

República Dominicana  
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Escuela de Medicina  
Hospital Regional Taiwan 19 de Marzo Azua  
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 20 AÑOS QUE  
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA  
BOMBITA EN EL PERIODO ENERO 2017- ENERO 2018.



Tesis de pos grado para optar por el título de especialista:  
**MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Sustentante:

Dra. Candida María Figuerero Perdomo

Asesora:

Dra. Claridania Rodríguez (metodológica)

Los conceptos emitidos en la presente de tesis de pos grado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Distrito Nacional: 2019

## **CONTENIDO**

Agradecimientos

Dedicatorias

Resumen

Abstract

I. Introducción	1
I.1. Antecedentes	2
I.2. Justificación	3
II. Planteamiento del problema	5
III. Objetivos	7
III.1. General	7
III.2. Específicos	7
IV. MARCO TEÓRICO	
IV.1. Definición	8
IV.1.1. Morbilidad	8
IV.1.2. Hipertensión arterial	9
IV.1.3. Epidemiología	10
IV.1.4. Clasificación	12
IV.1.5. Diabetes Mellitus	13
IV.1.5.1. Epidemiología	14
IV.1.5.2. Diabetes mellitus tipo 1	15
IV.1.5.3. Diabetes mellitus tipo 2	16
IV.1.5.4. Fisiopatología	16
IV.1.6. Hipertensión arterial	19
IV.1.6.1. Epidemiología de la hipertensión arterial:	21
IV.1.7. Epilepsia	22
IV.1.8. Alteraciones de la salud mental	24
IV.1.9. Asma	26
IV.1.10. Falcemia	27
IV.1.11. Discapacidad física	29

V. Operacionalización de las variables	32
VI. Material y métodos	34
VI.1. Tipo de estudio	34
VI.2. Área del estudio	34
VI.3. Universo.	34
VI.4. Muestra	34
VI.5. Criterios de inclusión	34
VI.6. Criterios de exclusión	34
VI.7. Instrumentos de recolección de los datos	34
VI.8. Procedimiento.	34
VI.9. Tabulación.	34
VI.10. Análisis.	34
VI.11. Aspectos éticos.	34
VII. Resultados	36
VIII. Discusión	44
IX. Conclusiones	45
X. Recomendaciones	46
XI. Referencias	47
XII. Anexos	51
XII.1. Cronograma	51
XII.2. Instrumento de recolección de datos	52
XII.3. Costos y recursos	53
XII.4. Evaluación	54

## RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, para determinar los frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del centro de atención primaria la bombita en el periodo 2017 enero 2018. Según la edad de los pacientes el rango predominante fue más de 61 años con un 47.5 por ciento, siendo más frecuente en mujeres con un 28.5 por ciento y en hombres con un 19.0 por ciento. Según los pacientes hipertensos la mayoría estaban entre edades de 51-60 años con un 34.7 por ciento, siendo más frecuente en mujeres con un 20.3 por ciento y en hombres con un 14.4 por ciento. Los pacientes asintomáticos estaban entre edades de 20-30 años con un 43.1 por ciento, siendo más frecuente en mujeres con un 29.5 por ciento y en hombres con un 13.6 por ciento. Los pacientes con trastornos estaban entre las edades de 41-50 años con un 60.0 por ciento, siendo más frecuente en hombres con un 40.0 por ciento y en mujeres con un 20.0 por ciento. Los pacientes con discapacidad física se presento en adultos mayores de 61 años con un 80.0 por ciento, siendo igual de frecuentes en ambos sexos. El 76.6 por ciento de los pacientes según su observación estaban en reposo. El 98.9 por ciento de los pacientes no estaban internos. El 84.1 por ciento de los pacientes tenían de 1-9 ENRT. En conclusión los pacientes de mayor atención fueron adultos mayores, siendo más mujeres y este mismo grupo presentaron hipertensión y discapacidades físicas, sin embargo pacientes jóvenes menores de 30 años no presentaban síntomas. Pacientes mayores jóvenes entre 41-50 años tenían trastornos y era más frecuente en hombres.

## **ABSTRACT**

A descriptive and retrospective study was carried out to determine the frequency of morbidity in patients older than 20 years who attended the outpatient clinic of the primary care center the bombita in the period 2017 January 2018. According to the age of the patients, the predominant range was more than 61 years with 47.5 percent, being more frequent in women with 28.5 percent and in men with 19.0 percent. According to the hypertensive patients, the majority were between the ages of 51-60 years with 34.7 percent, being more frequent in women with 20.3 percent and in men with 14.4 percent. The asymptomatic patients were between the ages of 20-30 years with 43.1 percent, being more frequent in women with 29.5 percent and in men with 13.6 percent. Patients with disorders were between the ages of 41-50 years old with 60.0 percent, being more frequent in men with 40.0 percent and in women with 20.0 percent. Patients with physical disabilities presented in adults over 61 years old with 80.0 percent, being equally frequent in both sexes. 76.6 percent of patients according to their observation were at rest. 98.9 percent of the patients were not internal. 84.1 percent of the patients had 1-9 ENRT. In conclusion, the patients with the highest attention were older adults, being more women and this same group presented hypertension and physical disabilities, however young patients under 30 years did not present symptoms. Elderly patients between 41-50 years had disorders and was more frequent in men.

## I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad hospitalaria es un indicador de calidad asistencial y su estudio puede mejorar la asistencia de los pacientes hospitalizados. Nuestro objetivo fue conocer las causas de muerte más frecuentes en los pacientes hospitalizados, identificar los días de estancia así como la morbilidad asociada. Es una prioridad identificar las principales causas de mortalidad y realizar la comparación con las reportadas a nivel Nacional. Debemos tener en cuenta que la mortalidad es un tema muy importante, en especial en Medicina Interna, ya que es el Servicio que presenta una mayor cantidad de defunciones, pero se tiene que tomar en cuenta varios factores, como el que los pacientes atendidos son de edades más avanzadas y con patologías múltiples y crónicas, con mayor riesgo de complicaciones.

Así mismo respecto a los días de estancia, como unos de los factores inherentes a la mortalidad, suelen considerarse las largas estadías como indicadores de ineficiencia de la gestión hospitalaria pero esta relación “estadía-eficiencia” no resulta tan elocuente si se considera que una estadía baja podría ser alcanzada a partir de altas prematuras lo que, además de considerarse un problema de calidad, podría generar un gasto mayor de recursos hospitalarios si tales altas se transforman en reingresos.

Una de las principales diferencias que existe entre las defunciones en los países con mayores ingresos y en los países con menores ingresos es el origen de la mortalidad. Mientras las enfermedades no transmisibles predominan en los países con mayores ingresos, las enfermedades infecciosas lo hacen en los países más pobres. En números relativos, la proporción más alta de enfermedades no transmisibles correspondió a los países de ingresos altos (el 87% de las muertes fue causado por enfermedades no transmisibles), seguidos por los de ingresos medianos (81%), y por último, por los países de ingresos bajos (36%).

La desigualdad socio económica entre países también afecta a las diferentes edades en las que se concentra el mayor porcentaje de fallecimientos en cada país. Mientras en los países de ingresos altos, tan solo 1 de cada 100 muertes corresponde a niños menores de 15 años, mientras en los países con ingresos bajos, aproximadamente 4 de cada 10 muertes ocurren en niños menores de 15 años. En

los países ricos destacan, por el contrario, las muertes en personas de 70 años o más, que constituyen 7 de cada 10 muertes. Las principales causas se deben a enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, demencia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o diabetes.<sup>1</sup>

En cuanto a los países pobres, tan solo 2 de cada 10 muertes corresponden a personas de 70 años o más. La causa predominante de defunción son las enfermedades infecciosas: en conjunto, las infecciones de las vías respiratorias bajas, la infección por el VIH/sida, las enfermedades diarreicas, el paludismo y la tuberculosis causan casi una tercera parte de las muertes en esos países. En cuanto al alto índice de fallecimientos en menores de 15 años, se explica por la gran cantidad de complicaciones del parto vinculadas con la prematuridad, la asfixia y los traumatismos, que forman parte de las causas principales de muerte y se cobran la vida de muchos recién nacidos y menores de 1 año.

El primer nivel de atención constituye la puerta de entrada y debe resolver el 80 % de las necesidades de salud de la población. Ello garantizaría la capacidad resolutive y la continuidad requerida para dar respuesta a las necesidades y problemas de salud de la población. El contacto directo con la familia y la comunidad es parte de la estrategia de salud del Programa de la especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria; este permite identificar los problemas de salud que afectan a individuos, familias y la comunidad en general.<sup>2</sup> La identificación oportuna de esos problemas y conocer la frecuencia con que se presentan en la población, permite desarrollar planes de acción para solucionarlos o prevenirlos.

### I.1. Antecedentes

Rodríguez Vargas Liana Elisa, (2018). Realizó un estudio descriptivo, en la población atendida por morbilidad por los 29 médicos del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, durante el año 2015 en Chimborazo, Ecuador. Los datos fueron tomados del registro diario de consultas y atenciones ambulatorias. Se analizaron las variables edad, sexo y causas de morbilidad. Predominaron los pacientes atendidos por enfermedades infecciosas, fundamentalmente por infecciones respiratorias agudas (32,2 %). Los grupos que más atención requirieron

fueron las mujeres (63,6 %), los adultos de 20 a 64 años (45,2 %) y los niños menores de 10 años (33,4 %). La infección respiratoria aguda fue la causa más frecuente en niños, adolescentes y adultos, y la hipertensión arterial lo fue en los adultos mayores. La morbilidad atendida por los médicos que cursaron el postgrado en Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención, se caracteriza por el predominio de las infecciones respiratorias agudas en niños menores de diez años, adolescentes y adultos de 20 a 64 años y la hipertensión arterial en adultos mayores.<sup>4</sup>

Moreno-Altamiranoa Laura, Pahua Díaza Daniel, (2016). Realizaron un estudio donde revisó la información oficial que emite el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y la Secretaría de Salud (SS). Se muestran las transformaciones en estructura de la población y esperanza de vida que permiten entender los cambios en el perfil de riesgos y las modificaciones de la mortalidad y morbilidad general, así como sus principales causas. Conclusiones: Los datos mostrados evidencian que existe un reto importante para el país, ya que por una parte se debe seguir atendiendo las enfermedades infecciosas o transmisibles para abatir la tasa de morbilidad y, por otra parte, es fundamental implementar acciones encaminadas a disminuir las tasas de mortalidad por enfermedades no transmisibles.

## I.2. Justificación.

El análisis de la mortalidad puede utilizarse como un valioso instrumento para la planificación y gestión hospitalaria. En cualquier hospital, reducir la mortalidad es una meta deseable. Respecto a los días de estancia hospitalaria es típicamente un indicador de proceso, específicamente un indicador de rendimiento del recurso cama, y está estrechamente relacionado con el número de egresos que produce un servicio u hospital en un período dado consecuencia del proceso de gestión en salud. A nivel internacional se ha identificado que los niveles de ocupación por arriba de 85% también afectan significativamente la seguridad del paciente, favoreciendo, entre otras cosas, el desarrollo de infecciones nosocomiales por agentes multirresistentes.

Una preocupación frecuente entre los médicos de familia y comunitarios ha sido conocer los patrones de morbilidad y de utilización en las consultas de atención primaria, los cuales no se habían medido, en España, hasta que, en los años 80, se empezaron a utilizar distintos métodos de registro. Desde entonces han sido múltiples los estudios que han intentado describir las características de los pacientes y de los problemas de salud atendidos en consulta, tanto mediante los registros habituales como con registros específicos, tanto con muestreos esporádicos como durante períodos continuos.

Unos y otros sitúan a las enfermedades endocrinas, nutricionales y del metabolismo, como grupo, entre las de frecuentación intermedia, y a algunas de las enfermedades del grupo, como diabetes, obesidad y trastornos de los lípidos, entre los problemas de salud atendidos con más frecuencia. Sin embargo, estos trabajos, basados en las visitas, sirven para conocer la utilización pero no la morbilidad.

El objetivo de este estudio es describir, según las características epidemiológicas básicas, la incidencia, la prevalencia y la frecuentación por las enfermedades de este grupo, sobre una amplia base de población atendida, mediante un registro que utiliza el episodio como unidad de análisis, a lo largo de un año; y analizar las ventajas de este conocimiento en la planificación asistencial.

## II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, estudiar la problemática de la morbilidad en el primer nivel de atención médica constituye un elemento de primordial importancia, ya que en este nivel se atiende a casi 80% de los casos de demanda de atención médica; de esta manera, se mide y se valora indirectamente el estado de salud alcanzado por la población y esta información se utiliza para optimizar la planificación de prestación de los servicios, en función de los principales problemas que afectan a las poblaciones.

Con el desarrollo de la ciencia y la técnica se ha observado un cambio en cómo enfermamos y morimos, actualmente, los padecimientos crónicos no transmisibles son los de primer orden en todo el mundo; esta transición está íntimamente ligada al envejecimiento de la población. Estos cambios afectan a los profesionales y usuarios de los sistemas de salud, lo que hace necesaria una actualización constante de los conocimientos.

Si la población en riesgo de desarrollar hipertensión arterial realmente adoptara estas sencillas recomendaciones -además de algunas de nutrición que redujeran el consumo de sal y grasas-, redundaría no sólo en un buen control del padecimiento, sino que reduciría el costo de la atención por persona al año. Para ello, se deben reforzar las estrategias de comunicación y difusión de acciones y actividades educativas para la salud y las redes de apoyo formales (instituciones) y las informales (familia, parientes y amigos), haciendo énfasis en estilos de vida saludables para prevenir enfermedades. Al respecto, es conveniente enfatizar que el médico debe conseguir la adherencia del paciente a su tratamiento integral (farmacológico, de nutrición, actividad física y acciones de autocuidado), mediante una adecuada y buena relación médico-paciente.

Los responsables de atender a los pacientes en el nivel primario del sistema de salud deben estar permanentemente capacitados y actualizados para brindar una atención de calidad. Haciendo énfasis en la prevención de factores de riesgo modificables para evitar la aparición de enfermedades y el desarrollo de las complicaciones agudas y crónicas,<sup>7</sup> sin olvidar que las medidas preventivas deben mantenerse de manera permanente para que sean efectivas a largo plazo.<sup>16</sup> En esta

última acción, el médico familiar debe ser consistente en cada acto clínico y con cada paciente que atiende en forma continua en su práctica profesional.

Al analizar la práctica cotidiana y las actividades que se realizan en un servicio de atención médica de medicina familiar, se concluye que es necesario llevar a cabo acciones encaminadas a la detección oportuna y control de factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas, que permitan retrasar su aparición, así como prescribir el tratamiento oportuno y adecuado para evitar complicaciones.

Los sistemas de información, base fundamental para la vigilancia epidemiológica y la toma de decisiones en la administración de servicios, debe constituirse en un instrumento dinámico y asequible en todos los niveles de atención, con el objetivo de garantizar una información continuada sobre la morbilidad de una población.

¿Cuál es la frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del centro de atención primaria la bombita en el periodo enero 2017 enero 2018 ?

### **III. OBJETIVOS**

#### III.1.General.

1. Determinar la frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del Centro de Atención primaria la bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.

#### III.2.Específicos

1. Determinar la edad de los pacientes atendidos en la consulta externa.
2. Identificar el sexo de los pacientes atendidos en al consulta externa.
3. Valorar la morbilidad de los pacientes atendidos en la consulta externa.
4. Identificar los tipos de la morbilidad de los pacientes atendidos en la consulta externa.
5. Determinar las principales complicaciones de los pacientes atendidos en la consulta.

## **IV. MARCO TEÓRICO**

### **IV.1. Definición**

#### **IV.1.1. Morbilidad**

El término morbilidad es un término de uso médico y científico y sirve para señalar la cantidad de personas o individuos considerados enfermos o víctimas de una enfermedad en un espacio y tiempo determinados. La morbilidad es, entonces, un dato estadístico de altísima importancia para poder comprender la evolución y avance o retroceso de una enfermedad, así también como las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

La tasa de morbilidad es el resultado de dividir el número de personas enfermas por el conjunto de la población la morbilidad es un dato demográfico y sanitario que cumple la función de informar la proporción de personas que sufren una enfermedad en un espacio y tiempo acotados.

Esto es así a modo de poder analizar de mejor modo la evolución de tal enfermedad en condiciones particulares ya que al delimitarla, los efectos y fenómenos producidos son más fácilmente observables. La morbilidad es especialmente utilizada por la epidemiología, la disciplina de la medicina que se especializa en el análisis y estudio del avance de diferentes epidemias en diferentes tipos de población.<sup>6</sup>

De acuerdo a los resultados obtenidos a partir de la investigación basada en la morbilidad, los especialistas pueden saber el poder o el efecto que una enfermedad tiene en una población, al mismo tiempo que se pueden analizar las causas de tal situación y buscar las posibles soluciones para el futuro (soluciones que pueden ir desde vacunas o remedios específicos hasta cambios en el acceso a las condiciones de vida esenciales para el ser humano).

Ciertas enfermedades pueden tener consecuencias graves en el conjunto de una población. Pensemos en un territorio donde sus habitantes se dedican mayoritariamente a la minería y, como consecuencia de ello, se producen patologías asociadas a esta actividad laboral. Esta situación tiene repercusiones sanitarias, sociales y económicas.

La morbilidad puede analizarse desde parámetros distintos, pues existe la tasa de incidencia, la tasa de prevalencia, la tasa de casos y la tasa de letalidad como parámetros específicos. La tasa de incidencia se refiere al número de personas que adquieren una enfermedad a lo largo de un periodo de tiempo concreto. Este dato es de vital importancia para prevenir enfermedades o bien para organizar un sistema de vacunación. La tasa de prevalencia hace referencia al número de individuos con una dolencia específica.

Este dato proporciona información relevante para conocer los niveles de salud de una población con respecto a una enfermedad. En el caso de América Latina, el control de la malaria depende en gran medida del conocimiento de esta tasa. El control oficial del número de personas que tienen una patología determinada es conocido como tasa de control. La tasa de letalidad se refiere al porcentaje de la población que como consecuencia de una enfermedad se produce la muerte.

#### IV.1.2. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA), es el principal factor de riesgo para los accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía coronaria en las personas adultas mayores. La hipertensión tiene remedio y su control logra no solo salvar vidas sino también reducir significativamente las limitaciones funcionales y la discapacidad en las personas de edad. Los estudios epidemiológicos sugieren que una prevalencia entre 50% y 70% de hipertensión en las personas de 60 años de edad y más. Sin embargo, la hipertensión no debe considerarse una consecuencia normal del envejecimiento.

El riesgo cardiovascular se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular (enfermedad coronaria, ataque cerebro vascular o arteriopatía periférica) en un período de tiempo de diez años. La valoración del riesgo cardiovascular permite conocer aquellos grupos en los que se deben incrementar las actividades de prevención y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a disminuir la morbimortalidad por enfermedad cardiovascular. La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo son los tres factores de riesgo cardiovascular modificables de mayor relevancia.

La diabetes, el sedentarismo, la obesidad o el sobrepeso y el consumo excesivo de alcohol son otros factores que se consideran como modificables o controlables.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo para enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia renal. La reducción y el mantenimiento de las cifras de presión arterial a valores inferiores a 120/80 mmHg, en la población general, o inferiores a 140/90 mmHg en pacientes con diabetes o con afectación renal, reducen en forma significativa el riesgo de ataque cerebro vascular, enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca. La hipertensión arterial no es un fenómeno aislado y, por lo general, los pacientes hipertensos presentan múltiples factores de riesgo asociados, cuyo conjunto incrementa el riesgo de presentar una enfermedad cardiovascular.

Recientemente aparecieron evidencias sobre la necesidad del tratamiento global del riesgo cardiovascular en el paciente hipertenso. Cada vez es mayor la certeza de que no basta con buscar un óptimo control de las cifras de presión arterial sino que es imprescindible averiguar y reducir todos los factores de riesgo cardiovascular.<sup>7</sup>

#### IV.1.3. Epidemiología

Santo Domingo, Rep. Dominicana, 31 de Enero del 2012.- Un 41 por ciento de la población dominicana padece hipertensión arterial y pertenece al Régimen Subsidiado, mientras que un 37 por ciento del Régimen Contributivo, de acuerdo a los resultados del Estudio Factores de Riesgos Cardiovascular y Síndrome Metabólico en la República Dominicana (EFRICARD II). Esta investigación fue realizada por el Instituto de Cardiología y las Sociedades Dominicanas de Cardiología y Endocrinología, con los auspicios del Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), con una muestra de 4,700 personas, de las cuales sobresalió que de los afiliados con hipertensión arterial un 38.7 por ciento son del sexo masculino, y un 32.8 del femenino. 19 En todas las modalidades, según el estudio, esta causante engloba un 35 por ciento, en las denominaciones sistólica o diastólica.<sup>6</sup>

Previo a la presentación de los resultados de la encuesta, la directora ejecutiva de SeNaSa, Altagracia Guzmán Marcelino, explicó que hace más de un año la ARS estatal decidió ofrecerle respaldo financiero a la investigación para detectar las

principales patologías que afectan a los afiliados, ubicarlos y darles seguimiento preventivo, lo que constituye la manera más idónea de evitar que estos agraven su situación hasta convertirse en enfermos de alto costo.

Destacó que con este estudio, SeNaSa, que administra los riesgos de salud sin costo alguno a más de 2 millones de personas pobres, da una campanada de alerta para que la población conozca sus puntos vulnerables en materia de salud, y para que se tomen las medidas de lugar en las instancias correspondientes, con miras a promover un cambio de conducta. El estudio también revela que del 50 por ciento de la población que tiene seguro, más de la mitad (26%) está afiliado al SeNaSa.

Acerca del tema de la obesidad general 32% son del Contributivo y 30.3 por ciento del Subsidiado. Asimismo, en cuanto a la diabetes melitus 22.1% son del Régimen Contributivo y 23.0% son del Subsidiado.

La investigación fue realizada por los doctores Rafael Pichardo y Ángel González Medina, del departamento de Enseñanza e Investigación del Instituto Dominicano de Cardiología; los doctores Wilson Ramírez y Petronila Martínez, de la Sociedad Dominicana de Cardiología, así como los médicos Félix Escaño y Yanet Vélez, de la Sociedad Dominicana de Endocrinología.

El doctor Pichardo dijo que el estudio revela que respecto al colesterol bueno (HDL), los del Subsidiado presentan 38.0%, y los del Contributivo 35.9, lo que evidencia que los primeros tienen un colesterol bueno superior al 35%, que es lo adecuado. Informó que de los encuestados del SeNaSa 75.5% pertenecen al Régimen Subsidiado y 24.5% al Régimen Contributivo, grupo en el que la población urbana es de 59.5, la urbana marginal de 18.0% y la rural 22.4%, y que del total, 76.2% son del sexo femenino y el 23.8% masculino.

Al referirse a los hipertensos, aseguró que este problema de salud era conocido por el 52.2% de los encuestados, y llevan tratamiento, pero el 39% estaba completamente ajeno a este padecimiento.<sup>8</sup>

Indicó que un 11% sabía que sufría de la presión, pero no tomaba medicinas, lo que a su juicio implica que 50% de ellos están expuestos a un desenlace fatal por la falta de medicación. La encuesta EFRICARD II presenta también una elevada obesidad, de 73% en la mujer y 48.9 en el hombre, así como sobrepeso de 31.0 en la

mayoría de la muestra. El estudio reveló, asimismo, que el excesivo ocio físico queda expresado a través de que en sólo 16% van al trabajo caminando, 24% caminan o trotan, pero no como ejercicio regular; 30% de las mujeres caminan o hacen algún deporte, renglón en que los hombres se anotan un 42%.

La investigación abarcó el Distrito Nacional, las regiones Sur, Este y Cibao. Los resultados del estudio son fundamentales para la adopción de medidas que permitan revertir las causas de la problemática planteada. Otro factor importante que salió a relucir del estudio es que la población dominicana ha disminuido el consumo de cigarrillos en un 8 por ciento, cuando hace poco más de 10 años la cifra alcanzaba un 20 por ciento.

Con los resultados de esta investigación, el SeNaSa, que tiene una alta población de afiliados envejecimientos y de bajo estrato social, que son los más expuestos a las enfermedades, deja abierta una vía para propiciar cambios de actitud. En la actualidad SeNaSa administra los riesgos de salud de más de 2 millones 462 mil 185 afiliados, grupo en el que figuran 2 millones 006 mil 409 del Régimen Subsidiado y 454 mil 231 del Contributivo y del Plan Especial Transitorio para Pensionados y Jubilados del Ministerio de Hacienda. Para ofrecer los servicios a esta población, la institución tiene ubicadas oficinas a en las nueve Regiones de Salud del país.

#### IV.1.4. Clasificación

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5 por ciento de casos se encuentra una causa (hipertensión arterial secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca ó renal). La relación entre las cifras de presión arterial y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición

de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico de la hipertensión arterial y los efectos beneficiosos de su tratamiento.<sup>9</sup>

Actualmente, se siguen las recomendaciones de la OMS-SIH, que con objeto de reducir la confusión y proporcionar a los clínicos de todo el mundo unas recomendaciones más uniformes, ha acordado adoptar en principio la definición y la clasificación establecidas por el Joint National Committee de Estados Unidos en su sexto informe (JNC VIII). Así pues, la hipertensión se define como una presión arterial sistólica de 140 mmHg ó superior y/o una presión arterial diastólica de 90 mmHg ó superior, en personas que no están tomando medicación antihipertensiva.

#### IV.1.5. Diabetes Mellitus

La Organización Mundial de la Salud define diabetes como una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Tratamiento y control de la diabetes mellitus, es la enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

En las fases finales de la diabetes pueden producirse una afectación extensa de prácticamente de todos los sistemas orgánicos, afectación que se caracteriza por:

- a) Microangiopatía con engrosamiento de la membrana basal capilar;
- b) Macroangiopatía con arterioesclerosis acelerada;

- c) Neuropatía que interesa los 21 sistemas nerviosos periférico y vegetativo;
- d) Alteración neuromuscular con atrofia muscular;
- e) Embriopatía y
- f) Disminución de la resistencia de las infecciones.

A veces no se descubre la hiperglucemia hasta que aparecen complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, como nefropatía, retinopatía, infarto de miocardio o gangrena de las extremidades inferiores.<sup>11</sup>

#### IV.1.5.1. Epidemiología

La Organización Mundial de la Salud estima que, globalmente, el número de personas que padece diabetes se ha incrementado sustancialmente entre 1980 y 2014, pasando de 108 a 422 millones de adultos mayores de 18 años.<sup>7</sup> La prevalencia global de la diabetes ha aumentado desde el 4,7% en 1980 al 8,5% en 2014.

En las últimas 3 décadas, la prevalencia (estandarizada por edad) de la diabetes ha aumentado en todos los países, independientemente del nivel de ingresos, reflejando el incremento global en los factores de riesgo, como el sobrepeso o la obesidad. Durante la última década, la prevalencia de diabetes ha aumentado más rápidamente en los países con ingresos bajos y medios que en los países de ingresos altos. Este aumento constante es debido al crecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y el aumento del riesgo de desarrollar DM2 con la edad avanzada.<sup>7,8</sup>

A nivel mundial, en la mayoría de estudios sobre prevalencia en adultos, no se distingue entre DM1 y DM2, ya que en muchos casos se utiliza una muestra de sangre y cualquier adulto que pase cierto nivel de glucosa es clasificado como “afectado por diabetes”. De esta forma, aún no es posible informar sobre la proporción precisa de diabetes. En países de renta alta se ha estimado que aproximadamente entre el 87% y el 91% de todas las personas con diabetes padecen DM2, entre el 7% y el 12% tiene DM1 y entre el 1 y el 3% restante padecen otros tipos de diabetes.<sup>9</sup>

A nivel nacional y según el estudio di@bet.es, la prevalencia de DM2 en la población española (ajustada por edad y sexo) se sitúa en el 13%, de los cuales aproximadamente la mitad tiene diabetes desconocida: 6%. En este estudio también se confirma la asociación entre diabetes, obesidad e hipertensión arterial, y la importancia de la actividad física para prevenirla.<sup>10</sup>

## Mortalidad

La carga total de muertes por altos niveles de glucosa en 2012 fue estimada en 3,7 millones por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Esta cifra incluye 1,5 millones de muertes directamente causadas por diabetes, (fue la octava causa de muerte entre ambos sexos y la quinta causa principal de muerte en las mujeres) y un adicional de 2,2 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica y tuberculosis relacionadas con niveles de glucosa en sangre superiores a lo deseable. Entre estos 3,7 millones de muertes un 43% ocurren en personas con 18 menos de 70 años, siendo dicho porcentaje de muertes superior en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.<sup>7</sup>

### II.1.5.2. Diabetes Mellitus tipo 1

Anteriormente se denominó diabetes sacarina dependiente de la insulina. Se caracteriza por hipoglucemia causada por una carencia absoluta de insulina, hormona producida por el páncreas. Se presenta por lo común en niños y adolescentes, aunque puede aparecer en etapa posterior de la vida.

En ocasiones se manifiesta por signos y síntomas graves, como estado de coma o cetoacidosis. Se tienen un riesgo aumentado de padecer complicaciones micro y macro vasculares. Por lo común, aunque no siempre, es consecuencia de la destrucción de las células beta del páncreas por un fenómeno autoinmunitario que se acompaña de la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre. Es un trastorno complejo causado por mutaciones de varios genes, y también por factores ambientales.<sup>10</sup>

#### II.1.5.3. Diabetes mellitus tipo 2.

La diabetes mellitus tipo 2 se considera una de las enfermedades crónicas con mayor impacto en la calidad de vida de la población mundial y constituye un verdadero problema de salud; pertenece al grupo de las enfermedades que producen invalidez física por sus variadas complicaciones multiorgánicas, con un incremento indudable en la morbilidad y mortalidad en los últimos años, independientemente de las circunstancias sociales, culturales y económicas de los países.

Conceptualmente se define como un síndrome heterogéneo originado por la interacción genético-ambiental y caracterizado por una hiperglucemia crónica, como consecuencia de una deficiencia en la secreción o acción de la insulina, que desencadena complicaciones agudas (cetoacidosis y coma hiperosmolar), crónicas microvasculares (retinopatías y neuropatías) y macrovasculares (cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y vasculares periféricas).

Existe un vertiginoso aumento del número de personas con diabetes a escala internacional, en los inicios del presente siglo XXI, las cifras eran aproximadamente de 150 millones de personas diabéticas: una verdadera pandemia; en el 2010 la cifra ascendió a 225-230 millones, e incluso se espera que afecte a 380 millones para el 2025 y alcance la cifra de 438 millones para el 2030, se estima un aumento mayor en la población de 45 a 64 años en los países tercermundistas.

La diabetes mellitus de tipo 2 se diagnostica en 85-95% de todos los que la padecen, con un porcentaje más elevado en regiones menos desarrolladas (1 de cada 14 adultos tendrá diabetes mellitus).

#### IV.1.5.4. Fisiopatología

La diabetes mellitus es una deficiencia absoluta o relativa de insulina y, consecuentemente, de sus efectos metabólicos. En la diabetes mellitus tipo 1 se ha encontrado desde insulinopenia total hasta la presencia de anticuerpos que impiden la acción de la hormona sobre los tejidos. Por otra parte en la diabetes tipo 2, el hallazgo más constante es el de hiperinsulinismo y disminución periférica en los receptores de insulina. Esta enfermedad se centra principalmente en los siguientes factores:

- a) El comportamiento alterado de las células beta del páncreas.
- b) El hígado por su capacidad de transformar los aminoácidos y ácidos grasos en glucosa.
- c) La acción de otras hormonas (la insulina, el glucagón, etc.) por su interacción con la insulina.
- d) Otras muchas y variadas sustancias en función de cuál sea su capacidad para aumentar o disminuir la glucemia.
- e) Las células beta del páncreas: Son las encargadas de producir la insulina, hormona imprescindible para el metabolismo de los hidratos de carbono. Hay disminución de las células beta en los islotes pancreáticos, lo que genera un nivel muy bajo de insulina en sangre y/o la ausencia de respuesta de las células beta (incapaces de producir insulina) ante la administración o el incremento de ciertas 22 sustancias (glucosa, aminoácidos, glucagón), estímulo que normalmente desencadenaría automáticamente la producción de insulina.
- f) El hígado: La carencia o disminución de la insulina, es la que determina la incontrolabilidad, por parte del hígado, de la producción de glucosa y de los importantes procesos de cetogénesis y lipólisis. Si la insulina que dispone el organismo resulta insuficiente, la glucosa no puede ingresar dentro de las células y en consecuencia, aquellas se quedan sin el necesario aporte energético que estaba previsto que les llegará a través de ella. Por eso el organismo libera grasa y proteínas de donde estaban almacenadas (tejido adiposo y muscular), para tratar de aportar a las células la energía que necesitan.

Los ácidos grasos y los aminoácidos que no son quemados inmediatamente por las células son transformados por el hígado en glucosa, que pasa de nuevo a la sangre. Si en ese momento hubiera insulina disponible la llegada a la sangre de esta nueva porción de glucosa restablecería el equilibrio perdido, pudiendo la glucosa ingresar en la célula y ser ahí quemada, pero si la insulina no está disponible el ingreso de esta nueva glucosa en la sangre, lo único que hace es aumentar su concentración en la sangre (hiperglucemia), sin que las células puedan utilizarla.

La insulina es una hormona que se produce en las células beta del páncreas y que libera a la sangre de forma continua y en mayor o menor cantidad, en función de cuales sean sus requerimientos por parte del organismo en ese momento, lo que viene determinado, principalmente, por el mayor o menor ingreso de hidratos de carbono y secundariamente por el mayor o menor nivel de ácidos grasos, cuerpos cetónicos y aminoácidos en nuestro organismo.

Según la Federación Mexicana de la diabetes, la insulina, es un polipéptido producido y secretado por las células beta del páncreas, es una hormona esencial para el crecimiento somático y desarrollo motriz; desempeña un papel muy importante en la regulación del metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas. Se sintetiza a partir de una pre hormona de 81 residuos de aminoácidos que se denomina proinsulina.

La liberación de insulina por la célula beta es en dos fases: La primera fase o fase temprana se inicia al primer minuto posterior a la estimulación por glucosa, su pico máximo es entre 3 a 5 minutos, tiene una duración máxima de 10 minutos y representa la insulina almacenada en los gránulos de la célula beta.

La segunda fase o fase tardía inicia en forma tardía y lenta (a los 10 minutos), tiene una duración de 4 horas (o mientras persista la hiperglucemia), tiene una producción continua en forma de una meseta con descenso lento y representa la insulina de nueva síntesis y producción.

La insulina interviene aprovechando los recursos energéticos que a través de los alimentos ingresan en nuestro organismo, es una hormona fundamentalmente anabolizante. Cuando ingresa glucosa en nuestro organismo la insulina actúa facilitando que penetre en el interior de las células a fin de que sea metabolizada, y facilita su transformación en glucógeno y grasas para que la glucosa no sea utilizada de inmediato y se almacene de esa forma en nuestro organismo (glucogénesis). De igual modo, actúa sobre los aminoácidos que ingresan en nuestro organismo facilitando su utilización por las células y favoreciendo en el hígado su transformación en glucosa (neoglucogénesis), para que de este modo se almacene aquello que no han sido utilizados.

De una forma similar, la insulina actúa también sobre las grasas favoreciendo su utilización por las células, transformando los ácidos grasos en glucosa (lipogénesis) para su almacenamiento.<sup>14</sup>

El glucagón: Es una hormona que se produce en las células alfa del páncreas y que cumple una doble e importante función en nuestro organismo, interviene regulando la hipoglucemia. Cuando existe hipoglucemia en el organismo el glucagón actúa liberando la glucosa que estaba almacenada en el hígado en forma de glucógeno, contribuyendo así a compensar la hipoglucemia.

El glucagón también estimula la liberación de insulina, favoreciendo la metabolización del aumento de glucosa. La somatostatina: Es una hormona que se produce en las células delta del páncreas y en el hipotálamo y que tiene efectos y acciones muy variadas como la inhibición de la hormona de crecimiento, su principal efecto en la diabetes consiste en inhibir la acción de la insulina y del glucagón. Dependiendo de la causa de la diabetes mellitus los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta.

El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la diabetes mellitus provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias, en muchos sistemas orgánicos supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad. Este trastorno cual fuere su causa se vincula con deficiencia de insulina que puede ser total, parcial o relativa, cuando se le considera dentro del marco de la resistencia coexistente a la insulina. La falta de dicha hormona interviene en forma primaria en las alteraciones metabólicas propias de la diabetes y la hiperglucemia a su vez actúa en forma decisiva para que surjan las complicaciones de la enfermedad.

#### IV.1.6. Hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica, afecta a aproximadamente 50 millones de personas en Estados Unidos y aproximadamente 1 billón de personas en el mundo. Se presenta principalmente en adultos y en mayor proporción en adultos mayores, sin embargo, año tras años se puede observar una alta prevalencia

de esta enfermedad en jóvenes, sobre todo en aquellos que son obesos y sedentarios, pero también incluso en aquellos que cultivan una vida sana.

La Hipertensión Arterial se clasifica en dos grandes grupos: hipertensión arterial esencial o primaria e hipertensión arterial secundaria. La primaria se asocia más a obesidad, antecedentes familiares de hipertensión, dislipidemias, ingesta excesiva de alcohol y sedentarismo.

Pero hay también causas secundarias de hipertensión que están asociadas a determinadas patologías, que se pueden presentar en pacientes jóvenes como por ejemplo: patologías renales, feocromocitoma, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, apnea obstructiva del sueño y otras. Un joven con una de estas patologías, aunque sea joven y no sea obeso, puede desarrollar una hipertensión. Este tipo se puede presentar a cualquier edad, y dado que es causada por una enfermedad de mayor complejidad, debe ser manejada por un médico especialista.

Dado un aumento de la prevalencia de obesidad y sedentarismo en los jóvenes, se traduce a su vez en la aparición de hipertensión arterial esencial a edad más temprana, lo cual trae un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares como infarto agudo al miocardio, accidentes vasculares cerebrales, muerte súbita y otras.

Tener antecedentes de hipertensión arterial en la familia significa que hay mayores probabilidades de desarrollar esta enfermedad, hay un grado importante de herencia, pero eso no significa que necesariamente se va a desarrollar este cuadro, porque también se conjugan otros factores ambientales como la dieta, tabaquismo o la presencia de otras enfermedades.

Dependiendo de cuál sea la causa de la hipertensión, esta podría ser erradicada o controlada. Si es una HT primaria, es una enfermedad que va a permanecer siempre con el paciente y sólo va a poder controlarla, si toma medicamentos antihipertensivos y cumple adecuadamente las indicaciones. Si es secundaria, va a depender de la causa de base y si ésta puede ser tratada: si, por ejemplo, el paciente es HT por causa de una insuficiencia renal, y si ésta es tratada por medio de un trasplante, entonces se mejorará de la HT. Si es causada por un tumor que produce catecolaminas, y si el paciente se opera, se verá posteriormente aliviado de la HT.

Es muy importante un adecuado control y manejo de la hipertensión arterial ya que es un importante factor de riesgo cardiovascular, que genera gran comorbilidad y muerte en la población.

Para prevenir la HT hay que mantener hábitos de vida saludable, como actividad física frecuente, evitar subir de peso, evitar el consumo de tabaco, el exceso de sal y un consumo moderado de alcohol. Asimismo, es necesario realizar un control periódico de la presión arterial, ya que la HT es una enfermedad que no da síntomas, y a veces se diagnostica cuando se presentan complicaciones, como hemorragias cerebrales, disección aórtica u otras complicaciones cardiovasculares.

#### IV.1.6.1. Epidemiología de la hipertensión arterial: baja consciencia y control

La Sociedad Latinoamericana de Hipertensión (Latin American Society of Hypertension, LASH) define a la hipertensión arterial por una presión arterial sistólica (PAS) promedio  $\geq 140$  mm Hg y/o una presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mm Hg tanto en la población general como en pacientes diabéticos. La hipertensión arterial es un problema de salud pública importante, y además es el factor de riesgo cardiovascular modificable más común; adicionalmente, es la tercera causa de muerte en el mundo a la que se le atribuye una de cada ocho muertes globales y en diferentes regiones del mundo, ya sea en países de ingresos altos o medios-bajos.

El estudio epidemiológico prospectivo urbano rural PURE, es un estudio poblacional en individuos de entre 35 y 70 años, que involucró comunidades urbanas y rurales de 17 países de ingresos altos, medios y bajos, con un total de 142.042 participantes, y demostró una prevalencia global de hipertensión arterial del 41%, de los cuales solamente el 46,5% eran conscientes de ser hipertensos, y de aquellos que eran conscientes del diagnóstico el 87,9% recibía tratamiento farmacológico, pero solo una minoría (32,5%) de quienes recibían tratamiento estaban controlados (PAS  $< 140$  mm Hg).

A pesar de las recomendaciones actuales para la utilización de terapia combinada<sup>23, 24</sup>, incluso en pacientes con hipertensión arterial grado I (PAS entre 140 y 160 mm Hg)<sup>25</sup>, sólo el 30,8% recibía terapia combinada con dos o más medicamentos antihipertensivos, situación que fue más grave en los países de

ingresos bajos, lo que podría explicar por qué los países con ingresos altos tienen mejor control de la presión arterial, y de alguna manera también en la mayor morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares que se observa en los países de ingresos medianos-bajos como fue reportado en el estudio PURE<sup>26</sup>.

Además, la consciencia, el tratamiento y el control de la hipertensión fueron más altos en las comunidades urbanas que en rurales en países de ingresos bajos y medios, pero no en países de ingresos altos, en tanto que la educación pobre se asoció con menores tasas de consciencia, tratamiento y control en los países de ingresos bajos<sup>0</sup>.

En los países sudamericanos incluidos en el estudio PURE (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) la prevalencia de hipertensión arterial fue alta y varió entre 52,6% en Brasil, a 37,5% en Colombia. El 57,1% eran conscientes del diagnóstico de hipertensión, el 52,8% estaban siendo tratados, sin embargo, tan solo el 18,8% estaban controlados, es decir que solo el 35,5% de los hipertensos que recibían medicamentos tenían controlada su presión arterial.<sup>22</sup>

#### IV.1.7. Epilepsia

La epilepsia es una enfermedad neurológica crónica caracterizada por la presencia de crisis convulsivas y por la predisposición del cerebro a generar dichas crisis. En el concepto actual de epilepsia se considera un espectro más amplio e incluyen además las consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales derivadas de esta condición.<sup>15</sup> Es uno de los trastornos neurológicos más frecuentes, presente en todas las sociedades y grupos de edad. La Organización Mundial de la Salud estima que 50 millones de personas padecen o han padecido epilepsia en algún momento de su vida en todo el mundo. Se trata de una patología crónica con un alto impacto social y sobre la calidad de vida tanto para quien lo padece como sus familiares, pero también para el sistema sanitario y económico.

Además, la Organización Mundial de la Salud y diversos autores alertan que los pacientes con epilepsia y sus familias pueden ser víctimas de estigma social y discriminación en muchos lugares del mundo.<sup>16</sup> Los estudios epidemiológicos sobre la epilepsia son fundamentales para determinar el peso que supone en el sistema de

salud, y con ello crear programas que incluyan su prevención, diagnóstico precoz, tratamiento e intervención psicosocial.

Actualmente existe un gran vacío de conocimiento en la epidemiología de la epilepsia en Europa y en nuestro país. La primera revisión sistemática sobre este aspecto fue publicada por poniendo de manifiesto una asimetría geográfica en los trabajos publicados hasta ese momento y una carencia de datos en muchos de los países europeos.

La mayoría de los estudios partían de países situados en el norte de Europa e Italia, mientras que en el centro y especialmente en la cuenca mediterránea occidental eran escasos. En esta última zona, tan sólo se encontró un trabajo de calidad sobre incidencia de la epilepsia realizado en Francia en 1990 y dos trabajos de prevalencia realizados en España el último incluyendo únicamente pacientes en edad pediátrica.

Posteriormente Durá-Travé y cols publicaron en 2008 el único estudio sobre incidencia de la epilepsia en España realizado hasta el momento. Ese mismo año, veía la luz un estudio de prevalencia Introducción 4 basado en la revisión de registros sanitarios en una zona de Francia.<sup>17</sup> Con posterioridad a esta fecha, en España se han realizado tan sólo dos trabajos dirigidos a la investigación de la prevalencia de la epilepsia, el primero de ellos llevado a cabo en la provincia de Huesca y el segundo en la zona oeste de Málaga.<sup>18</sup>

Otro de los grandes obstáculos en la epidemiología de la epilepsia es la diversidad en la metodología empleada y la escasez de cuestionarios de cribado homogéneo y validado. En concreto, para la población española y en nuestro idioma, ningún instrumento breve de cribado ha sido validado para personas con epilepsia. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, surge la necesidad de realizar un estudio epidemiológico actual sobre la epilepsia en España y valorar el alcance real que supone esta enfermedad en el escenario español presente.

El proyecto EPIBERIA nació como una iniciativa conjunta de la Sociedad Andaluza de Epilepsia (SADE) y del Grupo de Estudio de Epilepsia de la Sociedad Española de Neurología (GEESEN) con el objetivo de cubrir esta carencia. Su primer objetivo ha sido la realización de un estudio de prevalencia de base poblacional llevado a

cabo en tres áreas geográficas españolas con resultados extrapolables a nivel nacional.

#### IV.1.8. Alteraciones de la salud mental

Un trastorno mental, también llamado enfermedad mental o trastorno psiquiátrico, es un patrón de comportamiento o mental que causa una angustia significativa o un deterioro del funcionamiento personal. Dichas características pueden ser persistentes, recurrentes y remitentes, u ocurrir como un solo episodio. Se han descrito muchos trastornos, con signos y síntomas que varían ampliamente entre los trastornos específicos. Tales trastornos pueden ser diagnosticados por un profesional de salud mental.<sup>19</sup>

Las causas de los trastornos mentales a menudo no están claras. Las teorías pueden incorporar hallazgos de una variedad de campos. Los trastornos mentales generalmente se definen por una combinación de cómo una persona se comporta, siente, percibe o piensa. Esto puede estar asociado con determinadas regiones o funciones del cerebro, a menudo en un contexto social. Un trastorno mental es un aspecto de la salud mental. Las creencias culturales y religiosas, así como las normas sociales, deben tenerse en cuenta al hacer un diagnóstico.<sup>20</sup>

Los servicios se basan en hospitales psiquiátricos o en la comunidad, y las evaluaciones son realizadas por profesionales de la salud mental, como psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales clínicos, utilizando diversos métodos, como las pruebas psicométricas, pero a menudo dependen de la observación y el interrogatorio.<sup>21</sup>

Los tratamientos son proporcionados por varios profesionales de la salud mental. La psicoterapia y la medicación psiquiátrica son dos opciones de tratamiento principales. Otros tratamientos incluyen cambios en el estilo de vida, intervenciones sociales, apoyo entre pares y autoayuda. En una minoría de casos 10 puede haber detención o tratamiento involuntario. Se ha demostrado que los programas de prevención reducen la depresión.<sup>22</sup>

Los trastornos mentales comunes incluyen depresión, que afecta a unos 300 millones, trastorno bipolar, que afecta a unos 60 millones, demencia, que afecta a

unos 50 millones, y esquizofrenia y otras psicosis, que afecta a unos 23 millones de personas en todo el mundo. El estigma y la discriminación pueden aumentar el sufrimiento y la discapacidad asociados con los trastornos mentales, lo que lleva a varios movimientos sociales que intentan aumentar la comprensión y desafiar la exclusión social.

La salud mental como necesidad básica. Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el daño serio y sostenido. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”.

El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”.<sup>9</sup>

La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la salud física. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.<sup>9</sup>

El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo (su salud mental); y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello.<sup>3</sup> Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes.

#### IV.1.9. Asma

Debido a su etiología multifactorial, a las alteraciones funcionales respiratorias y a sus diversas expresiones clínicas, de acuerdo a la edad de presentación, no hay una definición que describa completamente a esta entidad.

Por lo tanto, definir asma es complejo, ya que es una enfermedad multifactorial (etiología, características morfológicas, cambios funcionales y manifestaciones clínicas), en la cual existe una interacción entre el sistema inmunológico y el sistema nervioso autónomo. Sin embargo, la definición más completa es la que toma en cuenta tanto el punto de vista funcional como el celular, que propone al asma como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas, en la cual muchas células y productos celulares juegan un papel importante.

La inflamación crónica produce un incremento en la reactividad de la vía aérea y episodios recurrentes de sibilancias, dificultad respiratoria, tiraje intercostal, tos y opresión torácica, especialmente en la noche y en la mañana.

Estos episodios se asocian con obstrucción del flujo aéreo, reversible espontáneamente o con tratamiento. La inflamación también causa un aumento en la respuesta bronquial a una gran variedad de estímulos.<sup>3</sup>

Así entonces, en todos los casos se hace énfasis de que el asma es una alteración inflamatoria crónica de las vías aéreas, que puede asociarse en forma aguda o crónica con limitación del flujo aéreo como resultado de bronco constricción, edema, secreción mucosa inflamación y, en algunos pacientes, remodelación de las vías aéreas.

La remodelación de la vía aérea corresponde a aquellos cambios estructurales caracterizados por engrosamiento de la lámina reticular con depósitos de fibrina subepitelial y perivascular, hiperplasia de las glándulas mucosas, músculo liso y vascular. Esto determina el engrosamiento de la pared de los bronquios de conducción mayor (accesibles a su estudio por biopsia de mucosa) y también en la pequeña vía aérea (accesibles por lavado bronco alveolar).<sup>4</sup>

El engrosamiento de la pared bronquial y su mayor rigidez, la disminución del área de sección transversal y el acortamiento de la vía aérea (por la disposición en doble hélice del músculo), determina la pérdida de la función pulmonar observada en

algunos pacientes asmáticos en estudios longitudinales.<sup>5</sup> Este mayor grosor y rigidez de la vía aérea condiciona en parte la hipereactividad bronquial (HRB) inespecífica (10 a 20 de los asmáticos tendrán remodelación).<sup>25</sup>

#### IV.1.9.1. Fisiopatología Alérgica (mayor frecuencia):

En el 70% de casos se puede encontrar una sensibilización a aéreo alérgenos con producción de IgE alérgeno específica, exposiciones subsecuentes activan la liberación de mediadores inflamatorios con producción de inflamación bronquial, broncoconstricción, e hiperreactividad de la vía aérea, No Alérgica (menor frecuencia) otros mecanismos, ingestión de medicamentos principalmente AINES, autoinmunidad, sensibilización con alérgenos ocupacionales con mecanismo no mediado por IgE .

El diagnóstico de la enfermedad es generalmente clínico el cual es fuertemente sugerido si hay combinación de tos, sibilancias, dificultad respiratoria, de forma episódica y recurrente en un paciente con antecedente familiar de atopia padres atópicos, así mismo la posibilidad aumenta en un niño con otras enfermedades de origen atópico (Rinitis Alérgica, Dermatitis Atópica). Se clasifica como Intermitente, Leve Persistente, Moderada Persistente, y Grave Persistente basados en la frecuencia y gravedad de signos y síntomas, y espirometría en niños > de 5 años; en niños < 5 años no es valorable la espirometría. Actualmente se encuentra la clasificación por niveles de control en asma controlada, parcialmente controlada y no controlada.<sup>26</sup>

#### IV.1.10. Falcemia

La drepanocitosis o anemia falciforme es una enfermedad que hace unos años nos parecía rara en nuestro medio; muchos pensamos al estudiarla que probablemente no la veríamos nunca. Sin embargo, el tremendo aumento de la inmigración en nuestro país en la última década ha hecho que esté comenzando a ser un problema cada vez más frecuente, con un impacto creciente en la carga asistencial y sanitaria. Por otro lado, se trata de una enfermedad compleja, que afecta a múltiples órganos.

Incide en un colectivo de personas en su mayoría de un entorno cultural muy diferente al nuestro, por lo que a veces es muy difícil la comunicación y la educación sanitaria; ello puede repercutir negativamente en la salud de pacientes afectados.<sup>27</sup>

Por ello, es importante el manejo multidisciplinar donde cobra gran importancia el papel del médico familiar de Atención Primaria, al que la familia accede más fácilmente y que puede coordinar mejor el apoyo familiar en colaboración con los trabajadores sociales.

Es fundamental que la información que reciba la familia sea la misma, independientemente de quién la proporcione, porque aumentará la confianza en el sistema sanitario. Se debe insistir en la necesidad de los controles y la vigilancia periódicos, educando a la vez a la familia sobre la enfermedad. Esto ha conseguido, incluso en un medio sanitario deficitario como el africano, mejorar la salud y la supervivencia.

De igual forma, es muy necesaria la coordinación entre la Atención Primaria y la Especializada para poder ofrecer a pacientes, dentro de lo que se pueda, la mejor calidad de vida posible, sin descuidar la atención rápida y eficaz para los problemas de tratamiento urgente. Genética y epidemiología La drepanocitosis es la forma más frecuente de hemoglobinopatía estructural. Es una enfermedad autosómica recesiva caracterizada por la presencia de hemoglobina S (Hb S) en el hematíe. La Hb S es el producto de la sustitución de un ácido glutámico por valina en la cadena de  $\beta$ -globina. Los heterocigotos, con rasgo drepanocítico (Hb AS), son portadores asintomáticos.

Los enfermos pueden ser homocigotos o dobles heterocigotos, cuando el gen anormal de la Hb S se une a otro gen anormal que afecta a la cadena de  $\beta$ -globina. Entre éstos, las formas más frecuentes son la Hb SC, o la Hb S- $\beta$ -talasemia, bien S- $\beta$ -talasemia+ , cuando se produce cierta cantidad de Hb A (la hemoglobina normal del adulto) en el gen afecto de  $\beta$ -talasemia; o bien S- $\beta$ -talasemia0 , cuando no se produce nada de Hb A, por lo que sólo existe Hb S dentro del hematíe. Las formas más graves de enfermedad son la Hb SS y S- $\beta$ -talasemia, mientras que la Hb SC y la S- $\beta$ -talasemia+ cursan de forma más leve.

La mutación surgió en al menos cinco momentos diferentes (cuatro en África y uno en Asia) los llamados haplotipos hace unos 4.000 años y se mantuvo gracias a la especial protección que confiere frente a la malaria. Eso explica la diferente frecuencia en la presencia de portadores: de un 8% en la población afroamericana hasta un 30-40% en algunos países subsaharianos, donde la malaria sigue siendo una causa importante de mortalidad. La enfermedad es pues característica, pero no exclusiva, de la raza negra. Existen núcleos mediterráneos con el gen de Hb S (Grecia, Italia, Turquía y norte de África) además de Arabia Saudí y la India.<sup>28</sup>

#### IV.1.11. Discapacidad física

La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive. Incluye un sin número de dificultades, desde problemas en la función o estructura del cuerpo por ejemplo, parálisis, sordera, ceguera , pasando por limitaciones en la actividad o en la realización de acciones o tareas por ejemplo, dificultades suscitadas con problemas en la audición o la visión, hasta la restricción de un individuo con alguna limitación en la participación en situaciones de su vida cotidiana. Esta situación es compleja, heterogénea, dependiente del medio y la cultura y de difícil evaluación.

Tiene un gran espectro ante el cual todos somos susceptibles en mayor o menor grado: aquel que tiene un problema oftalmológico (por ejemplo, vicio de refracción) tendrá dificultades para ver una película o filmas en un aula de clase, si no lleva sus gafas, en tanto que éste se corregirá si las tiene consigo, es decir, por un momento estuvo discapacitado y en otro, no.

Otros problemas pueden ser pasajeros, como la discapacidad que se produce durante unos meses después de que una persona es intervenida quirúrgicamente por una hernia discal, que le imposibilita deambular, que amerita quietud en una persona que se desempeña como conductor. Así mismo, otras discapacidades pueden ser incapacitantes para algunas labores y para otras, no por ejemplo, una parálisis de la mano izquierda en una persona diestra puede ser poco incapacitante para un abogado, pero mucho más para un cirujano o un aviador.<sup>29</sup>

Los grados de discapacidad serán diferentes si existe o no rehabilitación; así mismo, estarán influidos en gran parte si la persona vive en área rural o urbana, en un país desarrollado o en uno en vías de desarrollo. Ejemplo de ello serían una persona con parálisis de ambas piernas que vive en el área rural de un país en vías de desarrollo y otra que vive en Estocolmo.

Las clasificaciones de las discapacidades han sido diversas y en pleno desarrollo. Durante la 54 Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se optó por cambiar el nombre de la segunda edición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM-2):2 Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y se insta a los Estados miembros de la OMS, cuando proceda, a usar la CIF en investigación, vigilancia y notificación.

Ésta es una clasificación que se basa en la salud y en dominios relacionados con la salud, dispuesta desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad. A su vez, tiene dos listas: (a) de las funciones y estructura del cuerpo y (b) los dominios de la actividad y participación, que se desarrollan en un contexto o ambiente.

La CIF fue concebida como medida estándar para evaluar salud y discapacidad tanto individual como poblacionalmente, y fue aceptada por los 191 países miembros de la OMS, el 22 de mayo de 2001, durante la citada Asamblea de la OMS. Además, se admitió como una de las clasificaciones sociales de las Naciones Unidas, que incorpora las Normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Al dar nuevas vías de interpretación a las nociones de salud y discapacidad, la CIF puso de relieve que la discapacidad no sólo le puede ocurrir a una minoría de personas, sino que es producto del declive o dificultades en la salud de cualquier persona y ante lo cual se experimenta algún grado de discapacidad. De esta manera, es un fenómeno universal, más que particular.

Este concepto nos pone frente a un modelo dimensional (espectros que van desde la no discapacidad hasta la total incapacidad, por ejemplo, muerte cerebral), más que frente a uno categórico (tener o no discapacidad). Por otra parte, esta clasificación

tuvo la virtud de cambiar el enfoque de la causa al efecto (impacto) y obligó a medir las consecuencias con una regla común.

Por otra parte, la CIF nos lleva a pensar más ampliamente en el fenómeno de la discapacidad (al sacarlo del modelo médico o biológico tradicional), a incorporar aspectos sociales y contextuales (medio donde se vive, etc.) y, por supuesto, a pensar esta problemática más ampliamente desde la perspectiva del derecho (principios básicos, desarrollo, social y legal).<sup>30</sup>

## V. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Años cumplidos	20-30 años 31-40 años 41-50 años 51-60 años >61 años
Sexo	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la especialización de organismos en variedades masculina y femenina.	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio.	Unió libre, casada, soltera, no se menciona estado civil.	Nominal
Escolaridad	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela.	Primaria, secundaria, diversificado nivel universitario.	Nominal
Ocupación	Actividad permanente que sirve de medio de vida y que determina el ingreso en un grupo profesional determinado.	Ama de casa, estudiante, comerciante, no se describe en la papelería.	Nominal
Sistema de cuerpo afectado	Grupo coordinado de órganos corporales con una misma función que se vio afectada	Tipo de órgano afectado según diagnóstico de	Muscular Ósea Respiratorio

		egreso en la historia clínica.	Digestivo Urinario Circulatorio Endocrino Nervioso Reproductor Linfático Inmunológico
--	--	--------------------------------	--

## **VI. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **VI.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo, para determinar los frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del centro de atención primaria la bombita en el período, 2017- enero 2018.

### **IV.2. Demarcación geográfica**

El estudio se realizó en el Centro de Atención Primaria La Bombita, delimitado al Norte, calle Mirabal; al Sur, calle 2da; al Este, calle Hermanos Nova y al Oeste, calle Isidro Jiménez.

### **VI.2. Universo**

El universo estuvo representado por todos los pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del centro de atención primaria la bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.

### **VI.5. Muestra**

La muestra estuvo constituida 673 pacientes mayores de 20 años que acuden a la consulta externa del centro de atención primaria la bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.

### **VI.6. Criterios**

#### **VI.6.1. De inclusión**

1. Pacientes con alguna morbilidad mayores de 20 años que acuden a consulta.
2. Pacientes que asistieron a la consulta externa durante el periodo de estudio.

#### **VI.6.2. De exclusión**

- 1.Expedientes incompletos.
- 2.Expedientes no encontrados/ausentes/extraviados
- 3.Pacientes mayores de 20 años que asistieron a la consulta sin ninguna morbilidad agregada en el periodo de estudio.

#### VI.7. Instrumento de recolección de datos

Para la recolección de la información se diseñó un formulario estandarizado por parte de los sustentantes y otros colaboradores. Este formulario contiene preguntas abierta y cerradas; además de datos sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, sistema de cuerpo afectado).

#### VI.8. Procedimiento

La aprobación por parte de la universidad en el departamento de Enseñanza se procedió a identificar las frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años de ser identificados se procedió a llenar un formulario diseñado por los sustentantes. Dicha actividad fue realizada durante los periodos correspondidos 2017 enero 2018.

#### VI.9. Tabulación

Los datos obtenidos fueron obtenidos y sometidos a revisión y procesamiento, para lo cual se utilizó programas de computadoras: Excel.

#### VI.10. Análisis

Las informaciones obtenidas fueron analizadas en frecuencia simple.

#### VI.11. Aspectos éticos

El presente estudio fue ejecutado con apego a las normativas éticas internacionales, incluyendo los aspectos relevantes de la Declaración de Helsinki<sup>23</sup> y las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de la Ciencias médicas (CIOMS).<sup>24</sup> El protocolo del estudio y los instrumentos diseñados para el mismo fueron sometidos a la revisión a través de la Escuela de Medicina y la coordinación de la Unidad de Investigación de la Universidad, así como a la Unidad de la enseñanza, cuya aprobación fue el requisito para el inicio del proceso de recopilación y verificación de datos.

Los mismos fueron manejados con e introducidos en la base de datos creadas con esta información y protegidas por una clave asignada y manejada únicamente por los investigadores. Finalmente, toda información incluida en el texto de la presente tesis, tomada en otros autores, fue justificada por su llamada correspondiente.

## VII. RESULTADOS.

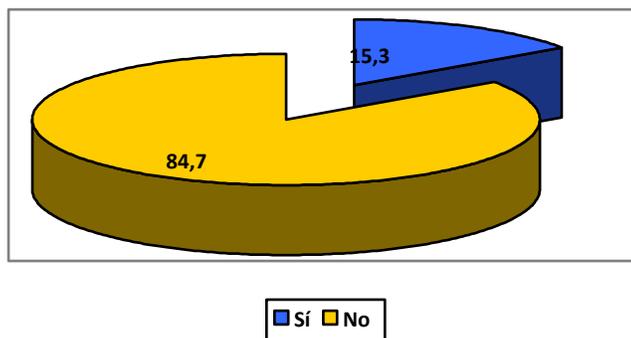
De un total de 4,164 pacientes evaluados en 6 consultorios de la UNAP Bombita de –Azua de los presentan un mortalidad de 15.3%, de los cuales hicimos la distribución por edad y sexo.

Cuadro 1. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.

Sí	673	15.3
No	3,491	84.7
Total	4,164	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

Gráfico 1. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.



Fuente: cuadro 1.

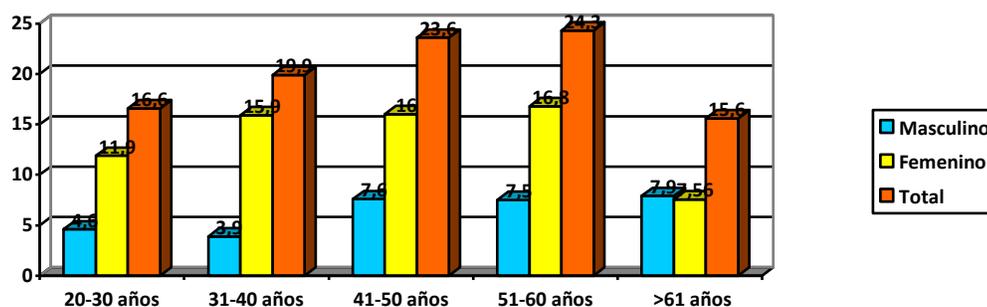
Cuadro 2. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero e 2017 enero 2018. Edad y sexo.

Edad (años)	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	193	4.6	498	11.9	691	16.6
31-40	164	3.9	663	15.9	827	19.9
41-50	316	7.6	668	16.0	984	23.6
51-60	314	7.5	698	16.8	1,012	24.3
>61	333	7.9	317	7.6	650	15.6
<b>Total</b>	<b>1,320</b>	<b>31.8</b>	<b>2,844</b>	<b>68.2</b>	<b>4,164</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expedientes clínicos.

La relación de edad con el sexo observamos que el sexo femenino tuvo la mayor frecuencia promedio con un 68.2 por ciento, y el masculino un 31.8 por ciento, siendo el rango de edad total mas afectado los que cursaron edad entre 51-60 años con un 24.3 por ciento, seguidos por el rango de edad de 41-50 años con un 23.6 por ciento, el rango de edad entre 31-40 años con un 19.9 por ciento, mayor o igual a 61 años con un 15.6 por ciento, y los menos de 30 años con un 16.6 por ciento .

Gráfico 2. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Edad y sexo.



Fuente: cuadro 2

Cuadro 3. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018.

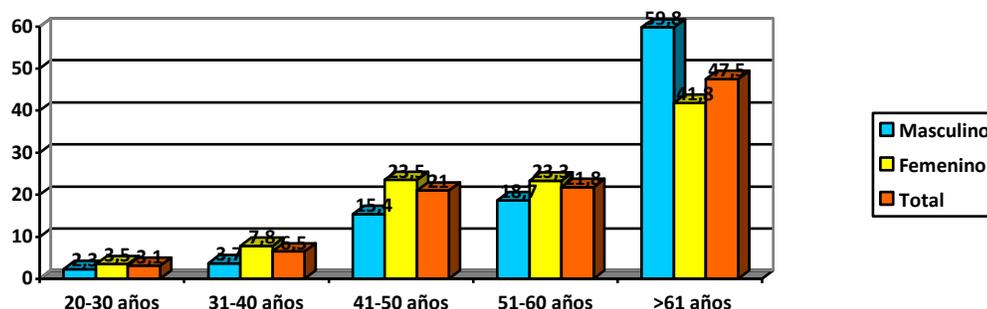
Edad y sexo

Edad (años)	Sexo (hipertensos)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	5	2.3	16	3.5	21	3.1
31-40	8	3.7	36	7.8	44	6.5
41-50	33	15.4	108	23.5	141	21.0
51-60	40	18.7	107	23.3	147	21.8
>61	128	59.8	192	41.8	320	47.5
Total	214	100.0	459	100.0	673	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

En relación a la edad y sexo pacientes hipertensos, el rango de edad más afectado fueron los mayores de 61 años con un 59.8 por ciento para el sexo masculino y un 41.8 por ciento para el sexo femenino.

Gráfico 3. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Edad y sexo



Fuente: Cuadro 3.

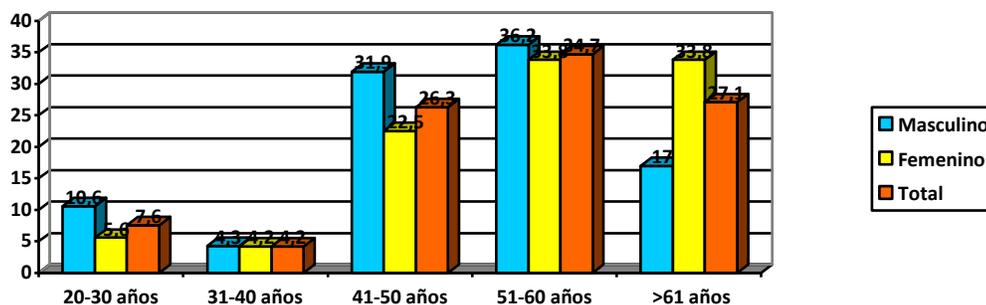
Cuadro 4. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo pacientes diabéticos.

Edad (años)	Sexo (Diabeticos)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	5	10.6	4	5.6	9	7.6
31-40	2	4.3	3	4.2	5	4.2
41-50	15	31.9	16	22.5	31	26.3
51-60	17	36.2	24	33.8	41	34.7
>61	8	17.0	24	33.8	32	27.1
Total	47	100.0	71	100.0	118	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

En cuanto a los pacientes diabéticos y el rango edad y sexo, observamos que los masculino fueron los mas afectados en el rango de edad 51-60 con un 36.2 por ciento, seguidos por los tenían un rango de edad entre 41-50 años con un 31.9 por ciento. En cuanto al sexo femenino tanto el rango de edad de 51-60 y mayor de 61 años presentaron un 33.8 por ciento.

Gráfico 4. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo pacientes diabéticos.



Fuente: cuadro 4

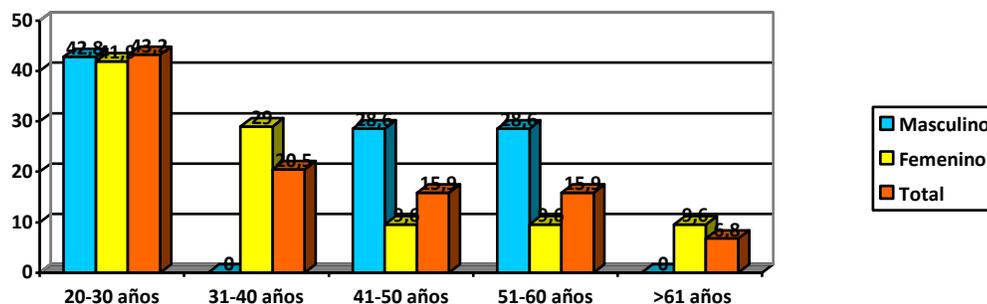
Cuadro 5. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo pacientes asmáticos.

Edad (años)	Sexo (asmáticos)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	6	42.8	13	41.9	19	43.2
31-40	0	0.0	9	29.0	9	20.5
41-50	4	28.6	3	9.6	7	15.9
51-60	4	28.6	3	9.6	7	15.9
>61	0	0.0	3	9.6	3	6.8
Total	14	100.0	31	100.0	44	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

En relación a los pacientes asmáticos el sexo y la edad, observamos que la mayor frecuencia se presentó en los menores de 30 años tanto para el sexo masculino como para el femenino con un 42.8 por ciento el masculino y 41.9 por ciento el femenino. Así como una mayor frecuencia total de un 43.2 por ciento entre las edades de 20-30 años.

Gráfico 5. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo con pacientes asmáticos.



Fuente: cuadro 5

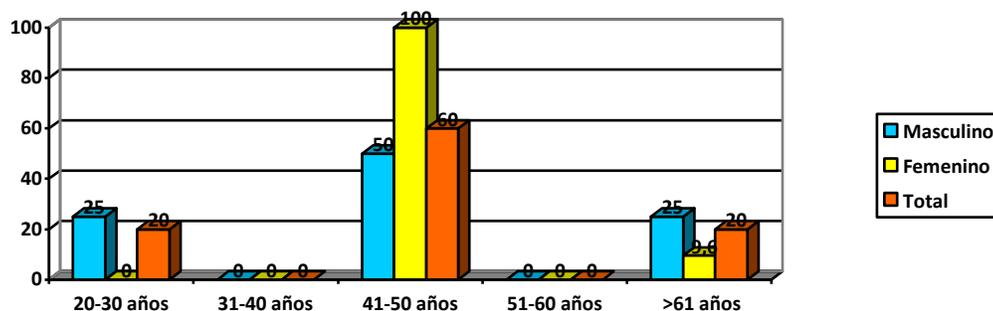
Cuadro 6. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo 2017 enero 2018. Relación (edad y sexo diabetes e hipertensos).

Edad (años)	Sexo (alteración de la salud mental)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	1	25.0	0	0.0	1	20.0
31-40	0	0.0	0	0.0	0	0.0
41-50	2	50.0	1	100.0	3	60.0
51-60	0	0.0	0	0.0	0	0.0
> 61	1	25.0	0	0.0	1	20.0
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>100.0</b>	<b>1</b>	<b>100.0</b>	<b>5</b>	<b>100.0</b>

Fuente: expedientes clínicos.

En relación a los pacientes diabetes e hipertensos el sexo y la edad, observamos que la mayor frecuencia se presentó en los menores de 30 años tanto para el sexo masculino como para el femenino con un 25.0 por ciento el masculino, en el rango de edad de 41-50 un 50.0 por ciento y un 100.0 por ciento para el rango femenino.

Gráfico 6. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo 2017 enero 2018. Relación (edad y sexo diabetes e hipertensos).



Fuente: cuadro 6

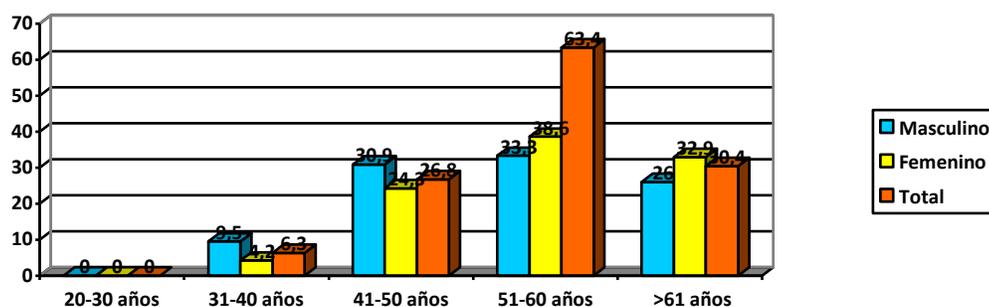
Cuadro 7. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo pacientes diabéticos e hipertensos.

Edad (años)	Sexo (diabéticos e hipertensos)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	0	0.0	0	0.0	0	0.0
31-40	4	9.5	3	4.2	7	6.3
41-50	13	30.9	17	24.3	30	26.8
51-60	14	33.3	27	38.6	41	63.4
>61	11	26.0	23	32.9	34	30.4
Total	42	100.0	70	100.0	112	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

En cuanto a los pacientes diabéticos e hipertensos según el sexo y la edad, el sexo femenino fue el más afectado con un 38.6 por ciento en el rango de edad de 51-60 años, seguidas por el rango de edad mayor de 61 años con 32.9 por ciento, en el sexo masculino fue el rango de edad mas afectado fue de 51-60 años con un 33.3 por ciento, seguido por el rango de 41-50 años con un 33.3 por ciento.

Gráfico 7. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo pacientes diabéticos e hipertensos.



Fuente: cuadro 7

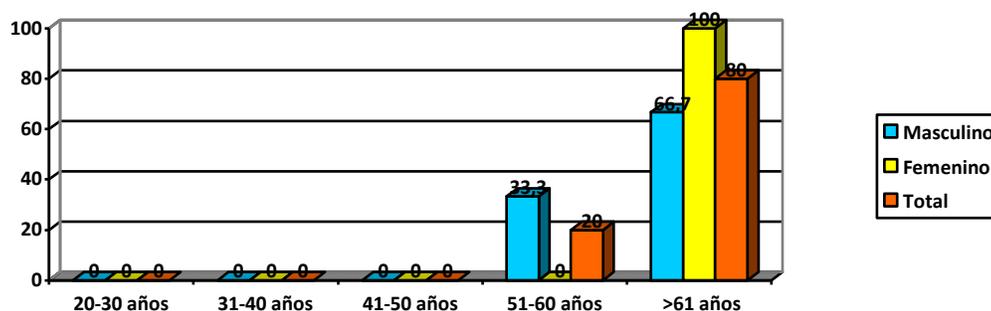
Cuadro 8. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo enero 2017 enero 2018. Relación edad y sexo con pacientes con discapacidad física.

Edad (años)	Sexo (discapacidad física.)					
	Masculino		Femenino		Total	
20-30	0	0.0	0	0.0	0	0.0
31-40	0	0.0	0	0.0	0	0.0
41-50	0	0.0	0	0.0	0	0.0
51-60	2	33.3	0	0.0	2	20.0
>61	4	66.7	4	100.0	8	80.0
Total	6	100.0	4	100.0	10	100.0

Fuente: expedientes clínicos.

La discapacidad física, el sexo y la edad observamos que el 100.0 por ciento de las femeninas mayores de 61 años fueron las más afectadas, en cuanto al sexo masculino los mayores de 61 años tuvieron un 66.7 por ciento y los rango de edad de 51-60 años con un 33.3 por ciento.

Grafico 8. Frecuencia de morbilidad en pacientes mayores de 20 años que acuden a la Consulta Externa del Centro de Atención Primaria La Bombita en el periodo 2017 enero 2018. Relación edad y sexo con pacientes con discapacidad física.



Fuente: cuadro 8.

## VIII. DISCUSIÓN.

Una vez obtenidos los resultados, se procede a realizar las comparaciones de estudios de morbilidad en pacientes mayores de 20 años.

De un total de 4,164 pacientes evaluados en 6 consultorios de la UNAP Bombita de –Azua de los presentan un mortalidad de 15.3%, de los cuales hicimos la distribución por edad y sexo.

Se relaciono la edad y el sexo para determinar el rango de edad y el sexo que presenta más morbilidad. Además se estudio las principales comorbilidades como hipertensión, la cual según estudio es una de las más frecuente que afecta a un paciente que la padece durante la vida, también están los pacientes con alteración de la salud mental, discapacidad física, y se evaluó los pacientes asmáticos para determinar el rango de edad y el sexo que menos presentan enfermedades.

Según la edad de los pacientes el rango predominante fue más de 61 años con un 47.5 por ciento, siendo más frecuente en mujeres con un 28.5 por ciento y en hombres con un 19.0 por ciento; corroborando con un estudio realizado por González Rodríguez AM. y Palma López ME., en el Policlínico Federico Capdevila, Cuba, en el año 2008, donde se agrupa mayor número de adultos mayores pertenecientes a la tercera edad (60-74 años), con 76.3 por ciento y en cuanto al sexo, predomina el femenino con 50.7 por ciento. En otro estudio realizado por Dora Veronica Rojas Revoredo, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Perú, en el año 2008, los pacientes tenían de 60-79 años con un 66.1 por ciento, predominando los hombres con un 68.5 por ciento y las mujeres con un 31.5 por ciento.

Según los pacientes hipertensos la mayoría estaban entre edades de 51-60 años con un 34.7 por ciento, siendo más frecuente en mujeres con un 20.3 por ciento y en hombres con un 14.4 por ciento; en un estudio realizado por Cruz Betancourt A., Martínez García E., Lara Delgado H., Vargas Ramirez L., Pérez Pérez A., en los Servicios de Urgencia de los policlínicos del municipio de Cacocum, Cuba, en el año 2015, según los pacientes que presentaron hipertensión tenían de 60-70 años con un 54.8 por ciento y un 62.8 por ciento correspondiente al sexo femenino.

## IX. CONCLUSIONES

Analizados y discutidos los resultados se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- a) De un total de 4,164 pacientes evaluados en 6 consultorios de la UNAP Bombita de –Azua de los presentan un mortalidad de 15.3%, de los cuales hicimos la distribución por edad y sexo.
- b) La relación de edad con el sexo observamos que el sexo femenino tuvo la mayor frecuencia promedio con un 68.2 por ciento, y el masculino un 31.8 por ciento, siendo el rango de edad total mas afectado los que cursaron edad entre 51-60 años con un 24.3 por ciento.
- c) En relación a la edad, el sexo y la diabetes, el rango de edad más afectado fueron los entre 51 60 años con un 33.8 por ciento para el sexo masculino y un 36.2 por ciento para el sexo femenino.
- d) En cuanto a los pacientes hipertensos y el rango edad y sexo, observamos que las femeninas fueron los mas afectadas en el rango de edad mayor 61 años con un 59.8 por ciento, seguidos por los tenían un rango de edad entre 51-60 años con un 18.7 por ciento. En cuanto al sexo femenino tanto el rango de edad de 51-60 y mayor de 61 años presentaron un 41.8 por ciento.
- e) En relación a los pacientes asmáticos el sexo y la edad, observamos que la mayor frecuencia se presentó en los menores de 30 años tanto para el sexo masculino como para el femenino con un 42.8 por ciento el masculino y 41.9 por ciento el femenino. Así como una mayor frecuencia total de un 43.2 por ciento entre las edades de 20-30 años.
- f) En cuanto a los pacientes diabéticos e hipertensos el sexo y la edad, el sexo femenino fue el más afectado con un 38.6 por ciento en el rango de edad de 51-60 a 60 años, seguidas por el rango de edad mayor de 61 años con 32.9 por ciento, en el sexo masculino fue el rango de edad mas afectado fue de 51-60 años con un 33.3 por ciento, seguido por el rango de 41-50 años con un 33.3 por ciento.
- g) La discapacidad física, el sexo y la edad observamos que el 100.0 por ciento de las femeninas mayores de 61 años fueron las más afectadas, en cuanto al sexo masculino los mayores de 61 años tuvieron un 66.7 por ciento y los rango de edad de 51-60 años con un 33.3 por ciento.

## **X. RECOMENDACIONES.**

El presente estudio nos permite hacer las siguientes recomendaciones:

- a) Plantear nuevas investigaciones sobre la temática de adultos mayores con morbilidades en nuestra población, de esta manera el estudio de este grupo vulnerable se lo podrá realizar desde distintas áreas para su mejor entendimiento e intervención de ser necesario.
- b) Este trabajo ha permitido evidenciar causas importantes de morbilidad y de las complicaciones que conllevan, por lo que se debería de realizar protocolos institucionales para disminuir y controlar la morbilidad.
- c) Convocar a reuniones a todos los Sistemas de redes del hospital para dar a conocer el resultado de este estudio y proponer alternativas de solución que controlen las causas que pueden conllevar a complicaciones.
- d) Conociendo estos resultados el Servicio de la consulta externa de la UNAP de la bombita debería dar a conocer a su personal los resultados de este trabajo y formar comités del servicio para una mayor atención oportuna y eficaz de los pacientes.
- e) Practicar charlas de prevención de enfermedades no transmisibles para evitar futuras complicaciones e incentivar a la práctica de ejercicios y dieta saludable.
- f) Incentivar al seguimiento rutinario en consultas y monitoreo del estado de salud en general, para garantizar el uso adecuado de su medicación.

## XI. REFERENCIAS

1. H. Gu, W. Li, J. Yang, Y. Wang, J. Bo, L. Liu, *et al.* Hypertension prevalence, awareness, treatment and control among Han and four ethnic minorities (Uygur, Hui, Mongolian and Dai) in China *J Hum Hypertens.*, 29 (2015), pp. 555-560.
2. Rey AC, Acosta N. El enfoque de competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. *Rev Gerenc Polít Salud* [revista en Internet]. 2013 [ cited 16 Mar 2017 ] ; 12 (25): [aprox. 20p]. Available from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1657-70272013000200003&lng=en &nrm=iss&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272013000200003&lng=en &nrm=iss&tlng=es).
3. Álvarez R. Atención primaria de salud, Medicina Familiar y médicos de familia. In: *Medicina General Integral*. Vol. 1. 3ra. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2014. p. 96-111.
4. Liana Elisa Rodríguez Vargas, Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba. (2018).
5. Fuente de los datos: Estimaciones regionales de la mortalidad por causas específicas (2000-2011) Género y salud: diferencias y desigualdades, Isabelle Rohlf
6. Gutiérrez Fuentes JA, Gómez Gerique JA, Gómez de la Cámara A, Rubio MA, García Hernández A, Arístegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España (DRECE II). Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. *Med Clin (Barc)* 2012; 115: 726-729.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL y cols.: The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2013; 289: 2560-72
8. Pimenta E, Gaddam KK, Oparil S. Mechanisms and treatment of resistant hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2015;10:239-44.
9. De la Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P, *et al.* Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de Consenso. *Med Clin (Barc)*. 2013;131:104-16.

10. Organización Mundial de la Salud Recuperado el 5 de marzo de 2016, en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es> (2015).
11. Tapia, R. Medicina Interna. (15<sup>a</sup> ed.) México: Intersistema. (2018)
12. Arellano, S. Control de la diabetes para el médico tratante. 1<sup>a</sup> ed. Edit. Federación Mexicana de Diabetes, A.C(2013)
13. Harrison, L. Principios de medicina Interna. (16<sup>a</sup> ed.) México: Mc Graw Hill. México. (2016).
14. A. Coca, P. López-Jaramillo, C. Thomopoulos, A. Zanchetti Latin American Society of Hypertension (LASH). Best antihypertensive strategies to improve blood pressure control in Latin America: position of the Latin American Society of Hypertension J Hypertens., 36 (2018), pp. 208-220
15. Fisher RS, van Emde Boas W, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, Engel J Jr. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2013; 46(4):470-2.
16. S. Gonzalez-Gomez, M. Méendez-Gomez, P. Lopez-Jaramillo Fixed dose combination therapy to improve hypertension treatment and control in Latin America *Arch Cardiol Mex* (2017)
17. Picot MC, Baldy-Moulinier M, Daure`s JP, Dujols P, Crespel A. The prevalence of epilepsy and pharmaco-resistant epilepsy in adults: a population-based study in a Western European country. *Epilepsia*. 2012; 49 (7): 1230-8.
18. Garcia-Martin G, Perez-Erazquin F, Chamorro-Muñoz MI, Romero-Acebal M, MartinReyes G, Dawid-Milner MS. Prevalence and clinical characteristics of epilepsy in the South of Spain. *Epilepsy Res* 2012;102(1-2):100–8.
19. "Mental Disorders". Medline Plus. U.S. National Library of Medicine. 15 September 2014. Archived from the original on 8 May 2016. Retrieved 10 June 2016.
20. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013: 101–05.

21. Mental disorders". World Health Organization. 9 April 2018. Archived from the original on 18 May 2015. Retrieved 2 February 2019.
22. Jacka FN). "Nutritional Psychiatry: Where to Next?". 2017 EBioMedicine (Review) (17): 24–29
23. Manzini JL. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. Acta Bioethica 2017; VI (2): 321.
24. International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects. Prepared by the Council for International Organizations for Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). Génova, 2015.
25. A. Morales-Salinas, A. Coca, M.H. Olsen, R.A. Sanchez, W.K. Sebba-Barroso, R. Kones, *et al.* Clinical Perspective on Antihypertensive Drug Treatment in Adults With Grade 1 Hypertension and Low-to-Moderate Cardiovascular Risk: An International Expert Consultation Curr Probl Cardiol., 42 (2017), pp. 198-225
26. Embury SE, Hebbel RP, Mohandas N, Steinberg MH, editors. Sickle cell disease: basic principles and clinical practice. Nueva York: Raven Press; 2014.
27. S. Yusuf, S. Rangarajan, K. Teo, S. Islam, W. Li, L. Liu, *et al.* Cardiovascular risk and events in 17 low-, médium-, and high incomes countries N Engl J Med., 371 (2014), pp. 818-827.
28. Inzucchi S.E, Bergenstal R.M, Buse J.B, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, Peters A.L, Tsapas A, Wender R, Matthews D.R. Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes: A Patient-Centered Approach. Diabetes Care. 2012 Jun; 35(6): 1364-1379.
29. Liebl A, Khunti K, Orozco-Beltran D, Yale JF. Health economic evaluation of type 2 diabetes mellitus: a clinical practice focused review. Clin Med Insights Endocrinol Diabetes. 2015; 8: 13-19.
30. Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Av Diabetol. 2013; 29(6): 182-189.

31. Vicente-Herrero MT, Terradillos García MJ, Capdevila García LM, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Arturo López-González A. Costes por incapacidad temporal en España derivados de la diabetes mellitus y sus complicaciones. *Endocrinol Nutr.* 2013; 60(8): 447-455.
32. Surampudi PN, John-Kalarickal J, Fonseca VA. Emerging concepts in the pathophysiology of type 2 diabetes mellitus. *Mt Sinai J Med.* 2009 Jun; 76(3): 216- 26.
33. Arias LA, Rodríguez EAM. Morbimortalidad en Medicina Interna. Hospital Saint Michel de Jacmel [Internet]. [citado 2014 Abr 9].
34. Asociación Médica Mundial, Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Asamblea General de la AMM, Fortaleza, Brasil (2013)
35. Soto EG, Lutzow SMA, González GR. Rasgos generales del sistema de salud en México. [Internet]. [citado 2014 Mar 31].
36. P.A. Camacho, D. Gomez-Arbelaez, D.I. Molina, G. Sanchez, E. Arcos, C. Narvaez, *et al.* Social disparities explain differences in hypertension prevalence, detection and control in Colombia *J Hypertens.*, 34 (2016), pp. 2344-2352.
37. H. Legido-Quigley, P.A. Camacho, D. Balabanova, P. Perel, P. Lopez-Jaramillo, R. Nieuwlaet, *et al.* Patients' knowledge, attitudes, behaviour and health care experiences on the prevention, detection, management and control of hypertension in Colombia: A Qualitative Study *PLoS ONE.*, 10 (2015), p. e0122112

## XII. ANEXOS

### XII.1. Cronograma

Variables	Tiempo: 2017-2019	
Selección del tema	2017	Enero
Búsqueda de referencias		Febrero
Elaboración del anteproyecto		Marzo
Sometimiento y aprobación	2019	Abril
Recolección de datos		Mayo
Tabulación y análisis de la información		Junio
Redacción del informe		Junio julio
Revisión del informe		Julio agosto
Encuadernación		julio
Presentación		agosto

XII.2. Instrumento de recolección de datos

FRECUENCIA DE MORBILIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 20 AÑOS QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DEL CENTRO DE ATENCION PRIMARIA LA BOMBITA EN EL PERIODO ENERO 2017 ENERO 2018.

Forma. No. \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ (años)

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Estado civil: Unió libre \_\_\_\_\_ casada \_\_\_\_\_ soltera \_\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria \_\_\_\_\_ secundaria \_\_\_\_\_ nivel universitario \_\_\_\_\_

Ocupación: Ama de casa \_\_\_\_\_ estudiante \_\_\_\_\_

Sistema de cuerpo afectado: \_\_\_\_\_

## XII. Costos y Recursos

XII.1. Humanos			
Sustentante: uno Asesores: dos Archivistas y digitadores			
XII.2. Equipos y materiales	Cantidad	Precio (RD)	Total
Papel bond 20 (8 ½ X 11)	3 resmas	200.00	600.00
Lápices	6 unidades	10.00	60.00
Borras	3 unidades	10.00	30.00
Bolígrafos	6 unidades	30.00	180.00
Sacapuntas	2 unidades	40.00	80.00
Computadora: Hardware: Intel® Core™ i5-2100 3.10 GHz. 4.00 GB RAM. Impresora HP all in one. Software: Microsoft Windows 8. Microsoft Word 2013. IBM SPSS 9. Presentación: Proyector SVGA/HDMI LG. Cartuchos HP 122	2 unidades	1,500.00	3,000.00
XII.3. Información			
Libros, Revistas, Artículos online			
Otros documentos			
XII.4. Económicos			
Inscripción de tesis UNPHU			10,000.00
Papelería (copias)			3,400.00
Encuadernación	6		13,000.00
Alimentación y Transporte	informes		5,200.00
Imprevistos			7,000.00
Total			42,750.00

Sustentante:

---

Dra. Candida María Figüereo Perdomo

Asesora:

---

Dra. Claridania Rodríguez  
Asesora Metodológica

Jurado:

---

Autoridades:

---

Dra. Yenny Beltré  
Coordinador de Residencia de  
Medicina Familiar y Comunitaria  
Hospital Taiwán 19 de Marzo

---

Dr. Bayohan Martínez  
Jefe de Enseñanza  
Hospital Regional Taiwan 19 de  
Marzo

---

Dra. Claridania Rodríguez Berroa  
Coordinadora de postgrado

---

Dr. William Duke  
Decano Facultad Ciencias De la  
Salud UNPHU

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Calificación: \_\_\_\_\_