Iniciativa Global para el Asma (GINA). Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma. Disponible en: <https://ginasthma.org/>

Fisiopatología

En este proceso se implica una inflamación crónica de las vías respiratorias que conduce a la hiperrespuesta bronquial y a una limitación variable y reversible del flujo aéreo en las cuales se activan las diferentes células inflamatorias tales como: linfocitos T colaboradores tipo 2 (Th2) que producen citoquinas; eosinófilos, atraídos y activados por IL-5; mastocitos, que liberan histamina; basófilos, que contribuyen a la inflamación alérgica; neutrófilos; y linfocitos T citotóxicos, que predominan en algunos fenotipos de asma grave o en asma no alérgica. Toda esta inflamación causa edema a nivel bronquial⁷⁶.

Clasificación

El asma se clasifica principalmente según el nivel de control de los síntomas y el riesgo de exacerbaciones, no solo por la gravedad intrínseca de la enfermedad (que puede variar con el tiempo y el tratamiento)⁷⁶.

1. Según el nivel de control (basado en las últimas 4 semanas):

- Asma controlada
- Asma parcialmente controlada
- Asma no controlada

2. Según la gravedad:

La guía GINA no clasifica el asma por gravedad antes de iniciar el tratamiento, ya que la gravedad inicial puede cambiar con la terapia. Una vez que el asma está bajo tratamiento se clasifica en:

- Asma leve: controlada con el Paso 1 o 2 del tratamiento de GINA.
- Asma moderada: controlada con el Paso 3 del tratamiento de GINA.
- Asma grave: requiere Paso 4 o 5 del tratamiento para mantenerse controlada, o permanece no controlada a pesar de estas terapias.

3. Según características clínicas:

La guía GINA reconoce que el asma no es una enfermedad única y que los pacientes pueden presentarse con diferentes fenotipos, tales como:

- a. Asma alérgica (atópica).
- b. Asma no alérgica.

- c. Asma de inicio tardío.
- d. Asma con limitación fija del flujo aéreo.
- e. Asma asociada a obesidad⁷⁶.

Manifestaciones clínicas

Sibilancias, disnea que puede persistir incluso en reposo, opresión torácica, tos especialmente nocturna, fatiga y limitación de la actividad física^{75,76}.

Los síntomas del asma son variables e intermitentes, aunque tienden a agravarse en la noche o madrugada. Los más frecuentes son^{75,76}:

- Sibilancias (sonido silbante al respirar)
- Disnea, que puede persistir incluso en reposo
- Opresión torácica
- Tos, especialmente nocturna
- Fatiga y limitación para realizar actividad física

Medios diagnósticos⁷⁶.

- Anamnesis y examen físico.
- Espirometría, reflejando la obstrucción al flujo aéreo: $FEV1/FVC \leq 0.70$.
- Prueba de broncodilatación: aumento de $FEV1 \geq 12\%$ y ≥ 200 mL tras inhalación de broncodilatador de acción corta.
- Variabilidad diaria del PEF.
- Prueba de provocación bronquial: exposición a metacolina o histamina.
- Pruebas de alergia.
- Fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO), marcador de inflamación tipo 2.
- Radiografía de tórax.

Tratamiento farmacológico^{75,76}.

- Asma leve: CSI-formoterol a demanda.
- Asma leve-moderada: CSI-formoterol diario a dosis bajas + CSI-formoterol a demanda o CSI a dosis bajas diario + SABA a demanda.
- Asma moderada-grave: CSI-LABA a dosis bajas diario + CSI-formoterol a demanda (preferido) o CSI-LABA a dosis medias diario + SABA a demanda.

- Asma grave: CSI-LABA a dosis medias o altas diario + CSI-formoterol a demanda (preferido), o CSI-LABA a dosis altas diario + SABA a demanda. Referir para fenotipado.
- Asma grave no controlada: CSI-LABA a dosis altas diario y evaluar para terapia adicional (ej., tiotropio, fármacos biológicos)^{75,76}.

Parte del tratamiento también incluye:

- Broncodilatadores de acción corta (SABA): salbutamol, terbutalina.
- Antagonistas de los receptores de leucotrienos (ARLT): montelukast.
- Tiotropio (LAMA): broncodilatador antimuscarínico de acción prolongada.
- Corticosteroides orales: para exacerbaciones graves.

Además de los medicamentos, es crucial la educación del paciente para aprender a evitar los factores desencadenantes como alérgenos (polen, ácaros), irritantes (humo de tabaco), infecciones respiratorias y aire frío.

Accidente cerebrovascular (ACV)

El accidente cerebrovascular, también conocido como ictus o ataque cerebral, es una afección grave que ocurre cuando se interrumpe el flujo sanguíneo a una parte del cerebro. Como resultado, las células cerebrales son privadas de oxígeno y nutrientes, lo que puede causar un daño permanente. Se considera una de las principales causas de muerte y discapacidad a nivel mundial^{77,78,79}.

Se define como un síndrome neurológico agudo causado por una alteración repentina en el flujo sanguíneo cerebral y se clasifica principalmente en dos tipos: isquémico y hemorrágico⁸⁰.

⁷⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

⁷⁸ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Signos y síntomas de accidente cerebrovascular [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/stroke/spanish/signs_symptoms.htm

⁷⁹ American Heart Association (AHA), American Stroke Association (ASA). Guía 2024 para la prevención primaria del ictus [Internet]. 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/cardiologia-clinica/6182-guia-2024-aha-asa-prevencion-primaria-del-ictus.html>

⁸⁰ Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Mar;50(3):e344–e418.

Accidente cerebro vascular isquémico

Es el tipo más frecuente de accidente cerebrovascular, representando aproximadamente el 87 % de los casos, y ocurre por la obstrucción de un vaso sanguíneo, generalmente debido a un coágulo de sangre. Dentro de este tipo, se reconocen varias categorías: trombótico, embólico y lacunar⁸⁰.

Accidente cerebro vascular hemorrágico

Se produce por la rotura de un vaso sanguíneo, lo que provoca hemorragia y daño al tejido cerebral. Este tipo se divide en hemorragia intracerebral y hemorragia subaracnoidea⁸⁰.

Fisiopatología

En el accidente cerebro vascular isquémico, la obstrucción de un vaso cerebral disminuye drásticamente el flujo sanguíneo, lo que priva a las neuronas de oxígeno y glucosa. Este déficit energético provoca la muerte celular en una zona central conocida como núcleo isquémico, rodeada por una región llamada penumbra isquémica, que contiene tejido cerebral aún viable. La penumbra puede recuperarse si se restablece el flujo sanguíneo de manera oportuna, lo que constituye la base fisiopatológica de las terapias de reperfusión⁸⁰.

En el accidente cerebro vascular hemorrágico, la ruptura de un vaso sanguíneo produce un sangrado que genera un hematoma intracerebral, elevando la presión intracraneal y comprimiendo el tejido cerebral adyacente. La sangre extravasada actúa como agente tóxico, provocando inflamación, disfunción de la barrera hematoencefálica y daño neuronal secundario⁸⁰.

Síntomas

Los síntomas del accidente cerebrovascular (ACV) aparecen de manera súbita. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Centers for Disease Control and Prevention (CDC) recomiendan utilizar el acrónimo R.A.P.I.D.O. o F.A.S.T. (en inglés) para reconocerlos y buscar atención médica inmediata^{77,78}.

Los signos más comunes incluyen:

- Rostro caído
- Alteración del equilibrio o pérdida de fuerza en un brazo
- Pérdida de fuerza en una pierna
- Impedimento visual
- Dificultad para hablar
- Buscar ayuda RÁPIDO

Otros síntomas pueden ser dolor de cabeza muy intenso y súbito, mareo, vértigo y pérdida de coordinación⁷⁸.

El diagnóstico de un accidente cerebrovascular (ACV) requiere evaluación médica inmediata y el uso de pruebas de imagen cerebral para confirmar el tipo de accidente cerebro vascular y localizar el área afectada⁷⁷.

Las pruebas más utilizadas incluyen:

- Tomografía computarizada (TC): primera prueba para descartar rápidamente hemorragia cerebral⁸⁰.
- Resonancia magnética (RM): proporciona imágenes más detalladas y puede identificar el daño isquémico en etapas tempranas⁸⁰.
- Ecografía de la carótida: evalúa el interior de las arterias carótidas, detectando placas de grasa y flujo sanguíneo, ayudando a identificar posibles fuentes de obstrucción⁸¹.
- Angiografía cerebral: permite visualizar los vasos sanguíneos y detectar obstrucciones o rupturas⁷⁷.
- Ecocardiograma: evalúa el corazón en busca de coágulos que puedan haber viajado al cerebro, siendo una fuente de accidente cerebro vascular isquémico embólico⁸¹.
- Análisis de sangre: incluyen hemograma, perfil lipídico, glucosa, electrolitos, función renal y pruebas de coagulación, útiles para evaluar factores de riesgo o contraindicación para ciertos tratamientos⁷⁷.

⁸¹ Mayo Clinic. Accidente cerebrovascular: diagnóstico y tratamiento [Internet]. Rochester, MN: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 1998–2025 [citado 25 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/stroke/diagnosis-treatment/drc-20350119>

Tratamiento

El tratamiento del accidente cerebrovascular (ACV) depende del tipo de accidente cerebrovascular y de la rapidez con la que se administre la terapia^{77, 80}.

- **Accidente cerebrovascular isquémico:** el objetivo principal es restablecer el flujo sanguíneo lo antes posible.
- Trombolisis intravenosa: fármacos como el activador tisular del plasminógeno (tPA) disuelven los coágulos, administrados dentro de las 4.5 horas del inicio de los síntomas.
- Trombectomía mecánica: procedimiento para extraer físicamente el coágulo en casos de oclusiones de grandes vasos, con una ventana terapéutica de hasta 24 horas en pacientes seleccionados.
- **Accidente cerebrovascular hemorrágico:** el tratamiento se enfoca en controlar el sangrado y reducir la presión intracraneal.
- Control de la presión arterial: fundamental; en pacientes anticoagulados, se busca su reversión inmediata.
- Cirugía: puede ser necesaria para reparar el vaso sanguíneo o drenar el exceso de sangre, especialmente en hemorragias intracerebrales grandes o hemorragias subaracnoideas por aneurisma roto^{77,80}.

Rehabilitación: después del tratamiento de emergencia, la rehabilitación es fundamental para ayudar a los pacientes a recuperar las funciones perdidas y mejorar la calidad de vida^{77,80}.

Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica, multifactorial y prevenible, caracterizada por un exceso anormal o excesivo de tejido adiposo que compromete la salud física, metabólica y psicológica del individuo. Se diagnostica clínicamente mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de la altura en metros (kg/m^2). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se considera obesidad un IMC igual o superior a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$. Esta condición constituye una pandemia global no transmisible que genera importantes implicaciones

en términos de morbilidad, mortalidad y costos económicos para los sistemas de salud a nivel mundial^{82,83}.

Causas de la obesidad

La etiología de la obesidad es compleja y resulta de una interacción dinámica entre factores biológicos, conductuales, sociales y ambientales, donde destacan^{83,84}:

- Desequilibrio energético crónico, con ingesta calórica superior al gasto energético⁸⁴.
- Dieta rica en alimentos ultraprocesados, azúcares y grasas saturadas, cuyo consumo ha aumentado globalmente⁸⁴.
- Sedentarismo, vinculado al menor nivel de actividad física debido a cambios en el estilo de vida y mayor uso de tecnologías⁸⁵.
- Influencia genética y epigenética, que modula la predisposición al almacenamiento de grasa y regulación del apetito⁸⁶.
- Alteraciones del sueño, en particular la restricción crónica que altera hormonas clave del apetito como leptina y grelina
- Factores psicosociales, como estrés crónico, ansiedad y depresión, los cuales favorecen conductas de “comer emocional”.
- Uso de medicamentos obesogénicos y trastornos endocrinos, tales como hipotiroidismo o síndrome de Cushing.

Clasificación de la obesidad

La clasificación más utilizada para la obesidad se basa en el índice de masa corporal (IMC) según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸²:

- Sobrepeso: 25–29.9 kg/m²
- Obesidad clase I: 30–34.9 kg/m²

⁸² World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

⁸³ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adult Obesity Causes & Consequences [Internet]. Atlanta: CDC; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/obesity/basics/consequences.html>

⁸⁴ Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17(7):401–12.

⁸⁵ Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2021;24(1):49–58.

⁸⁶ Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384:989–1002.

- Obesidad clase II: 35–39.9 kg/m²
- Obesidad clase III (mórbida o extrema): ≥ 40 kg/m²

Además, se clasifica según la distribución del tejido adiposo:

- Obesidad central o visceral, asociada a un mayor riesgo cardiovascular.
- Obesidad periférica o ginoide, con menor impacto metabólico⁸³.

Recientemente, se han propuesto fenotipos metabólicamente sanos e insanos, lo que resalta la necesidad de una evaluación clínica integral que vaya más allá del IMC para valorar el riesgo real del paciente.

Complicaciones de la obesidad

La obesidad es un factor de riesgo principal para el desarrollo de múltiples enfermedades no transmisibles (ENT), afectando diversos sistemas del organismo. Entre las complicaciones más relevantes se encuentran^{83,84,85}:

- Diabetes mellitus tipo 2
- Hipertensión arterial
- Dislipidemias aterogénicas
- Enfermedades cardiovasculares, incluyendo infarto de miocardio y accidente cerebrovascular (ACV)
- Esteatosis hepática no alcohólica
- Algunos tipos de cáncer, como mama, colon y endometrio
- Trastornos musculoesqueléticos, especialmente artrosis
- Afecciones psicológicas, como estigmatización, depresión y baja autoestima

Estos efectos reflejan el impacto sistémico de la obesidad en la salud pública y en la salud individual, elevando significativamente la morbilidad y mortalidad asociadas a las ENT^{82,83}.

Tratamiento de la obesidad

El manejo de la obesidad requiere un enfoque multidisciplinario que integre diversas estrategias para lograr una pérdida de peso sostenida y mejorar el estado de salud general. Entre los componentes fundamentales destacan^{84,85}:

- Intervención nutricional personalizada

- Promoción de actividad física regular
- Terapia conductual y psicosocial
- Tratamiento farmacológico, con fármacos como semaglutida o liraglutida⁸⁶.
- Cirugía bariátrica en casos graves o resistentes al tratamiento conservador
- Seguimiento prolongado para evitar recaídas^{85,87}

Estas intervenciones deben estar coordinadas por un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de la medicina, nutrición, psicología, fisioterapia y otras áreas relacionadas, trabajando en conjunto para abordar los múltiples factores que contribuyen a la obesidad.

Cáncer

El cáncer es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) caracterizada por el crecimiento descontrolado y anómalo de células que han perdido su regulación fisiológica. Estas células malignas tienen la capacidad de invadir tejidos adyacentes y diseminarse a órganos distantes mediante metástasis. La carcinogénesis involucra alteraciones genéticas y epigenéticas que afectan procesos celulares fundamentales como la apoptosis, la proliferación, la angiogénesis y la reparación del ADN^{88,89}.

El cáncer se diferencia de las enfermedades agudas por su progresión lenta y su curso crónico, compartiendo factores de riesgo y mecanismos comunes con otras ECNT como la diabetes tipo 2, la hipertensión arterial, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad renal crónica. Sus determinantes incluyen factores modificables como el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol, la dieta no saludable, la inactividad física y algunas infecciones crónicas, así como factores no modificables como la edad, el sexo y la predisposición genética⁹⁰.

⁸⁷Rubino F, Cohen RV, Mingrone G, le Roux CW, Mechanick JI, et al. Bariatric and metabolic surgery: The Lancet Commission. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2020;8(8):640–8.

⁸⁸Hanahan D. Hallmarks of cancer: new dimensions. *Cell.* 2022;185(15):267–80.

⁸⁹National Cancer Institute. Cancer as a genetic disease [Internet]. Bethesda: NCI; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>

⁹⁰Islami F, Guerra CE, Minihan A, et al. Cancer risk factors and screening in the US. *CA Cancer J Clin.* 2025;75(2):145–69.

A nivel global, el cáncer es una de las principales causas de mortalidad. En 2022 se registraron más de 20 millones de casos nuevos y 10 millones de muertes, y se estima que para 2030 los diagnósticos superarán los 24 millones anuales, reflejando la creciente carga de esta enfermedad a nivel mundial⁹¹. En América Latina y el Caribe, se notificaron aproximadamente 1.4 millones de casos nuevos y 700,000 muertes en 2023⁹². Además, investigaciones recientes han documentado un aumento de cánceres de inicio temprano (menores de 50 años), atribuibles a cambios en el estilo de vida, dieta, obesidad y exposición ambiental prolongada⁹³. Se calcula que entre el 40% y 44% de los cánceres en adultos están relacionados con factores de riesgo modificables⁹⁰.

Clasificación

Los cánceres se clasifican según el tejido de origen y el tipo celular, lo que determina su comportamiento clínico y terapéutico. Las categorías principales incluyen⁹⁴:

- Carcinomas, derivados de células epiteliales como mama, pulmón, colon, próstata y páncreas.
- Sarcomas, originados en tejidos conectivos como hueso, músculo y cartílago.
- Leucemias y linfomas, que afectan el tejido hematopoyético y linfático.
- Tumores germinales y blastomas, frecuentes en edades pediátricas.

La clasificación más reciente de la OMS/IARC (“Blue Books”, 5.^a edición) incorpora biomarcadores moleculares y perfiles genéticos, permitiendo una clasificación más precisa y un abordaje terapéutico más eficaz⁹⁵.

Tratamiento

El tratamiento oncológico moderno se basa en un enfoque multimodal e individualizado. Las estrategias incluyen cirugía oncológica para tumores localizados, radioterapia con fines curativos o paliativos, quimioterapia adyuvante o sistémica, terapias dirigidas como inhibidores de tirosina quinasa (EGFR, HER2) o antiangiogénicos, inmunoterapia

⁹¹ Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2022. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):1–37.

⁹² Pan American Health Organization (PAHO). *Cancer in the Americas: Country Profiles 2023* [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/cancer-americas-country-profiles-2023>

⁹³ Liu Y, Sonnenberg A, Park JY, et al. Early-onset cancers on the rise. *Nat Rev Clin Oncol*. 2023;20(9):525–40.

⁹⁴ Kumar V, Abbas A, Aster JC. *Robbins Basic Pathology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.

⁹⁵ WHO/IARC. *WHO classification of tumours, 5th edition*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020–2023.

mediante bloqueadores de puntos de control inmunológico (PD-1/PD-L1, CTLA-4) o terapia celular (CAR-T), y terapias emergentes como nanomedicina y aplicaciones de inteligencia artificial para predicción terapéutica, vigilancia y respuesta⁹⁶.

Factores de riesgo

El cáncer comparte con otras ECNT un conjunto de factores de riesgo acumulativos⁹⁰:

Modificables:

- Tabaquismo y consumo de alcohol, ambos incrementan significativamente la incidencia de múltiples tipos de cáncer.
- Obesidad, sobrepeso y estilo de vida sedentario, asociados a un mayor riesgo de cáncer de mama, colorrectal, endometrial y hepático.
- Dieta no saludable, alta en carnes procesadas, azúcares y grasas saturadas, con bajo consumo de fibra.
- Infecciones oncogénicas como el virus del papiloma humano (VPH), hepatitis B/C y *Helicobacter pylori*.

No modificables:

- Edad avanzada.
- Sexo, algunas neoplasias tienen distribución diferencial por género.
- Predisposición genética: mutaciones heredadas como BRCA1/2, APC o TP53.

Prevención

La prevención constituye el pilar fundamental en la lucha contra el cáncer. Se estima que hasta el 50 % de los casos podrían prevenirse controlando los factores de riesgo conocidos⁹⁰.

Las estrategias más efectivas incluyen:

- Abandono del tabaco y reducción del consumo de alcohol.
- Alimentación saludable y actividad física regular, con al menos 150 minutos semanales de ejercicio aeróbico moderado.
- Control del peso corporal y prevención de la obesidad.

⁹⁶ Ribas A, Wolchok JD. Checkpoint blockade immunotherapy. *Science*. 2021;359(6382):1350–5.

- Vacunación contra el VPH y hepatitis B, previniendo cáncer cervical y hepático, respectivamente.
- Tamizaje poblacional estructurado (mamografía, Papanicolaou, colonoscopia) para detectar lesiones tempranas.
- Políticas públicas para reducir inequidades en salud y crear entornos protectores⁹⁷.

⁹⁷ World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). Diet, nutrition, physical activity and cancer: global report [Internet]. London: WCRF/AICR; 2021 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.wcrf.org>

2.3 Marco contextual

Desde el punto de vista social, económico y político, la población atendida por el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, ubicado en Los Alcarrizos, Santo Domingo, se caracteriza por una alta densidad poblacional y condiciones de pobreza estructural. Esta área presenta niveles significativos de vulnerabilidad social, lo que se traduce en una creciente demanda de servicios sanitarios.

Además, al estar ubicada en un sector de bajos ingresos, el acceso de los habitantes a servicios básicos como salud, educación y empleo se encuentra limitado⁹⁸.

⁹⁸ Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). Informe de Gestión Anual 2023 [Internet]. Santo Domingo: CNSS; 2023 [citado 21 Ago 2025]. Disponible en: https://wp.cnss.gob.do/wp-content/uploads/2025/01/informe-gestion-anual-2023_compressed.pdf

Capítulo 3. Diseño metodológico

3.1 Hipótesis

Nivel de conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria Hospital General Dr. Vinicio Calventi es muy baja.

3.2 Variables

3.2.1 Variable dependiente

- Nivel de conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles

3.2.2 Variables independientes

- Sexo
- Edad
- Antecedentes patológicos familiares
- Enfermedad no transmisibles
- Escolaridad
- Factores de riesgos
- Estilo de vida
- Hábitos tóxicos
- Dieta
- Medidas antropométricas
- Prevención
- Chequeo de rutina
- Índice de masa corporal

3.3 Operacionalización de las variables

| Variable | Tipo y subtipo | Definición | Indicador |
|-------------------------------------|---------------------------|---|--|
| Sexo | Cualitativa Nominal | Condición orgánica que distingue al macho de la hembra en los seres humanos. | Masculino Femenino |
| Edad | Cuantitativa Ordinaria | Espacio de años que han corrido de un tiempo a otro. | 18-30 31-45 46-60 61-75 Mayor 76 |
| Antecedentes patológicos familiares | Cualitativa Nominal | Enfermedades significativas padecidas por los parientes cercanos al paciente, de especial importancia cuando se sospecha un trastorno de base hereditaria o la exposición en el ambiente familiar a determinados factores de riesgo. Estos datos deben registrarse al elaborar la historia clínica. | HTA DM2 Anemia de células falciforme Cáncer Ninguna Desconoce |
| Enfermedad no transmisible | Cualitativa Nominal | Enfermedad que no se transmite por contagio directo ni indirecto de una persona enferma a una persona sana. | HTA DM2 Anemia de células falciforme Cáncer |
| Escolaridad | Cualitativa Ordinal | Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. | Primaria Secundaria incompleta Bachiller |

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|---|---|
| Factores de riesgo | Cualitativa Ordinal | Situación determinada o condicionada por la presencia de eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente, que están relacionados con la aparición de una enfermedad o de un efecto indeseable y que pueden ser la causa de los mismos. | Tabaquismo Ejercicio Ingesta de frutas y verduras Alcohol |
| Estilo de vida | Cualitativa Nominal | Conjunto de directrices, tradicionales, creencias, valores y pautas de conducta desarrolladas y restauradas en la socialización. | Actividad física Alimentación Consumo de sustancia Sueño |
| Hábitos tóxicos | Cualitativa Nominal | Forma de proceder adquirida por la práctica reiterada de un acto o una conducta o consumo que, en cantidades relativamente pequeñas, puede producir efectos adversos. | Consumo de alcohol Tabaco Drogas ilícitas Café Tizanas |
| Dieta | Cualitativa Nominal | Alimentación metódica basada en el uso preferente de algunos alimentos o en la exclusión de otros, por lo general con fines terapéuticos. | Consumo de sal Consumo de azúcar Consumo de frutas Consumo de grasas saturadas |
| Medidas antropométricas | Cuantitativa De razón | Cálculo y proporciones del cuerpo humano | Peso Circunferencia de cintura Índice de masa corporal Altura |

| | | | |
|-------------------|-------------------------|---|--|
| Prevención | Cuantitativa Nominal | Conjunto de medidas y actividades sanitarias tendentes a preservar a las personas o a la sociedad de las enfermedades. | Anuncios Charlas Volantes Afiches Redes sociales |
| Chequeo de rutina | Cualitativa Nominal | Examen clínico orientado a valorar el estado de salud de una persona; suele incluir una exploración física completa y, por lo general, la práctica de análisis clínicos y de exploraciones complementarias sencillas. | Signos vitales Exámenes de laboratorio Examen físico Estudios de imágenes Profilaxis bucal Examen de la oftalmológico |

3.4 Diseño metodológico

3.4.1 Tipo de estudio

Se realizó estudio prospectivo de corte transversal, no probabilístico, con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del hospital general Dr. Vinicio Calventi abril–mayo 2025.

3.4.2 Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el Hospital General Dr. Vinicio Calventi, ubicado en la carretera Hato nuevo No. 43, municipio de los Alcarrizos, en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana.

Al Norte: (Calle Gregorio Luperón) Al Sur: (Carretera Hato Nuevo)

Al Este: (Carretera Hato Nuevo)

Al Oeste: (Calle Napoleón Bonaparte)

3.4.3 Tiempo de realización

Abril–Mayo 2025.

3.4.4 Universo

Estuvo representado por 1,200 pacientes quienes acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo Abril- Mayo 2025

3.4.5 Muestra

Estuvo constituida por 213 pacientes.

3.4.6 Criterios de inclusión

- Paciente que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de una enfermedad crónica no transmisible.
- Pacientes de ambos sexos.

3.4.7 Fuente de información

Información fue obtenida a través de un cuestionario aplicado a los pacientes que acudieron a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, libros, tesis, revistas médicas e información en línea.

3.4.8 Método, técnica y procedimiento

La técnica empleada fue una encuesta. Como instrumento de recolección de datos se elaboró un cuestionario para determinar el nivel de conocimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, tomando en cuenta las variables del estudio.

Posterior a la aprobación de este anteproyecto de tesis por el comité de ética de la Universidad Iberoamericana (UNIBE), se emitió una comunicación al jefe del departamento de enseñanza e investigación del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, solicitando su aprobación para realizar dicho trabajo de investigación, tras su autorización nos dirigimos al área de consulta externa donde abordamos los pacientes de la consulta de medicina familiar para el llenado de los cuestionarios.

3.4.9 Procesamiento de los datos

Mediante la técnica estadística de palotes, los resultados arrojados por medio del instrumento de recolección de datos fueron procesados por medio del programa computarizado Microsoft Office Excel 2007 donde se crearon cuadros con las informaciones obtenidas en los cuestionarios, luego se realizaron los gráficos para una mejor interpretación de los resultados.

3.4.10 Principios éticos

Esta investigación se rigió por el principio ético del respeto por las personas, conforme a las directrices de la Declaración de Helsinki. Previo a la aplicación del instrumento, se obtuvo el consentimiento informado escrito de todos los participantes, asegurando el carácter voluntario de su participación, la confidencialidad de sus respuestas y el anonimato en el tratamiento de los datos. En ningún momento se vulneraron los derechos, la integridad ni la dignidad de los encuestados.

Capítulo 4 Resultados

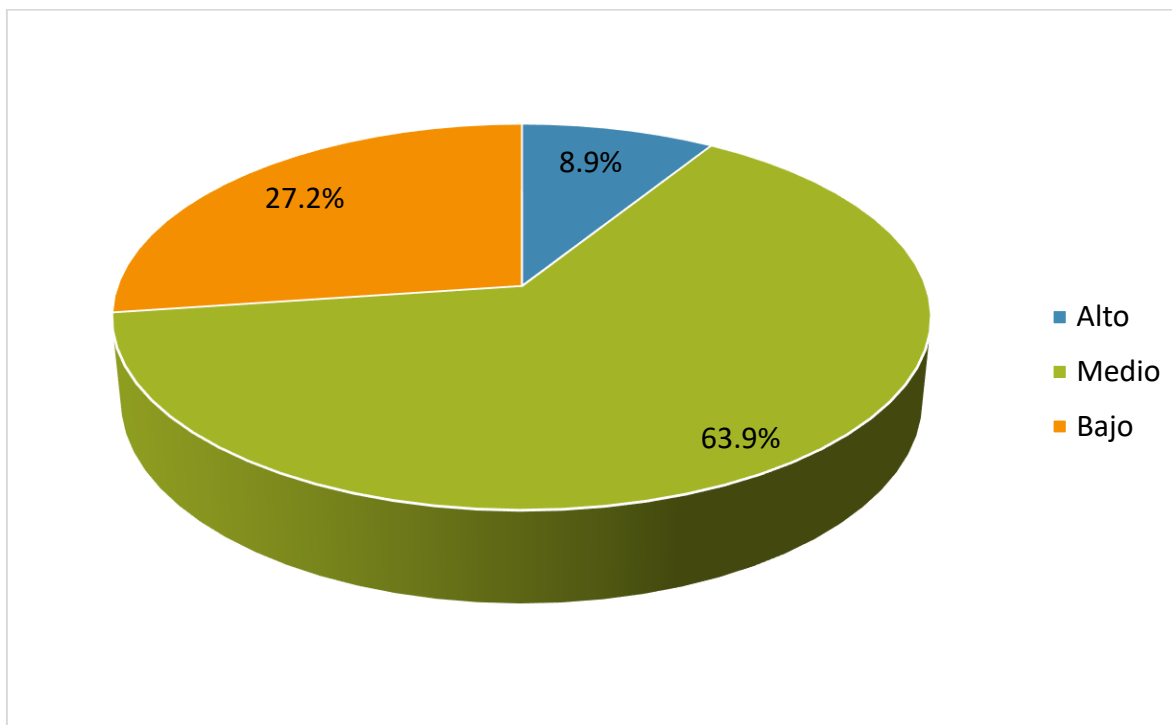
4.1 Resultados

Cuadro No. 1. Nivel de conocimiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Nivel de conocimiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Alto | 19 | 8.9% |
| Medio | 136 | 63.9% |
| Bajo | 58 | 27.2% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 1. Nivel de conocimiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles en los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



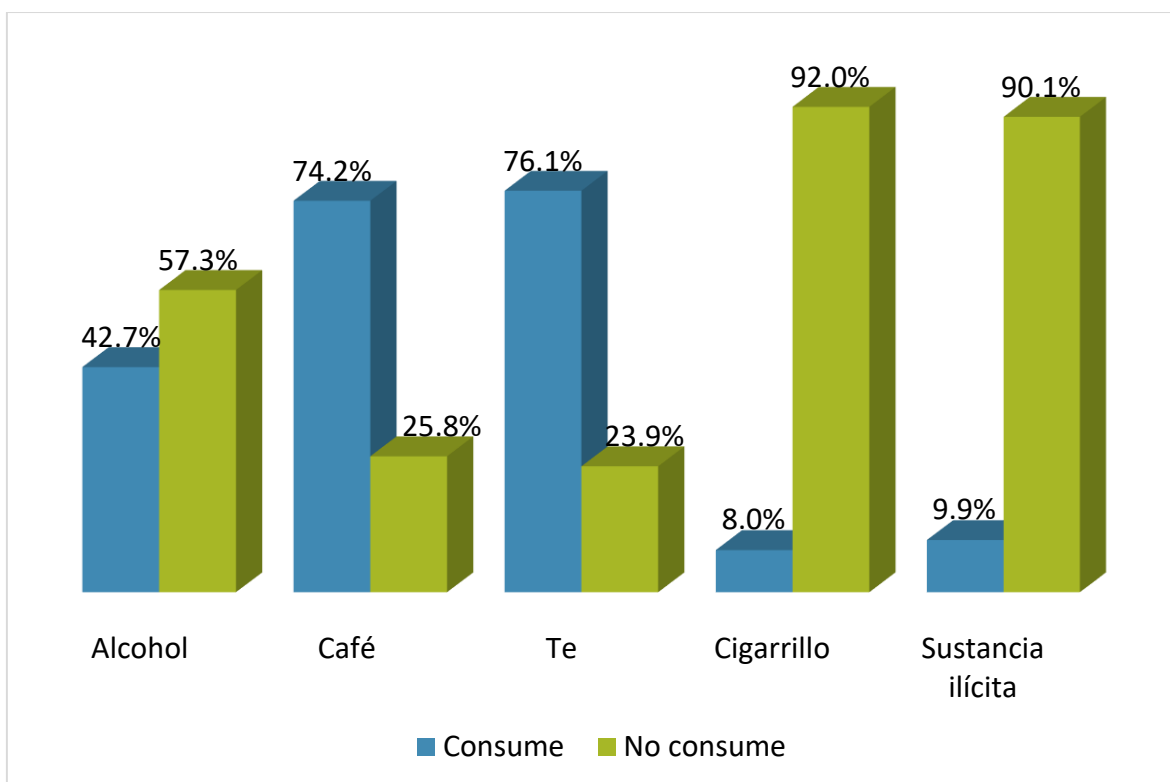
Fuente: Cuadro No. 1.

Cuadro No. 2. Hábitos tóxicos de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Hábitos tóxicos | Consume | | No consume | | Total | |
|-------------------|---------|-------|------------|-------|-------|--------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Alcohol | 91 | 42.7% | 122 | 57.3% | 213 | 100.0% |
| Café | 158 | 74.2% | 55 | 25.8% | 213 | 100.0% |
| Te | 162 | 76.1% | 51 | 23.9% | 213 | 100.0% |
| Cigarrillo | 17 | 8.0% | 196 | 92.0% | 213 | 100.0% |
| Sustancia ilícita | 21 | 9.9% | 192 | 90.1% | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 2. Hábitos tóxicos de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



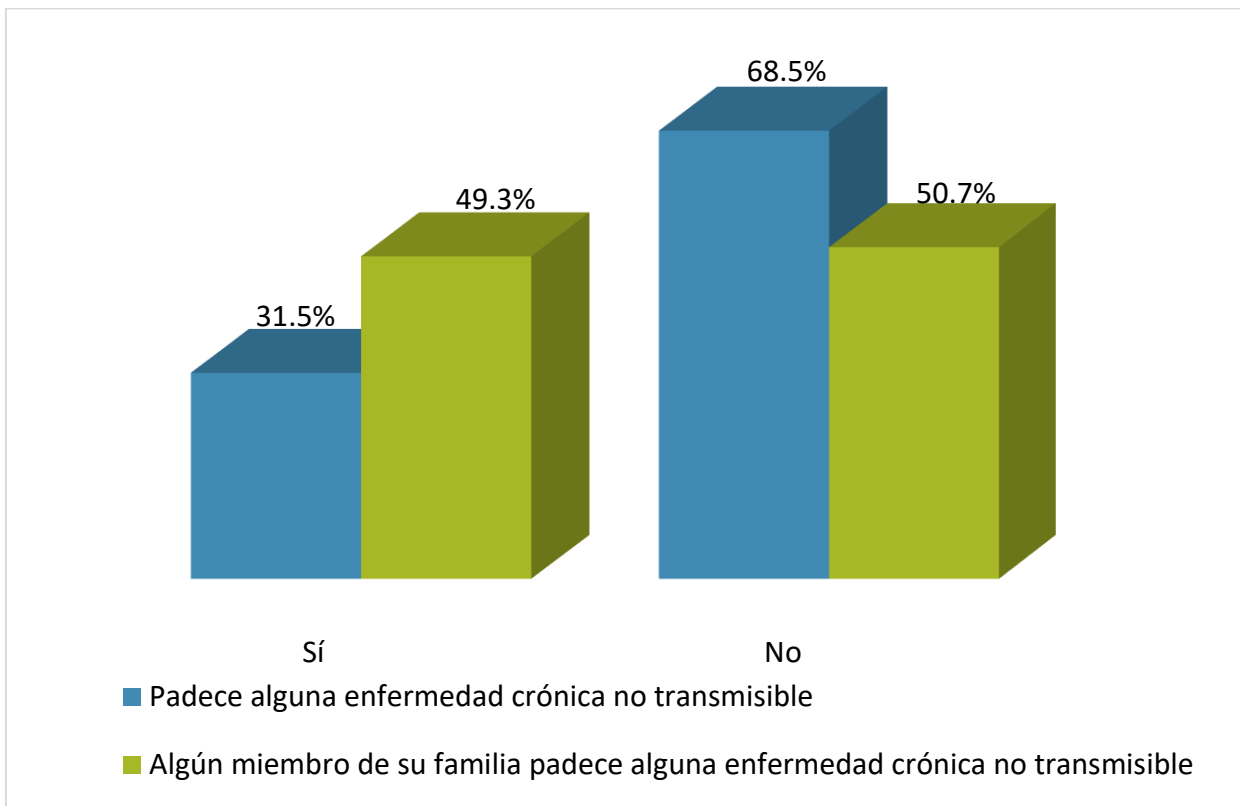
Fuente: Cuadro No. 2.

Cuadro No. 3. Antecedentes heredofamiliares de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Antecedentes heredofamiliares | Sí | | No | | Total | |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Padece alguna enfermedad crónica no transmisible | 67 | 31.5% | 146 | 68.5% | 213 | 100.0% |
| Algún miembro de su familia padece alguna enfermedad crónica no transmisible | 105 | 49.3% | 108 | 50.7% | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 3. Antecedentes heredofamiliares de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



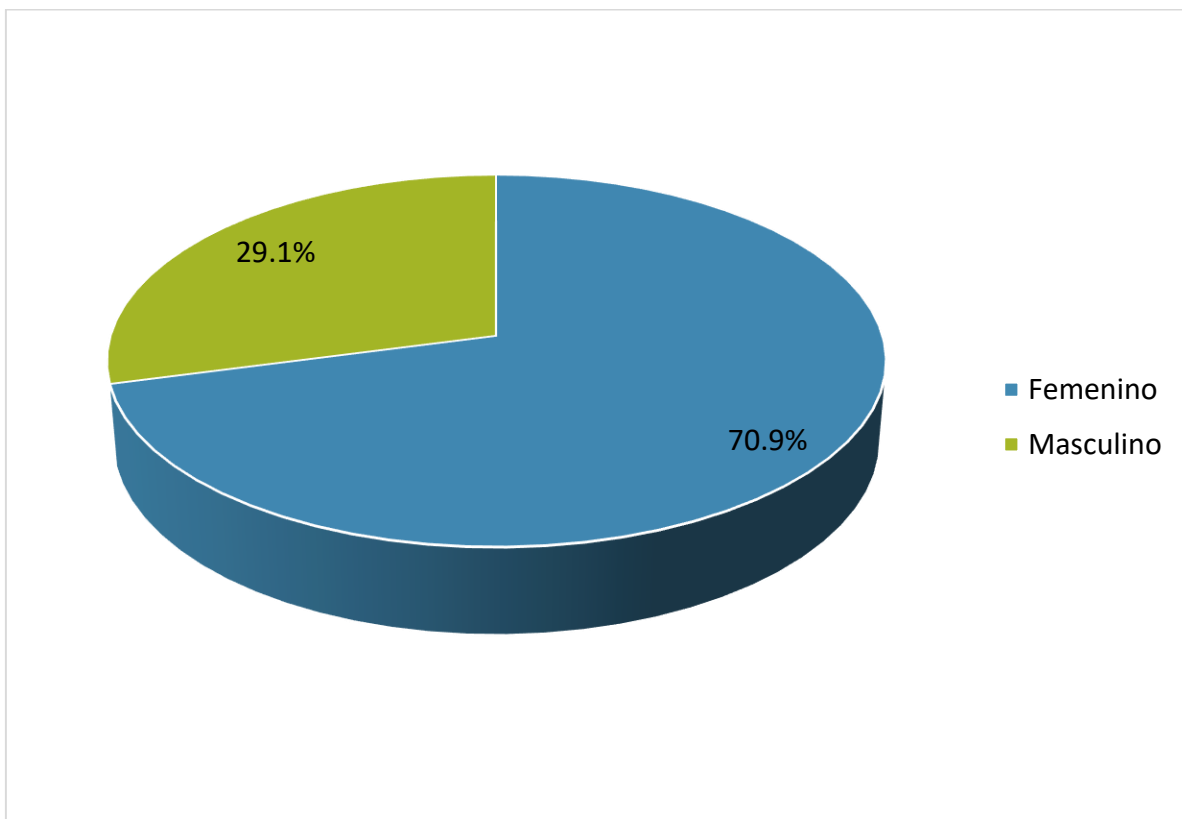
Fuente: Cuadro No. 3.

Cuadro No. 4. Sexo de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Femenino | 151 | 70.9% |
| Masculino | 62 | 29.1% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 4. Sexo de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



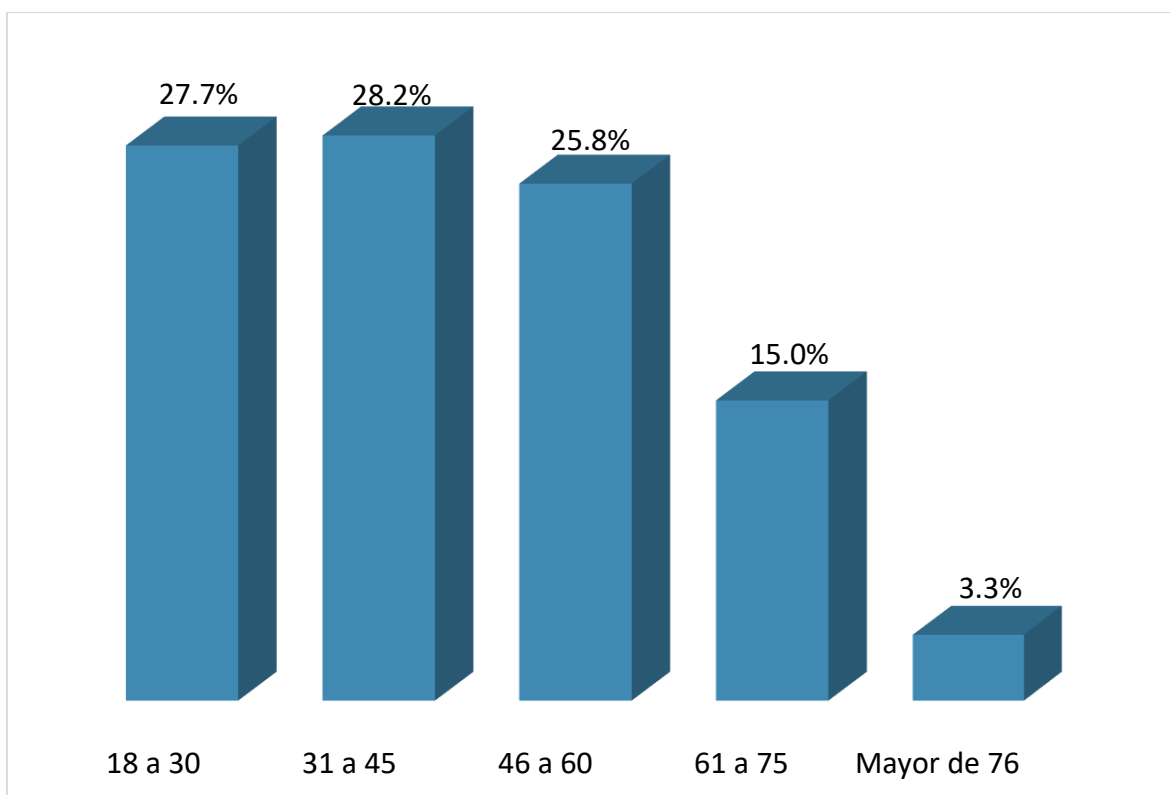
Fuente: Cuadro No. 4.

Cuadro No. 5. Edad de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Edad | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| 18 a 30 | 59 | 27.7% |
| 31 a 45 | 60 | 28.2% |
| 46 a 60 | 55 | 25.8% |
| 61 a 75 | 32 | 15.0% |
| Mayor de 76 | 7 | 3.3% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 5. Edad de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



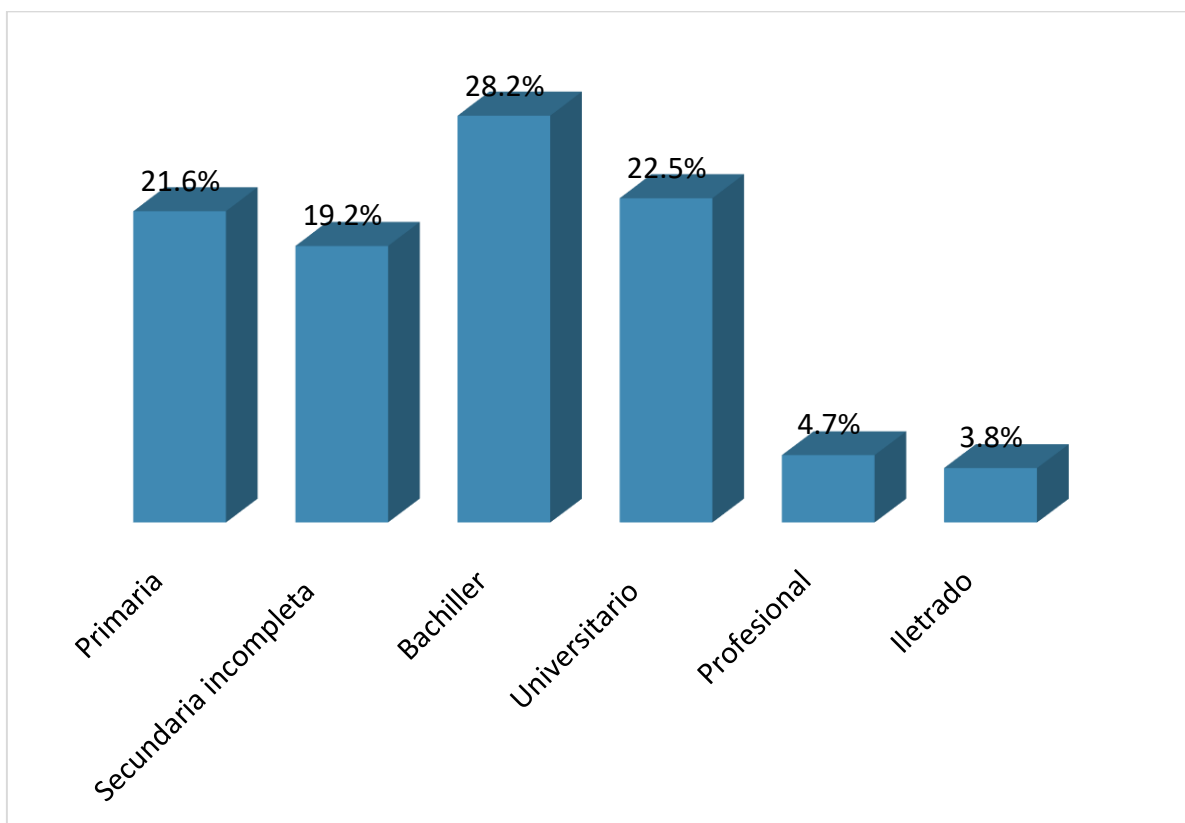
Fuente: Cuadro No. 5.

Cuadro No. 6. Nivel educativo de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Nivel educativo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Primaria | 46 | 21.6% |
| Secundaria incompleta | 41 | 19.2% |
| Bachiller | 60 | 28.2% |
| Universitario | 48 | 22.5% |
| Profesional | 10 | 4.7% |
| Iletrado | 8 | 3.8% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 6. Nivel educativo de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



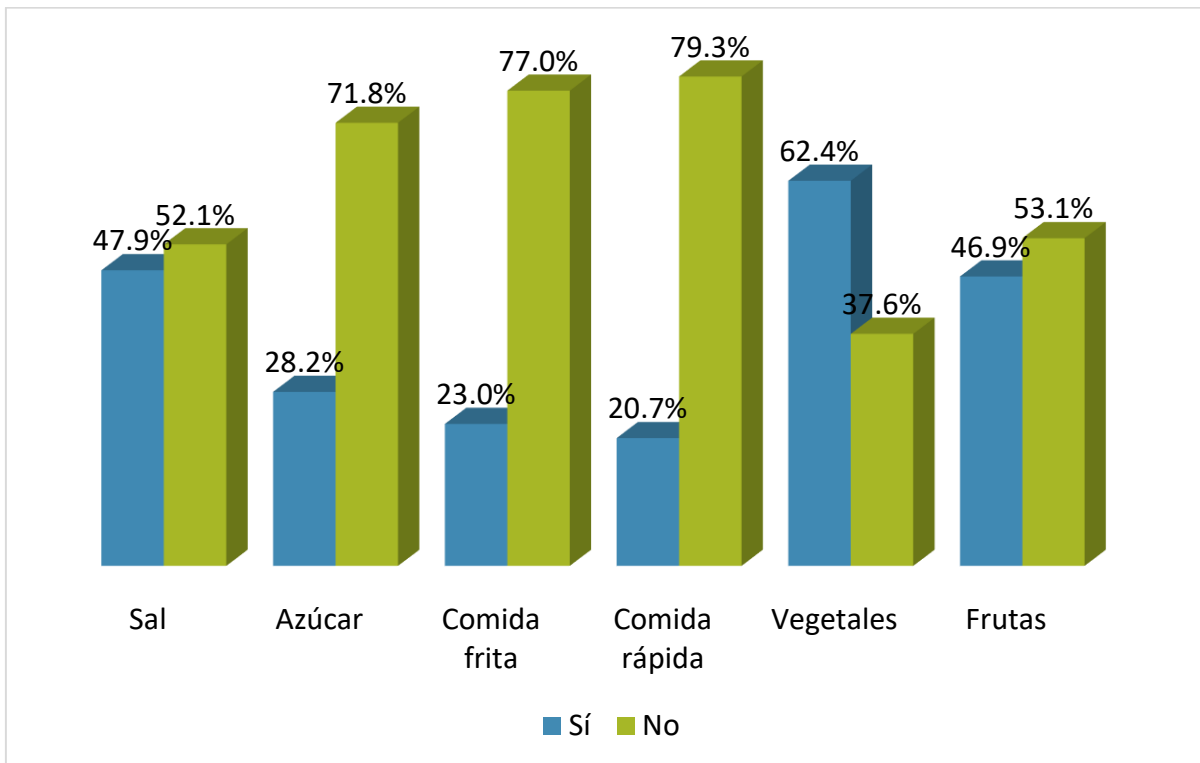
Fuente: Cuadro No. 6.

Cuadro No. 7. Dieta de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| La dieta diaria es rica en: | Sí | | No | | Total | |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Sal | 102 | 47.9% | 111 | 52.1% | 213 | 100.0% |
| Azúcar | 60 | 28.2% | 153 | 71.8% | 213 | 100.0% |
| Comida frita | 49 | 23.0% | 164 | 77.0% | 213 | 100.0% |
| Comida rápida | 44 | 20.7% | 169 | 79.3% | 213 | 100.0% |
| Vegetales | 133 | 62.4% | 80 | 37.6% | 213 | 100.0% |
| Frutas | 100 | 46.9% | 113 | 53.1% | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 7. Dieta de los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



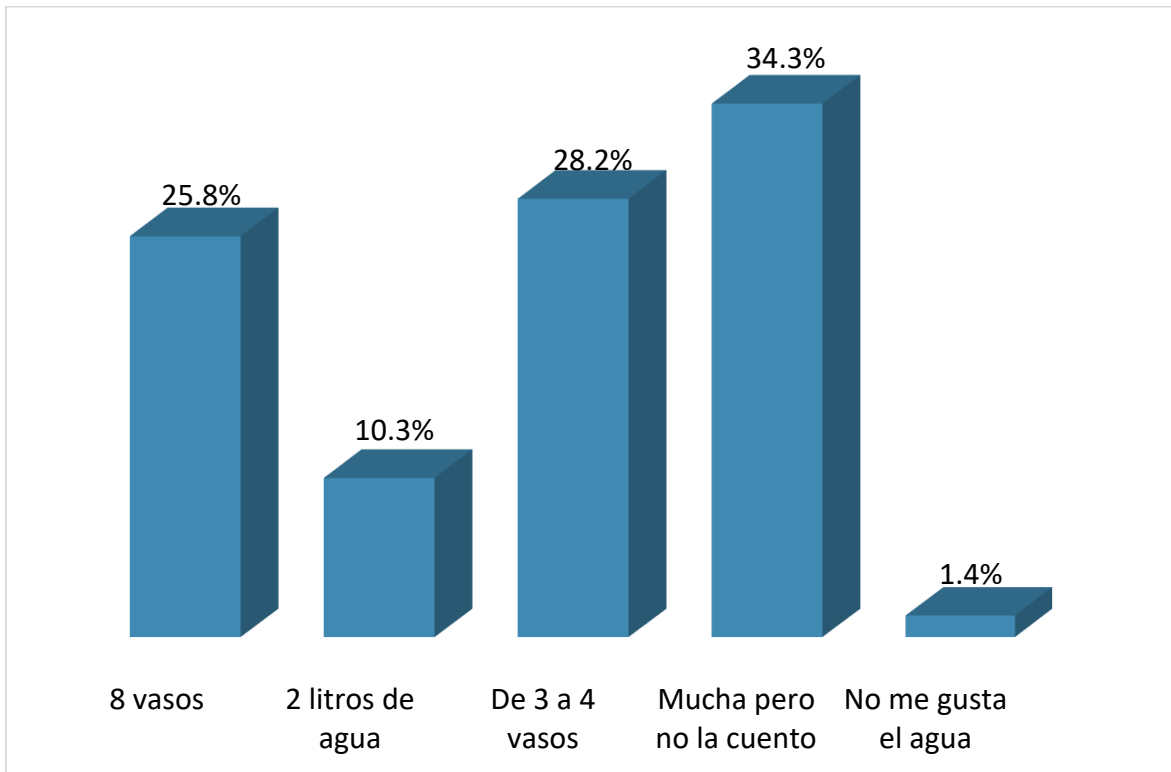
Fuente: Cuadro No. 7.

Cuadro No. 8. Cantidad de vasos de agua al día toman los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Vasos de agua al día | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| 8 vasos | 55 | 25.8% |
| 2 litros de agua | 22 | 10.3% |
| De 3 a 4 vasos | 60 | 28.2% |
| Mucha pero no la cuento | 73 | 34.3% |
| No me gusta el agua | 3 | 1.4% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 8. Cantidad de vasos de agua al día toman los pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



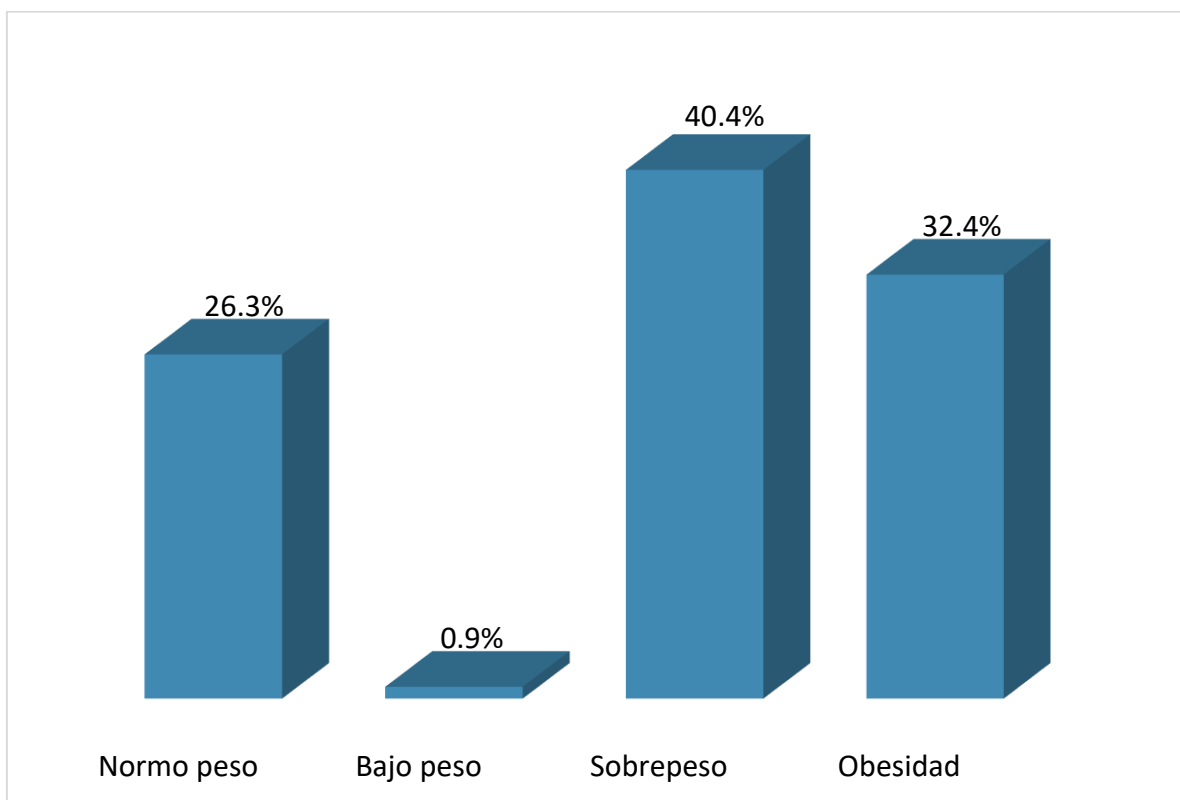
Fuente: Cuadro No. 8.

Cuadro No. 9. Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Índice de Masa Corporal (IMC) | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| Normo peso | 56 | 26.3% |
| Bajo peso | 2 | 0.9% |
| Sobrepeso | 86 | 40.4% |
| Obesidad | 69 | 32.4% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 9. Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



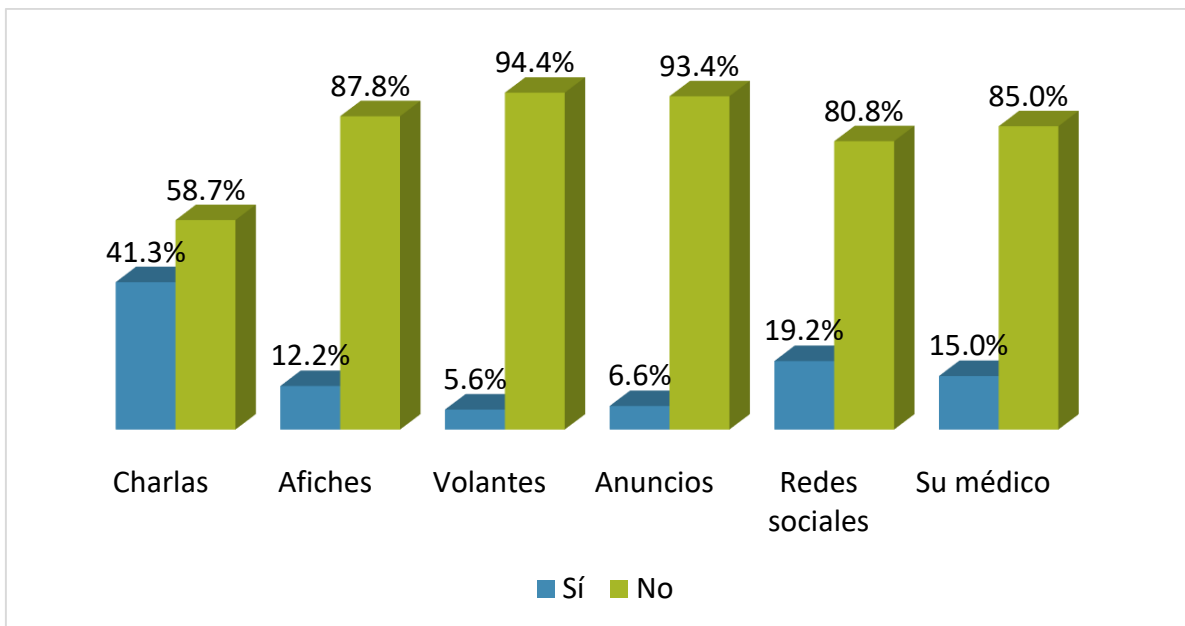
Fuente: Cuadro No. 9.

Cuadro No. 10. Fuente de información sobre políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de la institución en pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Fuente de información sobre políticas de prevención | Sí | | No | | Total | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|--------|
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Charlas | 88 | 41.3% | 125 | 58.7% | 213 | 100.0% |
| Afiches | 26 | 12.2% | 187 | 87.8% | 213 | 100.0% |
| Volantes | 12 | 5.6% | 201 | 94.4% | 213 | 100.0% |
| Anuncios | 14 | 6.6% | 199 | 93.4% | 213 | 100.0% |
| Redes sociales | 41 | 19.2% | 172 | 80.8% | 213 | 100.0% |
| Su médico | 32 | 15.0% | 181 | 85.0% | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 10. Fuente de información sobre políticas de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles de la institución en pacientes de la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



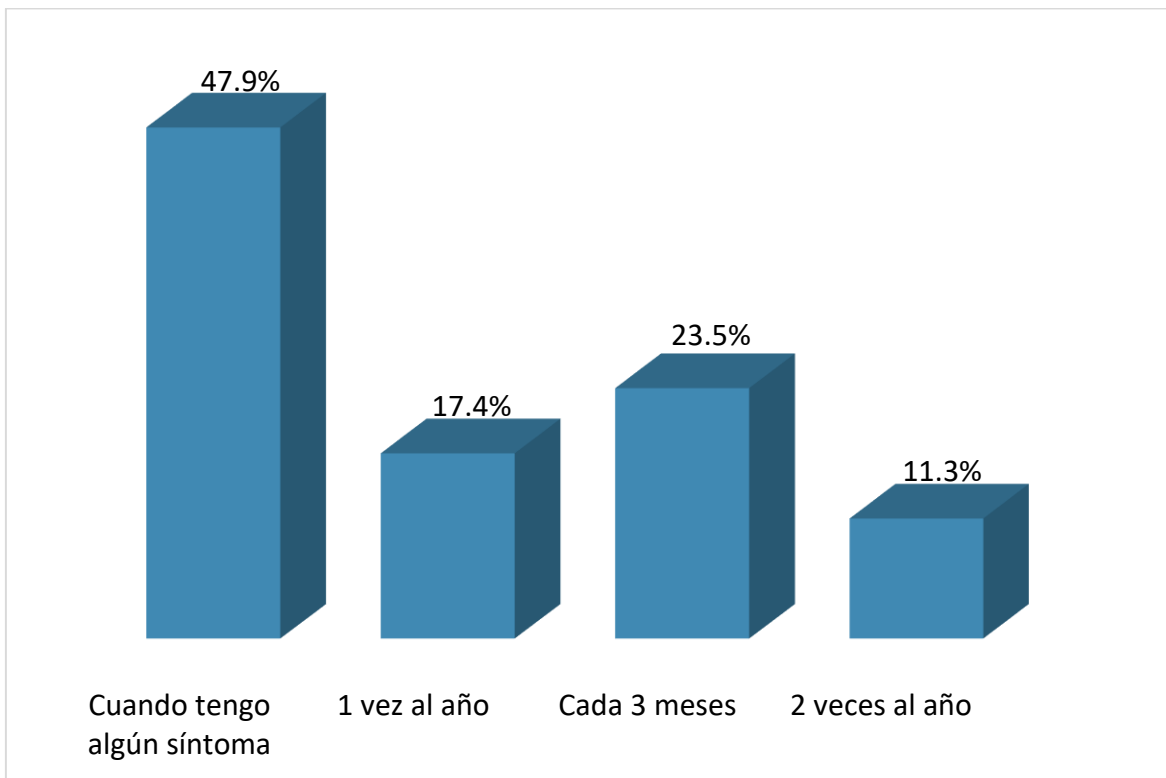
Fuente: Cuadro No. 10.

Cuadro No. 11. Chequeos de rutina de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Chequeos de rutina | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Cuando tengo algún síntoma | 102 | 47.9% |
| 1 vez al año | 37 | 17.4% |
| Cada 3 meses | 50 | 23.5% |
| 2 veces al año | 24 | 11.3% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 11. Chequeos de rutina de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



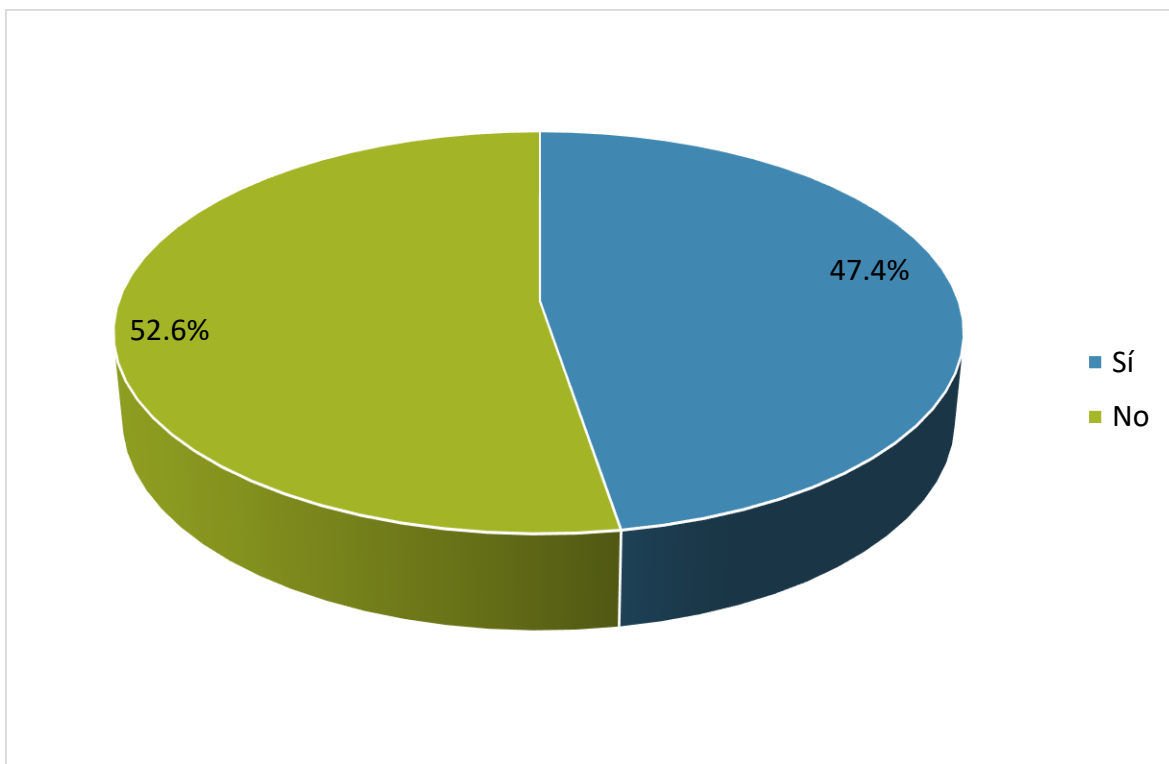
Fuente: Cuadro No. 11.

Cuadro No. 12. Estilo de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. (Actividad física)

| Realiza actividad física | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Sí | 101 | 47.4% |
| No | 112 | 52.6% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 12. Estilo de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. (Actividad física)



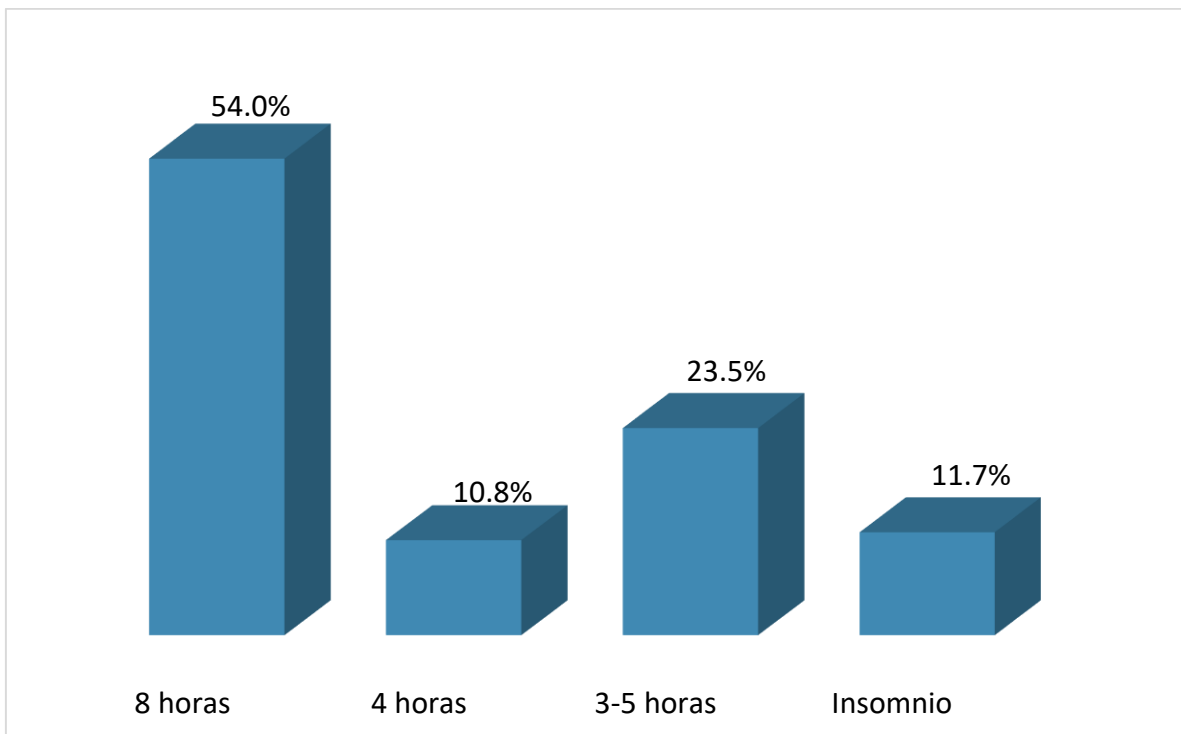
Fuente: Cuadro No. 12.

Cuadro No. 13. Estilo de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. (Horas de sueño por noche)

| Horas de sueño por noche | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| 8 horas | 115 | 54.0% |
| 4 horas | 23 | 10.8% |
| 3-5 horas | 50 | 23.5% |
| Insomnio | 25 | 11.7% |
| Total | 213 | 100.0% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 13. Estilo de vida de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi. (Horas de sueño por noche)



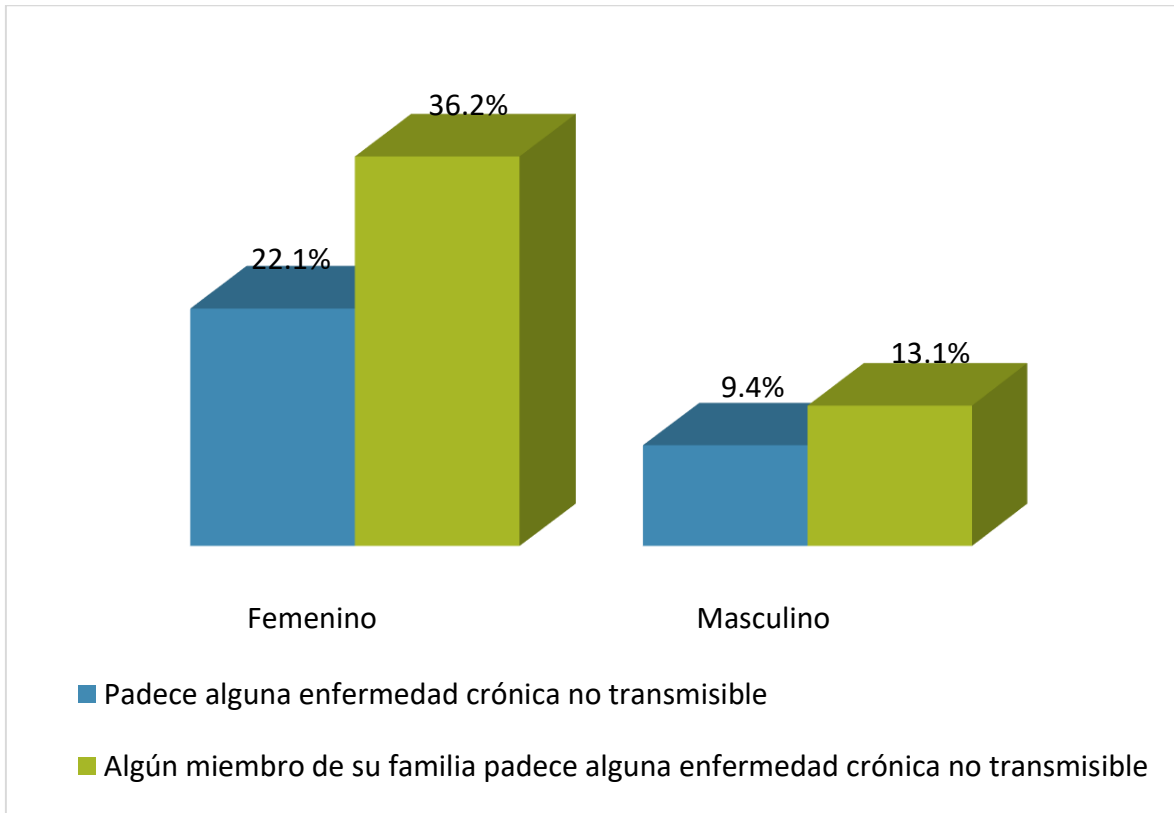
Fuente: Cuadro No. 13.

Cuadro No. 14. Relación entre el sexo y los antecedentes heredofamiliares de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Antecedentes heredofamiliares | Sexo | | | | Total | |
|--|----------|-------|-----------|-------|-------|-------|
| | Femenino | | Masculino | | Frec. | Porc. |
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | | |
| Padece alguna enfermedad crónica no transmisible | 47 | 22.1% | 20 | 9.4% | 67 | 31.5% |
| Algún miembro de su familia padece alguna enfermedad crónica no transmisible | 77 | 36.2% | 28 | 13.1% | 105 | 49.3% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráfico No. 14. Relación entre el sexo y los antecedentes heredofamiliares de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



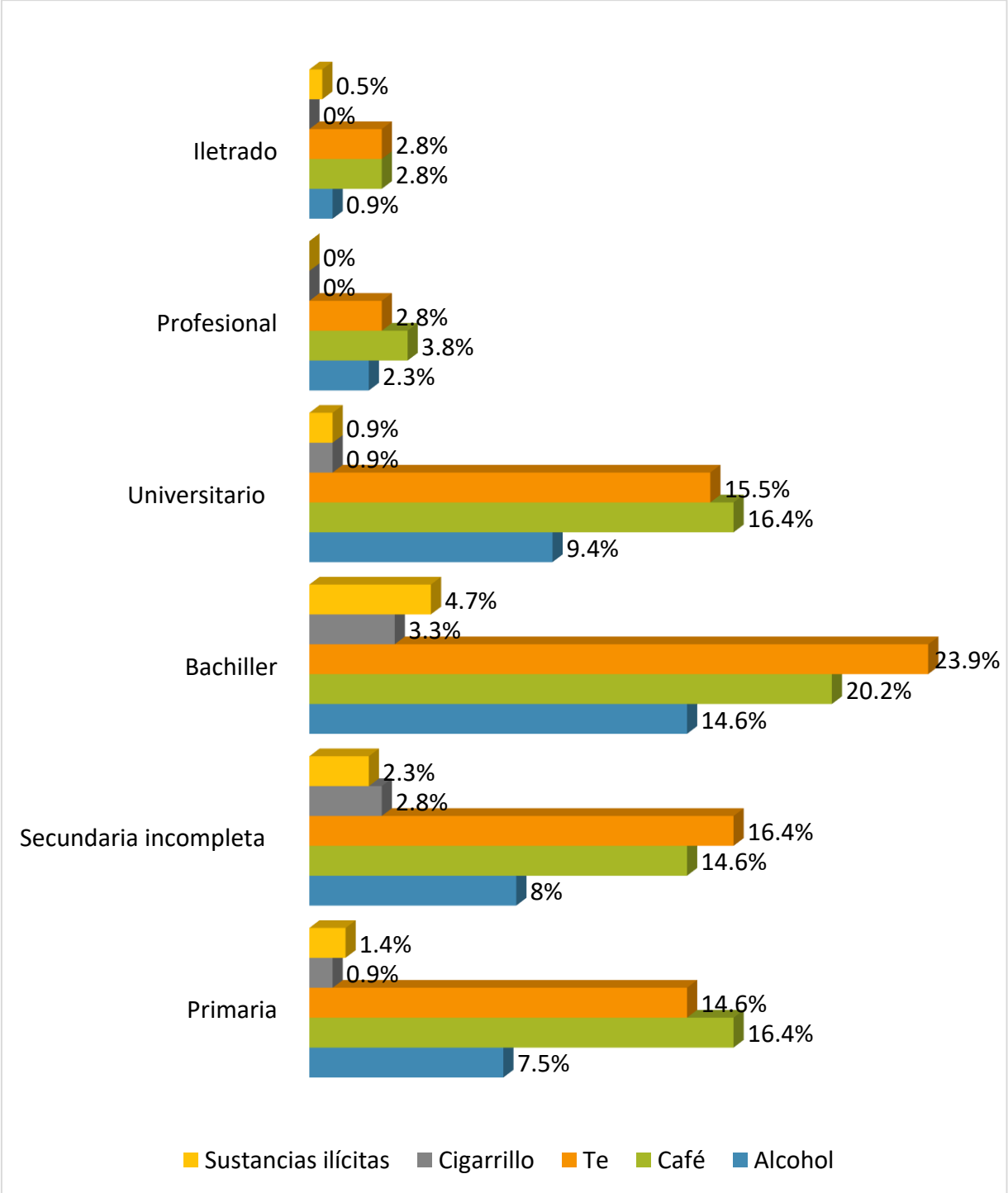
Fuente: Cuadro No. 14.

Cuadro No. 15. Relación entre la escolaridad y los hábitos tóxicos heredofamiliares de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.

| Escolaridad | Hábitos tóxicos | | | | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|-------|---------------------|-------|
| | Alcohol | | Café | | Te | | Cigarrillo | | Sustancias ilícitas | |
| | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. | Frec. | Porc. |
| Primaria | 16 | 7.5% | 35 | 16.4% | 31 | 14.6% | 2 | 0.9% | 3 | 1.4% |
| Secundaria incompleta | 17 | 8.0% | 31 | 14.6% | 35 | 16.4% | 6 | 2.8% | 5 | 2.3% |
| Bachiller | 31 | 14.6% | 43 | 20.2% | 51 | 23.9% | 7 | 3.3% | 10 | 4.7% |
| Universitario | 20 | 9.4% | 35 | 16.4% | 33 | 15.5% | 2 | 0.9% | 2 | 0.9% |
| Profesional | 5 | 2.3% | 8 | 3.8% | 6 | 2.8% | 0 | 0% | 0 | 0.0% |
| Iletrado | 2 | 0.9% | 6 | 2.8% | 6 | 2.8% | 0 | 0% | 1 | 0.5% |
| Total | 91 | 42.7% | 158 | 74.2% | 162 | 76.1% | 17 | 8.0% | 21 | 9.9% |

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Gráficos No. 15. Relación entre la escolaridad y los hábitos tóxicos heredofamiliares de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi.



Fuente: Cuadro No. 15.

Capítulo 5 Discusión y Conclusiones

5.1 Discusión

De los 213 pacientes encuestados en la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se observó que el 63,9% presentaba un nivel medio de conocimiento sobre las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Un 27,2% mostró un nivel bajo, mientras que solo el 8,9% alcanzó un nivel alto de conocimiento. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado por Kagaruki et al.⁹⁹ en dos distritos de Tanzania, como parte de la iniciativa WHO PEN Plus, en el cual se identificó que el 65% de los participantes tenía un conocimiento moderado, el 23% bajo y únicamente el 12% alcanzó un conocimiento alto sobre ECNT.

En los resultados obtenidos en la presente investigación, se evidenció que el hábito de mayor prevalencia entre los participantes fue el consumo de té, reportado por el 76,1% de los encuestados, seguido por el alto consumo de café (74%). El consumo de alcohol se situó en un nivel medio (42,1%), mientras que el consumo de cigarrillo fue bajo (8%). Estos hallazgos difieren de los reportados por De La Rosa Calletano y Pérez Díaz¹⁰⁰ en pacientes con diabetes mellitus atendidos en la consulta de diabetología del Hospital General Dr. Vinicio Calventi durante el periodo mayo-junio de 2022, donde se encontró que el 20,3% de los pacientes consumía café, el 13% té, el 4,9 % alcohol y el 3,3% tabaco.

En la presente investigación, se identificó que el 31,5% de los participantes padecía alguna enfermedad crónica no transmisible, mientras que un 49,3% reportó antecedentes heredofamiliares, lo que evidencia una alta predisposición genética en la población evaluada. Estos hallazgos coinciden parcialmente con los reportados por Santhosh et al.¹⁰¹, quienes observaron que el 37,9% de los trabajadores de salud con antecedentes familiares presentaba una ECNT activa, en comparación con el 26,5% de aquellos sin antecedentes. Asimismo, el estudio demostró que la presencia de

⁹⁹ Kagaruki GB, Mayige MT, Ngadaya ES, Kapito-Tembo A, Lwilla F, Mutagaywa R, et al. Assessment of community knowledge on non communicable diseases to inform the pilot of WHO PEN Plus initiatives in selected districts in Tanzania. *PLoS One*. 2025;20(3):e0321695. doi:10.1371/journal.pone.0321695..

¹⁰⁰ De La Rosa Calletano MI, Pérez Díaz MI. Conocimientos que poseen los pacientes con diabetes mellitus sobre su enfermedad y autocuidado en la consulta de diabetología del Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo mayo-junio 2022 [Internet]. Santo Domingo (DO): Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2022.

¹⁰¹ Santhosh ST, et al. The association of family history with disease prevalence among healthcare workers: cross-sectional evidence from sub Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2025;25(1):22484. doi:10.1186/s12889-025-22484-

antecedentes heredofamiliares incrementa casi el doble la probabilidad de desarrollar una ECNT (OR ajustado: 1,91; IC 95 %: 1,30–2,80; $p = 0,001$).

En la presente investigación, los resultados muestran que la mayoría de los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar y comunitaria se concentró en los grupos etarios de 31 a 45 años (28,2%), 18 a 30 años (27,7%) y 46 a 60 años (25,8%), lo que en conjunto representa un 81,7% de la muestra. Los pacientes de 61 a 75 años constituyeron el 15,0%, y los mayores de 76 años, el 3,3%. Estos hallazgos difieren del estudio realizado por Nielsen et al.¹⁰² en el Reino Unido, donde los pacientes de edad avanzada tienden a ser usuarios frecuentes de la atención primaria. Específicamente, el 25% de los adultos entre 55 y 64 años eran considerados asistentes frecuentes, cifra que aumentó al 33 % en los de 65–74 años y al 48 % entre los mayores de 75 años.

En el presente estudio, los resultados relacionados con los hábitos dietéticos revelaron que el consumo de azúcares (28%), comidas fritas (23%) y alimentos ultraprocesados como comida rápida (20,7%) fue bajo, mientras que el consumo de frutas (46,9 %) y verduras (62,4%) se mantuvo en un rango medio. Por el contrario, el consumo de sal fue elevado en un 47,9% de los participantes. Estos hallazgos difieren de los reportados por Gómez et al.¹⁰³, quienes evaluaron a 1.144 estudiantes peruanos de universidades públicas y privadas y encontraron un consumo generalizado bajo de frutas y verduras. Además, el estudio demostró que el consumo insuficiente de estos alimentos, junto con factores como alcohol, tabaco y antecedentes familiares, se asociaba significativamente con el riesgo de estreñimiento crónico ($p < 0,001$), y que consumir frutas diariamente reducía dicho riesgo (OR = 0,61; $p < 0,001$).

En relación con las fuentes de información utilizadas por los pacientes para conocer las políticas institucionales de prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), se observó que el 41,3% reportó haber recibido información a través de charlas educativas, mientras que el 58,7% manifestó no haber tenido acceso a esta modalidad. Solo un 12,2% indicó haber leído afiches institucionales, 5,6% recibió

¹⁰² Nielsen JB, et al. Characteristics of patients with frequent contact — age-specific patterns in primary care attendance. *BJGP Open*. 2025. doi:10.3399/BJGPO.2024.0195.

¹⁰³ Gómez. Estilo de vida, consumo de frutas y verduras asociados al estreñimiento en universitarios de ciencias de la salud. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2025;45(2). doi:10.12873/452gomez..

volantes y 6,6% estuvo expuesto a anuncios. Por otro lado, 19,2% accedió a información mediante redes sociales, y apenas un 15,0% refirió haber sido orientado por su médico tratante. Este patrón se relaciona con bajos niveles de alfabetización en salud en la región: en América Latina, solo entre el 5 % y el 73% de la población alcanza un nivel adecuado de comprensión de información sanitaria¹⁰⁴. Asimismo, el trabajo de Sánchez Urbano et al. destaca que la educación sobre estilos de vida proveniente directamente de profesionales de salud aumenta la comprensión, la confianza y la adherencia a las recomendaciones sanitarias¹⁰⁵. En conjunto, estos estudios respaldan la necesidad de fortalecer la educación sanitaria en atención primaria, incorporando herramientas interactivas y la participación activa del equipo médico para mejorar el alcance y la eficacia en la prevención de ECNT.

En cuanto a la frecuencia de chequeos de rutina, el 47,9% de los participantes acudió a consulta solo cuando presentaba síntomas, 23,5% asiste cada 3 meses, 11,3% acude dos veces al año y 17,4% realiza una revisión anual. Estos resultados reflejan una baja adopción de prácticas preventivas y contrastan con los hallazgos de un estudio internacional realizado por Roberti et al.¹⁰⁶, que evaluó el acceso a la atención preventiva en Colombia, México, Perú y Uruguay. En dicho estudio, entre el 67% y 68% de los adultos había accedido a servicios preventivos en atención primaria durante el año anterior, y al menos el 42% de los adultos mayores fue evaluado específicamente para enfermedades cardiovasculares mediante chequeos periódicos.

En cuanto al estilo de vida, los resultados mostraron que el 52,6% de los pacientes no realizaba actividad física, mientras que el 47,4% sí mantenía algún nivel de ejercicio físico. Estos hallazgos reflejan una preocupante prevalencia de sedentarismo en la muestra estudiada, situación que guarda coherencia con las tendencias observadas en

¹⁰⁴ Arrighi E, Ruiz de Castilla EM, Peres F, Mejía R, Sørensen K, Gunther C, López R, Myers L, Quijada JG, Vichnin M, Pleasant A. Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promot.* 2022 Jun;29(2):78–87. doi:10.1177/17579759211016802.

¹⁰⁵ Sánchez Urbano RE, Paredes A, Vargas Chambi FR, Guedes Ruela P, Olivares DEV, Souza Pereira BTS, Pacheco SOS, Pacheco FJ. Reception of dietary and other health-related lifestyle advice to address non-communicable diseases in a primary care context: a mixed-method study in central Argentina. *Front Nutr.* 2021;8:622543. doi:10.3389/fnut.2021.622543

¹⁰⁶ Roberti J, Ferretti N, Ramírez L, et al. Access to preventive routine care and cardiovascular screening in four Latin American countries: a cross-sectional population survey. *Lancet Glob Health.* 2023;11(7):e1020-8. doi:10.1016/S2214-109X(23)00488-6

países de ingresos medios, según datos del estudio de Varela et al.¹⁰⁷, realizado en centros urbanos de Colombia, Ecuador y Perú, el 56% de los adultos evaluados no cumplía con las recomendaciones mínimas de actividad física de la OMS.

En esta investigación, los encuestados reportaron que el 34,3% consume mucha agua sin cuantificar la cantidad exacta, el 28,2% ingiere de 3 a 4 vasos diarios, el 25,8% consume 8 vasos al día, el 10,3% bebe aproximadamente dos litros diarios y solo un 1,4% manifestó no gustarles el consumo de agua; estos resultados difieren notablemente de los obtenidos por Ricardo Julián Rivas Gamarra¹⁰⁸ en un estudio realizado en Ecuador con estudiantes de ciencias biomédicas, quienes mostraron que un 33% consume entre 6–8 vasos, mientras que un 28% consume menos de cuatro vasos, lo que refleja diferencias en patrones y en el nivel de conocimiento sobre la importancia del consumo adecuado de agua entre ambas poblaciones.

En el presente estudio se observó que las mujeres reportaron con mayor frecuencia antecedentes familiares de enfermedades crónicas no transmisibles (36,2%) en comparación con los hombres (13,1%). Este hallazgo coincide con lo reportado por McDowell et al. (2020),¹⁰⁹ quienes identificaron que las mujeres adultas son más propensas a informar antecedentes familiares de ECNT que los hombres, con un odds ratio de 0,84 para estos últimos, lo que indica una menor probabilidad de reporte masculino. Esta diferencia podría estar asociada a factores socioculturales y de comportamiento en salud, como una mayor participación femenina en el cuidado familiar y en el seguimiento de la información médica.

El cruce de variables entre nivel educativo y hábitos tóxicos mostró que el consumo de alcohol fue más frecuente en personas con bachillerato (14,6%), seguido de universitarios (9,4%), secundaria incompleta (8,0%), primaria (7,5%), profesionales (2,3%) e iletrados (0,9%). En cuanto al café, el consumo fue mayor en bachilleres

¹⁰⁷ Varela AR, Segura ÁM, Medina CP, et al. Physical activity patterns and their determinants in adults from three Latin American cities: a cross-sectional analysis. *J Public Health (Oxf)*. 2023;45(2):e296-303. doi:10.1093/pubmed/fdac135

¹⁰⁸ Rivas Gamarra RJ. Consumo de agua y hábitos de hidratación en estudiantes universitarios de ciencias biomédicas en Ecuador. *Rev Salud Pública (Quito)*. 2025;7(1):45-53

¹⁰⁹ McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Gender differences in self-reported family history of cancer: a review and secondary data analysis. *Cancer Causes Control*. 2020;31(5):451-61. doi:10.1007/s10552-020-01281-3

(20,2%), seguido de primaria y universitarios (ambos 16,4%), secundaria incompleta (14,6 %), profesionales (3,8%) e iletrados (2,8%). El té presentó mayor prevalencia en bachilleres (23,9%), seguido de secundaria incompleta (16,4%), universitarios (15,5%), primaria (14,6%) y profesionales e iletrados (ambos 2,8%). El uso de cigarrillos se concentró en bachilleres (3,3%), seguido de secundaria incompleta (2,8%), primaria y universitarios (ambos 0,9 %), sin casos reportados en profesionales e iletrados. Las sustancias ilícitas se registraron con mayor frecuencia en bachilleres (4,7%), seguidos de secundaria incompleta (2,3 %), primaria (1,4%), universitarios (0,9 %) e iletrados (0,5%), sin casos en profesionales.

Estos hallazgos coinciden con lo señalado por Adebisi et al. (2024)¹¹⁰, quienes encontraron que las personas con educación postsecundaria presentaron menor probabilidad de consumir cigarrillos (12,3 %), e cigarrillos (7,8 %) o uso dual (5,4 %) en comparación con quienes carecen de cualificación formal (cigarrillos: 27,6 %, e cigarrillos: 15,2 %, uso dual: 12,8 %). Asimismo, su estudio indicó que el mayor consumo de alcohol (43,5 %) se asocia con una mayor probabilidad de fumar o utilizar e cigarrillos, lo que respalda la interrelación entre distintos hábitos tóxicos. Esta comparación refuerza la relación inversa entre el nivel educativo y la prevalencia de conductas nocivas, subrayando la necesidad de desarrollar intervenciones preventivas específicas para los grupos con menor escolaridad.

En el presente estudio, se observó que el consumo de cigarrillo fue más frecuente en participantes con secundaria incompleta (2,8 %) y bachillerato (3,3 %), mientras que en personas con educación primaria o universitaria la prevalencia fue menor (0,9 %). Este hallazgo sugiere un posible gradiente inverso entre nivel educativo y adopción de hábitos nocivos, especialmente el tabaquismo. Resultados similares fueron reportados por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en Estados Unidos, donde la prevalencia de consumo de cualquier producto de tabaco en adultos fue del 18,7% en 2021, siendo la proporción más elevada en individuos con nivel educativo equivalente a GED (secundaria incompleta o equivalente)¹¹¹. Este patrón refuerza la hipótesis de

¹¹⁰ Adebisi YA, et al. Prevalence, demographic, socio-economic, and lifestyle factors associated with tobacco smoking, e-cigarette use, and dual use in Scotland. PLoS ONE. 2024;19(5):e0302779. doi:10.1371/journal.pone.0302779.

¹¹¹ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco product use among adults — United States, 2021.

que un menor nivel de escolaridad podría asociarse con una mayor propensión a conductas de riesgo, posiblemente por factores como menor acceso a información preventiva, entornos socioculturales más permisivos y menor percepción de riesgo frente a las consecuencias para la salud.

En relación con el Índice de Masa Corporal (IMC) de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se observó que el 40.4 % presenta sobrepeso, mientras que un 32.4 % se encuentra en condición de obesidad. Por su parte, el 26.3 % mantiene un peso dentro de los rangos considerados normales, y solo el 0.9 % presenta bajo peso. Datos que coinciden con el estudio realizado Ochoa-Vigo y Alvarado-Zúñiga en el 2021 en personal docente universitario peruano, donde el 21,3% de participantes tenía alguna enfermedad, 11,3% fumaba y 25,3% consumía bebida alcohólica; el 66,7% consumía verduras/hortalizas inadecuadamente, 82% realizaba deficiente actividad física y 87,3% tenía dislipidemia; además, el 10,7% presentó hipertensión arterial, 46,7% sobrepeso y 27,3% obesidad¹¹².

En cuanto al nivel educativo de los pacientes atendidos en la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se observó que un 28,2% alcanzó el nivel de bachillerato, seguido de un 22,5% con estudios universitarios y un 4,7% con formación profesional, mientras que un 19,2% tenía secundaria incompleta, un 21,6 % nivel primario y un 3,8% era iletrado. Este patrón mixto, donde predominan los niveles medio y superior, contrasta con los hallazgos reportados en un estudio realizado en el cantón Azogues, Ecuador, 2024 donde la mayoría de los pacientes en atención primaria presentaba un nivel educativo de secundaria (46,0 %) y primaria (29,2%). Estas diferencias sugieren que las intervenciones educativas deben considerar tanto la presencia de pacientes con mayor escolaridad, que podrían beneficiarse de estrategias de autocuidado más complejas, como aquellos con niveles educativos bajos, que requieren materiales didácticos simplificados y metodologías más visuales para garantizar la comprensión y adherencia¹¹³.

MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(18):475-83.

¹¹² Ochoa-Vigo K, Alvarado-Zúñiga CR. Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. Rev Med Hered. 2021;32:224–33

¹¹³ Bravo Cordero JC, Bravo Nole B, Carrión López M, Cordero Loja D, Peralta Andrade C, Ochoa Astudillo D.

En cuanto a los patrones de sueño se observó que el 54.0 % manifestó dormir 8 horas por noche, mientras que un 23.5 % reportó dormir entre 3 y 5 horas, un 10.8 % indicó dormir solo 4 horas, y un 11.7 % refirió padecer insomnio. Estos hallazgos reflejan una proporción considerable de personas con privación crónica de sueño o alteraciones del mismo, lo cual puede influir negativamente en su salud general. Estos hallazgos superan los datos reportados en Estados Unidos, donde el 33.2 % de los adultos duerme menos de 7 horas por noche según el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BRFSS) del año 2020¹¹⁴.

En la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi, se observó un predominio femenino 70,9 %, frente a 29,1 % para masculino. Este hallazgo refleja una tendencia marcada de mayor asistencia de mujeres a los servicios de salud, lo cual concuerda con estudios internacionales que evidencian que las mujeres buscan atención médica en atención primaria con mayor frecuencia que los hombres. Este hallazgo coincide con lo reportado por Ballering y colaboradores en un estudio longitudinal realizado en Países Bajos en el año 2023, con 20 187 participantes que presentaban síntomas somáticos nuevos, reportaron que 67,5 % eran mujeres, y que el sexo femenino se asoció significativamente con un mayor uso de atención primaria (OR = 1,78; IC 95 %: 1,13–2,80). Esta diferencia en los patrones de búsqueda de atención resalta la necesidad de diseñar estrategias diferenciadas: por un lado, aprovechar la alta frecuencia de contacto de las mujeres con los servicios de salud para implementar programas preventivos, y por otro, generar intervenciones dirigidas a reducir las barreras que limitan la asistencia de los hombres, promoviendo así un acceso más equitativo¹¹⁵.

Nivel de satisfacción del paciente en la atención primaria de salud. Rev Ocronos. 2024;7(1):1-12. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/382688965>

¹¹⁴ Pankowska MM, Lu H, Wheaton AG, Liu Y, Lee B, Greenlund KJ, et al. Prevalence and geographic patterns of self reported short sleep duration among US adults, 2020. *Prev Chronic Dis.* 2023;20:220400.

<https://doi.org/10.5888/pcd20.220400>

¹¹⁵ Ballering AV, Olde Hartman TC, Verheij RA, Rosmalen JGM. Sex and gender differences in primary care help-seeking for common somatic symptoms: a longitudinal study. *Scand J Prim Health Care.* 2023;41(2):132–9. doi:10.1080/02813432.2023.2191653.

5.2 Conclusiones

El presente estudio evidenció que el nivel de conocimiento sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) entre los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital General Dr. Vinicio Calventi es predominantemente medio, con un 63.9% de los encuestados en este rango, seguido por un 27.2% con bajo conocimiento y apenas un 8.9% con nivel alto. Estos resultados sugieren la necesidad de reforzar las estrategias educativas y comunicacionales orientadas a la promoción de la salud y prevención de ECNT en la población general.

En cuanto a los hábitos tóxicos, se observó una alta prevalencia en el consumo de bebidas como el té (76.1%) y el café (74.2%), así como un consumo de alcohol en el 42.7% de los participantes. Aunque el consumo de cigarrillos (8.0%) y sustancias ilícitas (9.9%) fue bajo, estos valores no dejan de ser relevantes en un contexto de prevención primaria de enfermedades.

Respecto a los antecedentes heredofamiliares, el 49.3% manifestó tener familiares con ECNT, mientras que un 31.5% padece actualmente alguna enfermedad de este tipo. Esto refleja una carga genética significativa, lo cual refuerza la importancia del tamizaje temprano y el monitoreo continuo en esta población.

El perfil sociodemográfico mostró un predominio del sexo femenino (70.9 %) y una distribución etaria concentrada en adultos jóvenes y de mediana edad (27.7 % entre 18 y 30 años; 28.2 % entre 31 y 45 años). Sin embargo, se destacó que solo el 18.3 % de los pacientes tenía 61 años o más, lo cual podría estar vinculado a la existencia de servicios geriátricos diferenciados dentro del hospital.

En cuanto al nivel educativo, un 28.2% alcanzó el nivel de bachillerato, seguido de un 22.5% con estudios universitarios y un 4.7% con formación profesional, lo cual contrasta con un 19.2% con secundaria incompleta, un 21.6% con nivel primario y un 3.8% iletrado. Este patrón mixto sugiere que las intervenciones educativas deben adaptarse al nivel de comprensión de cada grupo para ser efectivas.

En lo referente a los hábitos alimenticios, se detectó un alto consumo de sal (47.9 %) y un bajo consumo de frutas (46.9 %) y verduras (62.4 %). El consumo de comida

rápida (20.7 %) y frituras (23.0 %) también se mantuvo presente, al igual que un bajo consumo de azúcar (28.2 %), lo que indica patrones dietéticos que requieren mejor orientación nutricional.

En cuanto a la hidratación, solo un 25.8 % reportó consumir los 8 vasos de agua recomendados al día y un 10.3 % afirmó tomar dos litros, mientras que el 34.3 % indicó consumir “mucho agua” sin contabilizarla, lo que pone en evidencia la necesidad de reforzar mensajes específicos sobre cantidades adecuadas de ingesta hídrica.

Respecto al Índice de Masa Corporal (IMC), el 40.4 % se encuentra en sobrepeso y un 32.4 % en condición de obesidad, mientras que apenas un 26.3% tiene peso normal. Estos datos refuerzan la urgencia de intervenciones integrales en alimentación, actividad física y salud preventiva.

Sobre las fuentes de información en salud, la mayoría de los pacientes reportó poca exposición a mensajes institucionales, siendo las charlas (41.3%) la principal vía, mientras que medios como afiches (12.2%), volantes (5.6%), anuncios (6.6%) y redes sociales (19.2%) tuvieron baja incidencia, lo que plantea un desafío en la comunicación efectiva de las políticas preventivas.

En cuanto a la frecuencia de chequeos médicos, el 47.9% solo acude cuando presenta síntomas, y apenas un 17.4% realiza un control anual, evidenciando una cultura de atención centrada en la enfermedad más que en la prevención.

En relación al estilo de vida, el 52.6% de los pacientes no realiza actividad física y el 46 % duerme menos de 8 horas diarias, lo que agrava los factores de riesgo para el desarrollo y progresión de las ECNT.

En conclusión, el perfil clínico y conductual de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar y comunitaria revela un nivel de conocimiento medio sobre ECNT, acompañado de hábitos poco saludables, antecedentes familiares relevantes y escasa adherencia a prácticas preventivas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar programas educativos y de intervención personalizada en el primer nivel de atención, orientados al fortalecimiento del autocuidado, el control de factores de riesgo modificables y la mejora en el acceso y uso de servicios preventivos.

Capítulo 6 Recomendaciones

6.1 Recomendaciones

Al Ministerio de salud pública

- Fortalecer las campañas educativas nacionales sobre enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), enfocadas en promover estilos de vida saludables, uso racional de sal y azúcar, y detección temprana de factores de riesgo, utilizando medios de alto alcance como televisión, radio, redes sociales, centros comunitarios y centros educativos de nivel inicial y secundaria.
- Desarrollar programas de formación continua para el personal médico y promotores de salud en educación comunitaria sobre prevención de ECNT, con énfasis en atención primaria y enfoque diferenciado según nivel educativo de la población.
- Diseñar e implementar políticas públicas de prevención específicas para grupos etarios vulnerables, como adultos jóvenes con bajo nivel de conocimiento y adultos mayores con múltiples factores de riesgo.
- Incluir indicadores de adherencia al tratamiento y conocimiento de ECNT en los sistemas de información del sistema nacional de salud, para monitorear el impacto de las estrategias educativas y preventivas.
- Ampliar el acceso a controles médicos periódicos, especialmente en poblaciones con escasa escolaridad y limitada educación en salud, garantizando cobertura nacional e inclusión territorial.

Hospital General Dr. Vinicio Calventi, departamento de consulta de Medicina Familiar y comunitaria

- Articular con el Ministerio de Salud Pública y otros actores locales la creación de un departamento educativo de educación en salud dentro del hospital y su vez diseñando un plan de intervención educativa trimestral que incluya charlas interactivas, distribución de material impreso (afiches, volantes) y jornadas de detección de factores de riesgo, especialmente dirigidas a pacientes con bajo o medio nivel de conocimiento en enfermedades crónicas no transmisibles.

- Reforzar las acciones de orientación y educación sanitaria individual y grupal durante las consultas médicas, incorporando herramientas didácticas adaptadas al nivel educativo del paciente para mejorar el conocimiento sobre ECNT y su prevención.
- Establecer un protocolo de seguimiento periódico de pacientes con antecedentes heredofamiliares y hábitos tóxicos, mediante fichas de riesgo individual y seguimiento nutricional y conductual.
- Incorporar herramientas de evaluación continua del conocimiento en salud, como cuestionarios breves al inicio y cierre de consultas, para medir progresos en la alfabetización sanitaria de los pacientes.
- Fortalecer la promoción de la actividad física y el autocuidado, mediante alianzas con instituciones deportivas, comunitarias y educativas locales, favoreciendo la inclusión social y la adherencia a estilos de vida saludables.

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo clave, portal de datos sobre enfermedades no transmisibles [Internet]. 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://ncdportal.org/>
3. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of death, 2000–2019 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
4. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo: Mortalidad por enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas, 2019 [Internet]. Washington, DC: OPS; 2019 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>
5. Ayala San Pedro JA, Avila Salcedo DR, Martínez Borja LM, Castillo Montufar E. Evaluación del índice de masa corporal para el diagnóstico de obesidad en la población mexicana: un análisis transversal. *Obesidades*. 2025;5(2):34. doi:10.3390/obesities5020034
6. Lecube A, Orozco-Beltran D, Pérez Pérez A. Impacto de la obesidad y la diabetes en la salud y en la enfermedad cardiovascular. *Aten Primaria*. 2024;56(12):103045. doi:10.1016/j.aprim.2024.103045
7. Instituto Nacional de Diabetes, Endocrinología y Nutrición (INDEN); Universidad Iberoamericana (UNIBE). Caracterización de la diabetes mellitus tipo II en República Dominicana. Santo Domingo: INDEN/UNIBE; 2024.
8. Ministerio de Salud Pública (MSP). Estudio sobre prevalencia de sobrepeso, hipertensión y diabetes en República Dominicana. S.D.: MSP; 2023.
9. International Diabetes Federation. Dominican Republic – SACA Region [Internet]. Brussels: IDF; 2024 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://idf.org/our-network/regions-and-members/south-and-central-america/members/dominican-republic/>

10. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957–80. doi:10.1016/S0140-6736(21)01330-1
11. Nguyen D, Estrada J, Torres J, et al. Community-based evaluation of hypertension awareness and knowledge among underserved Bateyes in the Dominican Republic. *Clin Med Insights Cardiol*. 2025;19:1–13.
12. World Health Organization. Cancer [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
13. Instituto Nacional del Cáncer Rosa Emilia Sánchez Pérez de Tavares (INCART). Estadísticas de cáncer en República Dominicana 2024. Santo Domingo: INCART; 2024.
14. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington, DC: OPS; 2024 [cited 2025 Aug 4]. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
15. Gallup. Global study: harm from noncommunicable diseases underrated [Internet]. Washington, DC: Gallup; 2022 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://news.gallup.com/opinion/gallup/401279/global-study-harm-from-noncommunicable-diseases-underrated.aspx>
16. Instituto Superior de Sanidad. Enfermedades crónicas y envejecimiento [Internet]. Rome: ISS; 2025 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.iss.it/web/iss-en/chronic-diseases-and-aging1>
17. World Health Organization. Saving lives, spending less: the case for investing in noncommunicable disease risk factor control [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240070807>
18. Pan American Health Organization. Strategy and plan of action on noncommunicable diseases for the Americas 2023–2030 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2023 [cited 2025 Aug 20]. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/strategy-and-plan-action-noncommunicable-diseases-americas-2023-2030>

19. Guerrero Catagua P, Solórzano Calderón A, Escariz Borrego L. Enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores durante pandemia: retos, estrategias y oportunidades. *Rev Soc Fronteriza*. 2024;4(4):e387.
20. Ochoa-Vigo K, Alvarado-Zúñiga CR, et al. Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. *Rev Med Hered*. 2021;32:224–33.
21. Ministerio de Salud Pública de República Dominicana. Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019–2024. Santo Domingo: MSP; 2019.
22. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país: República Dominicana. Washington, DC: OPS; 2023 [cited 2025 Aug 4]. Available from: <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/republica-dominicana>
23. Frontiers. Raising awareness around trends in noncommunicable diseases and their risk factors to promote global prevention and control [Internet]. Lausanne: Frontiers; 2023. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/research-topics/54951/raising-awareness-around-trends-in-noncommunicable-diseases-and-their-risk-factors-to-promote-global-prevention-and-control/magazin>
24. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (RD). Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2019–2024. Santo Domingo: MSP; 2019.
25. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de país – República Dominicana. Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2023.
26. Sempertegui Muro O, Requejo Sánchez A. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en pacientes del Programa Adulto Mayor del Centro de Salud Jorge Chávez durante el año 2020 [tesis de licenciatura en enfermería]. Chiclayo: Universidad Señor de Sipán; 2020.
27. Sepúlveda Villar N. Síntomas más frecuentes relacionados con enfermedades crónicas: Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en los pacientes que asisten a la consulta de medicina familiar y comunitaria del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina, periodo enero - mayo 2020 [tesis de posgrado]. San Cristóbal (DO): Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña, Facultad de Ciencias de

- la Salud, Escuela de Medicina; 2020.
28. Legesse E, Nigussie T, Girma D, Geleta LA, Dejene H, Deriba BS, et al. Nivel de conocimiento adecuado sobre las enfermedades no transmisibles y los factores asociados entre los adultos residentes de la zona norte de Shewa, región de Oromia, Etiopía: un enfoque de métodos mixtos. *Front Salud Pública* [Internet]. 2022;10:892108.
 29. Daverio Requene VF. Factores de riesgo asociados a las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos residentes en el Barrio La Guacharaca [tesis pregrado en enfermería]. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2021.
 30. Aburto MJ, Romero D, Rezende LFM, Sanchez ZM, Bolados CC, Guzmán-Habinger J, et al. Prevalence and co-occurrence of lifestyle risk factors for non-communicable diseases according to sociodemographic characteristics among adults Chilean residents. *Sci Rep* [Internet]. 2021;11(1):21702.
 31. Manttupa Cruz K. Conocimiento acerca de las enfermedades crónicas no transmisibles: diabetes e hipertensión en personas jóvenes viviendo con VIH [tesis de licenciatura en enfermería]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023.
 32. Jiménez López KY. Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y hábitos poco saludables en estudiantes universitarios de Medicina y Cirugía de la UNIDES [monografía de pregrado]. León (NI): Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES); 2023.
 33. Herrera-Añazco P, Dorado-Arenas CA, Hernández-Vásquez A, Mezones-Holguín E. Impact of Health Habits on Non-Communicable Diseases in the Mexican Economically Active Population: Machine Learning and Structural Equation Modeling Approach. *Mathematics*. 2023;13(6):959.
 34. Robinson Cedeño NR. Enfermedades crónicas no transmisibles y su relación con los determinantes socioculturales de la salud en adultos. Hospital General Dr. Liborio Panchana Sotomayor, Santa Elena [tesis de licenciatura en enfermería]. Santa Elena (EC): Universidad Estatal Península de Santa Elena; 2024.

35. Villanueva SJR, Esponda PJG, Tamborell RA. Enfermedades crónicas no transmisibles como factor de riesgo para mortalidad en cuidados intensivos. *Acta Med GA*. 2024;22(1):22–6.
36. Muñoz Mero MS, López Rodríguez MG, Villavicencio Andrade DM, Ponce Alencastro JA. Enfermedades crónicas no transmisibles en la persona mayor. Reflexiones de sus abordajes desde la atención primaria de la salud. *LATAM Rev Lat Cienc Soc Humanid*. 2024;5(1):854–66. Disponible en: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1638>
37. Domínguez-Miranda SA, Rodríguez-Aguilar R, Velazquez-Salazar M. Modelación de la relación entre las enfermedades no transmisibles y los hábitos de salud de la población trabajadora mexicana: un enfoque de modelación híbrido. *Matemáticas (Basel)*. 2025;13(6):959.
38. Sánchez Sánchez S, Delgado Quintana F, Nosti Lagunas M, Sáenz Trallero D, Hernando Zaborras L, Sesén Quintana L. El impacto de la educación en salud sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) en pacientes de Atención Primaria. *Ocronos*. 2025;8(3):124.
39. Acosta Jiménez I. Conocimiento sobre los factores de riesgo y complicaciones de diabetes mellitus en adultos que acuden a consulta de atención primaria del Hospital Universitario Docente Central de las Fuerzas Armadas enero-abril 2024 [tesis de postgrado]. Distrito Nacional (DO): Universidad Nacional; 2024.
40. Economipedia. ¿Qué es el conocimiento? Tipos, características y ejemplos [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://economipedia.com/definiciones/conocimiento.html>
41. Real Academia Española. Conocimiento. Diccionario de la lengua española [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://dle.rae.es/conocimiento>
42. Avance Psicólogos. Los 15 tipos de conocimiento más importantes y sus características [Internet]. 2022 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://www.avancepsicologos.com/tipos-conocimiento/>
43. Franco López JA. Rupturas del saber: una propuesta para el conocimiento científico. *European Public & Social Innovation Review*. 2025;10:1–17. doi:

<https://doi.org/10.31637/epsir-2025-1294>

44. Pérez C. La Apropiación Social del Conocimiento y su Relación con los Conceptos de Inteligencia Colectiva, Co-Creación y Didáctica Especial: Un Estado de la Cuestión. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar* [Internet]. 2024 [citado 25 de julio de 2025]. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/13872>
45. World Health Organization. *Health promotion glossary*. Geneva: WHO; 1998.
46. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259–67.
47. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, eds. *Health behavior and health education: theory, research, and practice*. 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
48. Pérez CM, Gutiérrez M. Alfabetización en salud y autocuidado en personas con ECNT. *Educ Med Salud*. 2021;25(3):203–10.
49. Gómez M, Vargas J. Intervención educativa en pacientes hipertensos: impacto en el conocimiento y autocuidado. *Rev Cienc Salud*. 2022;20(1):56–63.
50. Morales L, Rodríguez A. Educación en salud y control de diabetes mellitus tipo 2 en adultos mayores. *Rev Salud Pública*. 2023;25(2):97–104.
51. Pacheco N, Ramírez C. Programas de educación sanitaria y reducción del riesgo cardiovascular en población urbana. *Educ Méd*. 2024;28(1):11–7.
52. Segura-Chico M, León-Barrera J, González-Pérez B, Aguiñaga Martínez N. Las enfermedades crónicas no transmisibles y su impacto en el sistema sanitario mexicano. *Arch Med Fam*. 2023;26(5). doi:10.62514/amf.v26i5.87.
53. Inter-American Commission on Human Rights. *Las enfermedades no transmisibles y los derechos humanos en las Américas*. Washington, D.C.: Organización de los Estados Americanos; 2023. (OEA/Ser.L/V/II.doc.192/23). ISBN: 978-0-8270-7712-6.
54. Organización Panamericana de la Salud. *Estado de la salud de la población, prevención y control de las enfermedades no transmisibles*. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/ro-noncommunicable.html>

55. Organización Mundial de la Salud. Malnutrición. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition>
56. Salinas J, Silva C. Transición epidemiológica y desafíos de salud pública en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2021;45:e12.
57. Franco OH, Steyerberg EW, Hu FB, Mackenbach J, Nusselder W. Associations of diabetes mellitus with total life expectancy and life expectancy with and without cardiovascular disease. *Arch Intern Med*. 2007;167(11):1145–51.
58. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO Review of social determinants of health and the health divide in the WHO European Region. *Lancet*. 2012;380(9846):1011–29.
59. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación regional de las ECNT. OPS; 2021.
60. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MISPAS). Índice de Madurez de la Implementación de la Estrategia HEARTS en República Dominicana. Santo Domingo: MISPAS; 2023.
61. López C, Vargas D. Nivel de conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios. *Rev Salud Pública*. 2021;23(4):389–96.
62. Mendoza F, Rodríguez L. Conocimientos y prácticas sobre hipertensión arterial en población adulta. *Rev Med Exp*. 2020;36(2):155–60.
63. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2012.
64. Pérez CM, Gutiérrez M. Alfabetización en salud y autocuidado en personas con ECNT. *Educ Med Salud*. 2021;25(3):203–10.
65. Cartín Brenes M, Fallas Elizondo F. Etiología y factores de riesgo en el desarrollo de la diabetes mellitus. *Acta Académica* [Internet]. 2023 [citado 25 Jul 2024];72:97-112. Disponible en: <https://pjenlinea3.poderjudicial.go.cr/biblioteca/uploads/Archivos/Articulo/DIABETES%20MELLITUS%20CARTIN.pdf>
66. Alcalá M. Diabetes Mellitus. *Ve.scielo.org* [Internet]. 2012 [citado 25 Jul 2024];10(4):59-71. Disponible en:

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003

67. Powers AC, Niswender KD, Evans-Molina C. Diabetes Mellitus: Diagnosis, Classification, and Pathophysiology. En: Loscalzo J, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson J, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine [Internet]. 21a ed. Nueva York: McGraw Hill; 2022 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en:
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3095§ionid=262615467>
68. Mayo Clinic. Diabetes tipo 2: Síntomas y causas [Internet]. Rochester: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/type-2-diabetes/symptoms-causes/syc-20351193>
69. American Diabetes Association (ADA). Standards of Medical Care in Diabetes—2023. Diabetes Care [Internet]. 2023 [citado 25 Jul 2024];46(Suppl 1). Disponible en:
https://diabetesjournals.org/care/issue/46/Supplement_1
70. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 9. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment: Standards of Care in Diabetes—2024. Diabetes Care [Internet]. 2024 [citado 25 Jul 2024];47(Suppl 1):S158–S178. Disponible en:
https://diabetesjournals.org/care/article/47/Supplement_1/S158/153945/9-Pharmacologic-Approaches-to-Glycemic-Treatment.
71. Sociedad Europea de Cardiología. Guía ESC 2024 sobre el manejo de la presión arterial elevada y la hipertensión [Internet]. 2024 [citado 23 Jul 2025]. Disponible en: <https://secardiologia.es/publicaciones/catalogo/guias/15503-guia-esc-2024-sobre-el-manejo-de-la-presion-arterial-elevada-y-la-hipertension>.
72. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Nota descriptiva [Internet]. 2023 [citado 23 Jul 2025]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

73. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Lung Disease 2024 Report. Disponible en: <https://goldcopd.org/>
74. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
75. Organización Mundial de la Salud (OMS). Asma. Nota descriptiva. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>. Acceso 24 de julio de 2025.
76. Iniciativa Global para el Asma (GINA). Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma. Disponible en: <https://ginasthma.org/>
77. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
78. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Signos y síntomas de accidente cerebrovascular [Internet]. Atlanta: CDC; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: https://www.cdc.gov/stroke/spanish/signs_symptoms.htm
79. American Heart Association (AHA), American Stroke Association (ASA). Guía 2024 para la prevención primaria del ictus [Internet]. 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/cardiologia-clinica/6182-guia-2024-aha-asa-prevencion-primaria-del-ictus.html>
80. Powers WJ, Rabinstein AA, Ackerson T, Adeoye OM, Bambakidis NC, Becker K, et al. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019 Mar;50(3):e344–e418.
81. Mayo Clinic. Accidente cerebrovascular: diagnóstico y tratamiento [Internet]. Rochester, MN: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 1998–2025 [citado 25 Jul 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/stroke/diagnosis->

treatment/drc-20350119

82. World Health Organization (WHO). Obesity and overweight [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
83. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adult Obesity Causes & Consequences [Internet]. Atlanta: CDC; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/obesity/basics/consequences.html>
84. Popkin BM, Corvalan C, Grummer-Strawn LM. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *Nat Rev Endocrinol*. 2021;17(7):401–12.
85. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac JC, Louzada MLC, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. 2021;24(1):49–58.
86. Wilding JPH, Batterham RL, Calanna S, Davies M, Van Gaal LF, et al. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med*. 2021;384:989–1002.
87. Rubino F, Cohen RV, Mingrone G, le Roux CW, Mechanick JI, et al. Bariatric and metabolic surgery: The Lancet Commission. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2020;8(8):640–8.
88. Hanahan D. Hallmarks of cancer: new dimensions. *Cell*. 2022;185(15):267–80.
89. National Cancer Institute. Cancer as a genetic disease [Internet]. Bethesda: NCI; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
90. Islami F, Guerra CE, Minihan A, et al. Cancer risk factors and screening in the US. *CA Cancer J Clin*. 2025;75(2):145–69.
91. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2022. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):1–37.
92. Pan American Health Organization (PAHO). Cancer in the Americas: Country Profiles 2023 [Internet]. Washington, DC: PAHO; 2023 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/cancer-americas-country-profiles-2023>

93. Liu Y, Sonnenberg A, Park JY, et al. Early-onset cancers on the rise. *Nat Rev Clin Oncol*. 2023;20(9):525–40.
94. Kumar V, Abbas A, Aster JC. *Robbins Basic Pathology*. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2020.
95. WHO/IARC. *WHO classification of tumours, 5th edition*. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020–2023.
96. Ribas A, Wolchok JD. Checkpoint blockade immunotherapy. *Science*. 2021;359(6382):1350–5.
97. World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). *Diet, nutrition, physical activity and cancer: global report* [Internet]. London: WCRF/AICR; 2021 [citado 25 Jul 2024]. Disponible en: <https://www.wcrf.org>
98. Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSS). *Informe de Gestión Anual 2023* [Internet]. Santo Domingo: CNSS; 2023 [citado 21 Ago 2025]. Disponible en: https://wp.cnss.gob.do/wp-content/uploads/2025/01/informe-gestion-anual-2023_compressed.pdf
99. Kagaruki GB, Mayige MT, Ngadaya ES, Kapito-Tembo A, Lwilla F, Mutagaywa R, et al. Assessment of community knowledge on non communicable diseases to inform the pilot of WHO PEN Plus initiatives in selected districts in Tanzania. *PLoS One*. 2025;20(3):e0321695. doi:10.1371/journal.pone.0321695.
100. De La Rosa Calletano MI, Pérez Díaz MI. Conocimientos que poseen los pacientes con diabetes mellitus sobre su enfermedad y autocuidado en la consulta de diabetología del Hospital General Dr. Vinicio Calventi en el periodo mayo-junio 2022 [Internet]. Santo Domingo (DO): Universidad Iberoamericana (UNIBE); 2022.
101. Santhosh ST, et al. The association of family history with disease prevalence among healthcare workers: cross-sectional evidence from sub Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2025;25(1):22484. doi:10.1186/s12889-025-22484-y.
102. Nielsen JB, et al. Characteristics of patients with frequent contact — age-specific patterns in primary care attendance. *BJGP Open*. 2025. doi:10.3399/BJGPO.2024.0195.

103. Gómez. Estilo de vida, consumo de frutas y verduras asociados al estreñimiento en universitarios de ciencias de la salud. *Nutr Clín Diet Hosp*. 2025;45(2). doi:10.12873/452gomez.
104. Arrighi E, Ruiz de Castilla EM, Peres F, Mejía R, Sørensen K, Gunther C, López R, Myers L, Quijada JG, Vichnin M, Pleasant A. Scoping health literacy in Latin America. *Global Health Promot*. 2022 Jun;29(2):78–87. doi:10.1177/17579759211016802
105. Sánchez Urbano RE, Paredes A, Vargas Chambi FR, Guedes Ruela P, Olivares DEV, Souza Pereira BTS, Pacheco SOS, Pacheco FJ. Reception of dietary and other health-related lifestyle advice to address non-communicable diseases in a primary care context: a mixed-method study in central Argentina. *Front Nutr*. 2021;8:622543. doi:10.3389/fnut.2021.622543
106. Roberti J, Ferretti N, Ramírez L, et al. Access to preventive routine care and cardiovascular screening in four Latin American countries: a cross-sectional population survey. *Lancet Glob Health*. 2023;11(7):e1020-8. doi:10.1016/S2214-109X(23)00488-6
107. Varela AR, Segura ÁM, Medina CP, et al. Physical activity patterns and their determinants in adults from three Latin American cities: a cross-sectional analysis. *J Public Health (Oxf)*. 2023;45(2):e296-303. doi:10.1093/pubmed/fdac135
108. Rivas Gamarra RJ. Consumo de agua y hábitos de hidratación en estudiantes universitarios de ciencias biomédicas en Ecuador. *Rev Salud Pública (Quito)*. 2025;7(1):45-53
109. McDowell ME, Occhipinti S, Ferguson M, Dunn J, Chambers SK. Gender differences in self-reported family history of cancer: a review and secondary data analysis. *Cancer Causes Control*. 2020;31(5):451-61. doi:10.1007/s10552-020-01281-3
110. Adebisi YA, et al. Prevalence, demographic, socio-economic, and lifestyle factors associated with tobacco smoking, e-cigarette use, and dual use in Scotland. *PLoS ONE*. 2024;19(5):e0302779. Disponible en: doi:10.1371/journal.pone.0302779.

111. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Tobacco product use among adults — United States, 2021. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2023;72(18):475-83.
112. Ochoa-Vigo K, Alvarado-Zúñiga CR. Factores asociados con enfermedades no transmisibles en el personal docente y administrativo de una institución universitaria. *Rev Med Hered.* 2021;32:224–3
113. Bravo Cordero JC, Bravo Nole B, Carrión López M, Cordero Loja D, Peralta Andrade C, Ochoa Astudillo D. Nivel de satisfacción del paciente en la atención primaria de salud. *Rev Ocronos.* 2024;7(1):1-12. Disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/382688965>
114. Pankowska MM, Lu H, Wheaton AG, Liu Y, Lee B, Greenlund KJ, et al. Prevalence and geographic patterns of self reported short sleep duration among US adults, 2020. *Prev Chronic Dis.* 2023;20:220400. <https://doi.org/10.5888/pcd20.220400>
115. Ballering AV, Olde Hartman TC, Verheij RA, Rosmalen JGM. Sex and gender differences in primary care help-seeking for common somatic symptoms: a longitudinal study. *Scand J Prim Health Care.* 2023;41(2):132–9. doi:10.1080/02813432.2023.2191653.

Anexos

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACION:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI ABRIL–MAYO 2025

INVESTIGADORAS: DRA. JUANA M. CABRAL BERROA Y DRA. PAMELA M. VALLEJO TORRES.

Las enfermedades cónicas no transmisibles son aquellas enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Se hace referencia principalmente con este término a las enfermedades vasculares (cardíacas, cerebrales, renales) a la diabetes, cáncer y a la enfermedad respiratoria crónica.

Esta investigación es un estudio prospectivo de corte transversal que tiene como objetivo principal, estudiar el nivel de conocimiento que tienen los pacientes sobre las enfermedades crónicas no transmisibles.

Declaro que:

- He leído el cuestionario que me han facilitado.
- He podido realizar preguntas necesarias sobre la investigación.
- He recibido información sobre el estudio.
- Me han explicado que esta investigación mantendrá oculta mi identidad y no será divulgada.
- Me aseguran que las respuestas del cuestionario se mantendrán en confidencialidad.
- Me han notificado que yo, ni las investigadoras recibirán ninguna remuneración por esta investigación.
- He sido notificado que no estoy obligado a participar de esta investigación.
- He sido notificado que si participo y decido negarme estoy en todo mi derecho de hacerlo.
- He sido informado que la investigación es responsabilidad de las sustentantes y del hospital y/o universidad.
- Los resultados de la investigación estarán disponibles en la biblioteca de dicho hospital a partir del mes de julio del año en curso.
- Si después de llenar el cuestionario quedo con dudas puedo procurar las sustentantes en la oficina de enseñanza de dicho hospital para satisfacer mis interrogantes o en su defecto puedo comunicarme con el comité de ética de la universidad iberoamericana (UNIBE) al número: 809-689-4111.
- Tengo el derecho si así lo deseo, de adquirir copia de dicho consentimiento informado.

Luego de haber leído todo lo antes escrito OTORGO mi CONSENTIMIENTO para ser partícipe de la investigación.

Firma:

fecha:

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA DEL HOSPITAL GENERAL DR. VINICIO CALVENTI ABRIL-MAYO 2025

Cuestionario

1. ¿Cuál es su sexo? a) Femenino b) Masculino
2. ¿Cuál es su edad?
a) 18 a 30 b) 31 a 45 c) 46 a 60 d) 61 a 75 e) mayor de 76
3. ¿Cuál es su nivel educativo?
a) Primaria b) secundaria incompleta c) Bachiller d) Universitario e) profesional
f) Iltrado

Hábitos tóxicos:

4. ¿Toma alcohol? a) Si b) No
5. ¿Qué toma?
a) Cerveza b) Wiski, ron, vodka, aguardiente c) Vino d) Sidras o espumantes
6. ¿Con que frecuencia consume alcohol?
a) Diario b) Semanal c) 2-3 semana d) 1-2 al mes
7. Si su opción fue cerveza, ¿Cuál se parece más a usted?
a) 1 litro o menos 3 veces a la semana b) más de 1 litro 3 veces por semana c) una cerveza pequeña diaria d) más de una cerveza pequeña diario
8. Si su selección fue Whisky, Vodka, agua ardiente, ¿Cuál se parece más a usted?
a) Media botella o menos por semana b) Más de una botella por semana
9. ¿Con que frecuencia toma café?
a) No consumo b) 1 taza en la mañana c) 2 a 3 tazas al día d) a veces
10. ¿Con que frecuencia toma té?
a) No consumo b) 1 taza en la mañana c) 2 tazas al día d) a veces
11. ¿Utiliza cigarrillos u otros derivados del tabaco?
a) Ninguno b) 1 cajetilla al día c) 1 cajetilla semanal d) Vaper e) Hookah
12. ¿Consume alguna sustancia Ilícita?
a) Marihuana b) Cocaína c) Perico d) Ninguna

Nivel de conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles:

13. ¿Cuál de las siguientes son enfermedades crónicas no transmisibles?
a) Hipertensión arterial b) anemia de células falciformes c) cáncer d) enfermedad vasculo cerebral e) diabetes

14. ¿Padece usted de alguna enfermedad crónica no transmisible?
a) Si b) no

Si la respuesta fue si, especifique: _____

15. ¿algún miembro de su familia padece alguna enfermedad crónica no transmisible?
a) si b) no

si la respuesta fue si, especifique: _____

Factores de riesgo:

16. ¿Cuál de estos enunciados considera que es un factor de riesgo para llegar a tener alguna enfermedad crónica no transmisible?

- ___ ser obeso
- ___ uso de tabaco (vaper, hookah)
- ___ tomar alcohol
- ___ consumo de azúcar
- ___ consumo de sal
- ___ consumo de comidas procesadas (chatarra)
- ___ no hacer ejercicios

Estilo de vida:

17. ¿Su dieta diaria es rica en?
a) sal b) azúcar c) comida frita d) comida rápida e) vegetales g) frutas

18. ¿realiza alguna actividad física?
a) si b) no

Si la respuesta fue si, ¿cuál? (tiempo y frecuencia)

19. ¿consume frutas?
a) no b) todos los días c) semanal d) a veces

20. ¿con que frecuencia come ensalada y vegetales?
a) nunca b) diario c) semanal d) a veces

21. ¿cuántos vasos de agua toma al día?
a) 8 vasos b) 2 litro de agua c) 3 a 4 vasos d) no me gusta el agua e) mucha, pero no la cuento

22. ¿Cuántas horas suele dormir en promedio cada noche?
a) 8 horas b) 4 horas c) 3-5 horas d) Insomnio

Medidas Antropométricas:

23. ¿Cuál es su peso? _____ libras
24. ¿Cuál es su estatura? _____ CM²
25. ¿Cuál es la circunferencia de la cintura? _____ CM
26. ¿De acuerdo a su IMC usted se encuentra en?
- a) normo peso b) bajo peso c) sobrepeso d) obesidad

Políticas de prevención:

27. ¿Ha escuchado sobre la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles dentro del hospital?
- A) Si B) No
28. ¿A través de que recursos usted ha obtenido información sobre las enfermedades crónicas no transmisibles?
- A) Charlas B) Afiches C) Volantes D) Anuncios F) Redes sociales g) Su médico

Chequeo de rutina:

29. ¿Cuántas veces al año visita su médico de atención primaria?
- a) 1 vez al año b) Cuando tengo algún síntoma c) cada 3 meses d) 2 veces al año
30. ¿Se realiza usted exámenes de rutina?
- a) Si b) No si la respuesta es sí, indique ¿Cuáles?:
- a) Laboratorios b) estudios de imágenes c) PAP d) limpieza bucal f) examen de la vista
31. ¿Qué tipo de evaluaciones realiza su médico durante una consulta de chequeo general?
- a) Toma de signos vitales b) Examen físico c) EKG d) Toma glicemia
32. ¿Qué es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT)?
- a) Una enfermedad que se transmite por contacto físico
- b) Una enfermedad que no se transmite y dura mucho tiempo
- c) Una enfermedad que solo afecta a niños
- d) No sé
33. ¿Cuál es una característica común de las ECNT?
- a) Aparecen de forma repentina y desaparecen rápido
- b) Se curan fácilmente con antibióticos
- c) Requieren control y seguimiento a largo plazo
- d) Solo se presentan en personas mayores de 65 años

Detector de plagio v. 2867 - Informe de originalidad 29/8/2025 2:33:47

Documento analizado: Tesis ECNT Dra. Vallejo, Dra. Cabral.docx Licenciado para: Doraly Acosta

- Preajuste de comparación: Palabra a palabra Idioma detectado: Es
- Tipo de verificación: Control de internet
- TEE y codificación: DocX n/a

Análisis detallado del cuerpo del documento:

Tabla de relaciones:

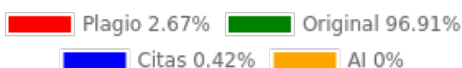
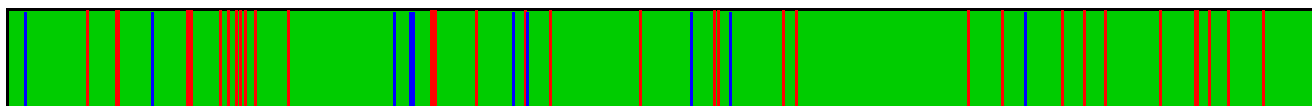


Gráfico de distribución:



Principales fuentes de plagio: 73

| | | | |
|-----|------|----|---|
| 16% | 2954 | 1. | https://ru.dgb.unam.mx/bitstreams/ffd64e16-9b5b-431c-a00e-9342e81519b0/download |
| 3% | 491 | 2. | https://web-crawler.plagiarism-detector.com/get-doc-pt?did=_0ijPoK-9DJAKA |
| 3% | 521 | 3. | https://web-crawler.plagiarism-detector.com/get-doc-pt?did=9kiuOYS58DNDIA |

Detalles de recursos procesados: 138 - Okay / 1 - Ha fallado

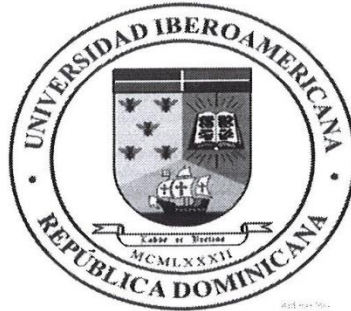
Notas importantes:

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>Wikipedia:</p> <p>Wiki detectado!</p> | <p>Libros de Google:</p> <p>[no detectado]</p> | <p>Servicios de escritura fantasma:</p> <p>[no detectado]</p> | <p>Anti-trampa:</p> <p>[no detectado]</p> |
|---|--|---|---|

Informe anti trampas de UACE:

- Estado: Analizador **Encendido** Normalizador **Encendido** similitud de caracteres establecida en **100%**
 - Porcentaje de contaminación UniCode detectado: **0%** con límite de: 4%
 - Documento no normalizado: porcentaje no alcanzado 5%
 - Todos los símbolos sospechosos se marcarán en color violeta: [Abcd...](#)
 - Símbolos invisibles encontrados: 0
- Recomendación de evaluación:
No se requiere ninguna acción especial. El documento está bien.
- Estadísticas del alfabeto y análisis de símbolos:

REPÚBLICA DOMINICANA



UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA- UNIBE

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela de Medicina

HOJA DE EVALUACIÓN FINAL

Sustentante:

Pamela Massiel Vallejo Torrez
Juana Miguelina Cabral Berroa

Asesores:

Walkiria Ogando

Dr. Ángel Campusano (metodológico)

Dra. Walkiria Ogando (clínico)

Nombre completo de Jurado /lector

Dr. Domingo Vásquez Bautista

Nombre completo de Autoridades del Hospital Dr. Vinici Calventi.

Maribel Nova

Dra. Maribel Nova
Gerente de Enseñanza



Edmonde Ambroise

Dra. Edmonde Ambroise
Coordinadora de Medicina FYC

Nombre completo de Autoridades Escuela de Medicina

Dr. Marcos Núñez
Decano

Dr. Cosme Rafael Nazario Lora
Coordinador de Residencias Médica Unibe

Calificación:

97%