

Enfermedades crónico degenerativas en pacientes que acuden a Unidad de Especialidades Médicas

Arlae Pinedo, Carmen García-Moraga, Efraín Lugo-Sepulveda y Yessica Enciso-Martínez

Departamento de Ciencias Químico Biológicas y Agropecuarias

Universidad de Sonora de la Unidad Regional Norte

H. Caborca, Son.; México

(macagamo, rlugo, yessica.enciso)@caborca.uson.mx.

Abstract— Chronic degenerative diseases are irreversible and incurable. The enormous financial burden generated by the treatment of these diseases and the poor results of care strategies, have led to the creation of so called Medical Specialty Units within the State Health Services. The study population consist of 88 patients, 22 male and 66 female, between 20 and 77 years of age. Were determined glycosylated hemoglobin, glucose, total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol, triacylglycerol, creatinine and microalbuminuria. 72.72% had dyslipidemias, 56.81% had type 2 diabetes mellitus and 6.1% had nephropathy. Patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension had poor glycated hemoglobin HbA1c and triacylglycerol.

Keyword— *Dyslipidemias, diabetes mellitus, HDL-cholesterol, prevention and control.*

Resumen— Las enfermedades crónicas degenerativas son irreversibles e incurables, la enorme carga financiera que genera el tratamiento de estos padecimientos y los pobres resultados de las estrategias de atención impulsaron la creación de las llamadas Unidades de Especialidades Médicas, dentro de los Servicios Estatales de Salud. La población de estudio la constituyen 88 pacientes, 22 del género masculino y 66 femenino, con edades entre 20 a 77 años. Se les determinó hemoglobina glicosilada, glucosa, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de alta densidad, triacilglicerol, creatinina y microalbuminuria. El 72.72% presentó dislipidemias, el 56.81% diabetes mellitus tipo 2 y el 6.1% nefropatía. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial manifestaron un mal control en hemoglobina glicosilada y triacilglicerol.

Palabras claves— *Dislipidemias, diabetes mellitus, colesterol-HDL; prevención y control.*

I. INTRODUCCIÓN

Los perfiles demográficos y epidemiológicos en México apuntan, por un lado, al aumento en la esperanza de vida de la población, pero, por el otro, al incremento de las enfermedades crónico degenerativas. Dichas enfermedades son irreversibles e incurables, motivo por el cual la persona afectada necesita adoptar hábitos que la ayuden a evitar las complicaciones y le permitan la mejor calidad de vida posible. [1]

Las enfermedades crónicas son las responsables del 60% de las muertes en el mundo, por el impacto que tiene en la sociedad, dos de estas enfermedades han sido consideradas pandemias mundiales, estas son la Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DMT2), los países que son más afectados se encuentran en bajo y mediano desarrollo, en estos lugares habita el 80% del total de personas que padecen estas enfermedades, aunado a esto y de manera paradójica estos países reciben menos del 10% de los recursos mundiales destinados al control de estas enfermedades. [2]

Las enfermedades crónicas constituyen nuevas epidemias en las sociedades desarrolladas. Su vinculación con las condiciones y los estilos de vida, y la existencia de grupos sociales vulnerables [3], plantean a la vigilancia de la salud el reto de conocer su magnitud, su distribución y el interés de identificar los factores de riesgo implicados, de modo que sea posible organizar planes. Un sistema de

vigilancia en enfermedades crónicas tiene peculiaridades metodológicas determinadas por sus características clínicas y epidemiológicas. La incidencia y la prevalencia están relacionadas con una etiología multifactorial y, por tanto, con variaciones en la prevalencia de exposición a los distintos factores de riesgo implicados, el amplio periodo de latencia entre exposición e inicio de las manifestaciones clínicas, y la prolongada evolución con fases asintomáticas o con posibles cambios relacionados con intervenciones preventivas y tratamientos. [4]

En la incidencia de las enfermedades crónicas más frecuentes (cardiovasculares, cáncer, diabetes y mentales) intervienen factores ambientales, laborales y sociales, hábitos y estilos de vida, y agentes infecciosos, entre otros. El sedentarismo, la actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, el bajo consumo de frutas y verduras, y la obesidad, se asocian con un mayor riesgo y más carga de estas enfermedades [5]. Dichos factores están, además, estrechamente relacionados con determinantes sociales de la salud. Aparte de preceder a la enfermedad, con distintos periodos de latencia, también presentan, como las enfermedades con las cuales se asocian, un comportamiento epidémico que demanda actuaciones de salud pública [6].

Los sistemas de salud han de responder a la necesidad de cambio y ser capaces de adoptar estrategias nuevas ante los problemas de salud actuales, no solo satisfacer la creciente demanda de los enfermos crónicos, sino modifica las tendencias de estos padecimientos que pueden prevenirse. [7]

La eficacia de la intervención depende del desempeño del personal encargado de cada Uneme. Es por esa razón que ha recibido adiestramiento especial. Debe existir un programa de vigilancia que permita asegurar la calidad de la atención. De igual forma, deben tomarse acciones para mantener al personal motivado y comprometido con el proyecto, además de actualizado en forma continua con un sistema de certificación de habilidades [8]. La Unidad de Especialidades en Enfermedades Crónicas (UNEMEs-EC) ubicada en la Ciudad de H. Caborca, Sonora tiene como función principal llevar el control de pacientes que padecen dichas enfermedades; realizando a cabo estudios clínicos (glucosa, colesterol, triglicéridos, hemoglobina glicosilada, entre otros), consultas médicas, asesoría nutricional y psicológica, periódicamente conocer el progreso o el retroceso del paciente. Una vez analizados todos estos antecedentes

II. METODOLOGÍA

En el estudio se incluyeron pacientes que ingresaron durante los meses de Enero a Junio del año 2015 con diagnóstico de enfermedad crónica. Siguiendo el protocolo de la Institución recibieron información suficiente dando su consentimiento con el fin de participar en la exploración. La población la constituyeron 88 pacientes quienes cumplieron el criterio de elegibilidad. Con el objetivo de llevar a cabo esta investigación se formalizó la propuesta con el médico coordinador de UNEMEs-EC Dra. Noemí Alanís Pedraza accediendo a la colaboración y participación, otorgando con su autorización los equipos, materiales e insumos, así como los resultados que se obtuvieron.

La toma de muestra se llevó a cabo en el área de enfermería de UNEMEs-EC de H. Caborca, Sonora, México. Buscando obtener un mejor resultado del perfil de lípidos, al programar su cita se les solicitó ayuno de 12 horas previo al análisis.

La obtención de la muestra de suero en la determinación de glucosa, colesterol total, triacilglicéridos, colesterol HDL y creatinina, se realizó de la siguiente manera: mediante venopunción usando un sistema de vacío, desinfectando previamente la zona con etanol al 70% y se obtuvieron 6 mL de la misma. En el estudio de hemoglobina glicosilada, se ejecutó el mismo procedimiento y se obtuvieron 4 mL de sangre

total. La muestra requerida en el análisis de microalbuminuria de orina fue entregada por el paciente en un contenedor de plástico previamente esterilizado.

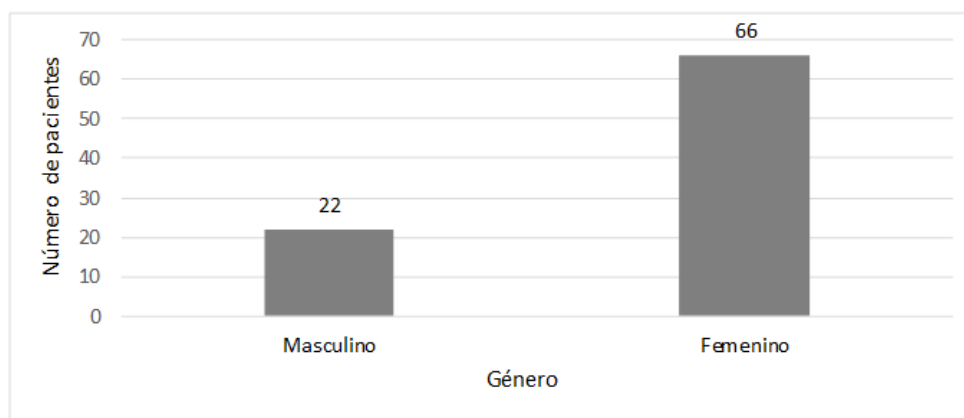
Se trabajó bajo los siguientes criterios de inclusión, pacientes mayores de 20 años de ambos sexos, pacientes que ingresaron en el periodo de estudio con diagnóstico de diabetes mellitus 2, hipertensión arterial, obesidad y dislipidemias, así como pacientes con expediente clínico completo. Fueron excluidos.

Los analitos fueron determinados usando un equipo Cobas C 111 mientras que los reactivos fueron adquiridos de la compañía Roche, cumpliendo con un control de calidad requerido por el mismo semanalmente, el principio de medición de los parámetros bioquímicos que el equipo realiza es la fotometría por absorbancia, las técnicas de los reactivos son prueba enzimático colorimétrico.

III. RESULTADOS

Asistieron a UNEMEs-EC 88 pacientes durante el período de enero a junio de 2015, de los cuales 22 pertenecen al género masculino y 66 al género femenino (Gráfica 1). El rango de edad de los pacientes con enfermedades crónicas degenerativas que asistieron durante el período de estudio en UNEMEs-EC fue de 20 a 77 años.

Se observó en los pacientes que acudieron a UNEMEs-EC, que las enfermedades crónicas degenerativas más frecuentes fueron Dislipidemias, Obesidad y Diabetes Mellitus; y el padecimiento con menor prevalencia fue Nefropatía. De los pacientes que presentaron dos o más padecimientos, predominaron aquellos con Obesidad-Dislipidemias, Hipertensión-Dislipidemias y Diabetes-Hipertensión. Los de menor predominio fueron los pacientes con Dislipidemias y Sobrepeso. (Tabla 1)



Gráfica 1. Prevalencia de género de pacientes que acudieron a UNEMEs-EC.

Tabla 1. Enfermedades crónicas degenerativas de pacientes que acudieron a UNEMEs-EC.

| Padecimiento | Total | Masculino | Femenino | Porcentaje respecto al total de pacientes |
|--|-------|-----------|----------|---|
| Diabetes Mellitus 2 | 50 | 10 | 40 | 56.81 |
| Hipertensión | 42 | 8 | 34 | 47.72 |
| Dislipidemias | 64 | 14 | 50 | 72.72 |
| Obesidad | 59 | 14 | 45 | 67.04 |
| Sobrepeso | 9 | 3 | 6 | 10.22 |
| Síndrome Metabólico | 23 | 5 | 18 | 26.13 |
| Diabetes y Dislipidemia | 23 | 5 | 18 | 26.13 |
| Diabetes, Presión Arterial y Dislipidemia | 26 | 4 | 22 | 29.54 |
| Diabetes, Obesidad, Dislipidemia e Hipertensión | 16 | 4 | 12 | 18.18 |
| Diabetes, Hipertensión, Dislipidemia, Síndrome Metabólico. | 14 | 1 | 13 | 15.90 |
| Obesidad e Hipertensión | 24 | 7 | 17 | 27.27 |
| Obesidad y Dislipidemia | 46 | 10 | 36 | 52.27 |
| Dislipidemia y Sobrepeso | 3 | 1 | 2 | 3.40 |
| Diabetes e Hipertensión | 34 | 7 | 27 | 38.63 |
| Nefropatía | 6 | 1 | 5 | 6.81 |

Los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 mostraron en promedio una hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 8.21 %, glucosa de 176.28 mg/dL y triacilglicerol de 197.11 mg/dL. En personas con Hipertensión arterial los resultados de hemoglobina glicosilada HbA1c fueron de 8.21%, glucosa de 176.28 mg/dL y triacilglicerol de 197. La edad promedio de éstos pacientes fue de 54 años. Las personas que presentaron Dislipidemias manejaron hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 7.37%, glucosa de 156.33 mg/dL y triacilglicerol de 203.8 mg/dL. La edad promedio de estos pacientes fue de 51 años.

En los pacientes con Obesidad prevaleció una hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 7.23%, glucosa de 156.6 mg/dL y triacilglicerol de 209 mg/dL. También se observó que el IMC fue de 32.94 Kg/m². Las personas con Sobrepeso mostraron valores alterados de hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 7.29 %, glucosa de 157.77 mg/dL, el peso promedio fue de 72.43 Kg y el IMC de 28.06.

El grupo de personas con Síndrome metabólico mostraron una hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 8.64 %, glucosa de 169.77 mg/dL, colesterol total de 212 mg/dL, microalbuminuria de 43.33 mg/24h y creatinina de 1.09 mg/dL.

Las personas con Diabetes mellitus tipo 2-Dislipidemias, mostraron una hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 7.9%, glucosa de 161.36 mg/dL y triacilglicerol 187.18 mg/dL. En el caso de personas con Diabetes-Hipertensión Arterial-Dislipidemias sus resultados fueron hemoglobina glicosilada HbA1c (7.94%), glucosa 194.96 mg/dL y triacilglicerol 225.6 mg/dL.

En las personas con Obesidad-Dislipidemias predominaron los parámetros de hemoglobina glicosilada Hb1Ac (7.62%), colesterol total (201.62 mg/dL) y triacilglicerol (222.97 mg/dL). Los pacientes con Hipertensión-Dislipidemias mostraron una hemoglobina glicosilada Hb1Ac (7.69%), glucosa (173.27 mg/dL), colesterol total (200.2 mg/dL) y triacilglicerol (201.13 mg/dL).

Los pacientes con Dislipidemias-Sobrepeso tuvieron una edad promedio de 39 años, mostraron hemoglobina glicosilada Hb1Ac de 6.64%, glucosa de 135 mg/dL y colesterol total de 175 mg/dL. En los pacientes con Nefropatía se observaron valores de hemoglobina glicosilada Hb1Ac considerablemente altos (9.36%), glucosa (212.16 mg/dL), triacilglicerol (276 mg/dL), creatinina (0.8 mg/dL) y microalbuminuria (36 mg/24h).

IV. CONCLUSIONES

La enfermedad crónica degenerativa más frecuente mostrada por los pacientes fue Dislipidemias y en menor prevalencia fue Nefropatía. Los parámetros que mostraron mayor relevancia debido a un mal control fueron hemoglobina glicosilada HbA1c, glucosa y triacilglicerol.

Las personas con Diabetes mellitus Tipo 2 mostraron un mal control de la hemoglobina glicosilada HbA1c y de triacilglicerol. Las personas con Hipertensión Arterial mostraron un buen control de la misma, pero se obtuvo un mal control de hemoglobina glicosilada HbA1c y triacilglicerol. Las personas con obesidad y sobrepeso mostraron un mal control en hemoglobina glicosilada HbA1c y triacilglicerol. Los pacientes con diversos padecimientos predominaron los que poseían Obesidad-Dislipidemias y en menor proporción Dislipidemias-Sobrepeso.

Es necesario hacer hincapié a los pacientes y al resto de la población sobre los factores de riesgo de las Enfermedades Crónicas Degenerativas y las consecuencias que conlleva el descuido a la atención a éstas, esperando que la calidad de vida de los pacientes sea óptima; por lo que el programa de control a estas enfermedades que UNEMEs-EC realiza no será suficiente si los pacientes no cumplen con las indicaciones médicas.

REFERENCIAS

- [1] Lazcano, M. y Salazar, B. (2007). Estrés percibido y adaptación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Aquichan*, 7(1), pp 77-84.
- [2] Guevara-Gasca, M. y Galán-Cuevas, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y Diabetes. *Revista latinoamericana de medicina conductual*. Vol.1, pp 47-55.
- [3] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuestas de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid.
- [4] Control de enfermedades crónicas en Canadá. (2003). Documento de referencia. Dirección General de Salud de la Población y Salud Pública. Salud de Canadá. Recuperado en 16 de enero de 2017, de <http://publications.gc.ca/Collection/H39-666-2003F.pdf>
- [5] A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lim S.S., Vos T., Flaxman A.D., Danaei G., Shibuya K., Adair-Rohani H., Amann M., (...), Ezzati M. (2012) *The Lancet*, 380 (9859), pp. 2224-2260.

-
- [6] Wilkinson R, Marmot M, editores. Social determinants of health. The solidfacts. 2-nd ed. Regional Office for Europe of the World Health Organization in 2003. Recuperado en 18 de marzo de 2017. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- [7] Velázquez-Monroy O, Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelín-Hernández G, Sánchez-Castillo C, Tapia R. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de Cardiología de México 2003; 73(1), pp 62-77.
- [8] Córdova-Villalobos, José Ángel, Barriguete-Meléndez, Jorge Armando, Lara-Esqueda, Agustín, Barquera, Simón, Rosas-Peralta, Martín, Hernández-Ávila, Mauricio, León-May, María Eugenia de, Admon, Lic, & Aguilar-Salinas, Carlos A. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de México, 50(5), 419-427. Recuperado en 25 de mayo de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015&lng=es&tlng=pt.