

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

Unan- León

Facultad de ciencias medicas

Carrera de Medicina



Tesis para optar a título de

Médico y Cirujano

Tema:

“Caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León, 2021”

Autora:

- Br. Eylis Lisseth Aguilar Sotelo

Tutor:

- Dr. Javier Zamora Carrión
Msc. en Salud Pública & Epidemiología
UNAN León

Diciembre, 2021

León, Nicaragua

“A la libertad por la Universidad”

RESUMEN

Objetivo: Describir la caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León, 2021

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, se calculó una muestra de 360 pacientes, la fuente fue secundaria, el análisis fue de distribución de frecuencia y porcentaje. Se muestran resultados en tablas con cruce de variables, y en gráficos de barras.

Resultados: el promedio de edad fue de 68 años, la moda fue de 62 años. La desviación estándar fue de 11 años. Las características sociodemográficas que predominaron fueron: el grupo etario de 56 a 70 años con un 37,2%, el sexo femenino con un 70,6%, la procedencia urbana con 83,1%, el estado civil de casado con un 51,7% y la escolaridad primaria con el 58,1%. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica que predominó, la complicación más reportada fue la neuropatía. La comorbilidad mas frecuente fue la obesidad y el tiempo de evolución que predominó fue el de mayor de 20 años. Enalapril fue el medicamento que más se brinda a los pacientes. Un 20% de pacientes no han acudido a su última cita médica, estando inasistentes.

Conclusión: este estudio encuentra la hipertensión arterial crónica como enfermedad crónica predominante en el municipio de León y concuerda con estudios similares, se recomienda continuar investigando acerca de este tema en la población y plantear estrategias que disminuyan la prevalencia de dicha enfermedad.

Palabras clave: enfermedad crónica, complicación.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCION | 1 |
| ANTECEDENTES | 3 |
| JUSTIFICACION | 6 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 7 |
| OBJETIVOS | 8 |
| MARCO TEORICO | 9 |
| MATERIAL Y MÉTODO | 27 |
| RESULTADOS | 31 |
| DISCUSION DE RESULTADOS | 37 |
| CONCLUSIONES | 41 |
| RECOMENDACIONES | 42 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 43 |
| ANEXOS | 48 |

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y progresión generalmente lenta, y son la principal causa de muerte e incapacidad en el mundo. Entre las más comunes se encuentra la enfermedad cardiovascular, el cáncer, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la diabetes^{1,2}.

A nivel mundial, una cuarta parte de la población mundial es diagnosticada con hipertensión arterial que es la más frecuente, y diabetes mellitus tipo 2, que corresponden al 6 a 8% de la población adulta.¹ Ambas enfermedades mencionadas son factores de riesgo independientes para enfermedad cardiovascular. Cuando coexisten tienen un efecto multiplicador en el riesgo de complicaciones tanto a nivel macro como microvascular³.

La diabetes mellitus se comporta como un factor de riesgo alto para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular, siendo la causa del 86% de muertes en personas con diabetes⁴. La hipertensión arterial es una comorbilidad extremadamente frecuente en los diabéticos, siendo una afectación que se encuentra entre el 20 al 60% de la población con diabetes mellitus. La prevalencia de la hipertensión arterial en la población de diabéticos es cinco veces superior que en no diabéticos. Juntas las dos aumentan la progresión de daño vascular en un 30%, surgiendo en pocos años complicaciones como la nefropatía diabética con disminución en la tasa de filtración glomerular⁴.

En pacientes con diabetes tipo 2, el aumento de la presión arterial puede estar presente al momento del diagnóstico o aún antes de desarrollarse la hiperglicemia y a menudo es parte de un síndrome que incluye intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y enfermedad arterial coronaria, constituyendo el denominado síndrome X o síndrome metabólico⁵.

Otras enfermedades que se presentan conjuntamente son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la obesidad, la enfermedad renal, epilepsia y artritis entre otras.

En Nicaragua, no se cuenta con estudios a profundidad de las enfermedades crónicas en conjunto, a pesar de que si se tiene un registro de pacientes con enfermedad crónicas en cada unidad de salud, pero que no se analiza integralmente para tomar nuevas estrategias en mejora del control del paciente y de la prevención de complicaciones⁵.

En Nicaragua, las enfermedades crónicas siguen en aumento, esto relacionado siempre al estilo de vida del nicaragüense, consumo no medido de alimentos ricos en grasas y azúcares⁵. Sumado a esto, factores como el sedentarismo, problemas económicos, y desconocimiento de las personas sobre el manejo adecuado de la enfermedad que se padece. No existe un censo específico de la cantidad de pacientes crónicos existentes, pero si se ha realizado esfuerzos a nivel nacional de organizar estos datos procedentes de las unidades de salud en búsqueda de un censo nacional de enfermedades crónicas más amplio.

Este trabajo aborda el aspecto epidemiológico y terapéutico como un propósito adicional a los objetivos planteados y pretende abordar las enfermedades crónicas desde un enfoque epidemiológico en el municipio de León.

ANTECEDENTES

En el 2016, González y Cardentey caracterizaron el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores, se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo en el Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río. El universo de estudio estuvo conformado por 348 adultos mayores con diagnóstico de enfermedad crónica no transmisible, en la investigación predominó el sexo femenino, el grupo de 75 y más años, así como la hipertensión arterial como enfermedad crónica padecida en adultos mayores de ambos sexos. En los grupos etarios 60 a 64 y 65 a 69 mayoritariamente presentaron una enfermedad crónica no transmisible, el grupo 70 a 74 prevaleció con dos, mientras que el grupo 75 y más años predominó con 3. Fue prevalente el antecedente familiar de primer grado y el factor de riesgo, hábito de fumar⁶.

En el mismo año, Álvarez et al caracterizó a los adultos de tercera edad de acuerdo a los criterios de fragilidad. El universo fue de 500 ancianos dispensarizados en el Policlínico Docente María Emilia Alfonso, área de salud de Madruga. Entre los resultados predominaron los ancianos del grupo de edades de 80 a 89 con un 17,5%, del sexo femenino para un 59,1 %, la patología asociada la hipertensión arterial para un 48,33%, entre los criterios de fragilidad se encuentran la edad mayor de 80 años con un 70 %, ancianos solos para un 56,67%, que tenían en el estado funcional global alteraciones de movilidad el equilibrio y alteraciones de la memoria, así como las familias funcionales para un 57,5 %. Conclusiones: se evidenció la presencia de varios criterios de fragilidad como los ancianos mayores de 80 años, solos, la polifarmacia, del sexo femenino con patologías asociadas que conviven en familias funcionales⁷.

González et al, describió las características clínico-epidemiológicas de la hipertensión arterial en adultos mayores que acuden al Policlínico Universitario Pedro Borrás Astorga de Pinar del Río, durante el año 2016. El universo estuvo conformado por 5,186 pacientes pertenecientes a dicha área de salud, y la muestra tomada al azar quedó compuesta por 2, 592 hipertensos, estadísticamente significativo. El sexo predominante fue el femenino con 59,6 % y el grupo de 65 y

más años con el 71,5 %. Prevalció el tabaquismo como factor de riesgo, así como la cardiopatía isquémica con 48,8 % y 20,9 % respectivamente. El tratamiento no farmacológico predominó en el 100 % de los pacientes⁸.

En el 2006, González abordó un estudio epidemiológico de carácter descriptivo centrado en el campo de la enfermedad crónica desde los centros docentes de Educación Secundaria de 4,527 alumnos comprendidos entre los niveles de 1º de ESO y 1º de Bachillerato, pertenecientes a centros docentes de Educación Secundaria de la Comunidad Autónoma de Madrid. La técnica básica de recogida de información fue el cuestionario nominal de autoinformación a los alumnos. Se extrae que un elevado número de alumnos presentan, al menos, una enfermedad crónica (53,19%), destacando la cantidad de alumnos con varias patologías de carácter crónico (21,06%). Resaltaron, por su prevalencia, las alteraciones visuales y enfermedades del ojo (44,37%), las alergias (16,37%), las malposiciones dentales (8,61%), el asma (8,49%) y la escoliosis y cifoescoliosis (6,29%)⁹.

A nivel nacional

En el 2017, Carrión determinó el comportamiento de la enfermedad y los factores asociados en el desarrollo de hipertensión arterial crónica en la población rural del sector el chaparral, del municipio de San Pedro Del Norte, Chinandega. Se encontró una prevalencia de hipertensión arterial crónica en esta población fue de 15.86% con un IC95% (12.46- 19.25), siendo más predominante en las mujeres. Encontramos que la hipertensión arterial aumentaba conforme a la edad, el sobrepeso, el hábito de fumar, el consumo excesivo de cloruro de sodio, la pobre ingesta de alimentos ricos en calcio, el consumo excesivo de café, entre otros fueron los principales factores asociados a la hipertensión arterial en estas personas estudiadas¹⁰.

En el mismo año, Mendoza determinó el apego terapéutico y los factores que influyen a ella en pacientes diabéticos que acuden al puesto de salud "La Providencia". Se realizó un estudio transversal, con una muestra de 120 pacientes diabéticos que acuden a la unidad de salud La Providencia de la ciudad de León.

La edad promedio fue de 64 años, entre las características sociodemográficas predominantes se observó el grupo etario de 51 a 65 años (38,3%), el sexo femenino (77,5%), la procedencia del área urbana (90,8%), el "nivel primario" y un estado civil de "casado" (46,7%). El grado de adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos fue del 26%. Las enfermedades concomitantes predominantes fueron la hipertensión arterial (38%) en los pacientes no adherentes, y la obesidad en los adherentes (11%). Las complicaciones predominantes fueron la retinopatía (11,7%) para no adherentes y la neuropatía y nefropatía en los pacientes adherentes (9,2% para cada uno respectivamente). El control de la glicemia predominante fue el "normal" para pacientes no adherentes (38%). El tiempo de evolución menor de 10 años predominó en los pacientes no adherentes (39,2%) y el tiempo mayor de 21 años para los adherentes (9,2%)¹¹.

En el 2016, Tijerino y Bordas en el hospital Nuevo Amanecer (Puerto Cabezas, RAAN) estudió a 115 pacientes con diabetes e hipertensión encontrando un cumplimiento del tratamiento en un 11,3%. Las enfermedades concomitantes predominantes fueron la hipertensión con un 24,3%, y la obesidad con un 16,5%. Las complicaciones encontradas predominantes fueron la retinopatía y la nefropatía. El control de la glicemia se dio en un 50%, y el 57% tuvo más de 20 años de ser diabéticos.¹²

En el 2012, Salinas realizó un estudio sobre la adherencia al tratamiento de pacientes crónicos del Centro de Salud de Sutiava "Feliz Pedro Picado," León, encontrando una adherencia del 23%, donde la mayoría de pacientes tenían entre 45-64 años, mujeres, con baja escolaridad, eran amas de casa y no tenían seguridad social. La principal enfermedad asociada fue la hipertensión arterial y casi la mitad de pacientes no tuvo complicaciones. Existe un considerable porcentaje de pacientes que no cumplen con su dieta, ejercicios ni con la toma de medicamentos.¹³

JUSTIFICACION

Los pacientes que acuden a las unidades de salud con enfermedades crónicas, son más vulnerables a padecer de otras enfermedades o de complicaciones que cuando se presentan paralelamente aumenta la mortalidad en mayor grado. En Nicaragua, en las unidades de salud del Ministerio de Salud, los pacientes con enfermedades crónicas como hipertensos, diabéticos, anémicos, artríticos etc, reciben el tratamiento para su control mensualmente, así como orientaciones educativas para mejorar y controlar su enfermedad.

El incumplimiento de las terapias, la inasistencia al retiro de medicamentos y la poca educación en salud constituyen un importante problema que puede afectar a la salud de los pacientes y a sus familiares. La falla en lograr un control adecuado de la hipertensión, diabetes u otra enfermedad, a menudo implica un problema de tipo socioeconómico y familiar, en dicho contexto, la complejidad del tratamiento también juega un papel importante, sobre todo en pacientes diabéticos e hipertensos, ya que deben de tomar varios medicamentos a la vez.

Este trabajo pretende caracterizar a los pacientes con enfermedades crónicas con un enfoque epidemiológico y clínico tomando en cuenta los expedientes y registros de los pacientes que acuden a las unidades de salud del municipio de León. Esto conllevará a un mayor análisis de la enfermedad crónica en pacientes que acuden a las unidades de salud en tiempos de pandemia donde los adultos mayores con enfermedades crónicas son de mayor riesgo de mortalidad a nivel mundial. Este estudio ayudará a retomar nuevas decisiones o estrategias que mejoren la atención integral de los pacientes con enfermedades crónicas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En epidemiología se entienden como enfermedades crónicas aquellas enfermedades de alta prevalencia y no curables, se les llama así a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. No hay un consenso acerca del plazo a partir del cual una enfermedad pasa a considerarse crónica; pero por término medio, toda enfermedad que tenga una duración mayor a seis meses puede considerarse como crónica³.

La disminución de la enfermedad crónica es de interés social y científico, pero debe ser estudiada y analizada continuamente cómo se comporta, y más aún cuando este tipo de paciente por su característica patológica es vulnerable a enfermedades infecciones de alta mortalidad como la COVID-19. Ante esto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuál es la caracterización epidemiológica y clínica de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León durante el 2021?

OBJETIVOS

Objetivo general

Describir la caracterización clínica y epidemiológica de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León, 2021

Objetivos específicos

- 1.- Describir las principales características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Identificar las enfermedades crónicas que sufren los pacientes en estudio.
3. Mencionar las principales comorbilidades y complicaciones reportadas en los pacientes.
- 4.- Determinar los principales tratamientos crónicos utilizados en los pacientes.
- 5.- Mencionar la frecuencia de inasistencias de los pacientes a las citas de seguimiento en las unidades.

MARCO TEORICO

I. Concepto de Enfermedades crónicas

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud a nivel mundial. Lo son por varias razones: el gran número de casos afectados con sus consabidas tasas de incidencia cada vez más crecientes, su gradual contribución a la mortalidad general, porque son la causa más frecuente de discapacidad, por el costo elevado de la hospitalización, el de su tratamiento médico y el de su posterior rehabilitación⁴.

II. Enfermedades crónicas

1. Hipertensión arterial Definición

Es una enfermedad controlable, de etiología múltiple, que disminuye la calidad y la expectativa de vida. La PA se relaciona en forma positiva, lineal y continua con el riesgo CV. Visto el incremento significativo del riesgo asociado con una PA sistólica > 140 mm Hg, una PA diastólica > 90 mm Hg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico, si bien se reconoce que el riesgo es menor con valores tensionales inferiores. El riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo o enfermedades, como ocurre muy frecuentemente.^{14,15}

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA 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 HTA 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 PA 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.¹⁶

Clasificación: Hipertensión primaria (esencial) y secundaria

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo. El término "hipertensión benigna" también debe evitarse, porque la hipertensión siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular prematura.¹⁶

Factores de riesgo vascular

Edad y sexo: El riesgo de padecer enfermedad cardiovascular aumenta de manera constante a medida que avanza la edad y es mayor en los hombres que en las mujeres, aunque esta diferencia disminuye al aumentar la edad, y es mayor para la cardiopatía isquémica que para el accidente cerebrovascular.^{1, 17}

Tabaquismo: El consumo de cigarrillos aumenta el riesgo de cardiopatía isquémica (CI) y de accidente cerebrovascular (ACV) a todas las edades, pero tiene especial importancia en las personas más jóvenes. En los varones de menos de 65 años, se ha observado que el tabaquismo aumenta el riesgo de muerte cardiovascular al doble, mientras que, en los hombres de edad igual o superior a 85 años, se observó que el riesgo aumentaba tan solo en un 20 por ciento.^{17, 18}

Obesidad: El aumento del índice de masa corporal se asocia a un incremento del riesgo de CI. Es probable que el riesgo asociado con la obesidad se deba en parte a una elevación de la presión arterial, aunque también es posible que intervenga la reducción de colesterol HDL y el aumento en los niveles de glucosa e insulina.^{16,17}

Lípidos y lipoproteínas: Las concentraciones crecientes de colesterol total y de colesterol LDL se asocian a incrementos del riesgo de CI. El riesgo relativo parece

disminuir a medida que avanza la edad, aunque es característico que el riesgo absoluto aumente.¹⁶

Diabetes, hiperinsulinemia e hiperglucemia: Globalmente, la diabetes eleva de forma característica el riesgo relativo de muerte por CI y de muerte por ACV en unas 3 veces. Además, en los individuos sin diabetes, se ha observado que el riesgo de CI está relacionado de manera directa y continua con las concentraciones plasmáticas de glucosa e insulina.^{16.19}

Alcohol: Un grado elevado de consumo de alcohol puede causar otros trastornos cardíacos y se asocia a un aumento del riesgo de ACV, en especial después de un consumo puntual excesivo, así como a unas cifras más altas de presión arterial y a un mayor riesgo de varias enfermedades y lesiones no vasculares. El riesgo de CI parece reducirse en los consumidores regulares de cantidades moderadas de alcohol.¹⁶⁻²⁰

Actividad física: El ejercicio físico aeróbico regular reduce el riesgo de CI. Este beneficio puede deberse en parte a los efectos de reducción de la presión arterial que tiene el ejercicio físico, aunque también es posible que el ejercicio active otros factores metabólicos, entre los que se encuentran un aumento del colesterol HDL.¹⁶⁻¹⁸

Enfermedad cardiovascular preexistente: Los antecedentes de enfermedad cardiovascular, clínicamente manifiesta, constituyen un factor predecible específicamente importante para el futuro riesgo de desarrollo de episodios cardiovasculares graves.¹⁶⁻²⁰

Nefropatía y microalbuminuria: La nefropatía manifestada por una elevación de la creatinina sérica y proteinuria constituyen también un factor predecible importante, no sólo de la insuficiencia renal, sino también de episodios cardiovasculares graves.¹⁶

Fibrinógeno: Las concentraciones plasmáticas de fibrinógeno presentan una asociación positiva con el riesgo de CI y ACVA isquémico.¹⁶

Tratamiento de reposición hormonal (TRH): En estudios realizados en poblaciones occidentales, se ha observado que, en las mujeres postmenopáusicas, el empleo de TRH se asocia a un riesgo de CI un 30-50 por ciento más bajo. No está claro si esta asociación refleja un verdadero efecto protector del TRH, o corresponde a un sesgo en la selección previa de mujeres de bajo riesgo subsidiarias de la aplicación de este tipo de tratamiento.^{16,18}

Origen étnico: El origen étnico tiene también una intensa asociación con el riesgo de las enfermedades cardiovasculares más frecuentes. En muchos países los grupos de minorías étnicas, como los maoríes de Nueva Zelanda, y los indígenas de los Estados Unidos, presentan un riesgo de CI considerablemente superior al de la mayoría de la raza blanca.^{3,16}

Manifestaciones clínicas de la HTA

Clínica de la HTA esencial no complicada

La hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de Presión arterial, pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser frontooccipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente. Otros síntomas atribuidos a HTA como zumbidos de oídos, epístaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos.¹⁶⁻¹⁸

Clínica de la hipertensión arterial complicada

Las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardiaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente

isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial.¹⁶

Tratamiento de la hipertensión arterial

La reducción de la PA obtenida con el tratamiento farmacológico ha demostrado que reduce la morbilidad y mortalidad cardiovascular, disminuyendo las complicaciones asociadas a la HTA (accidentes vasculares cerebrales, isquemia coronaria, insuficiencia cardiaca, progresión de enfermedad renal, hipertensión acelerada-maligna). A mayor nivel de PA y mayor riesgo cardiovascular global, el beneficio del tratamiento farmacológico es mayor (el número necesario de pacientes a tratar para prevenir un acontecimiento cardiovascular es bajo ó, al menos, aceptable). En el grupo de pacientes de bajo riesgo, se precisa tratar a muchos sujetos para conseguir evitar un acontecimiento cardiovascular (el número necesario a tratar es muy alto), lo que resulta difícil de asumir, considerando el costo y los posibles efectos adversos de la medicación. Por tanto, el tratamiento apropiado de la hipertensión arterial (HTA) ha dejado de ser una cuestión de simple reducción de una cifra, para pasar a comportar una evaluación del perfil de riesgo cardiovascular total de un paciente, con objeto de diseñar una estrategia de tratamiento eficaz que permita prevenir la lesión de órganos diana y los eventos cardiovasculares.¹⁴⁻¹⁶ Cuando se decide iniciar el tratamiento farmacológico de la HTA se deben tener en cuenta las siguientes directrices generales:

- El tratamiento debe ser individualizado, eligiendo el fármaco más apropiado en orden a las características de cada paciente y sus factores de riesgo asociados.¹⁶
- El tratamiento se iniciará con la mínima dosis efectiva, y debe ser sencillo y fácil de seguir, utilizando el menor número de fármacos y tomas diarias (a ser posible una sola toma diaria).

2. Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que requiere atención médica continua y educación para el autocuidado del paciente y apoyo permanente para evitar complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Cuidado de la diabetes es complejo y requiere de estrategias de reducción de riesgos multifactoriales más allá del control de la glucemia. Existe una gran cantidad de evidencia que apoya una serie de intervenciones para mejorar los resultados de la diabetes.¹⁹

La diabetes mellitus (DM) es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre: hiperglucemia.¹⁹

La American Diabetes Association-ADA clasifica la diabetes mellitus en 4 tipos: la diabetes mellitus tipo 1, en la que existe una destrucción total de las células β , lo que conlleva una deficiencia absoluta de insulina; la diabetes mellitus tipo 2 o no insulino dependiente, generada como consecuencia de un defecto progresivo en la secreción de insulina, así como el antecedente de resistencia periférica a la misma; la diabetes gestacional, la cual es diagnosticada durante el embarazo; y otros tipos de diabetes ocasionados por causas diferentes.^{19,20}

Clasificación de la diabetes mellitus.¹⁹

- Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)
- Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- Otros tipos específicos de diabetes
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)

En la DM1 las células β , encargadas de la producción de insulina en el páncreas, se destruyen, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir en la infancia o más adelante, en la pubertad, cuando la función se ha perdido significativamente y la terapia con insulina es indispensable para la supervivencia del paciente.¹⁹

Existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y que tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA).¹⁹

La etiología de la destrucción de las células β pancreáticas es generalmente de origen autoinmune, pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Recientemente se ha descrito una forma de DM1 que requiere de insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad.¹⁹

La DM2 se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, aunque se requiere que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser determinante. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glicemia. La diabetes se puede subdividir en: ¹⁹

1. DM2 predominantemente INSULINO-RESISTENTE con deficiencia relativa de insulina
2. DM2 predominantemente con un DEFECTO SECRETOR DE INSULINA, con o sin resistencia a la insulina.
3. Otros tipos específicos de DM: defectos genéticos de la función beta, o en la acción de infecciones, mal formaciones, y endocrinopatías.¹⁹

Etapas de la diabetes mellitus.¹⁹

1. Normoglicemia: cuando los niveles de glicemia son normales, pero los procesos fisiopatológicos que conducen a la DM ya han comenzado e incluso pueden ser reconocidos en algunos casos.
2. Hiperglicemia: cuando los niveles de glicemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:
 1. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glicemia en ayunas alterada y la intolerancia a la glucosa)

2. Diabetes Mellitus, dividida a su vez en:

- DM NO insulino-requiriente (NIR)
- DM insulino-requiriente para lograr control metabólico (IRC)
- DM insulino-requiriente para sobrevivir (IRS), antiguamente insulino-dependiente.

Diagnóstico de la diabetes mellitus (Criterios 2.012)^{17,18}: Para el diagnóstico de la DM se pueden utilizar cualquiera de los siguientes criterios:

1. Una Hemoglobina glicosilada (A_{1C}) $\geq 6.5\%$: La prueba debe ser realizada en un laboratorio bajo los parámetros certificados de estandarización del Programa Nacional de Glicohemoglobina (NGSP por sus siglas en inglés) y del ensayo de control de diabetes y complicaciones (DCCT, por sus siglas en inglés).
2. Glicemia en ayunas (definida como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l) o
3. Glicemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) 2 horas después de una carga de glucosa, durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe ser realizada según las normas de la OMS, utilizando una carga de glucosa equivalente a 75g de glucosa anhidra disuelta en agua, o
4. Una glicemia casual (a cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última ingestión de alimentos o bebidas) medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) en un paciente con síntomas de diabetes (descritos por: Poliuria, secreción y emisión extremadamente abundantes de orina, Polidipsia, sed excesiva, Polifagia, hambre voraz o excesiva y Pérdida inexplicable de peso).

5. En ausencia de hiperglicemia inequívoca, el resultado debe ser confirmado repitiendo la prueba.

El término "**Pre-Diabetes**" se ha revivido para catalogar a las personas que no reúnen los criterios para el diagnóstico de diabetes, pero cuyos resultados no son normales en las pruebas diagnósticas. La prediabetes se diagnostica cuando los niveles de glucosa en ayunas están entre 100 y 125 mg/dl.¹⁹

3. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Es una enfermedad pulmonar crónica común, prevenible y tratable que afecta a hombres y mujeres de todo el mundo. En la EPOC, los bronquiolos sufren daños y se restringe el intercambio de gases. Varios procesos provocan el estrechamiento de las vías respiratorias, y pueden producirse destrucción de partes de los pulmones, obstrucción de las vías respiratorias a causa de las secreciones e inflamación del epitelio de las vías respiratorias²¹.

En ocasiones, se utilizan los términos «enfisema» y «bronquitis crónica» para referirse a la EPOC. El enfisema suele referirse a la destrucción de los alvéolos pulmonares, mientras que la bronquitis crónica consiste en una tos crónica con esputo debida a la inflamación de las vías respiratorias²¹.

La EPOC y el asma comparten determinados síntomas (tos, sibilancias y dificultad para respirar) y algunas personas padecen ambas enfermedades.

Consecuencias de la EPOC en la vida cotidiana

Estos son los algunos síntomas habituales en la EPOC, que aparecen a partir de la mediana edad:

- falta de aire o disnea;
- tos crónica, a menudo con esputo; y/o
- cansancio.

A medida que se agrava la enfermedad es más difícil realizar las actividades cotidianas habituales, a menudo a causa de la falta de aire. Con frecuencia, los

pacientes de EPOC padecen otras enfermedades, como cardiopatías, osteoporosis, trastornos osteomusculares, cáncer de pulmón, depresión o ansiedad.²¹

Causas de la EPOC

La EPOC evoluciona gradualmente, a menudo debido a varios factores de riesgo asociados, como los siguientes:

- exposición al tabaco por fumar o por exposición pasiva al humo;
- exposición profesional a polvos, humos o productos químicos;
- contaminación del aire en interiores: en los países de ingresos medianos y bajos donde los niveles de exposición al humo son elevados, se utilizan con frecuencia biocombustibles (madera, estiércol, residuos de cultivos) o carbón vegetal para la cocina y la calefacción²¹;

Reducir la carga de EPOC

La EPOC no tiene cura, pero su diagnóstico y su tratamiento tempranos son importantes para frenar el empeoramiento de los síntomas y reducir el riesgo de que se produzcan exacerbaciones. Hay varias medidas que las personas con EPOC pueden tomar para mejorar su salud en general y ayudar a controlar su enfermedad²¹:

- dejar de fumar: se debe prestar ayuda para que abandonen este hábito;
- hacer ejercicio con regularidad; y
- vacunarse contra la neumonía, la gripe y la COVID-19.

Hay distintos tipos de medicamentos que, inhalados, pueden ayudar a reducir los síntomas y prevenir las exacerbaciones. Debido a que tienen diferentes mecanismos de acción, pueden administrarse en un solo inhalador que contiene varios fármacos.

Los broncodilatadores dilatan las vías respiratorias y se pueden inhalar regularmente para prevenir o reducir los síntomas y para aliviarlos durante las

exacerbaciones agudas. En ocasiones, los inhaladores contienen también corticosteroides que reducen la inflamación de los pulmones.

Para inhalar estos medicamentos se debe usar una técnica adecuada y, en algunos casos, una cámara de inhalación que facilita el paso de los fármacos a las vías respiratorias. En muchos países de ingresos medianos y bajos, la disponibilidad de estos medicamentos es limitada. En 2019, los establecimientos públicos de atención primaria disponían de inhaladores de salbutamol en aproximadamente la mitad de los países de bajos ingresos. Las exacerbaciones suelen deberse a una infección respiratoria. En estos casos se pueden prescribir, si es necesario, comprimidos con antibióticos y/o corticoesteroides además del tratamiento inhalado o nebulizado.²¹

4. Asma

El asma es una enfermedad crónica que afecta a niños y adultos. Las vías que conducen el aire a los pulmones se estrechan debido a la inflamación y la compresión de los músculos que rodean las vías respiratorias finas. Ello causa los síntomas del asma: tos, sibilancias, disnea y opresión torácica. Estos síntomas son intermitentes, y suelen agravarse durante la noche o al hacer ejercicio. Otros factores desencadenantes frecuentes pueden agravar los síntomas del asma. Los desencadenantes varían de una persona a otra, pero entre ellos figuran las infecciones víricas (resfriados), el polvo, el humo, los gases, los cambios meteorológicos, los pólenes de gramíneas y árboles, el pelaje y las plumas de animales, los jabones fuertes y los perfumes²².

Aspectos epidemiológicos: El asma es una de las principales enfermedades no transmisibles (ENT), que afecta a niños y adultos. La inflamación y el estrechamiento de las vías respiratorias finas en los pulmones causan los síntomas del asma, que pueden presentarse en forma de tos, sibilancias, disnea y opresión torácica²².

Se estima que, en 2019, el asma afectó a 262 millones de personas y causó 461 000 muertes. Se estima que en 2016 había más de 339 millones de personas con

asma en todo el mundo (1). El asma es una enfermedad frecuente en niños. El asma se puede controlar con medicación; evitando sus desencadenantes también puede reducir su gravedad. Evitar los desencadenantes del asma también puede contribuir a reducir sus síntomas. La mayor parte de las muertes relacionadas con el asma se producen en países de ingreso bajo y mediano-bajo, en los que la falta de diagnóstico y tratamiento suponen un problema.

La OMS se compromete a mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la vigilancia del asma, a fin de reducir la carga mundial de las ENT y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal²².

5. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica, sistémica, lentamente progresiva la cual evoluciona hacia el daño articular e incapacidad si no es diagnosticada y tratada oportunamente. Esta patología se caracteriza por ser poliarticular, simétrica y seguir un patrón de afección predominante en las articulaciones periféricas, suele respetar las articulaciones proximales (aunque en algunos casos el compromiso de estas no excluye el diagnóstico).²³

Su incidencia es de 0.6% a 1%, perjudica a todos los grupos étnicos y se identifica más frecuentemente en el sexo femenino entre la 4ta y 6ta década de la vida, aunque en edades avanzadas la diferencia de prevalencia entre ambos sexos disminuye. En décadas anteriores la AR se consideraba una enfermedad benigna, sin embargo, hoy día se sabe que esta patología presenta un aumento en la tasa de mortalidad debido a todas complicaciones con las que coexiste²³.

De acuerdo a The Royal Australian College of General Practitioners, el tratamiento inicial de los pacientes con AR temprana se realiza con Anti inflamatorios no esteroides (AINES) e inhibidores de la ciclooxigenasa (COX-2). Sin embargo, no existe evidencia de que estos prevengan el daño articular.²³

En la actualidad se relaciona la erosión de manera directamente proporcional a la sinovitis por el tiempo, es decir, se cree que si se mantiene controlada la inflamación lo mejor posible se evita la progresión del daño estructural erosivo en

las articulaciones.²³ Para determinar el estado del paciente se debe recolectar una valoración global de su enfermedad, el número de articulaciones dolorosas e inflamadas a la palpación de un total de 28 articulaciones exploradas, los valores de reactantes de fase aguda, y la visión médica acerca de la actividad de la enfermedad; esto con el fin de obtener un punto de comparación a través del tiempo y evaluar la evolución del paciente²⁴.

6. Epilepsia

Es una enfermedad cerebral no transmisible crónica que afecta a unos 50 millones de personas en todo el mundo. Se caracteriza por convulsiones recurrentes, que son episodios breves de movimiento involuntario que pueden involucrar una parte del cuerpo (parcial) o todo el cuerpo (generalizado) y en ocasiones se acompañan de pérdida de conciencia y control de la función intestinal²⁵.

Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cerebro. Las convulsiones pueden ir desde episodios muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prolongadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día²⁵.

Las características de las convulsiones varían y dependen de en qué parte del cerebro comienza la alteración y cómo se propaga. Ocurren síntomas temporales, como pérdida del conocimiento o la conciencia, y alteraciones del movimiento, de los sentidos (incluyendo visión, audición y gusto), estado de ánimo u otras funciones cognitivas²⁵.

Aspectos epidemiológicos

La epilepsia es una enfermedad cerebral no transmisible crónica que afecta a personas de todas las edades. En todo el mundo, unos 50 millones de personas padecen epilepsia, lo que la convierte en uno de los trastornos neurológicos más comunes. Cerca del 80% de los pacientes viven en países de ingresos bajos y medianos. Se estima que el 70% de las personas con epilepsia podrían vivir sin convulsiones si se diagnosticaran y trataran adecuadamente²⁵.

El riesgo de muerte prematura en personas con epilepsia es hasta tres veces mayor que en la población general. Tres cuartas partes de las personas que viven en países de ingresos bajos no reciben el tratamiento que necesitan. En muchos lugares del mundo, los pacientes y sus familias pueden ser víctimas de la estigmatización y la discriminación.²⁵

7. Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica es una afección que indica que los riñones están dañados. Los riñones dañados no pueden mantener la salud corporal. No pueden filtrar la sangre lo suficientemente bien, y no pueden hacer sus otros trabajos tan bien como deberían²⁶.

La enfermedad renal no se produce de un día para otro. Se genera lentamente, y en estadios. La mayoría de las personas en los primeros estadios de la enfermedad no presentan síntomas. Es posible que ni siquiera sepan que algo anda mal. Pero si se la detecta y se la trata, la enfermedad renal con frecuencia puede retrasarse o detenerse. Si la enfermedad renal empeora, es posible que se acumulen desechos en niveles altos en la sangre y esto produzca malestar general. Es posible que tenga otros problemas como presión arterial alta, un recuento bajo de glóbulos rojos (anemia), debilidad ósea, mala nutrición y daño nervioso. También tendrá una mayor posibilidad de tener enfermedad cardíaca y de los vasos sanguíneos²⁶.

Si la enfermedad continúa empeorando, puede producir insuficiencia renal. Esto significa que los riñones ya no trabajan lo suficientemente bien como para mantenerlo vivo, y usted necesita un tratamiento como diálisis o un trasplante de riñón. Las dos causas más comunes de enfermedad renal son las siguientes²⁷:

- **Diabetes:** se produce cuando el nivel de azúcar en la sangre es demasiado alto. Esto causa daño a muchos órganos y músculos del cuerpo, incluido los riñones, el corazón y los vasos sanguíneos, los nervios y los ojos.
- **Presión arterial alta:** se produce cuando la presión de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos es demasiado alta. Si no se controla la

presión arterial alta, puede causar enfermedad renal crónica, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Muchas otras afecciones pueden dañar los riñones. Entre ellas se incluyen las siguientes²⁶:

- Glomerulonefritis: un grupo de enfermedades que dañan las unidades de filtrado de los riñones.
- Enfermedades hereditarias: como la enfermedad renal poliquística, que produce la formación de quistes en los riñones.
- Lupus y otras enfermedades que afectan el sistema inmunitario del cuerpo.
- Obstrucciones causadas por problemas como uréteres de formas anormales, cálculos renales, tumores o un agrandamiento de la glándula prostática en los hombres.
- Repetición de infecciones del tracto urinario.

La enfermedad renal consta de cinco etapas. Se indican en la siguiente tabla. Es su médico quien determina en qué etapa se encuentra la enfermedad renal, en función de la presencia de daño renal y de la tasa de filtración glomerular (TFG), es decir, la medición de su nivel de funcionamiento renal. El tratamiento se determina en función de la etapa en que se encuentre su enfermedad renal²⁶.

| Estadio | Descripción | VFG (ml/min/1,73) | Prevalencia % |
|----------------|--|------------------------------|--------------------------|
| I | Riñón dañado con VFG normal o aumentada | ≥ 90 | 3,3% |
| II | Riñón dañado con VFG levemente disminuido | 60-89 | 3,0% |
| III | VFG moderadamente disminuido | 30-59 | 4,3% |
| IV | VFG severamente disminuido | 15-29 | 0,2% |
| V | Falla renal | < 15 o diálisis | 0,1% |

*La cifra de TFG le indica a su médico cuánto están funcionando sus riñones. A medida que avanza la enfermedad renal crónica, la cifra de su TFG disminuye.

Tratamiento: Su plan de tratamiento dependerá de su estadio de enfermedad renal y otros problemas de salud que pueda tener²⁶. Puede incluir lo siguiente:

- Tratamiento de la presión arterial alta
- Proteger la función renal tomando inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) y bloqueadores de los receptores de la angiotensina (BRA). Es posible que se le solicite que tome medicamentos para la presión arterial alta (llamados inhibidores de la ECA o BRA), incluso si su presión arterial es normal. La investigación sugiere que estos medicamentos pueden reducir la pérdida de la función renal en algunas personas, incluso en las personas con presión arterial normal.
- Controlar su nivel de azúcar en la sangre si tiene diabetes
- Controlar el nivel de colesterol alto con dieta y medicamentos
- Tratamiento de la anemia
- Tratamiento para trastornos del metabolismo óseo y mineral

8. Cardiopatía

La cardiopatía coronaria (CC) se debe a un estrechamiento de las arterias que llevan la sangre directamente al corazón, lo que comporta la aparición de ateromas formados por tejido intimal degenerado y engrosado. La CC se caracteriza específicamente por la acumulación de lípidos en la capa de miocitos lisos de las arterias y en los macrófagos que se sitúan a lo largo del recubrimiento de las paredes de las arterias^{28,29}.

Este proceso empieza en las primeras décadas de la vida, pero no presenta síntomas hasta que la estenosis de la arteria coronaria se hace tan grave que causa un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades. En este caso se produce una isquemia miocárdica (angina de pecho estable) o una oclusión súbita por trombosis de la arteria, lo que provoca una falta de oxigenación del miocardio que da lugar al síndrome coronario agudo (angina inestable e infarto agudo de miocardio)²⁷.

Causas: que se puede prevenir de forma significativa si se conocen y controlan sus factores de riesgo cardiovascular. Los principales factores que la producen son²⁷:

- Edad avanzada
- Se da más en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia
- Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia
- Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo)
- Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno)
- Tabaquismo
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus
- Obesidad
- Sedentarismo
- Haber presentado previamente una angina o infarto.

Los pacientes con múltiples factores de riesgo tienen mayor probabilidad de padecer enfermedad obstructiva de las arterias coronarias, y por tanto, más posibilidades de angina o infarto. Además, en el llamado síndrome metabólico, es decir, asociación de obesidad, diabetes, aumento del colesterol e hipertensión, los pacientes presentan más riesgo. La probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular (coronaria) o de morir del corazón se puede calcular por distintas puntuaciones (SCORE, Framingham, etc.)²⁷.

Tipos de cardiopatía isquémica

- Infarto agudo de miocardio.
- Angina de pecho estable.
- Angina de pecho inestable.

Tratamiento: Los pacientes con angina de pecho deben vigilar los factores de riesgo cardiovascular y seguir controles periódicos para prevenir la aparición de nuevos. Para corregirlos se debe²⁷:

- Dejar el tabaco
- Vigilar la hipertensión y la diabetes y su tratamiento (peso, dieta, fármacos)
- Seguir una dieta baja en colesterol y grasas
- Alcanzar un peso corporal ideal
- Reducir el colesterol hasta obtener un LDL menor de 70 mg/dl

En cuanto al tratamiento farmacológico, salvo en casos de contraindicaciones, todos los pacientes con enfermedad coronaria deben tomar ácido acetilsalicílico (existen muchos preparados comerciales, pero el más conocido es la Aspirina®) de forma crónica, diariamente y a dosis bajas (100–150 mg) por su efecto antiagregante plaquetario. También los pacientes son tratados con betabloqueantes como tratamiento principal y para mejorar los síntomas se recomiendan nitratos (vía oral, sublingual o en parches transdérmicos), antagonistas del calcio, ivabradina y ranolazina²⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Fue un estudio descriptivo de corte transversal.

Área de estudio

El estudio se realizó en las unidades de salud del municipio de León, incluyendo los tres territorios que componen el municipio: Perla María Nororí, Mantica Beríos y Sutiaba.

Periodo de estudio

Fue del 1 de Octubre al 1 de Diciembre del 2021.

Universo: fueron 7,747 pacientes crónicos en los tres territorios del municipio de León.

Muestra: fueron los 360 pacientes con enfermedad crónicas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$
 Estimados por la formula en la que se calculó con los siguientes parámetros: N= población total o universo (7,747 pacientes) Z^2 =nivel de confianza al 95% (3.8416), una frecuencia del estándar 50% (0.5), una q del 50% (0.5), y una precisión del 5% al cuadrado (0.0025).

Muestreo: se seleccionó 120 pacientes de cada territorio. Una vez seleccionado, esta cifra se dividió entre el número de puestos de salud correspondiente de cara territorio. En cada puesto de salud se enumeraron los pacientes en una lista, siendo luego elegidos al azar aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Expedientes completos de pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León.

Criterios de exclusión

- Expedientes de paciente con enfermedad crónica que haya fallecido en el momento de ser elegido al azar en cada unidad.

Fuente de información

La fuente fue secundaria, se llenó una ficha de recolección de datos de cada expediente, se revisaron el censo de pacientes crónicos en cada unidad.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó la autorización del estudio en las unidades de salud en los tres territorios, se vistió las unidades revisando los censos de pacientes crónicos, se eligió a cada expediente del paciente seleccionado. El instrumento que se llenó estaba estructurado según las variables de los objetivos planteados. Se contó con el apoyo de los responsables de cada unidad para la realización del estudio.

Plan de análisis

Los datos obtenidos de las fichas, fueron introducidos en una base de datos elaborada en el programa Statistical Package for the Social Science SPSS versión 22, en esta se realizará un análisis univariado de frecuencias y porcentajes, se calculó las medidas de tendencia central y medidas de dispersión. Se cruzó variables para un mejor análisis, se muestran los resultados en tablas y gráficos de barra y pastel.

Aspectos éticos

Este estudio se realizó con previo consentimiento del responsable de cada unidad de salud. Se revisaron los expedientes, manteniendo el anonimato de cada expediente. Los datos recolectados fueron solo para fines académicos. Este estudio no tiene conflictos de interés.

| OPERACIONALIZACION DE VARIABLES | | |
|--|--|--|
| Variable | Concepto operacional | Valor |
| Edad | Es la cantidad de años calculados desde el nacimiento hasta el período de estudio. | <ul style="list-style-type: none"> • Menor de 40 • 41 a 55 • 56 a 70 • 71 a 85 • Mayor de 85 |
| Sexo | Son las características anatómicas y fisiológicas de la persona que los diferencia entre ser hombre o ser mujer. | <ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino |
| Procedencia | Lugar donde reside el paciente, con respecto a las características sociales, ambientales y geográficas. | <ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural |
| Escolaridad | Es el nivel de estudios realizados por el paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Analfabeto • Primaria • Secundaria • Técnico • Educación Superior |
| Estado civil | Es la relación que tienen las personas con su pareja, que puede ser desde acompañado a no tener relación. | <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Adjuntado • Casado • Divorciado • Viudo |
| Enfermedades crónicas | Enfermedades más comunes y concomitantes que tienen los pacientes. | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Cáncer • Enfermedad renal • Asma • Artritis Reumatoide • Epilepsia • EPOC • Cardiopatía |

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| Tiempo de evolución | Es el tiempo transcurrido desde que fue diagnosticado con la enfermedad crónicas hasta la actualidad | <ul style="list-style-type: none"> • Menos de 10 años • De 11 a 20 años • Mayor o igual a 21 años |
| Comorbilidad | Es la situación clínica agregada a la enfermedad crónica que padece el paciente. | <ul style="list-style-type: none"> • Anemia • Desnutrición • Obesidad • Infección crónica • Otras • Ninguna |
| Complicaciones crónicas. | Es el empeoramiento o falta de control de la enfermedad que padece a un lapso de tiempo prolongado. | <ul style="list-style-type: none"> • Si, especifique cual_____ • No |
| Fármacos de elección | Fármaco seleccionado para el tratamiento de las enfermedades crónicas, el cual es otorgado por la unidad de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Enalapril • Captopril • Ácido acetilicólico • Glibenclamida • Sulfato ferroso • Metformina • Salbutamol • Ibuprofeno • Carbamazepina • Fenitoína • Acido valproico • Beclometazona • Prednisona • Otros |
| Inasistencia a la unidad | Es la inasistencia que tuvo el paciente citado para su seguimiento y retiro de tratamiento en la unidad de salud. | <ul style="list-style-type: none"> • Si • No |

RESULTADOS

Se realizó este estudio con el propósito de determinar sobre las principales características sociodemográficas y clínicas de pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León.

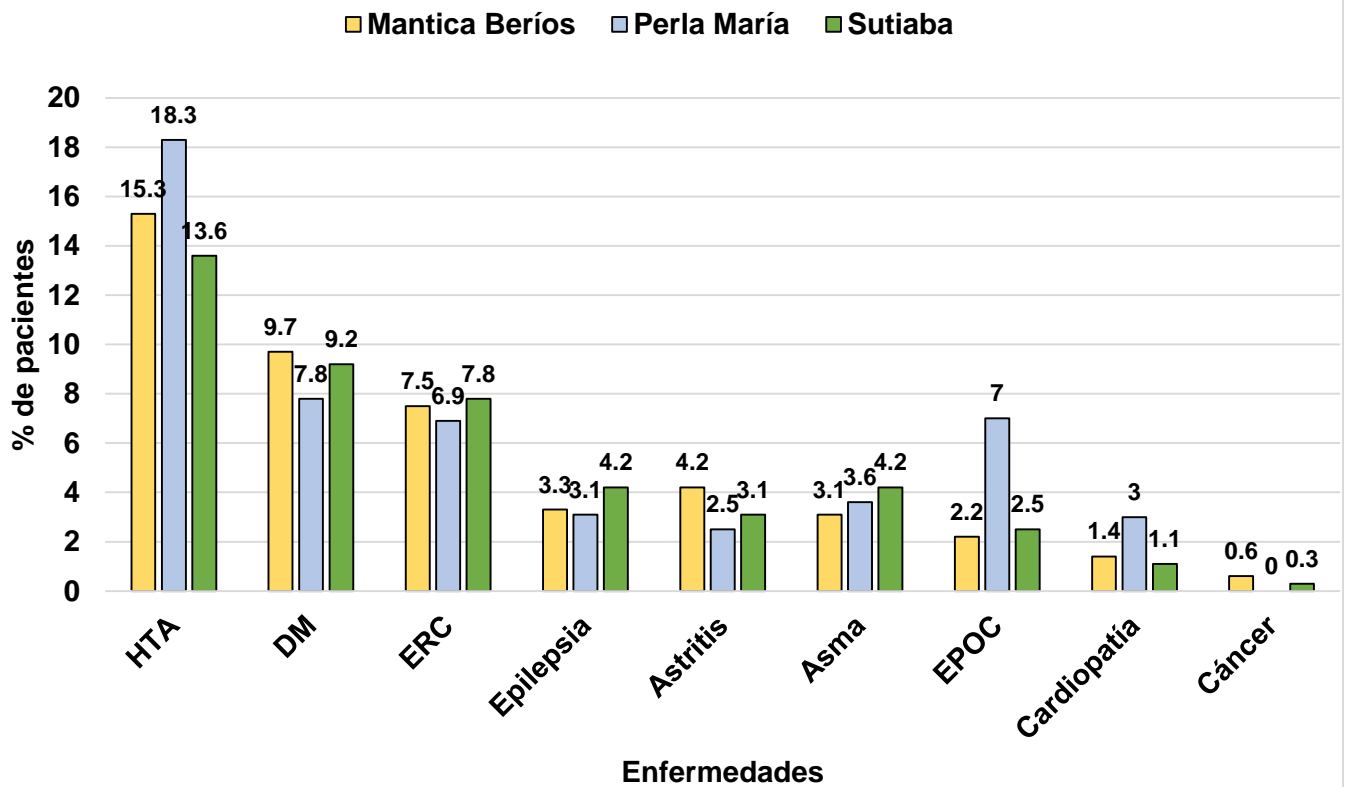
| Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas de los pacientes con enfermedades crónicas que acuden a las unidades de salud del municipio de León, 2021 | | | | | | | | |
|--|-----------------------|----------|---------------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| Característica | Mantica Beríos | | Perla María Nororí | | Sutiaba | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| Grupo etario | | | | | | | | |
| ▪ Menor de 40 | 06 | 05 | 08 | 6.7 | 03 | 2.5 | 17 | 4.7 |
| ▪ 41 a 55 | 22 | 18,3 | 29 | 24.2 | 18 | 15 | 69 | 19.2 |
| ▪ 56 a 70 | 46 | 38,3 | 38 | 31.7 | 50 | 41.7 | 134 | 37.2 |
| ▪ 71 a 85 | 42 | 35 | 37 | 30.8 | 43 | 35.8 | 122 | 33.9 |
| ▪ Mayor de 85 | 04 | 3,3 | 08 | 6.7 | 06 | 05 | 18 | 05 |
| Sexo | | | | | | | | |
| ▪ Femenino | 93 | 77,5 | 88 | 73.3 | 73 | 60.8 | 254 | 70.6 |
| ▪ Masculino | 27 | 22,5 | 32 | 26.7 | 47 | 39.2 | 106 | 29.4 |
| Procedencia | | | | | | | | |
| • Urbana | 109 | 90,8 | 89 | 74.2 | 101 | 84.2 | 299 | 83.1 |
| • Rural | 11 | 9,2 | 31 | 25.8 | 19 | 15.8 | 61 | 16.9 |
| Estado civil | | | | | | | | |
| • Soltero | 13 | 10,8 | 09 | 7.5 | 08 | 6.7 | 30 | 8.3 |
| • Casado | 56 | 46,7 | 65 | 54.2 | 65 | 54.2 | 186 | 51.7 |
| • Divorciado | 30 | 25 | 27 | 22.5 | 31 | 25.8 | 88 | 24.4 |
| • Viudo | 21 | 17,5 | 19 | 15.8 | 16 | 13.3 | 56 | 15.6 |
| Escolaridad | | | | | | | | |
| • Analfabeto | 05 | 4,2 | 09 | 7.5 | 13 | 10.8 | 27 | 7.5 |
| • Primaria | 76 | 63,3 | 69 | 57.5 | 64 | 53.3 | 209 | 58.1 |
| • Secundaria | 27 | 22,5 | 33 | 27.5 | 40 | 33.3 | 100 | 27.8 |
| • Superior | 12 | 10 | 09 | 7.5 | 03 | 2.5 | 24 | 6.7 |
| n=360 Fuente secundaria | | | | | | | | |

El promedio de edad fue de 68 años, la moda fue de 62 años. La desviación estándar fue de 11 años. La mínima fue de 28 y la máxima de 92 años.

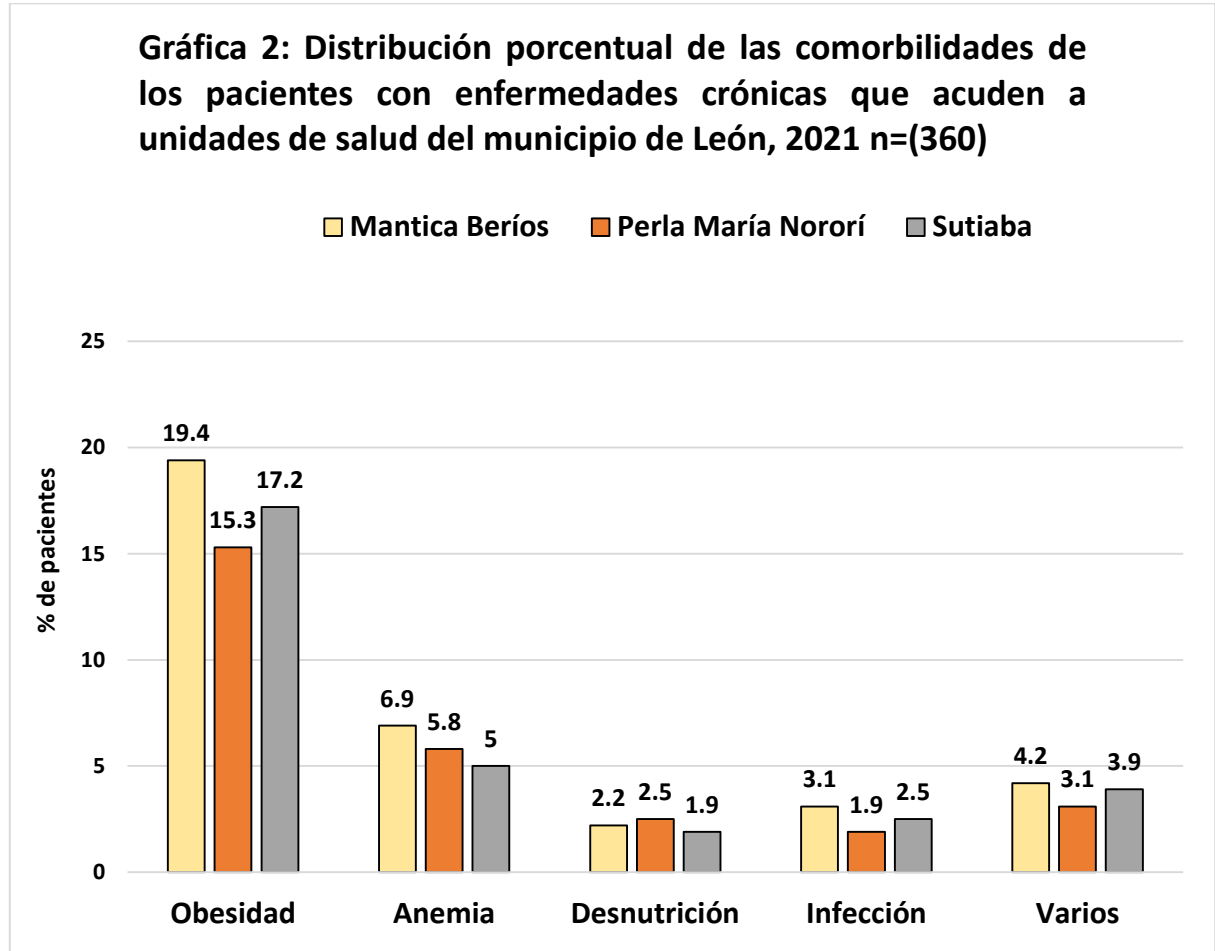
En la tabla 1, se observa que el grupo predominante fue el de 56 a 70 años con un 37,2%, seguido con el grupo de 71 a 85 años con un 35%. El sexo predominante fue el sexo femenino con un 70,6%, a diferencia del sexo masculino con un 29,4%. La procedencia esta predominada por las pacientes del área urbana con un 83,1%, el restante son pacientes que habitan en zonas rural. (Tabla 1)

El estado civil que predominó fue el de casado con un 51,7%. Con respecto a la escolaridad, el 58,1% curso solo la primaria, seguido del nivel de secundaria en un 27,8% (tabla 1).

Gráfica 1: Distribución porcentual de las enfermedades crónicas de pacientes que acuden a unidades de salud del municipio de León, 2021 (n=360)



En la gráfica 1, se observan las enfermedades crónicas de los 360 pacientes en estudio, donde predominó la hipertensión arterial con 18.3% en el Perla María Nororí, 15.3% en el Mantica Beríos y un 13.6% en Sutiaba.

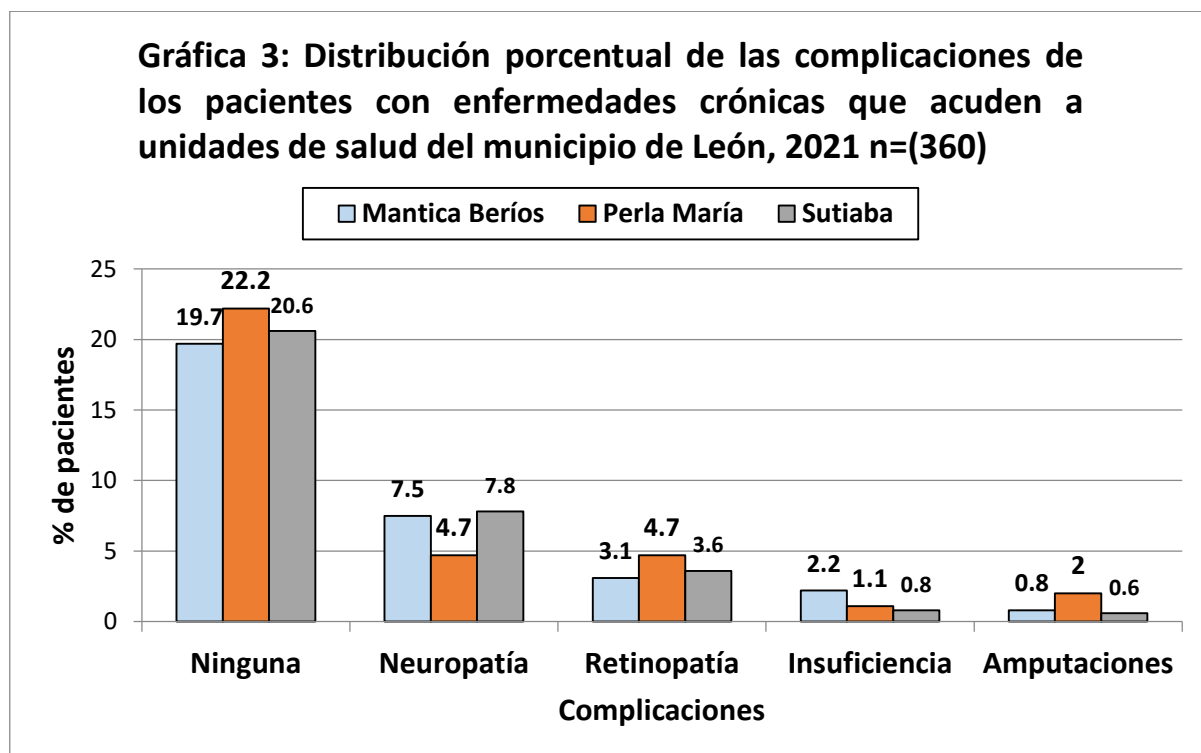


La gráfica 2, muestra las comorbilidades de las principales enfermedades crónicas que tenían los pacientes en estudio, hay un predominio de la obesidad, seguido de la anemia en los 3 territorios. En la categoría varios se observaron trastornos mentales como demencia senil, Parkinson, y trastornos dermatológicos.

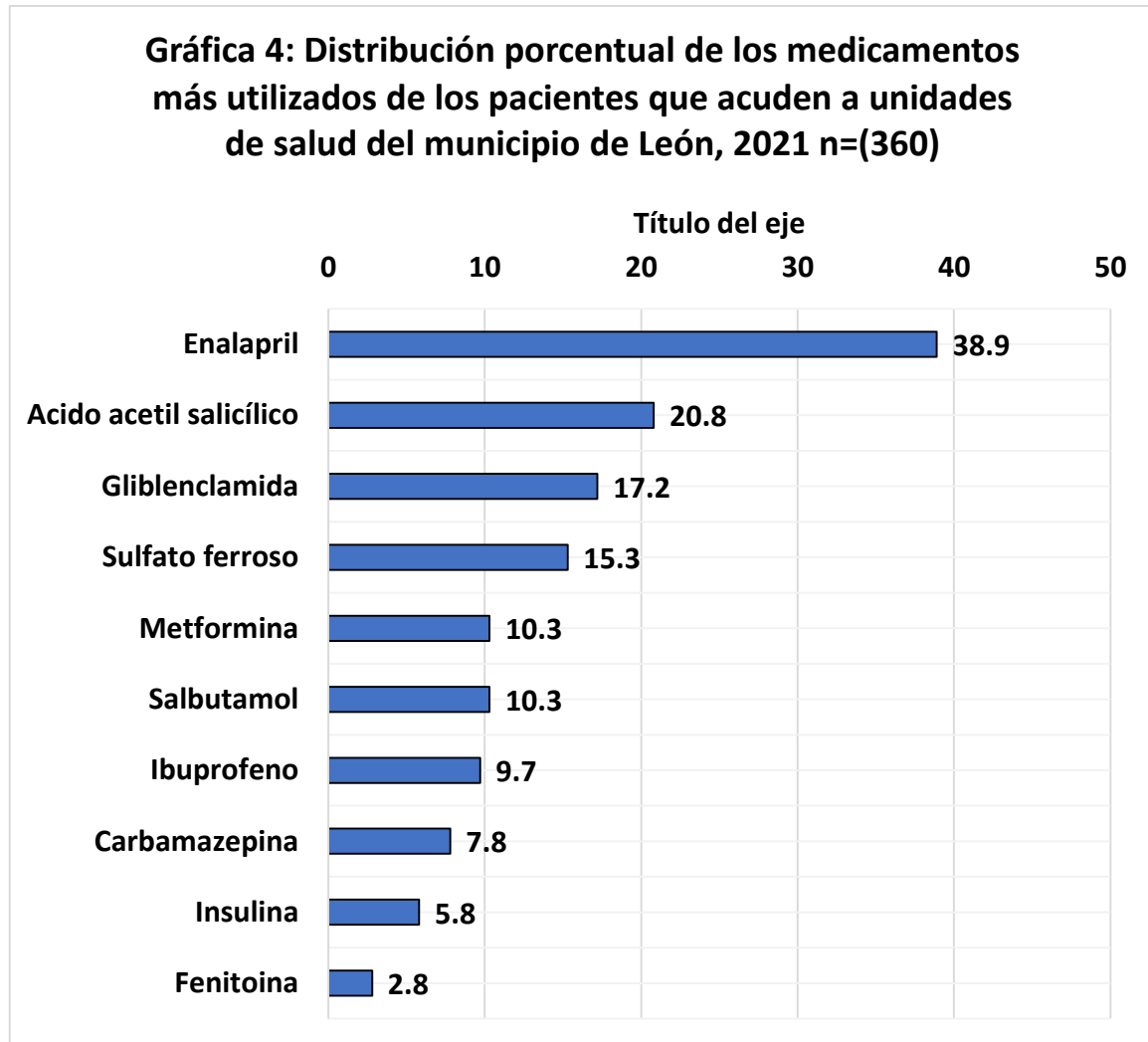
| Tabla 2: Tiempo de evolución de la enfermedad crónica en los pacientes del municipio de León, 2021. | | | | | | | | |
|---|----------------|-------|-------------|-------|---------|------|-------|------|
| Años | Mantica Beríos | | Perla María | | Sutiaba | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| • ≤ a 10 | 23 | 6.4 | 21 | 5.8 | 17 | 4.7 | 61 | 16.9 |
| • 11 a 20 | 45 | 12.5 | 37 | 10.3 | 48 | 13.3 | 130 | 36.1 |
| • ≥ a 21 | 52 | 14.4 | 62 | 17.2 | 55 | 15.3 | 169 | 46.9 |
| | 120 | 33,3% | 120 | 33,3% | 120 | 33,3 | 360 | 100% |

Fuente expediente

En la tabla 2, se observan el número de años de evolución de la diabetes según los adherentes y los no adherentes, en los adherentes predominó el rango mayor de 21 años de tener la enfermedad, y en los no adherentes predominó el grupo menor o igual a 10 años.



En la gráfica 3, se observan las complicaciones que tienen los pacientes con enfermedades crónicas, la complicación más reportada fue la neuropatía correspondiente a pacientes diabéticos e hipertensos en los 3 territorios (7,5%; 4.7% y 7,8% respectivamente).



La gráfica 4, muestra los medicamentos más utilizados en los pacientes crónicos, predominando el enalapril (38.9%), seguido del ácido acetil salicílico (20.8%) y la glibenclamida (17.2%).

| Tabla 3: Inasistencias a citas de los pacientes crónicos del municipio de León, 2021. | | | | | | | | |
|--|-----------------------|----------|--------------------|----------|----------------|----------|--------------|----------|
| Inasistencia | Mantica Beríos | | Perla María | | Sutiaba | | Total | |
| | No | % | No | % | No | % | No | % |
| • Si | 101 | 5.3 | 21 | 5.8 | 32 | 8.9 | 72 | 20 |
| • No | 19 | 28.1 | 99 | 27.5 | 88 | 24.4 | 288 | 80 |
| | 120 | 33,3% | 120 | 33,3% | 120 | 33,3 | 360 | 100% |
| <i>Fuente: censo de pacientes crónicos</i> | | | | | | | | |

La tabla 3, muestra los pacientes que no acudieron a sus citas en el momento del estudio, siendo un 20% de todos, predominando en el territorio de Sutiaba con un 8.9%.

DISCUSION DE RESULTADOS

Las enfermedades crónicas son una prioridad para el ministerio de salud, sin embargo, algo está sucediendo en el primer escalón del sistema. Los hospitales que conforman el segundo nivel de atención están colmados de pacientes con mal control y complicaciones de las enfermedades crónicas, así como las salas de rehabilitación de los principales hospitales.

Este estudio muestra la distribución de la enfermedad crónica en los tres territorios del municipio de León; se estudiaron a 360 pacientes al azar en cada unidad encontrando que la enfermedad que predomina fue la hipertensión arterial crónica. Esto concuerda con el estudio de González y Cardenley⁶ que refirieron una mayor cantidad de personas con hipertensión arterial en ambos sexos, así mismo coincide con el estudio de Álvarez⁷ que encontró una prevalencia de casi la mitad de pacientes con HTA en 500 ancianos estudiados. Un estudio realizado en Cuba refiere que la prevalencia de HTA fue de 217,5 por 1 000 habitantes, siendo el sexo femenino el más afectado con una tasa de 236,5 por 1 000 habitantes, así como el grupo etario de 60 a 64 años.³⁰

Los resultados de este trabajo coinciden con los reportes de otros autores, como Hernández Moreno³¹ que plantean un mayor por ciento de la hipertensión en mujeres que en hombres. También encontraron los mismos resultados en un estudio de prevalencia realizado en el estado Táchira, en Venezuela, donde el 40,48 % correspondieron al sexo femenino y 25 % al sexo masculino.³²

La edad de este estudio fue predominante la de 56 a 70 años, donde se muestran en diferentes estudios^{6,7,31} datos similares con el predominio de las mujeres las mas afectadas. Entre uno de los factores influyentes fue la educación, en este estudio la escolaridad predominante fue la primaria, lo que dificulta el apropiamiento de las medidas de prevención para cumplirlas en pacientes crónicos.

Actualmente, existen diversas guías de tratamiento de la HTA, donde se confirman los diuréticos, los β -bloqueadores, los calcio antagonistas, inhibidores de la enzima de la angiotensina (IECA) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina (ARA), tanto en monoterapia como en alguna combinación.³³

Algo muy importante que fue observado fue la predominancia en los 3 territorios del municipio de León, lo que demuestra la integridad de los datos, reflejándose un problema parejo en todos los lugares. La segunda enfermedad con más problema fue la diabetes mellitus con datos similares en los territorios. La enfermedad renal fue la tercera más observada, pero podría asociarle la enfermedad siendo incluso la detonante complicación de la hipertensión controlada.

Un dato clínico que se observa fue la obesidad presente en las 3 regiones, esto coincide con estudios en el mundo entero que muestran una tendencia creciente en las prevalencias de obesidad y sobrepeso. El aumento progresivo y acelerado es observado tanto en países o regiones desarrollados como en desarrollo, en ambos sexos y en todos los grupos de edad.³⁴ Esto es una epidemia global. Las tasas de obesidad, como mínimo, se han triplicado desde 1980 en algunas partes de América del Norte, Europa del Este, Oriente Medio, las Islas del Pacífico, Australia y China. La región latinoamericana no está ajena a esta tendencia y el aumento en las cifras de obesidad se ha hecho más evidente a medida que los países mejoran su ingreso económico.

La hipertensión arterial y la obesidad se han convertido en dos de los problemas más graves de nuestro tiempo, tanto sociales, culturales como sanitarios, sumándose a estos el caso de la diabetes tipo II. Esto ya con proporciones que son "ya epidémicas en la mayor parte del mundo" pues se estima que actualmente existen 246 millones de personas afectadas, cifra que puede llegar a los 380 millones en 2025.³⁵

El tiempo de evolución de la enfermedad crónica es relevante, ya que se observa que en su mayoría tienen mas de 20 años, es decir han sobrepasado los

pronósticos malos con datos de mortalidad exagerados. Esto puede deberse a un mejor control de la enfermedad y los tratamientos utilizados mejorados. De las complicaciones reportadas la neuropatía fue la predominante en las 3 regiones, aunque sea asociada a diabetes mellitus, también puede verse en problemas de salud circulatorios o cardiovasculares.

El tratamiento brindado por las unidades de salud para el abordaje de la hipertensión ha estado basado en los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs), principalmente de la enalapril. Con este medicamento se ha luchado que los pacientes se controlen, sumado a eso las recomendaciones dadas en búsqueda de una mejor alimentación y en el aumento de la actividad física.

Ante esto, el inicio y seguimiento de la HTA debe ser integral, el tratamiento farmacológico es una responsabilidad médica basada en la severidad y clasificación de la HTA, número de factores de riesgo asociados y daño demostrado de órganos diana. Se considera que la HTA es susceptible al control del tratamiento farmacológico. Sin embargo, se ha observado la presencia de presión alta aún bajo efectos controlados de este tratamiento. Existen varias posibles explicaciones, dependientes del comportamiento y adherencia del paciente, de la indicación médica, de los efectos adversos del fármaco, de factores biológicos relacionados con la enfermedad en sí, como la refractariedad y variabilidad entre sujetos, y de factores de riesgo psicosociales como la depresión, la ansiedad y el estrés.

La dificultad para obtener un logro en el buen control se debe a motivos diversos, atribuibles al médico o al paciente: falta de diagnóstico, retraso en el aumento o cambio de la medicación, satisfacción con moderadas reducciones de presión arterial ligada a la falta de compromiso con el paciente, falta de adherencia al tratamiento por factores educativos, socioeconómicos, cantidad de drogas, cantidad de tomas diarias, edad del paciente, deterioro cognitivo y evolución silente de la enfermedad, que conlleva a la suspensión de la medicación.

Cabe destacar entonces que en la actualidad se observa una inasistencia de los pacientes a la unidad de salud, debido probablemente a la presencia de la pandemia, donde hay que recordar que el paciente crónico es muy vulnerable a la COVID-19, aumentándose el riesgo de morir.

La HTA sigue siendo un mayor reto de la salud pública, donde esta patología sigue siendo el resultado de varios factores: cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modificaron el estilo y condiciones de vida de un gran porcentaje de la población. Unos, trajeron el progreso y la mejoría del nivel de vida y no podrán revertirse sin un enfoque individual, social e institucional; otros, desafortunadamente trajeron a muchas poblaciones mayor miseria y restricciones para acceder a los sistemas de salud.

Entre las limitantes al realizar este estudio fue la carga laboral realizada por el abordaje de la pandemia, es decir las actividades como visita casa a casa, y las jornadas de vacunación en el período de estudio. A pesar de esto, con el apoyo de compañeros y el uso de las tecnologías de comunicación se logró realizar este trabajo sencillo, pero con mucho esfuerzo para aportar una investigación que sirva como insumo para próximas generaciones. Este trabajo se convierte en la primera investigación que aborda las enfermedades crónicas en tiempos de pandemia.

CONCLUSIONES

1. Las características sociodemográficas predominantes fueron el grupo etario de 56 a 70 años, el sexo femenino, con procedencia urbana, el estado civil de casado y un nivel de escolaridad de primaria.
2. Las enfermedades crónicas predominantes en los tres territorios del municipio de León fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
3. La obesidad fue una característica clínica predominante en los pacientes de las tres regiones del municipio de salud.
4. La gran mayoría de pacientes tenía más de 20 años de padecer una enfermedad crónica y la complicación mayormente reportada fue la neuropatía.
5. La enalapril fue el medicamento predominante entre los medicamentos brindados a los pacientes.
6. Un 20% de pacientes no han acudido a su última cita médica estando inasistentes.

RECOMENDACIONES

Al personal de salud

- Promover en ambos sexos, pero en especial a las mujeres a través de los programas que brindan el ministerio de salud una alimentación sana y un mejor control del peso para obtener un mejor índice de masa corporal.
- Promover la alimentación saludable previa capacitaciones por nutricionista al personal que atiende a los pacientes crónicos para transmitir a los pacientes las opciones de alimentación con que cuentan. Así como el desarrollo de nuevas dietas saludables.
- Realizar campañas de sensibilización sobre las consecuencias de la presencia de obesidad y relación con la hipertensión arterial y diabetes mellitus.

A la universidad

- Promover líneas de investigaciones enfocadas a las enfermedades crónicas especialmente a la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.
- Realizar investigaciones con otros diseños de investigación que aborden más a fondo factores causales, consecuencias, o evaluaciones de servicios en las unidades.

A la población

- Consumir alimentos saludables como verduras, frutas, carnes blandas, alimentos ricos en fibras en porciones limitadas y con frecuencia controlada.
- Acudir a las citas medicas para el control de la enfermedad y cumplir con las normas de bioseguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Araya-Orozco Max. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev. costarric. cienc. méd [Internet]. 2004 Dec [cited 2021 Dec 01]; 25(3-4): 65-71. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482004000200007&lng=en
2. Datos del Observatorio Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales [Internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado 24 Mar 2016]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/es/
3. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. Rev Cubana Farm [revista en Internet]. 2013 [citado 21 May 2015];47(4):[aprox. 7p]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es
- 4.- Serra-Valdés M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: una mirada actual ante el reto. Revista Finlay [revista en Internet]. 2016 [citado 2021 Dic 7]; 6(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/418>
5. Organización panamericana de la salud. OPS. Nicaragua unidad contra las Enfermedades Crónicas no Transmisibles. 2011 http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_content&view=article&id=431:nicaragua-unidad-contra-las-enfermedades-crnicas-no-transmisibles&Itemid=244
6. González Rodríguez Raidel, Cardentey García Juan. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. Rev. Finlay [Internet]. 2018 Jun [citado 2021 Dic 08]; 8(2): 103-110. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200005&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200005&lng=es)
7. Ruiz-Álvarez J, Llanes-Torres H, Perdomo-Jorge J, Santamarina-Rodríguez S. Caracterización de ancianos frágiles en consultorios del Médico de

Familia. Medimay [Internet]. 2016 [citado 8 Dic 2021]; 22 (1) :[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/923>

8. González Rodríguez Raidel, Martínez Cruz Mercedes, Castillo Silva Dora, Rodríguez Márquez Olga, Hernández Valdés Jannet. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev. Finlay [Internet]. 2017 Jun [citado 2021 Dic 08] ; 7(2): 74-80. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342017000200002&lng=es.

9. González J. Epidemiología de la enfermedad crónica en los alumnos de educación física de la comunidad de Madrid en las etapas de eso y bachillerato Javier González Martín. Madrid, 2014.

10. Carrión Moya M. Comportamiento de la enfermedad y los factores asociados en el desarrollo de hipertensión arterial crónica en la población rural del sector El Chaparral del municipio de San Pedro del Norte, Chinandega, en el periodo junio-julio del año 2017. UNAN León. Tesis para optar al título de medico y cirujano.

11. Mendoza Y. "Adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos que acuden al puesto de salud "La Providencia" de la ciudad de León en el período de Julio a Agosto del 2017. UNAN León. Tesis para optar al título de médico y cirujano. Consultado: Noviembre, 2021

12. Tijerino L. Borda E. "Adherencia terapéutica de la diabetes mellitus en pacientes que acuden al programa de crónicos del hospital Nuevo Amanecer del municipio de Puerto Cabezas, RAAN en el período de Mayo a Julio, 2016. UNAN León. Tesis para optar al título de médico y cirujano. Consultado: Noviembre, 2021

13. Salinas. Adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos ingresados al componente de dispensarizados del Centro de Salud de Sutiaba "Félix Pedro Picado", León, durante junio-julio de 2012

14.- Silva LOL, Soares MM, Oliveira MA, Rodríguez SM, Machado CJ, Días CA. "Tô sentindo nada": percepções de pacientes idosos sobre o tratamento da hipertensão arterial sistêmica. *Physis: Rev Saúde Coletiva*. 2013;23(1):227-42

15.- Mancia G, Backer G, Dominiczak A, Cifkova R, Fagard R, Germano G, et al. Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens* 2007;25:1105-87.

16.- Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C. Cushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Edward J. Septimo Informe Del Comité Nacional Conjunto En Prevención, Detección, Evaluación Y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Roccella, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:843-7. - Vol. 56 Núm.09 DOI: 10.1157/13051609

16.- Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C. Cushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Edward J. Septimo Informe Del Comité Nacional Conjunto En Prevención, Detección, Evaluación Y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Roccella, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. *Rev Esp Cardiol*. 2003;56:843-7. - Vol. 56 Núm.09 DOI: 10.1157/13051609

17.- Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet* 2002;360:1903-13.

18.- Vasan RS, Larson MG, Leip EP, Evans JC, O'Donnell CJ, Kannel WB, et al. Impact of high-normal blood pressure on the risk of cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2001;345: 1291-7

19. Organización mundial de la Salud. OMS. Enfermedades crónicas no transmisibles Nota descriptiva. Abril de 2017
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- 20.- Organización mundial de la Salud. OMS. Estrategia Regional y Plan de Acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud (Resolución de la OPS CD47-17, 2006)
21. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO: <https://www.who.int/teams/ncds/surveillance/monitoring-capacity/ncdccc>.
22. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020; 396(10258):1204-22 –
- 23.- Pratt, et al. Current concepts in the pathogenesis of early rheumatoid arthritis. Best Practice & Research Clinical Rheumatology 23 (2009) 37–48
- 24.- Tercero G., Olalla H. Artritis Reumatoide. Clínica y Arsenal Farmacoterapéutico. OFFARM. vol 29 núm 4 Julio-Agosto 2010
- 25.- Organización mundial de la Salud. OMS. Epilepsia. Informe técnico. 20 de junio de 2019
- 26.- National kidney Foundation. Enfermedad renal crónica: aspectos epidemiológicos y clínicos. 2017
- 27.- Fundación española del corazón. Cardiopatía coronaria. 2018
28. Carretero M. Cardiopatía coronaria. Vol. 24. Núm. 2. páginas 110-111

29. Sweis R. Generalidades sobre la enfermedad coronaria. Northwestern University Feinberg School of Medicine; Arif Jivan, MD, PhD, Northwestern University Feinberg School of Medicine. jul. 2020

30. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2016 [citado 5 May 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/dne/>

31. Gorostidi M, De la Sierra A. Tratamiento de la hipertensión arterial en el paciente muy anciano. Med Clin [revista en Internet]. 2011 [citado 14 Dic 2016];137(3):[aprox. 3p]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/tratamiento-hipertension-arterial-paciente-muy-anciano-90021015-editoriales-2011>

32. Jenkins D. Mejoremos la salud a todas las edades [Internet].Biblioteca Sede OPS; 2005 [citado 14 Dic 2016]. Disponible en: <http://publications.paho.org/spanish/PC-590-Tercera-edad.pdf>

33. Mearns BM. Hypertension: Benefit of pharmacists prescribing antihypertensive medication. Nat Rev Cardiol [revista en Internet]. 2015 [citado 18 Dic 2016];12(443):[aprox. 8p]. Disponible en: <http://www.nature.com/nrcardio/journal/v12/n8/full/nrcardio.2015.104.html>

34. Figueroa D. Obesidad y Pobreza: marco conceptual para su análisis en Latinoamérica. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.103-117, 200935. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. SEEN. Obesidad y Diabetes. Madrid, España. 2015

35.- Ruston, D., et al., National Diet and Nutrition Survey: adults aged 19 to 64 years. Volume 4, Nutritional status (anthropometry and blood analytes), blood pressure and physical activity. 2004, TSO: London.

ANEXOS

Instrumento de recolección de Datos

Ficha: _____ Expediente _____

1. Características sociodemográficas:

Edad: _____ Sexo: femenino ___ masculino ___

Procedencia: rural ___ urbana _____

Escolaridad: analfabeto ___ primaria ___ secundaria ___ técnico ___ educación superior ___

Estado civil: soltero ___ adjuntado ___ casado ___ divorciado ___ viudo _____

2.- Enfermedades crónicas:

- Hipertensión arterial ___
- Cáncer ___
- Enfermedad renal
- Asma ___
- Artritis Reumatoide ___
- Epilepsia ___
- EPOC ___
- Cardiopatía ___

3.- Tiempo de evolución: Menos de 10 años ___ De 11 a 20 años ___ Mayor o igual a 21 años ___

4. Comorbilidad:

anemia ___ desnutrición ___ obesidad ___ infección crónica ___
otras _____ Ninguna _____

5.- Complicaciones crónicas: neuropatía ___ retinopatía ___ nefropatía ___
insuficiencia cardíaca ___ insuficiencia respiratoria ___ arritmia ___ infarto ___
ACV ___ amputaciones ___

Otras, especificar: _____

6.- Fármacos utilizados para la enfermedad crónica:

Enalapril ___ Captopril ___ ácido acetilicólico ___ Glibenclamida ___ Sulfato
ferroso ___ Metformina ___ Salbutamol ___ Beclometasona ___ Prednisona ___
Ibuprofeno ___ Carbamazepina ___ Acido valproico ___

Otros, especificar _____

7. Inasistente a la cita de paciente crónico: si ___ no _____