



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

Área de Medicina Preventiva y Salud Pública

**TESIS DOCTORAL**

**MORBILIDAD ASOCIADA A PACIENTES  
CON DISCAPACIDAD**

**Violante Méndez Martín**

Salamanca 2016





UNIVERSIDAD  
DE SALAMANCA

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO

Campus Miguel de Unamuno

37007 SALAMANCA

Tfno.: 923294540

**D. JOSÉ ANTONIO MIRÓN CANELO**, PROFESOR TITULAR, Y **D<sup>a</sup>. MONTSERRAT ALONSO SARDÓN**, PROFESORA CONTRATADO DOCTOR, AMBOS PERTENECIENTES AL ÁREA DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS BIOMÉDICAS Y DEL DIAGNÓSTICO, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SALAMANCA.

**CERTIFICAN:**

Que **D<sup>a</sup>. Violante Méndez Martín**, licenciada en Medicina y Cirugía, ha realizado bajo su dirección el estudio de investigación **“Morbilidad asociada a pacientes con discapacidad”** y que dicho trabajo reúne, a su juicio, originalidad y méritos académicos suficientes para ser presentado como trabajo para optar al Grado de Doctor de la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, firman el presente certificado en Salamanca, a 7 de Julio de 2016.

Fdo.: J.A. Mirón Canelo

Fdo.: M. Alonso Sardón



*A mi esposo.*

*A mi hija.*

*A mi madre y hermana.*

*A mi padre, in memoriam.*



## *Agradecimientos*

Quiero agradecer a mis Directores de Tesis la inestimable ayuda que me han prestado para realizar este trabajo: al Profesor Dr. José Antonio Mirón Canelo como promotor, y a la Dra. Montserrat Alonso Sardón como guía para conducirme en este duro camino de la investigación. Y pedirles disculpas por mi pereza para su finalización, debido a la falta de tiempo para dedicarle, al compaginarlo con mi actividad profesional. Pero a pesar de ello han confiado en mí para llevarlo a su fin.

Agradecerle a ambos el permitirme la investigación en su departamento:  
*Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico.*

Al Personal de Administración y Servicios del Departamento por su colaboración en los aspectos administrativos de este trabajo.

Agradecer también a los Trabajadores del Archivo de Historias Clínicas del Hospital Universitario de Salamanca la paciencia infinita que han mostrado al colaborar conmigo en el trabajo de investigación, facilitándome las historias clínicas sin problema y soportando mi presencia habitual en su ámbito de trabajo.

Me siento afortunada por haber conocido los aspectos médicos de las personas con discapacidad, ya que así podré realizar mi labor profesional como Médico de Urgencias de un modo más eficaz, al comprender sus necesidades añadidas.

Por último, a mi familia: A mi esposo por estar a mi lado en todo momento, ayudándome con la multitud de problemas tecnológicos que me han surgido en la elaboración de este trabajo. A mi hija, a la que tanto tiempo de estar conmigo le he robado mientras pasaba las horas trabajando en este proyecto. A mi madre, sin la cual nunca hubiera logrado convertirme en médico y llegar hasta aquí, cuidándome en los años de estudio de mi carrera universitaria. A mi hermana, que siempre me ha animado en la consecución de mis objetivos, haciéndome saber que tenía capacidad

para ello. Todos ellos, incluidos mis pequeños sobrinos y mi cuñado, han soportado mi mal humor cuando las cosas no me han salido como tenía previsto.

Y por supuesto, a mi padre, que aunque ya no esté presente, sé que se sentiría orgulloso de mí en estos momentos, por haberme inculcado de pequeña el espíritu del tesón en el trabajo.

Muchas gracias a todos.

# ÍNDICE

	<i>Página</i>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>13</b>
1.1. Concepto de discapacidad.....	15
Modelos de discapacidad.....	18
Tipos de discapacidad.....	20
1.2. Contextualización del Problema de Salud.....	22
1.3. Marco legal.....	24
1.4. Justificación.....	27
Importancia sociosanitaria.....	28
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>31</b>
Objetivo general.....	33
Objetivos específicos.....	33
<b>3. MATERIAL Y MÉTODO .....</b>	<b>35</b>
3.1. Diseño y ámbito de estudio.....	37
3.2. Población de estudio y selección de pacientes.....	37
3.3. Fuentes de información.....	38
3.4. Trabajo de campo.....	40
3.5. Procesamiento y análisis de los datos.....	40
<b>4. Resultados .....</b>	<b>43</b>
4.1. Datos sociodemográficos.....	45
4.2. Información relativa a la discapacidad.....	51
4.3. Entorno familiar.....	53
4.4. Factores de riesgo / evrs.....	55
4.4.1. Consumo de tabaco.....	55
4.4.2. Consumo de alcohol.....	56
4.4.3. Consumo de drogas .....	58
4.4.4. Ejercicio.....	58

4.4.5. Índice de masa corporal.....	59
4.5. Morbilidad asociada.....	61
4.5.1. Enfermedades del corazón.....	62
4.5.2. Hipertensión arterial (hta).....	64
4.5.3. Asma o enfermedad pulmonar.....	65
4.5.4. Diabetes.....	66
4.5.5. Úlcera y enfermedad estomacal.....	67
4.5.6. Enfermedad intestinal.....	68
4.5.7. Enfermedad renal.....	70
4.5.8. Enfermedad del sistema nervioso.....	72
4.5.9. Enfermedad de la sangre.....	74
4.5.10. Cáncer.....	76
4.5.11. Trastornos psiquiátricos.....	78
4.5.12. Enfermedades del aparato locomotor.....	80
4.5.13. Enfermedades otorrinolaringológicas.....	83
4.5.14. Enfermedades oftalmológicas.....	85
4.5.15. Trastornos del lenguaje.....	87
4.5.16. Trastornos de la dentición.....	87
4.5.17. Trastornos alimentarios.....	87
4.5.18. Alcoholismo.....	89
4.5.19. Enfermedades infecciosas.....	89
4.5.20. Otras enfermedades.....	90
4.6. Utilización de los servicios sanitarios.....	94
4.7. Estrategias preventivas.....	96
4.7.1. Vacunas.....	96
4.7.2. Exámenes de salud y cribados/screening.....	97
4.7.3. Prevención del cáncer.....	99
4.8. Estudio de asociación entre variables.....	101
<b>5. DISCUSIÓN .....</b>	<b>109</b>
5.1.- Datos sociodemográficos.....	111
5.1.1.- Nivel de instrucción.....	111

5.1.2.- Situación laboral.....	111
5.2.- Estilos de vida relacionados con la salud.....	113
5.2.1.- Consumo de tabaco.....	113
5.2.2.- Consumo de alcohol.....	113
5.2.3.- Consumo de drogas.....	114
5.2.4.- Ejercicio físico.....	114
5.2.5.- Sobrepeso y obesidad .....	115
5.3.- Morbilidad asociada en pacientes con discapacidad.....	117
5.3.1.- Patologías cardíacas.....	117
5.3.2.-HTA.....	117
5.3.3.- Asma o enfermedad pulmonar.....	118
5.3.4.- Diabetes.....	118
5.3.5.- Úlcera y enfermedad estomacal.....	119
5.3.6.- Enfermedad intestinal.....	119
5.3.7.- Enfermedad renal.....	119
5.3.8.- Enfermedad del sistema nervioso.....	120
5.3.9.- Enfermedad de la sangre.....	121
5.3.10.- Cáncer.....	121
5.3.11.- Trastornos psiquiátricos.....	122
5.3.12.- Enfermedades del aparato locomotor.....	122
5.3.13.- Enfermedades otorrinolaringológicas .....	123
5.3.14.- Enfermedades oftalmológicas.....	123
5.3.15.- Trastornos del lenguaje.....	124
5.3.16.- Trastornos de la dentición.....	124
5.4.- Limitaciones del estudio.....	125
<b>6. CONCLUSIONES .....</b>	<b>127</b>
<b>7. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>131</b>
<b>8. ANEXOS .....</b>	<b>141</b>



# ***1. INTRODUCCIÓN***

## ***Morbilidad crónica asociada a personas con discapacidad***

### ***1. Introducción***

*Violante Méndez Martín*

---

## **1.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD**

Con frecuencia, el concepto de “discapacidad” es usado de forma equívoca tendiendo a usar como sinónimos otras palabras de significado diferente pero similar, incurriendo en un error cometido comúnmente en artículos, trabajos y en el habla coloquial.

En las culturas antiguas las Personas con Discapacidad (PcD) eran consideradas como objeto de algún castigo sobrenatural que les hacía merecedores de su situación. Por eso eran rechazados socialmente, los más afortunados eran excluidos de la sociedad y los menos eran eliminados físicamente.

En la Grecia clásica, donde predominaba el culto a la perfección de la condición física y la imagen frente a otros valores, se excluía a las Personas con Discapacidad y se eliminaba a aquéllos que no habían nacido “sanos” –que no cumplían con los estándares habituales- y se estigmatizaba a sus progenitores. A los ciegos se les recluía en la isla de Tiflos. La evolución a sido tal que ahora la tiflotécnia es el término utilizado para denominar las ayudas técnicas que utilizan las PcD para realizar las actividades habituales de la vida diaria y para acceder a las nuevas tecnologías de información y comunicación denominadas TICs.

En otras culturas era normal el infanticidio cuando se observaban anomalías en el recién nacido. En el mejor de los casos, a las personas con discapacidad se les expulsaba de las ciudades. Sin embargo, coincidiendo con esta actitud de rechazo total, determinadas discapacidades estaban “mejor vistas”, como las debidas a causas bélicas, a las que se intentaba compensar mediante la cesión de tierras para el cultivo, por ejemplo. Incluso había en la mitología griega un Dios con discapacidad, Hefesto, hijo de Zeus y Hera, Dios del fuego y de la forja, que estaba lisiado y cojo. Otras culturas, como la cristiana, eran más favorables a procurar su “curación” y a cuidar a las PcD.

En la Edad Media cambia el concepto que se tenía de las personas con discapacidad, entendiéndola a ésta no como la consecuencia de una acción externa

punitiva sino como una enfermedad, razón por la cual las personas con discapacidad eran institucionalizadas con objeto de reunirlos e intentar su curación pero –debido tanto a las grandes carencias científicas de la época como al recuerdo del componente mágico de la discapacidad- lo que en realidad se conseguía era una mera cronificación de su condición sin más alternativa que la exclusión social, al no establecerse apenas acciones curativas, o rehabilitadoras.

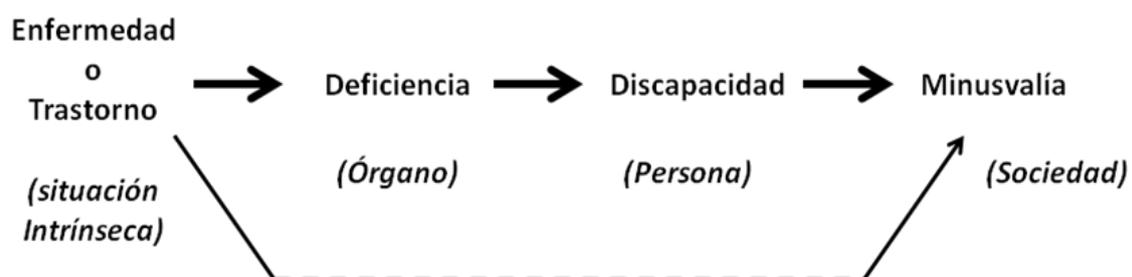
A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se producen importantes avances en las Ciencias Médicas, relacionándose entonces la discapacidad con factores etiológicos físicos, psíquicos y sociales basándose en el modelo biomédico y creándose centros específicos educativos y asistenciales con participación activa de los Estados, que mejoraron parcialmente la asistencia a las personas con discapacidad; pero no consiguieron reducir el efecto estigmatizador de la Sociedad con respecto a este grupo de población y su separación efectiva del resto de la Sociedad.

Es en la segunda mitad del siglo XX cuando se pone el énfasis en la rehabilitación y en la reinserción social de los individuos discapacitados, de modo que se fomenta su participación social, su inclusión en programas de escolarización<sup>1</sup> y capacitación laboral y se desarrolla un importante movimiento social de apoyo y defensa de este sector de la población, promovido por las asociaciones de padres y familiares, situación en la que nos encontramos en la actualidad.

En nuestros días, se considera la discapacidad como un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características medioambientales o del entorno (modelo social o ecológico). Como se refleja en el Informe Mundial sobre la Discapacidad, la discapacidad forma parte de la condición humana: *“casi todas las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente en algún momento de su vida, y las que lleguen a la senilidad experimentarán dificultades crecientes de funcionamiento”*<sup>2</sup>.

Es por este motivo por el que se crea la necesidad de definir y aclarar ciertos términos basándose en los datos recogidos en la *Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión (CIE-10)*<sup>3</sup> y en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)*<sup>4</sup> ambas respaldadas por la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*. Así pues (ver **Imagen 1**):

- **Deficiencia:** es toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica, incluyendo la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o cualquier defecto de un sistema funcional corporal (NIVEL DE ÓRGANO).
- **Discapacidad:** es toda restricción o ausencia de la capacidad para realizar una actividad en la forma normal o dentro del margen considera normal para el ser humano, como consecuencia de padecer una deficiencia (NIVEL DE PERSONA).
- **Minusvalía:** es la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo, los factores sociales y culturales (NIVEL DE SOCIEDAD)



**Imagen 1.** Esquema representativo de los términos utilizados de forma adecuada dependiendo del nivel de referencia. Fuente: OMS, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, 2001*<sup>7</sup>.

Por lo tanto, según la OMS, “discapacidad” es toda restricción (resultado de una deficiencia) de la habilidad para desarrollar una actividad considerada normal para un

individuo y que se manifiesta por dificultad para caminar, hablar, vestirse o comprender<sup>4</sup>.

Cabe destacar también una definición más extensa del término “*discapacidad*” recogida en el artículo 3, inciso 1, de la ley N 19.284, sobre Integración Social de Personas con Discapacidad en la cual se señala que “*para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que le hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social*”<sup>5</sup> .

## **MODELOS DE DISCAPACIDAD**

Existen varios modelos explicativos de la Discapacidad que han ido surgiendo con el tiempo y que han tenido una gran influencia en las actuaciones que han ido surgiendo en los distintos países para desarrollar programas y medidas de intervención en materia educativa, sanitaria y social.

### **Modelo Médico.-**

Basado en la constatación de que las enfermedades y los accidentes pueden generar, al margen de las intervenciones sanitarias, unos menoscabos funcionales de los distintos órganos y aparatos orgánicos que determinan en las personas incapacidad para desempeñar una vida normal.

Este modelo ha ido evolucionado a medida que se han ido planteando nuevos retos en el desarrollo de actividades preventivas, terapéuticas, rehabilitadoras y compensatorias. Que han contribuido a mejorar su Bienestar y Calidad de Vida; pero también a estigmatizar a las PcD debido a la influencia del mundo sanitario en el ámbito social porque se pone el énfasis en el diagnóstico. Es decir, en los déficits, subrayando las diferencias y los aspectos negativos o de incapacidad. El modelo médico ha introducido y generalizado una visión fragmentada de la discapacidad y de

las PcD a ser tratadas por categorías diagnósticas separadas sin prestar atención a los componentes y problemas comunes de las PcD.

### **Modelo Social.-**

Frente al modelo médico, el modelo social surge de la concienciación de las personas con discapacidad y de sus familias para resolver las desventajas sociales que tiene las PcD cuando el entorno o medioambiente es incapaz de dar respuesta a las necesidades derivadas de las características específicas de las PcD.

Este modelo rechaza que la situación de discapacidad se considere como algo fuera de la normalidad y, por tanto, se estima que la discapacidad debe ser considerada como consecuencia de la diversidad humana, tanto biológica como psíquica y social.

El modelo presenta algunos sesgos. El principal es que tiende a limitar las causas de la discapacidad a las políticas sociales y ambientales, obviando la importancia de las causas biomédicas que están implicadas en la discapacidad.

### **Modelo mixto o de Integración.-**

Del enfrentamiento y sesgos de los dos modelos anteriores surge un modelo que trata de integrar las bondades y ventajas del modelo médico y del modelo social, el Modelo de Integración. Este modelo ha inspirado la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud de la Organización mundial de la Salud de 2001 que se basa en un enfoque universal e integrador de la discapacidad. Se trata, por tanto, de un modelo bio-psico-social en el que nos es fácil de resolver la integración y el equilibrio entre lo biológico, lo mental o psicológico y lo social porque la rehabilitación de las PcD centra el problema en el individuo y los campos fundamentales de intervención son en el ámbito físico, psíquico y social y cuando se refiere a la autonomía personal de las PcD, centra el problema en el entorno para tratar de conseguir la independencia. Ambos enfoques deben ser armonizados para obtener efectividad, Bienestar y Calidad de Vida en las PcD.

En consecuencia, la discapacidad se conceptualizará como un problema a la vez personal y a la vez social que requiere de atención médica y social y, por tanto, atención integral en el área médica y rehabilitadora e integrada en el área social<sup>6,7</sup>.

## **TIPOS DE DISCAPACIDAD**

Los diferentes tipos de discapacidad tienen como origen una o varias deficiencias funcionales o estructurales.

Según la CIF se pueden diferenciar tres tipos de deficiencia<sup>4</sup>:

- **Física:** padecimiento de anomalías orgánicas en el aparato locomotor o en las extremidades, así como las deficiencias del sistema nervioso (paraplejia, tetraplejia, trastornos de la coordinación de movimientos, etc.) y las alteraciones viscerales.
- **Mental o Psíquica:** este grupo engloba el “retraso mental” (profundo cuando el Cociente Intelectual (CI) es inferior a 20, severo cuando el CI está entre 20 y 34, moderado cuando está entre 35 y 49 y leve cuando está entre 50 y 69, incluye el retraso madurativo, las demencias y otros trastornos mentales como el autismo, la esquizofrenia, etc.
- **Sensorial:** trastornos relacionados con la vista, el oído, el lenguaje y a veces con otros sentidos afectados o disminuidos, como por ejemplo el del gusto en el caso de la hipoageusia.

Basándose en ello, se diferencian tres tipos de discapacidad según el o los tipos de deficiencias que afecten a las personas:

- **Discapacidad física y orgánica:** es la desventaja resultante de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. En este grupo también se incluyen todas aquellas desventajas fruto de deficiencias neuromotoras y/o deficiencias viscerales que de una forma u otra limitan la actividad de la persona que las padece.

- **Discapacidad intelectual o psíquica:** aparece cuando la inteligencia de una persona y su capacidad para funcionar en la vida cotidiana, están a un nivel por debajo de lo esperado en personas con edad similar. Dentro de esta discapacidad hay tres grupos básicos. Parálíticos Cerebrales, Trastornos del Espectro Autista, Síndromes (S. de Down, X Fragilis, Síndrome de Rett y otros) y Personas con Discapacidad Intelectual (PcDI) y del desarrollo sin diagnóstico específico.
- **Discapacidad sensorial y expresiva:** corresponde a las personas con deficiencias visuales, auditivas y a quienes muestran problemas en la comunicación y el lenguaje o en alguno de los otros sentidos.

Es frecuente que el hecho de que alguna persona no sólo presente un tipo de discapacidad. La mayoría de personas con Síndrome de Down no sólo padecen discapacidad intelectual sino que además presentan discapacidad sensorial y expresiva (dificultad en el habla) y a veces también una discapacidad física (problemas motores o de coordinación).

## **1.2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD**

La salud, en su concepción actual, constituye un recurso fundamental para la vida, e incluye varias capacidades personales relevantes como adaptación, equilibrio, vitalidad y habilidades físicas, psíquicas y sociales.

Para las personas adultas con discapacidad constituye un factor que puede, en gran medida, facilitar o inhibir su capacidad de funcionamiento.

Este funcionamiento físico en las personas con discapacidad está determinado por múltiples factores. Uno de los más influyentes, determinantes o condicionantes es la existencia de enfermedades crónicas asociadas a su discapacidad.

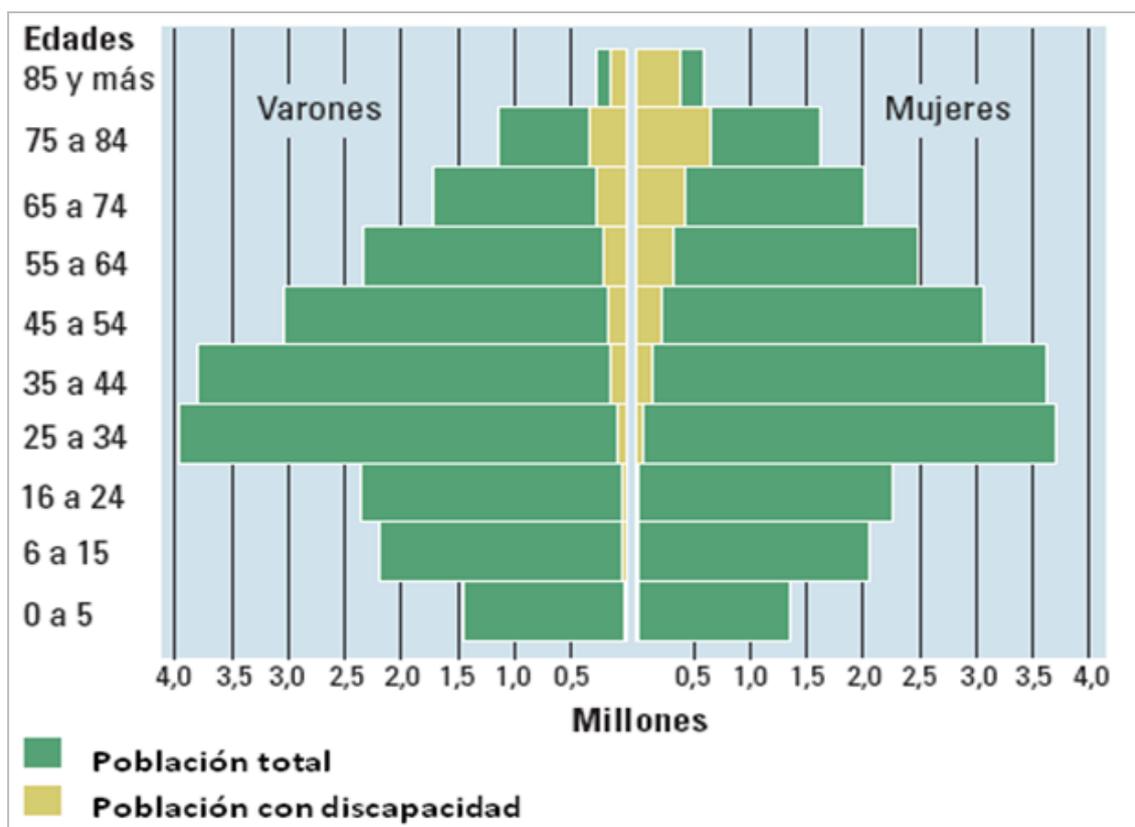
Las personas con discapacidad que presentan enfermedades crónicas –comorbilidad- y como consecuencia limitaciones físicas, tienen mucho más limitadas las oportunidades de participar en una vida normalizada.

Según los datos y la información recogidos en las encuestas realizadas en España, se puede observar la importancia que tiene la situación de la Discapacidad en España.

Su relevancia sanitaria viene marcada por la prevalencia de personas con discapacidad que según estas encuestas se aproxima al 9%. Es decir, de cada 100 españoles 9 personas tienen discapacidad.

Según los datos recogidos en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), procedente del Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2008 el número de personas con discapacidad o limitaciones en España fue de 3.85 millones, es decir, el 8.55% de la población española<sup>8</sup>.

El aumento de la población envejecida en las últimas décadas, debido a su vez al cambio demográfico causado por una disminución en la tasa de natalidad y al aumento de las expectativas de vida, es el principal motivo por el cual el número de personas con discapacidad se ha visto incrementado en nuestro país (ver **Imagen 2**).



**Imagen 2.** Pirámide de población en la que se observa la distribución por edades y sexos de las personas con discapacidad en la población española. Fuente: Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008), procedente del INE<sup>5</sup>.

El conocimiento de los problemas de salud asociados a discapacidad es importante y necesario para establecer programas de salud que posibiliten a este grupo poblacional el acceso al sistema sanitario, y como consecuencia de la efectividad del mismo puedan tener y disfrutar de mayores posibilidades y oportunidades en su vida diaria.

Muchas de las personas con discapacidad que tienen enfermedad, y por tanto necesidad de cuidados y prestaciones sanitarias, funcionan correctamente cuando se responde de manera adecuada y oportuna a sus necesidades.

En consecuencia, es oportuno y pertinente realizar una valoración global de la morbilidad crónica asociada a los distintos tipos y grados de discapacidad. También cabe resaltar que la necesidad de realizar estos estudios en este grupo poblacional no es una cuestión de oportunidad o solidaridad, sino de Derecho dada la magnitud y prevalencia de la discapacidad en nuestro país.

### **1.3. MARCO LEGAL**

En relación con la legislación sobre la discapacidad ha sido extensa en los últimos años. El punto de inflexión lo constituyó la Constitución, que en su artículo 43, establece el Derecho a la Salud de todos los españoles, y el artículo 49, que establece que los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos. Desde entonces se han ido elaborando y promulgando leyes para hacer efectivos estos mandatos constitucionales.

En el año 1982 se aprobó la Ley de integración de los Minusválidos, denominada coloquialmente con el acrónimo LISMI. Esta supuso el punto de inflexión en el tratamiento de las personas con discapacidad en los ámbitos más importantes como son la educación, la sanidad y el social. Desde entonces se han ido promulgando reales decretos y otras leyes para desarrollar esta ley y facilitar el proceso de incorporación e integración a la vida social de las Personas con Discapacidad (PcD).

Recientemente la promulgación en 2006 de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad ha supuesto una verdadera revolución internacional dado que los países han tenido que adaptar sus legislaciones de dichos Derechos Humanos en relación con las PcD dado que estas personas conforman un grupo vulnerable y numeroso al que el modo en que se estructura y funciona la Sociedad ha mantenido habitualmente en condiciones de exclusión a las PcD.

En noviembre de 2013 se aprueba el *Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las PcD*<sup>9</sup>. Esta ley considera que son PcD aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás. Además de lo establecido en el apartado anterior, y a todos los efectos, tendrán la consideración de personas con discapacidad

aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento.

Entre sus derechos se encuentra el *Derecho a la Protección de la Salud* que en su art. 10 refiere que las personas con discapacidad tienen derecho a la protección de la salud, incluyendo la prevención de la enfermedad y la protección, promoción y recuperación de la salud, sin discriminación por motivo o por razón de discapacidad, prestando especial atención a la salud mental y a la salud sexual y reproductiva.

También estable como Derecho la Atención integral. Se entiende por atención integral los procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado. Los programas de atención integral podrán comprender:

- a). Habilitación o rehabilitación médico-funcional.
- b). Atención, tratamiento y orientación psicológica.
- c). Educación.
- d). Apoyo para la actividad profesional.

Estos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno, considerando las adaptaciones o adecuaciones oportunas y los apoyos a la toma de decisiones y a la promoción de la autonomía personal.

Las Administraciones Públicas velarán por el mantenimiento de unos servicios de atención adecuados, mediante la coordinación de los recursos y servicios de habilitación y rehabilitación en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, con el fin de garantizar a las personas con discapacidad una oferta de servicios y programas próxima, en el entorno en el que se desarrolle su vida, suficiente y diversificada, tanto en zonas rurales como urbanas.

La *habilitación o rehabilitación médico-funcional* tiene como objetivo conseguir la máxima funcionalidad de las capacidades físicas, sensoriales, mentales o intelectuales. Este proceso se inicia con la detección e identificación de las deficiencias y necesidades psicosociales de cada persona y continuará hasta la consecución y mantenimiento del máximo desarrollo y autonomía personal posible.

En relación con la prestación de servicios a las PcD, los poderes públicos garantizarán la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, los apoyos adecuados, la educación, la orientación, la inclusión social y laboral, el acceso a la cultura y al ocio, la garantía de unos derechos económicos, sociales y de protección jurídica mínimos y la Seguridad Social.

Para la consecución de estos objetivos participarán, en sus correspondientes ámbitos competenciales, las administraciones públicas, los interlocutores sociales y las asociaciones y personas jurídico-privadas.

Todo ello a través de la citada legislación:

- Art 27 y 49 de la Constitución española
- *LISMI, 1982 (derogada por el RD Legislativo de los Derechos de las PcD.*
- *Ley de Igualdad de oportunidades, no discriminación y*

*Accesibilidad universal de las personas con discapacidad (derogadas por el RD Legislativo de los Derechos de las PcD.*

- *Convención de Naciones Unidas sobre Discapacidad, 2008*
- *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social ...*

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

En este estudio pretendemos recabar información sobre las distintas enfermedades que afectan a las personas con discapacidad tanto física, como psíquica o neurosensorial.

El estado de salud de una población se define por la carga de enfermedad, la medida de la pérdida de salud atribuible a diversas enfermedades o lesiones, que incluyen las consecuencias en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

La salud es un recurso fundamental para la vida, e incluye varias capacidades personales importantes, tales como la fortaleza física, psíquica o mental, la atención y las habilidades sociales.

Dado que la Administración Sanitaria tiene la misión de prestar servicios efectivos, la información que genere este estudio contribuirá a la mejora de la efectividad y a la calidad del sistema sanitario (SACYL), a través de una adecuada Planificación y Programación Sanitaria.

Con este estudio pretendemos ofrecer la información necesaria para la toma de decisiones por parte de las Administraciones e Instituciones sanitarias (Necesidad de crear Unidades de Referencia Regional).

Con la información aportada se permitirá garantizar una mejor atención sanitaria, dado que proporciona una información necesaria e imprescindible para el buen ejercicio profesional, tanto desde el punto de vista curativo como preventivo (prevención primaria y diagnóstico precoz).

Pretendemos contribuir a la mejora de la atención temprana y rehabilitación integral de las personas con discapacidad.

Los resultados de este estudio pueden servir de base para establecer los contenidos de los cursos de formación continuada de los profesionales sanitarios y contribuir así a la mejora de la competencia profesional.

Los resultados observados, también pueden servir de base en la toma de decisiones en materia de ordenación de prestaciones (SACYL y Consejo Interterritorial de la Salud) en relación con las personas con discapacidad.

## **IMPORTANCIA SOCIOSANITARIA**

La importancia sanitaria y social de los resultados de este estudio viene dada por los siguientes motivos:

- ✓ Las personas con discapacidad son un grupo poblacional importante. En nuestro país son más de 4 millones de personas y según las diferentes encuestas realizadas constituyen aproximadamente el 10% de la población española.
- ✓ Al igual que para el conjunto de la población, para las personas con discapacidad y sus familias, la Salud es una de las preocupaciones más importantes.
- ✓ La salud, en su sentido amplio, es considerada actualmente como un recurso para la vida y mucho más en las personas con discapacidad. Una situación saludable (buen nivel de salud) es un Derecho necesario e imprescindible para su bienestar, autonomía y calidad de vida.
- ✓ La atención sanitaria tiene como objetivo mantener a los individuos en estado funcional lo más normalizado posible, dado que la disfunción de la enfermedad reduce significativamente el acceso a las oportunidades de la vida. La atención integral, al proteger nuestra capacidad funcional física, psíquica y social, protege las oportunidades de todos. (Artículo 9 de la Constitución Española de 1978).
- ✓ La información y el conocimiento que aporta este estudio debe servir para la mejora de la efectividad del sistema sanitario, y por tanto, para un mejor pronóstico de vida de las persona con discapacidad.

- ✓ La información de este estudio contribuirá a la efectividad de las intervenciones profesionales del ámbito sanitario y social y, por tanto, a mejorar la igualdad de oportunidades de un grupo poblacional relevante en la sociedad actual.

## ***Morbilidad crónica asociada a personas con discapacidad***

### ***1. Introducción***

*Violante Méndez Martín*

---

## ***2. OBJETIVOS***



Esta **investigación aplicada y de Salud Pública** persigue los siguientes objetivos:

### **OBJETIVO GENERAL**

Conocer y analizar la morbilidad crónica asociada a las personas con discapacidad física, psíquica y sensorial.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1°. Identificar los factores de riesgo asociados a los pacientes con algún tipo de discapacidad.
- 2°. Determinar la prevalencia de enfermedades crónicas en las personas con discapacidad física, psíquica y/o sensorial.
- 3°. Valorar la existencia o no de diferencias significativas entre la comorbilidad crónica asociada a las personas con discapacidad y la comorbilidad crónica asociada a la población general.
- 4°. Establecer los diferentes indicadores sanitarios que permitan valorar el estado de Salud de las personas con discapacidad.
- 5°. Analizar la demanda y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas con discapacidad.
- 6°. Valorar la calidad asistencial –proceso asistencial- que reciben las personas con discapacidad en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
- 7°. Valorar la existencia o no de diferencias significativas entre la comorbilidad crónica asociada a las personas con discapacidad y la comorbilidad crónica asociada a la población general.
- 8°. A la vista de los resultados obtenidos, proponer medidas de intervención.

## ***Morbilidad crónica asociada a personas con discapacidad***

### **2. Objetivos**

*Violante Méndez Martín*

---

### ***3. MATERIAL Y MÉTODO***



### **3.1. DISEÑO Y ÁMBITO DE ESTUDIO**

Para alcanzar los objetivos planteados, se plantea una investigación aplicada y de Salud Pública a través de un estudio epidemiológico observacional descriptivo, transversal de base poblacional de las personas con discapacidad física, psíquica o neurosensorial del Área de Salud de Salamanca, mediante la recopilación de datos e información de los distintos registros sanitarios del sistema de información sanitaria.

Según la encuesta de discapacidad hay 11099 personas con discapacidad que residen de manera habitual en el Área de Salud de Salamanca (con reconocimiento oficial por parte de los Centros de Base de la Junta de Castilla y León).

La muestra objeto de nuestro estudio corresponde a las personas con discapacidad valoradas en el Hospital Universitario de Salamanca. Se incluyeron un total de 404 personas.

### **3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO Y SELECCIÓN DE PACIENTES**

La **POBLACIÓN DE ESTUDIO** representa el conjunto de individuos que deseamos estudiar y que reúne unas características determinadas, distinguiendo entre la **población diana**, que en este estudio está constituida por los pacientes con discapacidad, que representan el centro del estudio y a quienes se generalizan los resultados; y **población accesible**, que corresponde al conjunto de individuos que cumplen los criterios predeterminados y objeto de estudio *-muestra-*, constituida en este estudio por las personas con discapacidad física, psíquica y/o sensorial<sup>10,11</sup>.

Para la **SELECCIÓN DE LOS PACIENTES**, obtenemos los datos a través del Archivo de Historias Clínicas del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (C.A.U.S.A.).

Este Proyecto de Tesis Doctoral contó con la aprobación del *Comité Ético* del Hospital Universitario de Salamanca (ver **Anexo 1**).

- ✓ **Criterios de inclusión:** Personas con algún tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial.
  
- ✓ **Criterios de exclusión:** Personas sin ningún tipo de discapacidad.

La población accesible o **MUESTRA** objeto de estudio quedó constituida por 404 personas con discapacidad física, psíquica y/o sensorial.

### **3.3. FUENTES DE INFORMACIÓN**

Para el cumplimiento de los objetivos marcados, el equipo investigador diseñó y elaboró un protocolo de recogida de datos –“*cuestionario estructurado*”- (ver **Anexo 2**) en base a estudios realizados con anterioridad<sup>12,13</sup>, ya validados, que incluye los siguientes ítems:

1. *Datos sociodemográficos:*
  - 1.1. Sexo
  - 1.2. Edad
  - 1.3. Residencia habitual
  - 1.4. Nivel de estudios finalizado
  - 1.5. Situación laboral
  - 1.6. Nivel económico
  
2. *Información relativa a la discapacidad:*
  - 2.1. Tipo de discapacidad que padece
  - 2.2. Grado o porcentaje de minusvalía
  
3. *Entorno familiar:*
  - 3.1. Estado civil, hijos,...
  - 3.2. Nº de convivientes, hermanos, hijos,...

4. *Factores de riesgo –Estilos de Vida Relacionados con la Salud (EVRS)-:*

- 4.1. Consumo de tabaco
- 4.2. Consumo de alcohol
- 4.3. Consumo de drogas
- 4.4. Talla y peso, IMC
- 4.5. Ejercicio

5. *Morbilidad asociada:*

- 5.1. Enfermedades que padece agrupadas por aparatos y/o sistemas

6. *Utilización de los Servicios Sanitarios:*

- 6.1. Nº de ingresos hospitalarios anuales
- 6.2. Nº de interconsultas especializadas anuales
- 6.3. Nº de visitas al Centro de Atención Primaria anuales
- 6.4. Nº de visitas a domicilio por parte de Atención Primaria anuales
- 6.5. Utilización de transporte sanitario
- 6.6. Utilización de otros servicios o prestaciones
- 6.7. Ayuda técnica y/o económica

7. *Estrategias preventivas:*

- 7.1. Vacunación según calendario vacunal
- 7.2. Vacunación de la gripe
- 7.3. Vacunación de la hepatitis B
- 7.4. Otras vacunas
- 7.5. Síntomas de alarma para tumores
- 7.6. Asistencia al ginecólogo (en la mujer)
- 7.7. Realización de mamografías (en la mujer)
- 7.8. Realización de citología (en la mujer)

Dicho protocolo fue cumplimentado por la doctorando a partir de las **Historias Clínicas** de los pacientes, que constituyó nuestra fuente básica de datos.

### **3.4. TRABAJO DE CAMPO**

#### **FASES DEL ESTUDIO**

- 1ª.** Revisión sistemática de la bibliográfica/literatura y evidencia científica disponible con el fin de actualizar los conocimientos y seleccionar los mejores argumentos científicos para plantear las diferentes problemáticas en torno al tema y tomar decisiones en la práctica diaria.
  
- 2ª.** Elaboración del protocolo con los diferentes ítems para cumplir los objetivos del estudio.
  
- 3ª.** Diseño y elaboración de la Base de Datos.
  
- 4ª.** Selección de los individuos de forma aleatoria.
  
- 5ª.** Revisión de las historias clínicas y recogida de datos.
  
- 6ª.** Realización y aplicación de las diferentes herramientas estadísticas para cumplir los diferentes objetivos del estudio.
  
- 7ª.** Análisis e interpretación de los resultados.

### **3.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS**

Los **datos fueron codificados e introducidos en el** programa estadístico *IBM SPSS Statistics 23.0* para su explotación estadística.

En el tratamiento de la información obtenida se han utilizado diversos enfoques estadísticos:

ANÁLISIS UNIVARIANTE O UNIVARIADO: En primer lugar se ha llevado a cabo un estudio descriptivo de distribución de frecuencias de todas las variables cualitativas analizadas y la correspondiente estadística descriptiva (*medidas de tendencia central y de dispersión*) de las variables cuantitativas incluidas en el estudio.

- Los resultados cuantitativos se expresan en forma de media, mediana y moda (*medidas de tendencia central*) y desviación estándar (*medida de dispersión*).
- Los resultados cualitativos se expresan en forma de frecuencias absolutas y relativas (porcentaje o *proporción*) y se acompañan de los respectivos *intervalos de confianza (IC) del 95% para una proporción*, que nos permite estimar el parámetro poblacional a partir de los valores que las variables ofrecen en los individuos de la muestra.

ANÁLISIS BIVARIANTE Y MULTIVARIANTE: En segundo lugar se ha realizado un estudio de asociación entre las variables con el fin de analizar la posible relación, estadísticamente significativa, entre las variables incluidas en el estudio. Para ello se han utilizado las pruebas paramétricas y no paramétricas adecuadas en función de la naturaleza de las variables (cualitativas o cuantitativas) controladas y se han aplicado los procedimientos y técnicas de análisis oportunas, teniendo en consideración dos (modelos bivariantes) o más variables (modelos multivariantes) simultáneamente.

- ANÁLISIS BIVARIANTE: Para comparar variables cualitativas o categóricas la fuerza de la asociación se midió con el estadístico *Chi-cuadrado ( $X^2$ ) de Pearson* y la estimación de la *Odds Ratio (OR)*, que se acompaña del correspondiente *IC 95% para la OR*, que analiza la precisión. Para comparar medias de las variables cuantitativas se aplicó la *T de Student*, *ANOVA* y *MLG (Modelo Lineal General)*.
- ANÁLISIS MULTIVARIANTE: Posteriormente, aquellas variables que revelaron significación estadística en la fase anterior fueron analizadas mediante procedimientos y técnicas de ajuste multivariante: *modelo de regresión*. Dado que la variable dependiente o resultado es cualitativa o categórica, aplicamos la *Regresión Logística*, en vez de utilizar la *regresión lineal*, que nos permite a

partir de los *coeficientes de regresión* ( $\beta$ ) de las variables independientes introducidas en el modelo obtener directamente el OR de cada una de ellas. La construcción del modelo logístico se efectuó, por un lado, siguiendo el método “*Introducir*”, que permite al investigador tomar el mando y decidir qué variables se introducen o extraen del modelo; y, por otro lado, con procedimientos automáticos “*Adelante*” y “*Atrás*”, basados en la prueba de la *razón de verosimilitud* (RV), que deja que el programa, o bien, vaya introduciendo variables en el modelo empezando por aquellas que tienen coeficientes de regresión más grandes, estadísticamente significativos, de modo que en cada paso reevalúa los coeficientes y su significación, eliminando del modelo aquellos que no considera estadísticamente significativos -“*Adelante*”-; o bien, partiendo de un modelo con todas las covariables que se han seleccionado, el programa vaya eliminando del modelo aquellas sin significación -“*Atrás*”-. Así, al aplicar la Regresión Logística en los datos observados, lo que se pretende es expresar la probabilidad de que ocurra el evento en cuestión como función de ciertas variables que se presumen relevantes o influyentes.

Por último, indicar que el *nivel de significación estadística* (error) asumido por el equipo investigador ha sido el 5% (grado de significación estadística  $p < 0,05$ ).

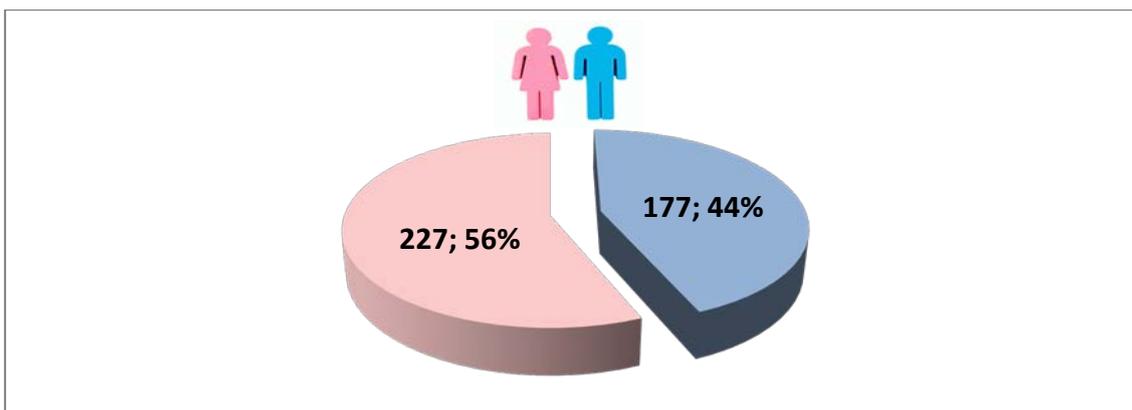
## ***4. RESULTADOS***



#### 4.1. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

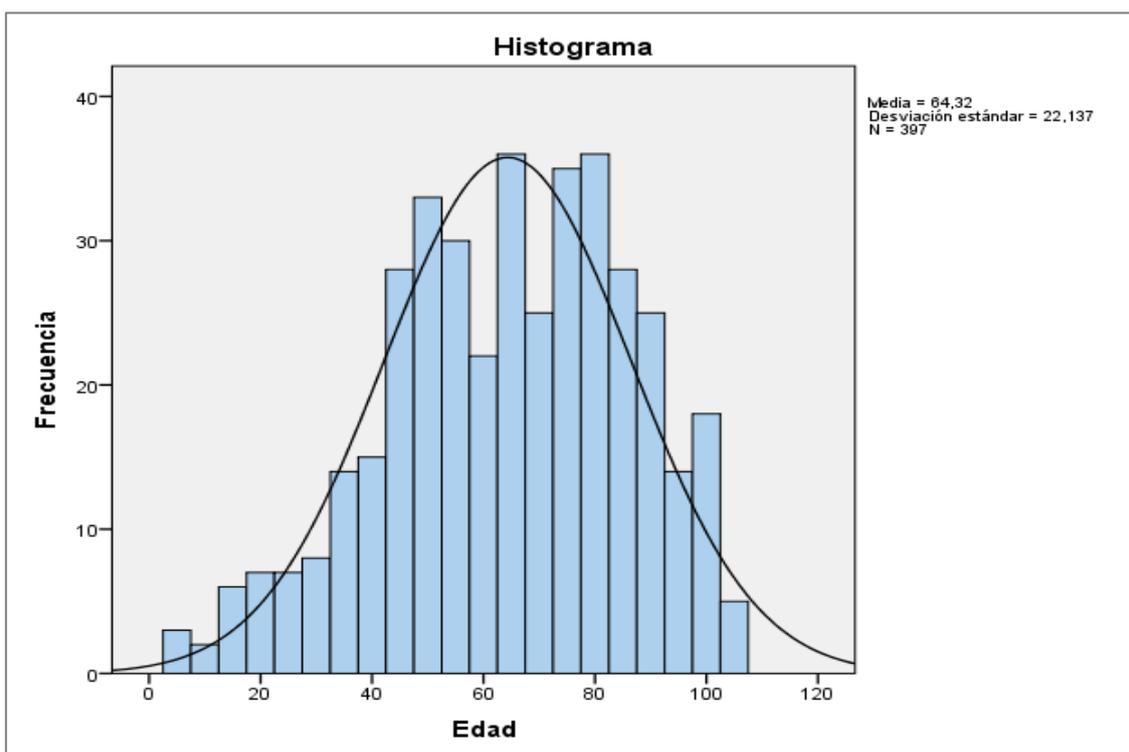
El total de la muestra analizada fue de 404 individuos: 227 mujeres (56,2%) y 177 varones (43,8%) (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la muestra según género/sexo.



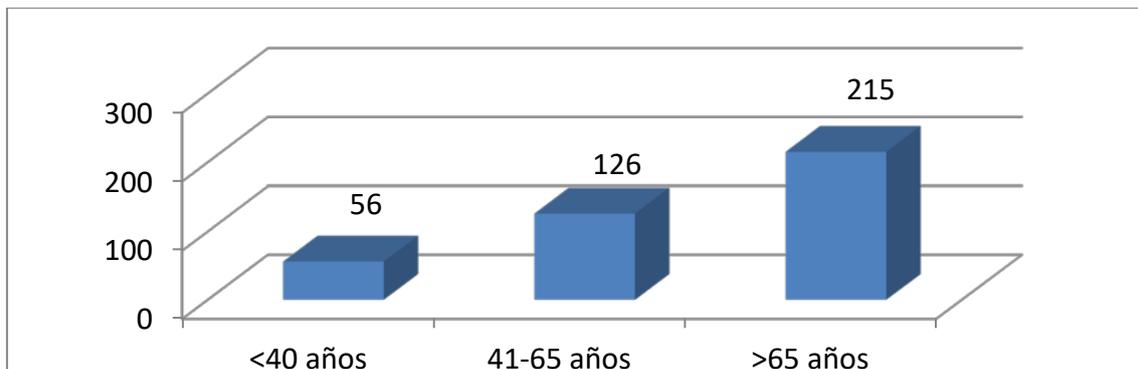
La media de edad obtenida en la muestra es de 64,32 años ( $\pm$ DT: 22,137), mediana 66 años ( $p_{25}=49$ ;  $p_{75}=81$ ) y el rango o amplitud de la muestra incluye desde los 5 a 107 años (Figura 2).

Figura 2. Histograma de distribución de la edad de la muestra.



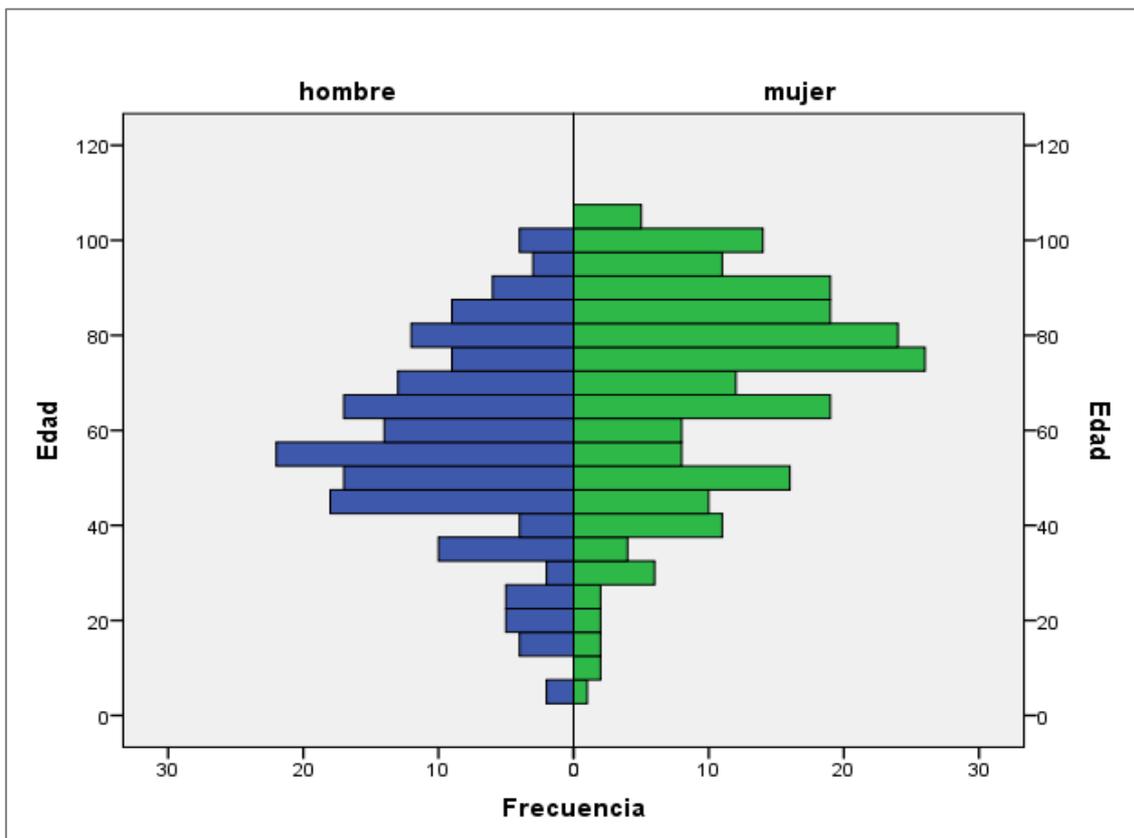
El 14,1% de las personas con discapacidad se sitúa en el rango de edad inferior a 40 años, el 31,7% entre 41-65 años y el 54,2% son mayores de 65 años (**Figura 3**). Por lo tanto, el 45,8% son menores de 65 años, frente al 54,2% que son mayores de 65 años.

**Figura 3. Distribución de la muestra por rangos de edad.**



Al relacionar las variables edad-sexo, apreciamos más varones que mujeres en edades jóvenes, mientras que a partir de los 70 años hay más mujeres que varones (**Figura 4**).

**Figura 4. Relación sexo-edad.**

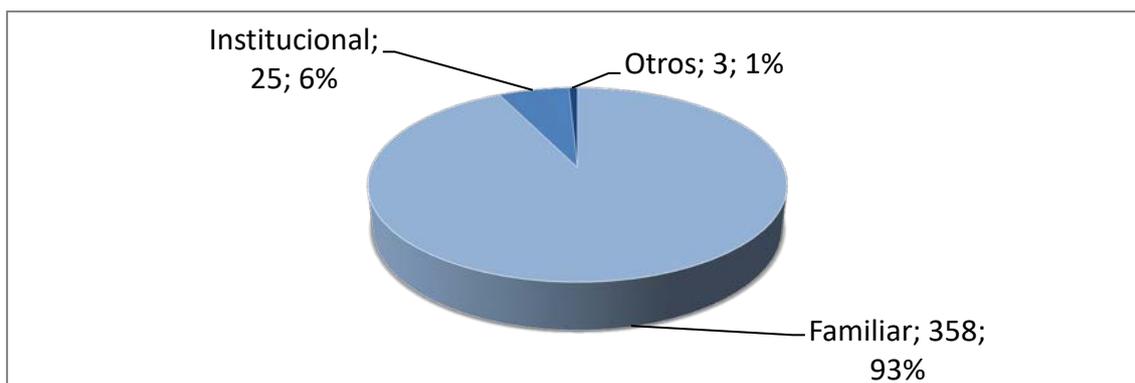


La mayoría de las personas con discapacidad estudiadas residen en la vivienda familiar (92,7%), sólo un 6,5% vive en un centro institucionalizado (ver **Tabla 1** y **Figura 5**).

**Tabla 1. Residencia habitual.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Familiar	358	88,6	92,7	92,7±3
	Institucional	25	6,2	6,5	6,5±2
	Otras	3	0,7	0,8	0,8±1
	<b>Total</b>	<b>386</b>	<b>95,5</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		18	4,5		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

**Figura 5. Residencia habitual.**



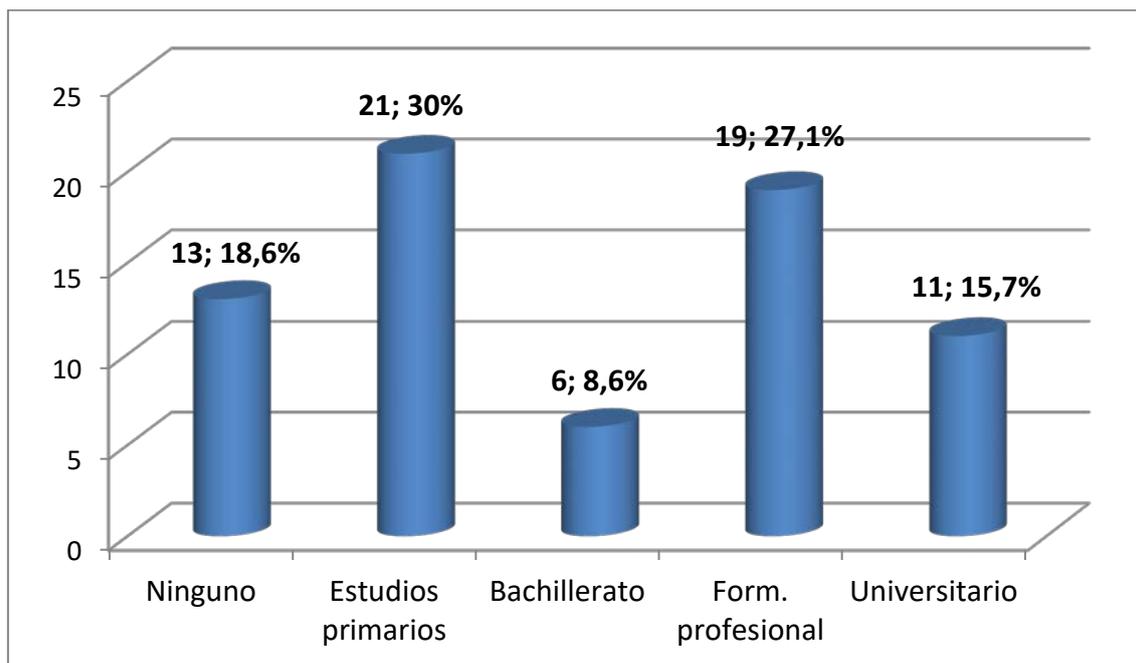
En el 82,7% de las historias clínicas no figura recogida información sobre el nivel de instrucción (ver **Tabla 2**).

**Tabla 2. Nivel de estudios.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Ninguno	13	3,2	18,6	18,6±4
	Estudios primarios	21	5,2	30,0	30,0±4
	Bachillerato	6	1,5	8,6	8,6±3
	Form. profesional	19	4,7	27,1	27,1±4
	Universitario	11	2,7	15,7	15,7±4
	<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>17,3</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos Sistema		334	82,7		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

Analizando las 70 personas con discapacidad en las que figura este dato, el 30% (21) ha terminado sus estudios primarios, el 27,1% (19) formación profesional y un 15,7 % (11) han realizado estudios universitarios. Un 18,6% (13) no ha realizado ningún estudio (Figura 6).

Figura 6. Nivel de instrucción.

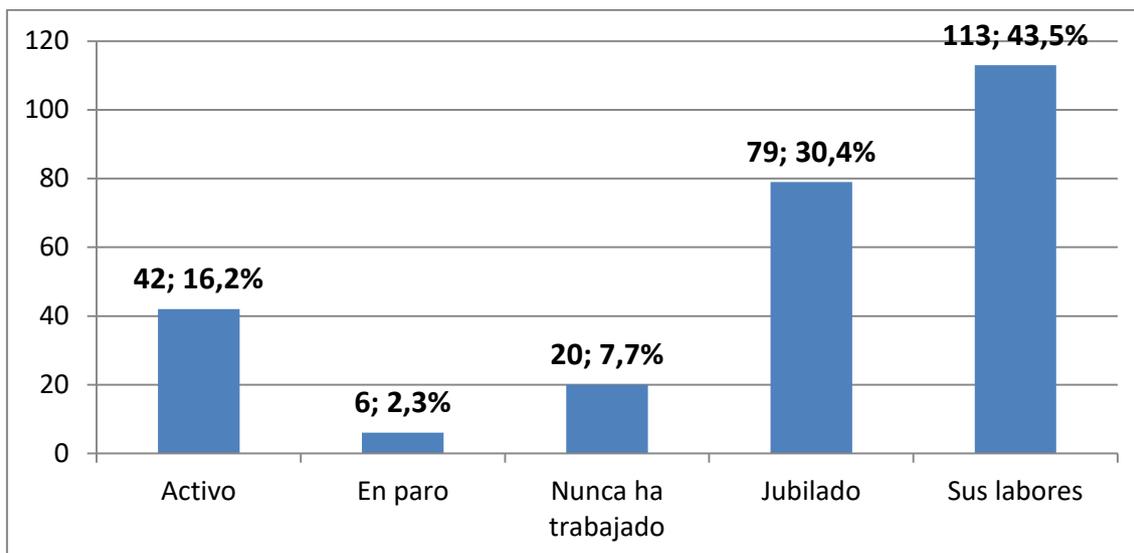


En el 35,6% (144) de las personas con discapacidad analizadas desconocemos su situación laboral. Entre aquellos en los que se encuentra recogido este dato, el mayor porcentaje se dedica a sus labores (43,5%) o se encuentra ya jubilado (30,4%). Sólo un 16,2% (42 individuos de la muestra) se encuentra en activo (Tabla 3 y Figura 8).

Tabla 3. Situación laboral.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Activo	42	10,4	16,2	16,2±4
	En paro	6	1,5	2,3	2,3±1
	No ha trabajado	20	5,0	7,7	7,7±3
	Jubilado	79	19,6	30,4	30,4±4
	Sus labores	113	28,0	43,5	43,5±5
<b>Total</b>		<b>260</b>	<b>64,4</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		144	35,6		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

Figura 8. Situación laboral.



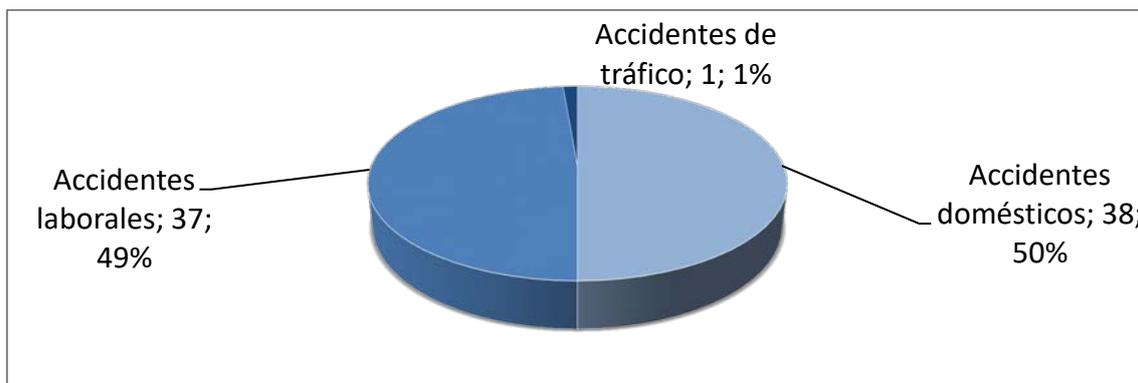
De las 42 personas con discapacidad que se encuentran trabajando, el mayor porcentaje (80%) lo hace en un empleo normalizado. Sólo 8 personas desarrollan su actividad laboral en un Centro Especial de Empleo. Las actividades profesionales a las que se dedican son muy dispares. Con los datos que se ofrecen en las historias clínicas, no fue posible saber desde cuándo estas personas realizan su actividad profesional, sólo en 1 caso.

Valoramos la posibilidad de riesgo laboral, considerando un riesgo también la actividad en el hogar. El dato se pudo recoger en 115 historias clínicas (28,5% de la muestra). Entre ellas, el 66,1% (76/115) presentan algún tipo riesgo laboral (**Tabla 4**). Así, 38/76 accidentes por su actividad laboral, 37/76 riesgo de accidentes domésticos por ser activos en las tareas del hogar y 1/76 tienen riesgo de accidente de tráfico por realizar una actividad que implica el conducir vehículos en su trabajo (**Figura 9**).

Tabla 4. Riesgo laboral.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	39	9,7	33,9	33,9±5
	Sí	76	18,8	66,1	66,1±5
	<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>28,5</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		289	71,5		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

Figura 9. Tipo de riesgo.



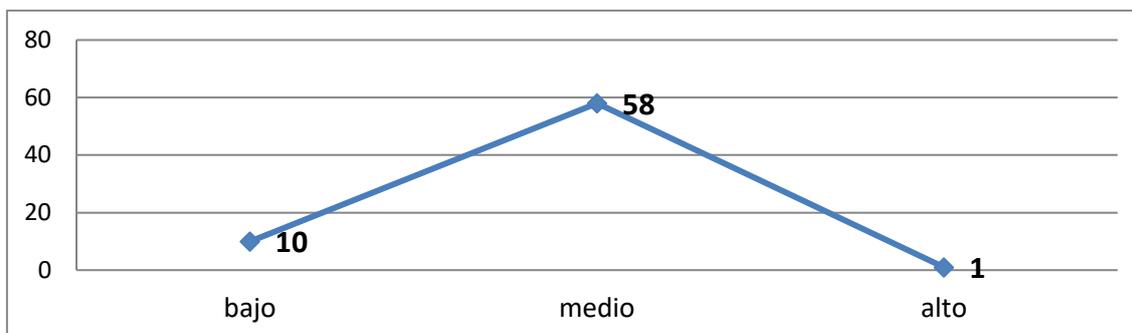
De las personas que realizan alguna actividad, el 55% no tienen integración laboral, mientras que el 45% sí presentan una correcta integración laboral.

Debido a la escasez de datos registrados en las historias clínicas sobre el nivel económico de los pacientes y/o sus familias, sólo pudimos obtener información en 69 personas de las 404 estudiadas, predominando el nivel económico medio (84%) (Tabla 5 y Figura 10).

Tabla 5. Nivel económico.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Bajo	10	2,5	14,5	14,5±3
	Medio	58	14,4	84,1	84,1±4
	Alto	1	,2	1,4	1,4±1
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>17,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		335	82,9		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

Figura 10. Nivel económico.



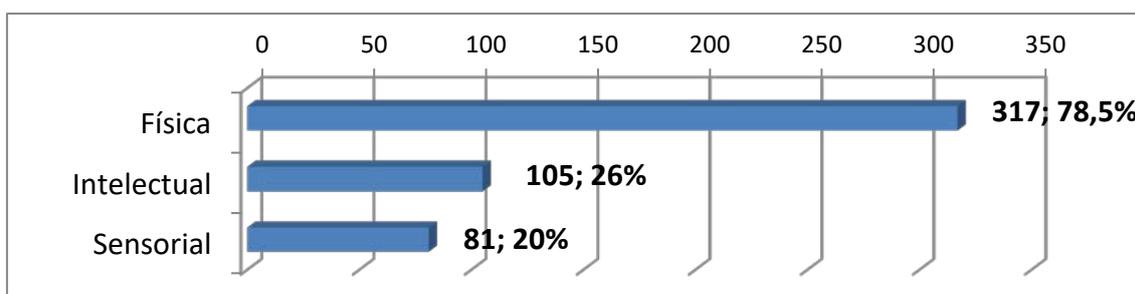
## 4.2. INFORMACIÓN RELATIVA A LA DISCAPACIDAD

El 75% de la muestra presenta una única discapacidad, mientras que en 1 de cada 4 pacientes se asocian 2 ó 3 discapacidades diferentes (**Tabla 6**). La mayoría de la muestra (317; 78,5%) padece una discapacidad física (**Figura 11**), el 26% (105) se trata de una discapacidad intelectual y el 20% (81) sensorial.

**Tabla 6. Tipo de discapacidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Física	225	55,7	56,3	56,3±5
	Intelectual	37	9,2	9,3	9,3±3
	Sensorial	41	10,1	10,3	10,3±3
	Física+intelectual	57	14,1	14,3	14,3±3
	Física+sensorial	29	7,2	7,3	7,3±3
	Intelectual+sensorial	5	1,2	1,3	1,3±1
	Física+intelectual+sensorial	6	1,5	1,5	1,5±1
	<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>99,0</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema	4	1,0			
<b>Total</b>	<b>404</b>	<b>100,0</b>			

**Figura 11. Tipo de discapacidad (datos agrupados).**



Existe una gran diversidad en cuanto a las causas de dicha discapacidad:

- FÍSICAS: Accidente cerebro-vascular, demencia, encefalopatías, enfermedad neurológica degenerativa, cáncer, enfermedad reumatológica, enfermedad pulmonar, cardíaca, insuficiencia renal, lesión medular, parálisis cerebral, infección por VIH,...
- PSÍQUICAS: Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno psicótico,...

- SENSORIALES: degeneración macular, retinopatía, ceguera, miopía magna, hipoacusia, sordomudez,...

Debido a la falta de datos reflejados en las historias clínicas de los pacientes de la muestra, sólo pudimos conocer el grado de la discapacidad de 9 de ellos, variando desde el 45% al 93 %, con lo cual deducimos que están recogidos por el elevado grado de discapacidad que presentan (Tabla 7).

**Tabla 7. Grado de discapacidad (%).**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido
Válido	42	1	0,2	11,1
	50	1	0,2	11,1
	60	1	0,2	11,1
	65	1	0,2	11,1
	70	1	0,2	11,1
	75	1	0,2	11,1
	83	1	0,2	11,1
	90	1	0,2	11,1
	93	1	0,2	11,1
		<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>2,2</b>
Perdidos sistema		395	97,8	
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>	

Sin embargo, sí que hay reflejados datos sobre la necesidad de ayuda de terceros en su vida diaria. De las 239 personas con discapacidad en las que se recoge este dato, más de la mitad (138; 57,7%) son válidos por sí mismos, mientras que 101 (42,3%) necesitan ayuda (Tabla 8).

**Tabla 8. Necesidad de tercera persona.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	138	34,2	57,7	57,7±5
	Sí	101	25,0	42,3	42,3±5
	<b>Total</b>	<b>239</b>	<b>59,2</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		165	40,8		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

### 4.3. ENTORNO FAMILIAR

Se recogen algunos datos referentes a la unidad familiar. De los 45 pacientes en los que se refleja el número de convivientes en el hogar familiar, 7 viven solos y los 38 restantes viven con otra persona, oscilando entre 1 y 5 personas (ver **Tabla 9**).

**Tabla 9. Entorno familiar... nº convivientes.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido
Válido	1	7	1,7	15,6
	2	10	2,5	22,2
	3	16	4,0	35,6
	4	10	2,5	22,2
	5	2	0,5	4,4
	<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>11,1</b>	<b>100,0</b>
Perdidos sistema		359	88,9	
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>	

En 131 historias clínicas se recoge información acerca del número de hermanos (ver **Tabla 10**).

**Tabla 10. Entorno familiar... nº hermanos.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido
Válido	0	7	1,7	5,3
	1	36	8,9	27,5
	2	20	5,0	15,3
	3	19	4,7	14,5
	4	13	3,2	9,9
	5	14	3,5	10,7
	6	8	2,0	6,1
	7	4	1,0	3,1
	8	6	1,5	4,6
	9	3	,7	2,3
	11	1	,2	,8
	<b>Total</b>	<b>131</b>	<b>32,4</b>	<b>100,0</b>
Perdidos sistema		273	67,6	
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>	

El estado civil sí se pudo registrar en la mayoría de los pacientes (337), predominando los casados en el 52,5%, seguido del estado civil soltero en el 35,3% (Tabla 11.).

**Tabla 11. Estado civil.**

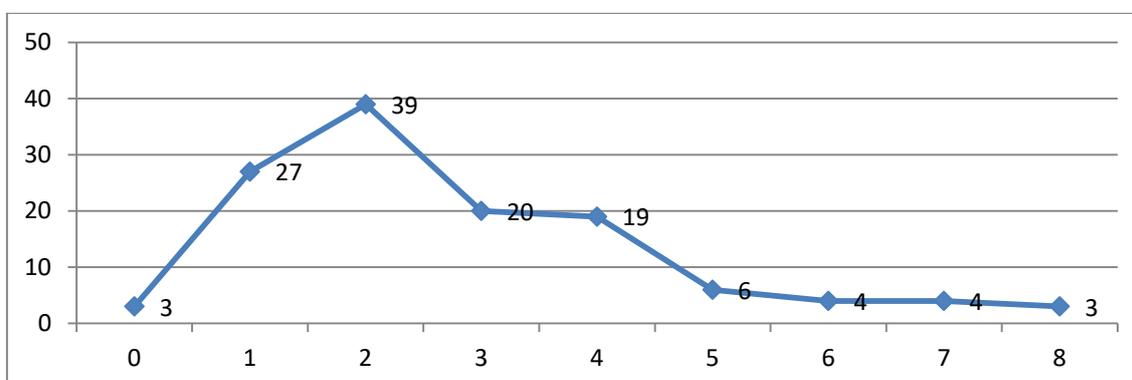
		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	Soltero	119	29,5	35,3	35,3±5
	Casado	177	43,8	52,5	52,5±5
	Divorciado	7	1,7	2,1	2,1±1
	Viudo	34	8,4	10,1	10,1±3
	<b>Total</b>	<b>337</b>	<b>83,4</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		67	16,6		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

De las 278 historias clínicas de los que hemos podido obtener el dato acerca de si tienen hijos y cuántos, la mayoría, el 61,2% tienen hijos (ver Tabla 12). Sólo se recoge el número de hijos en 125 historias clínicas (ver Figura 12), siendo 2 hijos la situación más frecuente (mediana: 2; media: 2,8; D.T.: 1,76; rango o amplitud: 0-8 hijos).

**Tabla 12. Hijos.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	108	26,7	38,8	38,8±5
	Sí	170	42,1	61,2	61,2±5
	<b>Total</b>	<b>278</b>	<b>68,8</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		126	31,2		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

**Figura 12. Nº de hijos.**



#### 4.4. FACTORES DE RIESGO / EVRS

##### 4.4.1. CONSUMO DE TABACO

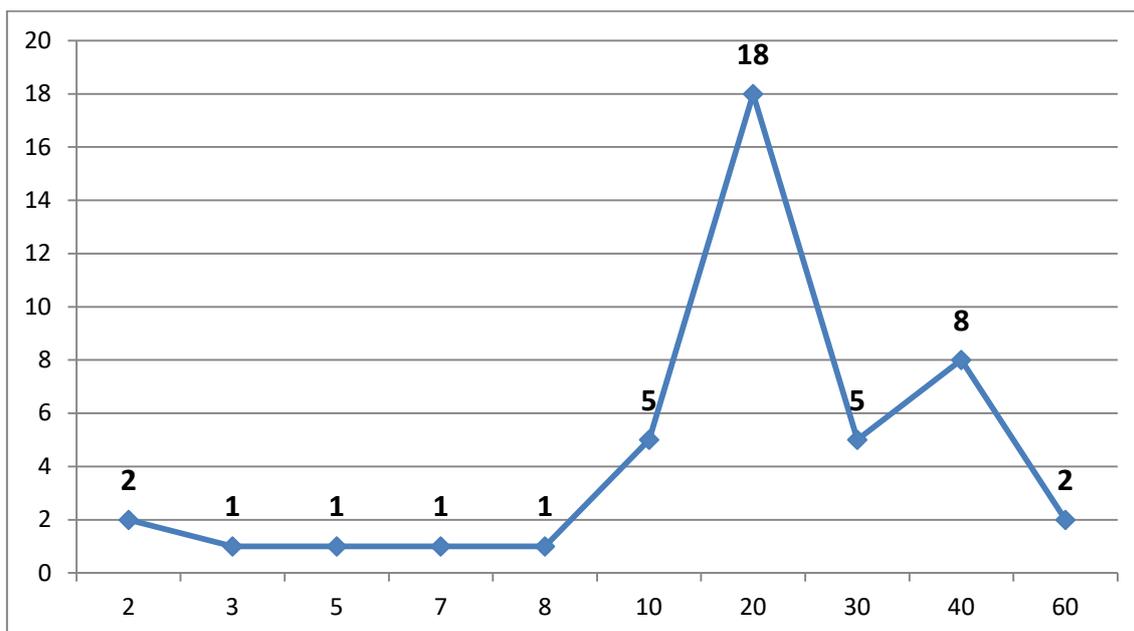
De las 352 personas con discapacidad en las que se encontró este dato recogido en las historias clínicas, el 82,1% (289) no fuma (Tabla 13).

Tabla 13. Hábito de fumar.

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	289	71,5	82,1	82,1±4
	Sí	63	15,6	17,9	17,9±4
	<b>Total</b>	<b>352</b>	<b>87,1</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		52	12,9		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

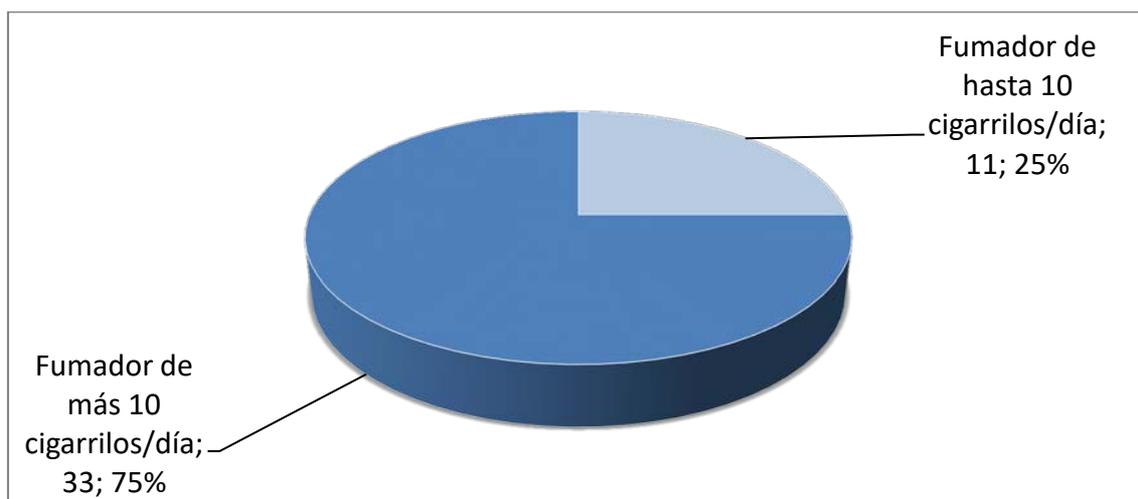
De los 63 fumadores (17,9%), disponemos del dato del número de cigarrillos diarios en 44 de ellos, siendo el consumo medio diario de 23 cigarrillos (D.T.: 13,96) y el rango o amplitud del intervalo entre un mínimo de 2 cigarrillos/día y un máximo de 60 cigarrillos/día (mediana: 20 cigarrillos), predominando la cifra de 20 cigarrillos al día (18/44; 40,9%) (ver Figura 13).

Figura 13. Nº de cigarrillos/día.



Valorado este dato en riesgo para la salud, 11/44 (25%) son fumadores de hasta 10 cigarrillos al día *-fumador moderado-*, mientras que 33/44 (75%) de las personas con discapacidad estudiadas son fumadores de más de 10 cigarrillos al día *-grandes fumadores-* (ver **Figura 14**).

**Figura 14. Grado de riesgo para la salud.**



#### 4.4.2. CONSUMO DE ALCOHOL

El 84,7% (342) de las historias clínicas revisadas recogen este dato (no consta esta información *-valor perdido-* en 62, 15,3%), siendo no bebedores (261/342; 76,3%) y ocasionales (34/342; 9,9%). Por lo que, el consumo de alcohol implica un riesgo para la salud en el 13,8% (47) de las personas con discapacidad analizadas (**Tabla 14**).

**Tabla 14. Consumo global de alcohol.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	261	64,6	76,3	76,3±3
	Ocasional	34	8,4	9,9	9,9±
	Sí <i>"bebedor de riesgo"</i>	47	11,6	13,8	13,8±3
	<b>Total</b>	<b>342</b>	<b>84,7</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		62	15,3		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

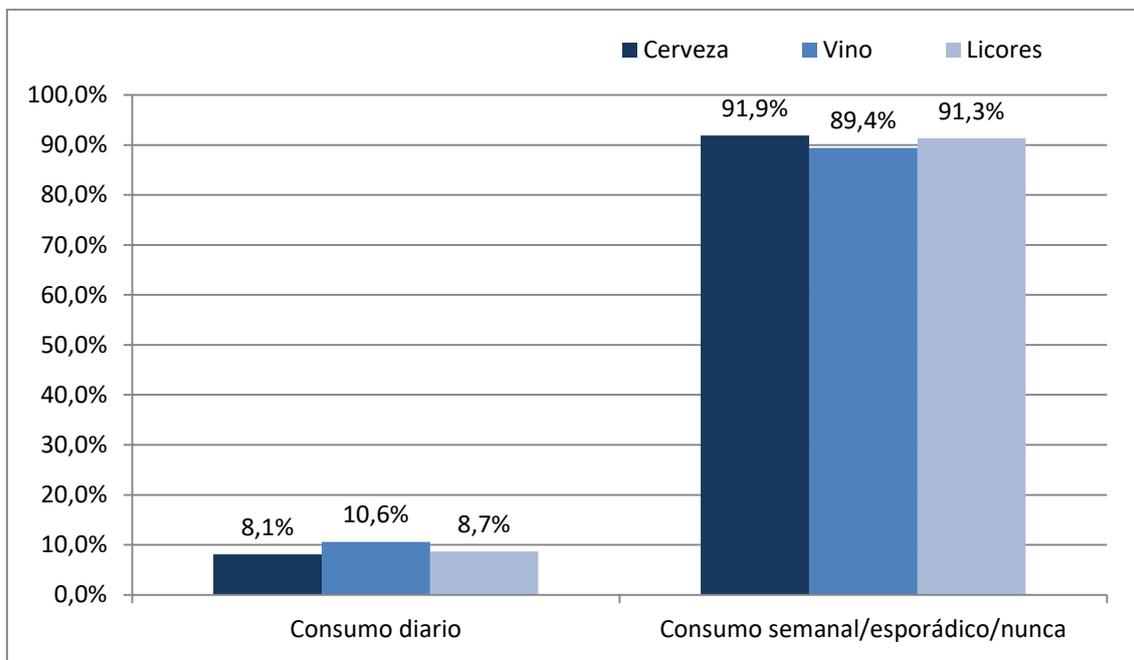
Se detalla a continuación el patrón de consumo de algunas de las bebidas alcohólicas más comunes, siendo muy similar (**Tabla 15**).

**Tabla 15. Patrón de consumo de las bebidas alcohólicas más comunes.**

	<b>CERVEZA</b> Frec. (%)	<b>VINO</b> Frec. (%)	<b>LICORES</b> Frec. (%)
Cada día más 2 copas	15 (4,5)	19 (5,6)	15 (4,5)
Cada día 1-2 copas	12 (3,6)	17 (5,0)	14 (4,2)
Cada semana	6 (1,8)	4 (1,2)	5 (1,5)
Alguna vez	35 (10,5)	35 (10,3)	35 (10,4)
Nunca	265 (79,6)	264 (77,9)	266 (79,4)

En la **Figura 15** presentamos los datos anteriores agrupados en dos categorías, diferenciando entre el consumidor diario/habitual, en el que el consumo de bebidas alcohólicas puede suponer/implicar un riesgo para la salud (variable a analizar), y el consumidor ocasional/espórádico o, simplemente, no bebedor, por lo tanto, sin riesgo. Un 8-10% de las personas con discapacidad se hallan expuestas al riesgo que conlleva el consumo de alcohol.

**Figura 15. Patrón de consumo de las bebidas alcohólicas más comunes.**



#### 4.4.3. CONSUMO DE DROGAS

De 355 personas en las que se registró este dato, sólo 9 consumen drogas (Tabla 16).

**Tabla 16. Consumo de drogas.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	No	346	85,6	97,5	97,5±2
	Sí	9	2,2	2,5	2,5±2
	<b>Total</b>	<b>355</b>	<b>87,9</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		49	12,1		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

De las 9 personas con discapacidad que consumen drogas, en 5 de ellas se trata de policonsumo de dos o más sustancias: cocaína (4), porros de hachís (4), heroína (2), marihuana (1) y speed (1), entre otras drogas.

Es importante comentar en este punto que entre los pacientes con discapacidad nos encontramos con el “patrón de policonsumo” descrito en población general. Así, el 60% de los bebedores de riesgo son también fumadores y consumen drogas ( $p=0.000$ ).

#### 4.4.4.- EJERCICIO

De los 212 pacientes en los que se encontró este dato registrado en las historias clínicas, la mayoría, el 95,3 % no practica ningún ejercicio, sólo el 4,7 % (10 individuos) lo hacen (Tabla 17), natación (4), gimnasia (2), bicicleta (1), caminar 2 horas diarias (2) y algún otro tipo de deporte (1).

**Tabla 17. Práctica habitual de algún tipo de actividad física o ejercicio.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	no	202	50,0	95,3	95,3±2
	sí	10	2,5	4,7	4,7±2
	<b>Total</b>	<b>212</b>	<b>52,5</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		192	47,5		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

#### 4.4.5. ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El registro del peso y la talla nos ha permitido calcular en *Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet* en 122 individuos (30,2%) de la muestra. La **Tabla 18** presenta la estadística descriptiva de estas variables registradas, destacando los datos relativos al IMC, cuya media se sitúa en 26.17 (Desviación estándar,  $\pm 4,72$ ).

**Tabla 18. Estadística descriptiva correspondiente a las medidas de asociación peso/talla y el correspondiente IMC.**

		Peso (Kg)	Talla (m)	IMC
N	Válido	191	123	<b>122</b>
	Perdidos	213	281	<b>282</b>
Media		64,99	1,59	<b>26,17</b>
Mediana		64,70	1,60	<b>25,62</b>
Moda		60,00	1,60	<b>23,62</b>
Desviación estándar		13,85	0,12	<b>4,72</b>
Mínimo		17,50	1,08	<b>17,31</b>
Máximo		106,00	1,91	<b>43,28</b>
Percentiles	25	56,40	1,52	<b>22,72</b>
	50	64,70	1,60	<b>25,62</b>
	75	73,00	1,66	<b>28,54</b>

Siguiendo la clasificación de la OMS, agrupamos los 122 valores cuantitativos obtenidos en el cálculo del IMC en la categorías correspondientes (ver **Tabla 19**). El 42,6% de estas personas con discapacidad presenta sobrepeso y el 14,8% obesidad.

**Tabla 19. IMC categorizado de acuerdo a los valores propuestos por la OMS.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	bajo peso (<18,50)	2	0,5	1,6	1,6 $\pm$ 1
	normopeso (18,50-24,99)	50	12,4	41,0	41,0 $\pm$ 5
	sobrepeso (25,00-29,99)	52	12,9	42,6	42,6 $\pm$ 5
	obesidad (>30,00)	18	4,5	14,8	14,8 $\pm$ 3
	<b>Total</b>	<b>122</b>	<b>30,2</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		282	69,8		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

Estos datos nos indican que en el 57,4% (70) de los individuos de la muestra analizada, el sobrepeso-obesidad supone un factor de riesgo para la salud vs 42,6% (52) que presentan bajo peso-normopeso (ver **Figura 16**).

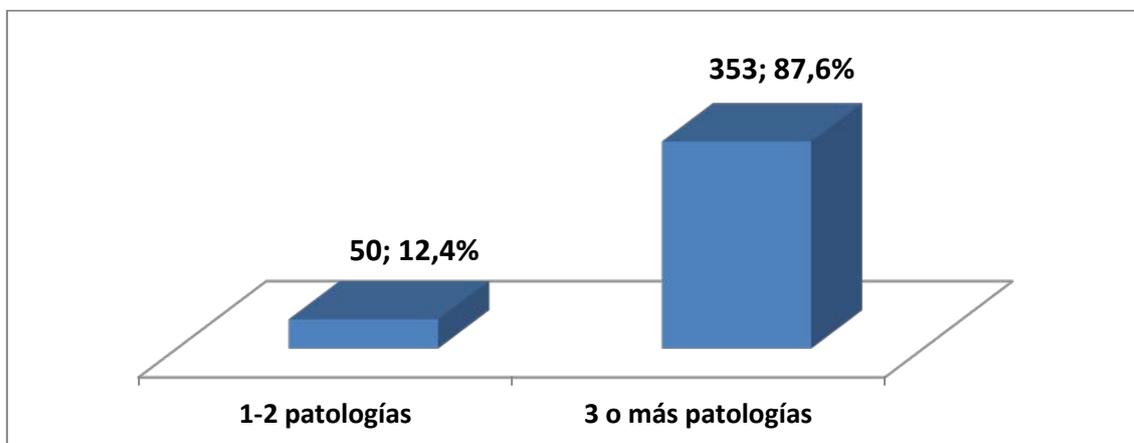
**Figura 16. IMC.**



#### 4.5. MORBILIDAD ASOCIADA

El registro de las enfermedades por aparatos para ver cuáles son las que afectan a los pacientes con discapacidad nos permite afirmar que la mayor parte de las personas de la muestra padecen 3 enfermedades o más: un 87,6%, mientras que sólo un 12,4% padece 1 ó 2 enfermedades (**Figura 17**); la media de comorbilidad para la muestra se sitúa en 5 morbilidades por persona (DT:  $\pm 2,26$ ), con intervalo que abarca desde 1 hasta 10 patologías/persona (**Tabla 20**).

**Figura 17. Número de comorbilidades por paciente.**



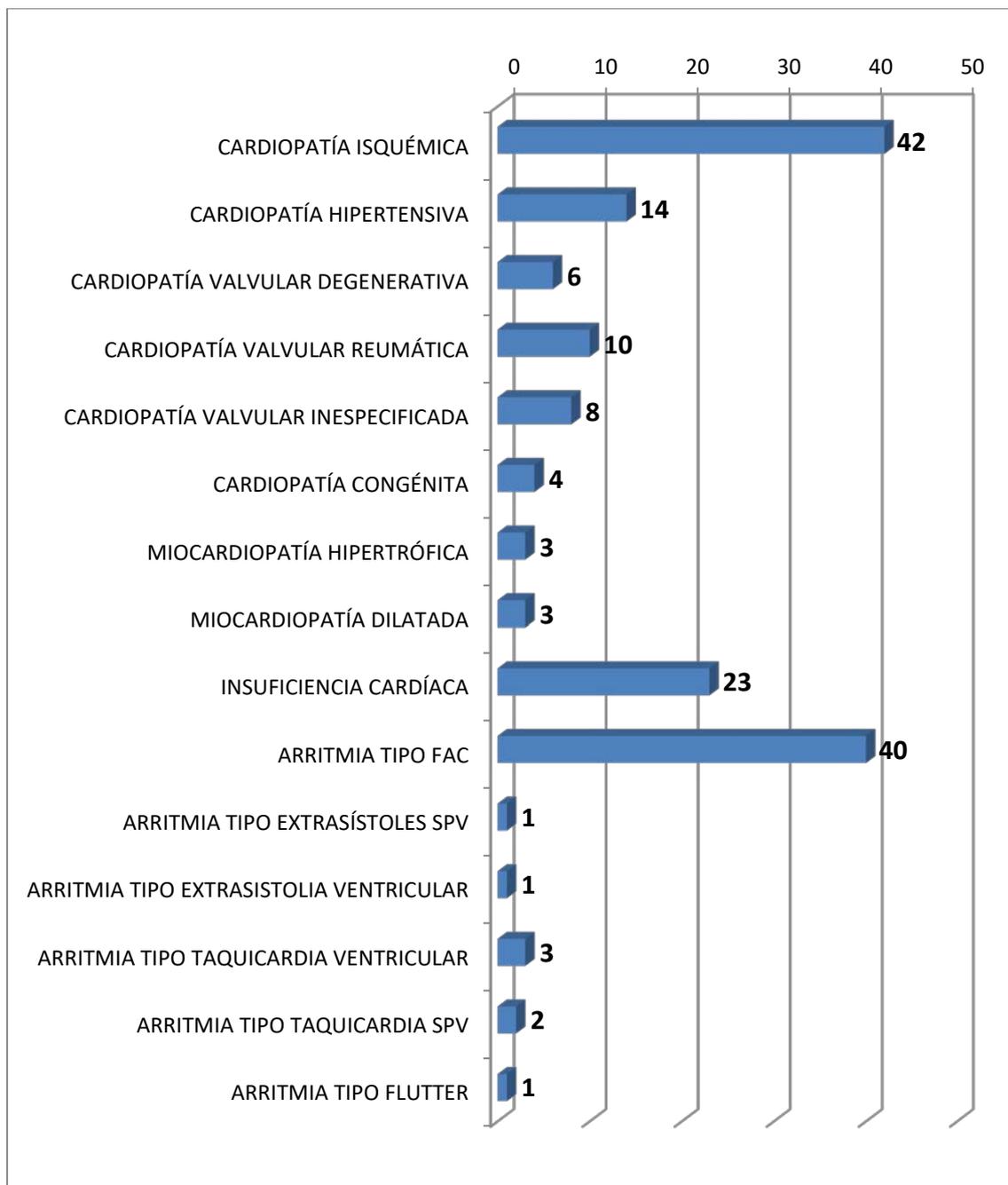
**Tabla 20. Comorbilidad.**

		Frecuencia	Porcentaje	% válido	IC 95%
Válido	1	13	3,2	3,2	3,2 $\pm$ 2
	2	37	9,2	9,2	9,2 $\pm$ 3
	3	74	18,3	18,4	18,4 $\pm$ 4
	4	61	15,1	15,1	15,1 $\pm$ 3
	5	48	11,9	11,9	11,9 $\pm$ 3
	6	60	14,9	14,9	14,9 $\pm$ 3
	7	49	12,1	12,2	12,2 $\pm$ 3
	8	25	6,2	6,2	6,2 $\pm$ 2
	9	24	5,9	6,0	6,0 $\pm$ 2
	10	12	3,0	3,0	3,0 $\pm$ 2
	<b>Total</b>	<b>403</b>	<b>99,8</b>	<b>100,0</b>	
Perdidos sistema		1	0,2		
<b>Total</b>		<b>404</b>	<b>100,0</b>		

#### 4.5.1. ENFERMEDADES DEL CORAZÓN

Un total de **102 pacientes (25,2%) con discapacidad presentan cardiopatías**, muchos de ellos con más de una patología cardíaca. Hemos agrupado las enfermedades del corazón, obteniendo los datos que se presentan en la **Figura 18**.

**Figura 18. Enfermedades del corazón.**

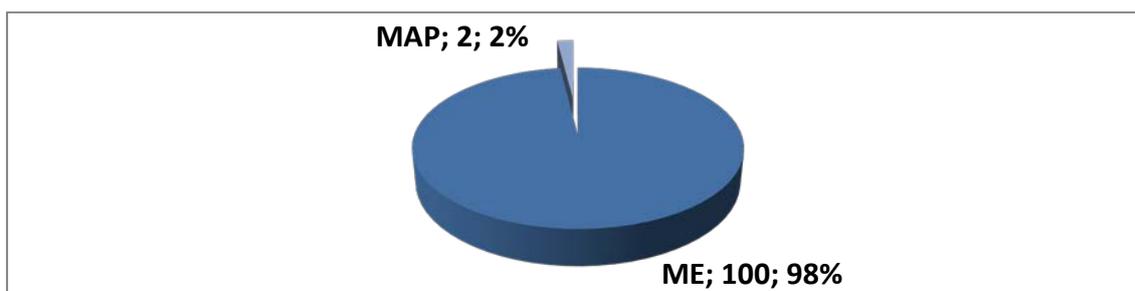


La edad media del diagnóstico se sitúa a los 60 años (DT:  $\pm 22,46$ ), mediana 62 años (p25=51; p75=78) y el rango o amplitud incluye desde los 0 a 95 años. Destacar el diagnóstico de 12 pacientes antes de los 30 años.

La mayoría de los pacientes son tratados con medicación, aunque a 5 de ellos les han implantado marcapasos, a 1 le han implantado un DAI, 13 han sido sometidos a cirugía coronaria (implantación de stent o angioplastias), y 9 cirugías valvulares.

La prescripción de los tratamientos para los pacientes con cardiopatía y discapacidad es llevada a cabo fundamentalmente por el Médico Especialista (100/102; 98%), tan sólo 2 casos son tratados por su Médico de Atención Primaria (**Figura 19**).

**Figura 19. Profesional que prescribió el tratamiento de la cardiopatía.**



La mayoría (93/102; 91,2%) de los pacientes con Cardiopatía tienen revisiones pautadas. Aunque en la mayoría de los casos desconocemos la frecuencia con que se revisan los pacientes cardiopatas con discapacidad, de los 40 en que se ha encontrado el dato, sabemos que las revisiones son anuales en 32 (80 %) de ellos (**Tabla 21**).

**Tabla 21. Tiempo (meses) revisión pacientes cardiopatas.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6	6	15,0
	10	1	2,5
	12	32	80,0
	18	1	2,5
	<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100,0</b>

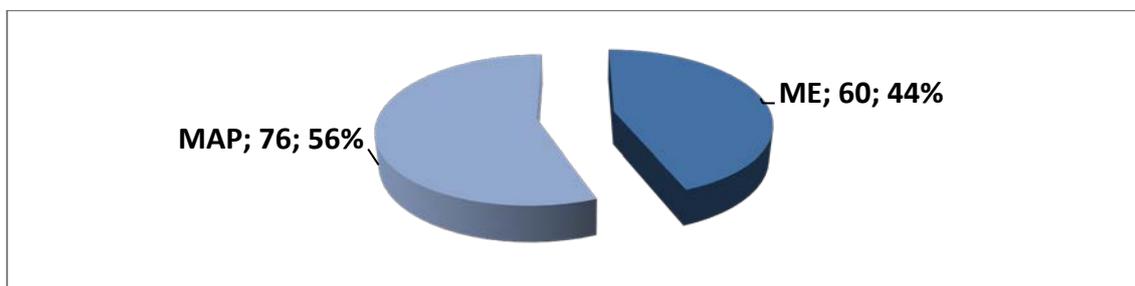
#### 4.5.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA).

En la muestra objeto de estudio, un total de **136 pacientes (33,6%) con discapacidad presentan HTA**. De los 46 pacientes en los que consta la edad del diagnóstico de la HTA, la media de edad en la que se les ha diagnosticado se sitúa en 59,24 años (DT:  $\pm 15,00$ ), mediana 58 años (p25=53; p75=69), con un mínimo de edad al diagnóstico de 10 años y un máximo de 87 años.

Con respecto a los tratamientos, de los 136 pacientes hipertensos, 15 solamente están tratados con dieta, 67 con un fármaco, 42 pacientes utilizan dos fármacos, 10 pacientes precisan del uso de tres fármacos y 1 paciente incluso cinco fármacos y 1 se niega a tomar medicación.

Al 55,9% (76/136) les prescribió el tratamiento hipotensor su Médico de Atención Primaria y al 44,1% (60/136) restante el Médico Especialista (**Figura 20**).

**Figura 20. Profesional que prescribió el tratamiento antihipertensivo.**



Se sabe que 129 (94,8%) de estos 136 pacientes son revisados asiduamente, aunque sólo se conoce la frecuencia de las revisiones de 18 de los pacientes hipertensos, siendo lo más habitual la revisión cada 12 meses (**Tabla 22**).

**Tabla 22. Tiempo (meses) revisión pacientes hipertensos.**

	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	3	1	5,6
	6	2	11,1
	12	15	83,3
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100,0</b>	

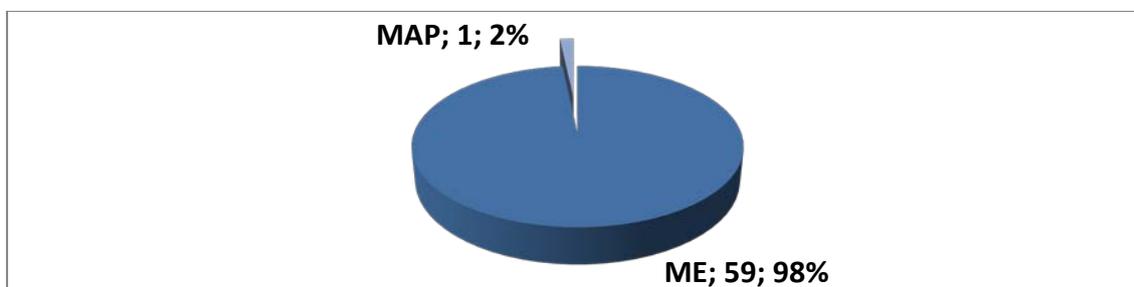
### 4.5.3. ASMA O ENFERMEDAD PULMONAR

De los 404 pacientes de la muestra, son **asmáticos o presentan enfermedad pulmonar un total de 60 personas (14,9%) con discapacidad**. La edad media del diagnóstico de la enfermedad son los 52,46 años (teniendo en cuenta que sólo conocemos este dato en 46 de los 60 pacientes afectados con patología pulmonar) (DT:  $\pm 22,46$ ), mediana 52 años ( $p_{25}=37$ ;  $p_{75}=70$ ) y el rango o amplitud incluye desde 1 a 89 años.

Los tratamientos utilizados por estas personas son inhaladores (46 pacientes), fármacos (12 pacientes), Oxígeno domiciliario (12 pacientes), sistemas de Ventilación Mecánica No Invasiva (7 pacientes) o simplemente seguimiento (2 pacientes). En algunos de ellos se combinan diferentes tratamientos.

La casi totalidad (59/60; 98,3%) de los pacientes con asma o enfermedad pulmonar les hizo la prescripción del tratamiento el Médico Especialista frente al Médico de Atención Primaria (1/60; 1,7%) (**Figura 21**).

**Figura 21. Profesional que prescribió el tratamiento del proceso pulmonar.**



La mayor parte de ellos (51/60; 85,0%) acude a revisiones. Sólo conocemos el tiempo de las revisiones de 10 de ellos, el 50% se revisa a los 12 meses (**Tabla 23**).

**Tabla 23. Tiempo (meses) revisión pacientes asmáticos.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	2	10,0
	4	10,0
	6	20,0
	12	50,0
	24	10,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

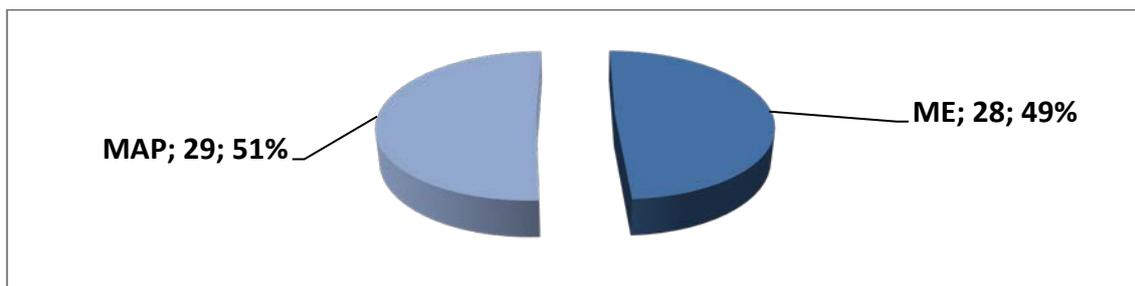
#### 4.5.4. DIABETES

En la revisión de las 404 historias clínicas encontramos un total de **57 pacientes (14,1%) con discapacidad diabéticos**. De los 31 pacientes en los que conocemos la edad del diagnóstico, obtuvimos una media de 55,94 años (DT:  $\pm 20,86$ ), mediana 58 años (p25=46; p75=68), con un registro máximo de 95 años y mínimo de 12 años.

Los tratamientos utilizados son: Insulina en 27 pacientes, un antidiabético en 21 pacientes, dos antidiabéticos en 5 pacientes, y tres en 1 paciente, y dieta en 8 pacientes (en algunos de ellos se combinan dieta, antidiabético y/o Insulina).

La prescripción de la medicación a los pacientes diabéticos fue realizada prácticamente a partes iguales por el Médico Especialista (28/57; 49,1% de los pacientes) y por el Médico de Atención Primaria (29/57; 50,9% de los pacientes) (**Figura 22**).

**Figura 22. Profesional que prescribió el tratamiento antidiabético.**



Prácticamente todos los pacientes diabéticos de la muestra (56/57; 98,2%) excepto 1 son revisados. Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 6 de los pacientes, 3 se revisan anualmente, 2 lo hacen trimestralmente y 1 cada 6 meses (**Tabla 24**).

**Tabla 24. Tiempo (meses) revisión pacientes diabéticos.**

	Frecuencia		Porcentaje
Válido	3	2	33,3
	6	1	16,7
	12	3	50,0
<b>Total</b>	<b>6</b>		<b>100,0</b>

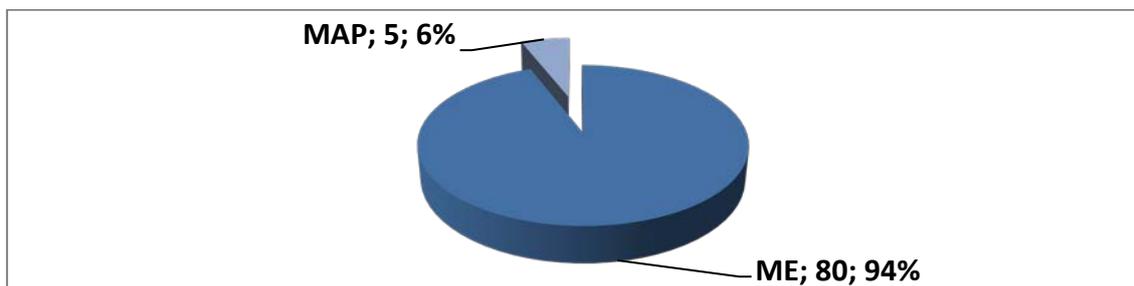
#### 4.5.5. ÚLCERA Y ENFERMEDAD ESTOMACAL

Un total de **85 pacientes (21,0%) con discapacidad presentan úlcera o enfermedad estomacal**. La media de edad de los pacientes que se conoce este dato (55 pacientes) es de 52,74 años (DT:  $\pm 22,89$ ), mediana 55 años (p25=39; p75=68), valor mínimo de 1 año de edad y valor máximo de 96 años.

73 pacientes están en tratamiento con Inhibidores de la Bomba de protones (omeprazol, pantoprazol, esomeprazol, etc.), 4 han precisado intervención quirúrgica (vagotomías tronculares, funduplicaturas), 1 ha precisado dilataciones esofágicas repetidas y 7 utilizan antiácidos.

El tratamiento ha sido indicado por el Médico Especialista en 80 de ellos (94,1%) y a los 5 restantes (5,9%) se lo indicó su Médico de Atención Primaria (**Figura 23**).

**Figura 23. Profesional que prescribió el tratamiento de la enfermedad estomacal.**



De los 85 pacientes con úlcera o enfermedad estomacal, sólo 19 (22,4%) se revisan con frecuencia, los otros 66 (77,6%) no tienen revisiones. De los 19 que se revisan sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 5 de ellos: 3 se revisan anualmente, 1 cada 6 meses, y el otro cada 3 meses (**Tabla 25**).

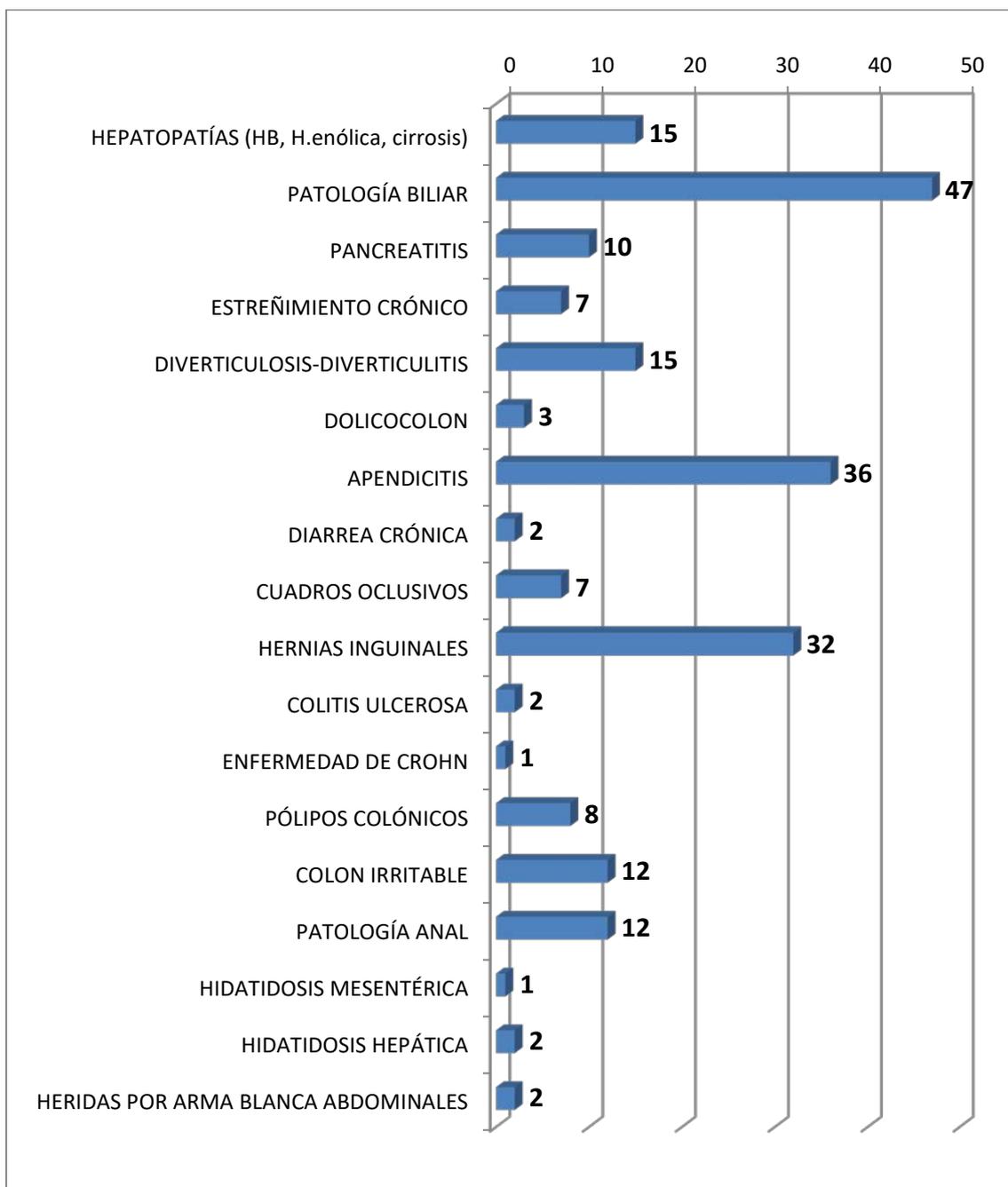
**Tabla 25. Tiempo (meses) revisión pacientes con úlcera y/o enfermedad estomacal.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	20,0
	6	20,0
	12	60,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.6. ENFERMEDAD INTESTINAL

Entre las 404 personas con discapacidad estudiadas, **164 (40,6%)** presentan **enfermedad intestinal**, tratándose de diferentes patologías (ver **Figura 24**)

**Figura 24. Enfermedades intestinales.**

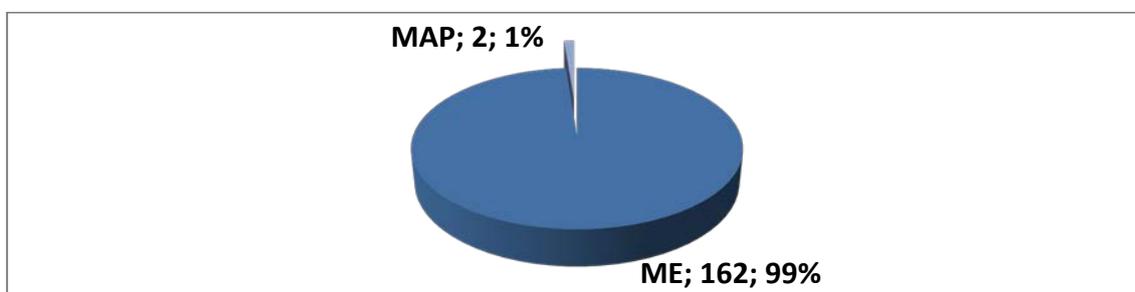


De los 164 pacientes con patología intestinal, conocemos la edad de su diagnóstico en 122 de ellos, siendo la media de edad los 52 años (DT:  $\pm 23,18$ ), mediana 55 años (p25=35; p75=69), con un mínimo de 0 años (meses de edad) y un máximo de 94 años.

La mayoría de estos pacientes con patología intestinal (119) han precisado de intervenciones quirúrgicas para tratar su patología. El resto son tratados con fármacos.

A la mayoría de los pacientes con enfermedad intestinal (98,8%), el tratamiento se lo indicó un Médico Especialista (162 de los 164) (**Figura 25**).

**Figura 25. Profesional que prescribió el tratamiento de la enfermedad intestinal.**



De los pacientes con patología intestinal sólo se revisan 26 (15,9%), los 138 restantes (84,1%) no tienen revisiones pautadas. De los 26 pacientes que acuden a revisión, sólo conocemos la frecuencia en 10 de ellos: 6 se revisan anualmente, 1 cada 6 meses, 2 cada 3 meses y 1 de ellos tiene revisiones cada 2 meses (**Tabla 26**).

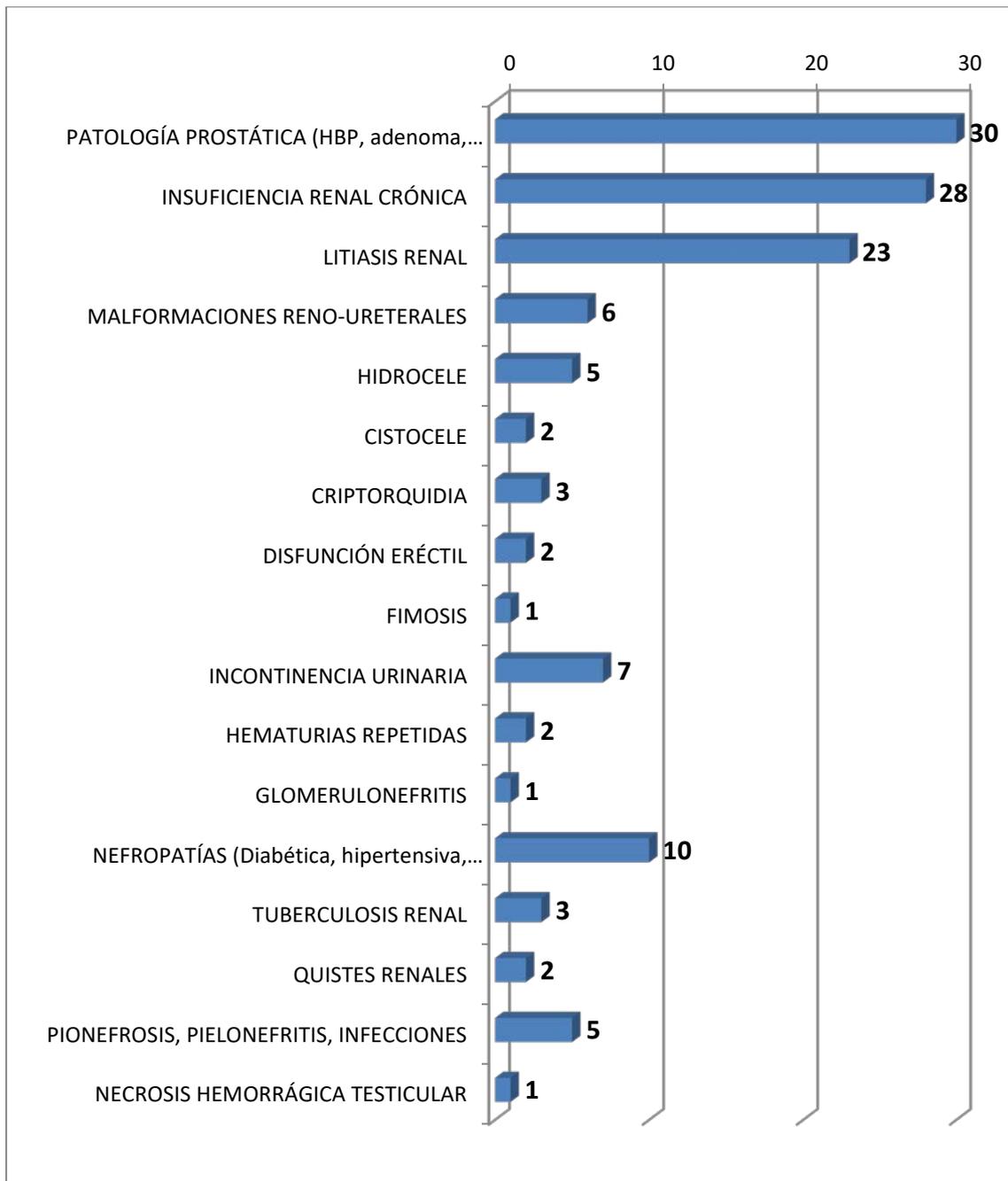
**Tabla 26. Tiempo (meses) revisión pacientes con enfermedad intestinal.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válido	2	10,0
	3	20,0
	6	10,0
	12	60,0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.7. ENFERMEDAD RENAL

En la muestra hay **102 pacientes (25,2%) con discapacidad que presentan patología del sistema urinario-renal**. Se distribuyen tal y como podemos observar en la **Figura 26**.

**Figura 26. Enfermedades renales.**

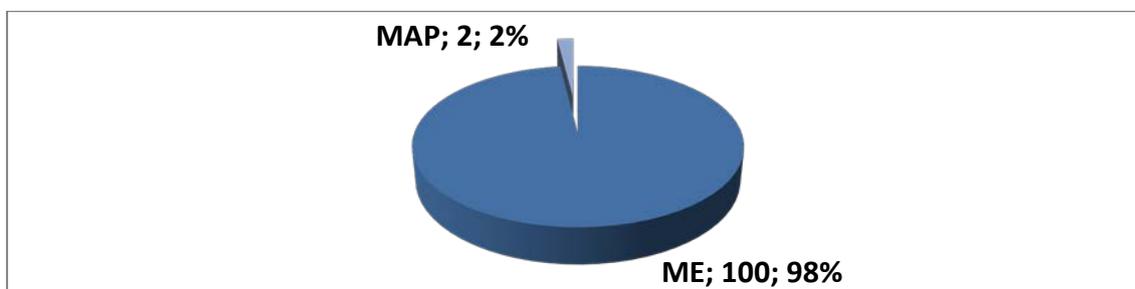


Sólo conocemos la edad de su diagnóstico en 68 de ellos, siendo la media de edad los 49,28 años (DT:  $\pm 24,16$ ), mediana 57 años (p25=29; p75=70), con un mínimo de 0 años (meses de edad) y un máximo de 88 años.

De los 102 pacientes con patología nefro-urológica, 32 de ellos han precisado intervención quirúrgica, 7 necesitan dializarse.

Al 98% (100) el tratamiento fue prescrito por un médico Especialista, mientras que el 2% (2) restante son tratados por su Médico de Atención Primaria (**Figura 27**).

**Figura 27. Profesional que prescribió el tratamiento de la enfermedad renal.**



De todos ellos, siguen revisiones el 61,8% (63/102), el 38,2% restante no (39/102). De los 63 que se revisan sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 20 de ellos, y el 75% se revisan anualmente (**Tabla 27**).

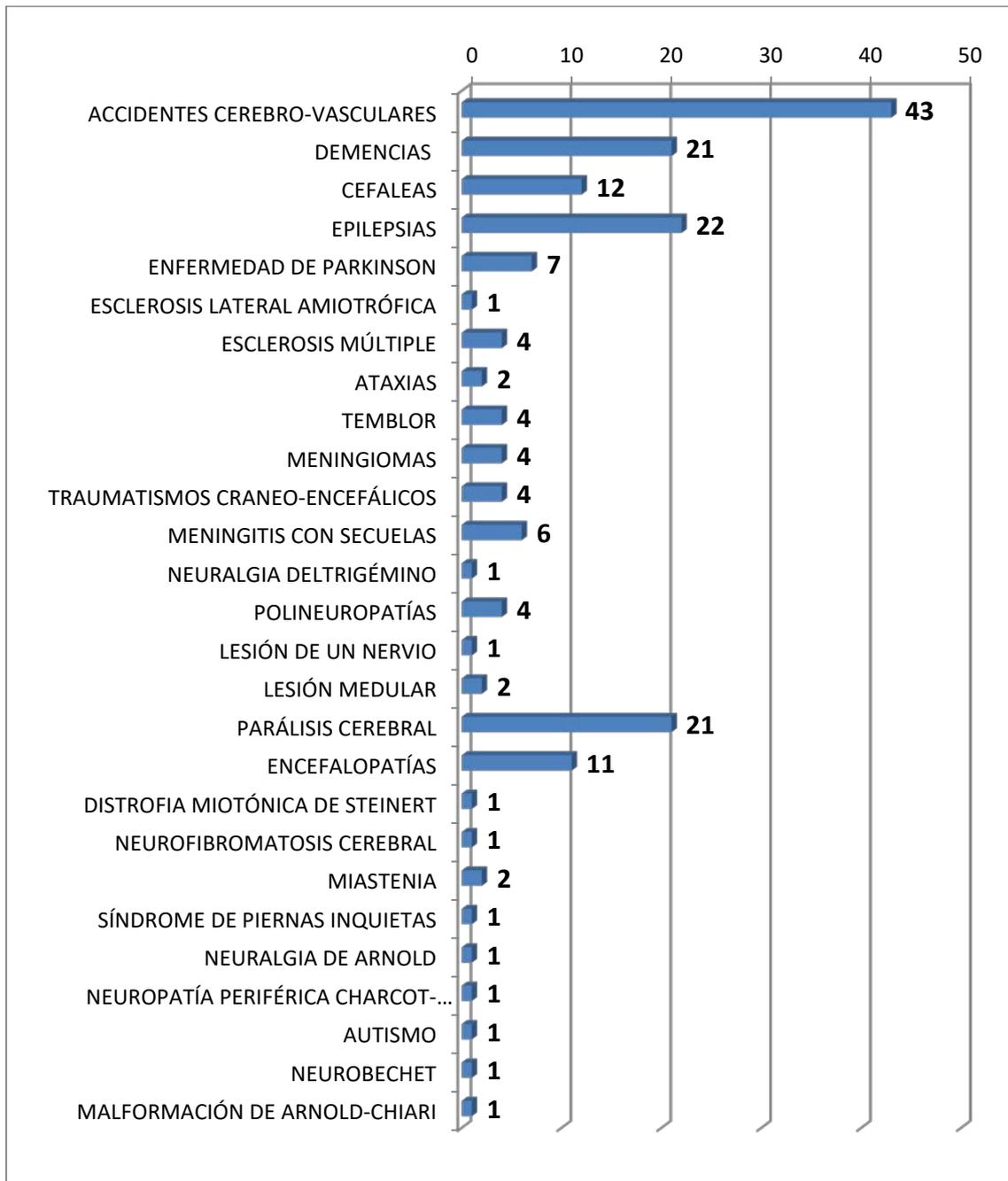
**Tabla 27. Tiempo (meses) revisión pacientes con enfermedad renal.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6	4	20,0
	12	15	75,0
	24	1	5,0
<b>Total</b>		<b>20</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.8. ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO

En nuestra muestra hay **157 pacientes (38,9%) con enfermedades neurológicas o del Sistema Nervioso**, que podemos agrupar tal y como presentamos en la **Figura 28**.

**Figura 28. Enfermedades neurológicas.**

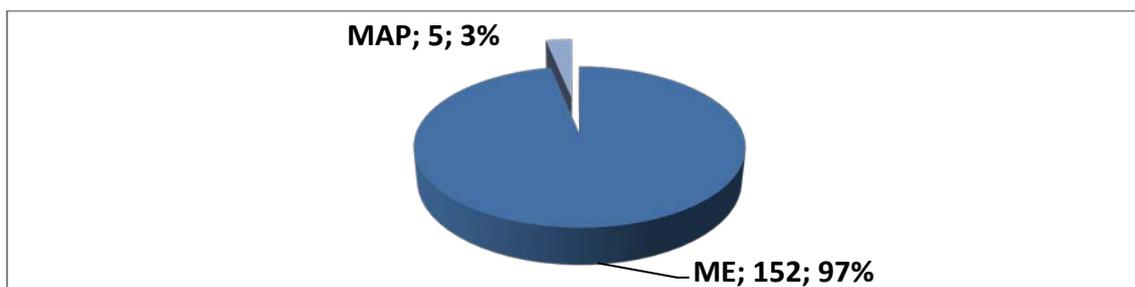


Sólo conocemos la edad de su diagnóstico en 124 pacientes, siendo la media de edad 44,52 años (DT:  $\pm 30,13$ ), mediana 50 años (p25=11; p75=71). El rango de edad del diagnóstico de las enfermedades neurológicas oscila entre los 0 años (meses de edad o al nacimiento) y los 94 años.

Los tratamientos que reciben estos pacientes son: anticonvulsivantes, antiagregantes-anticoagulantes, aines, corticoides, relajantes musculares, incluso algunos han precisado cirugía.

De los 157 pacientes con patología neurológica, el 96,8% (152) el tratamiento fue indicado por un Médico Especialista, y al 3,2% (5) restante se lo prescribió su Médico de Atención Primaria (**Figura 29**).

**Figura 29. Profesional que prescribió el tratamiento de la enfermedad neurológica.**



El 63,7% (100) acude a revisiones periódicas, mientras que el 36,3% (57) no se revisan. Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 36 de los 100 pacientes que se revisan, y predominan las revisiones anuales (en 24 de los 36) (**Tabla 28**).

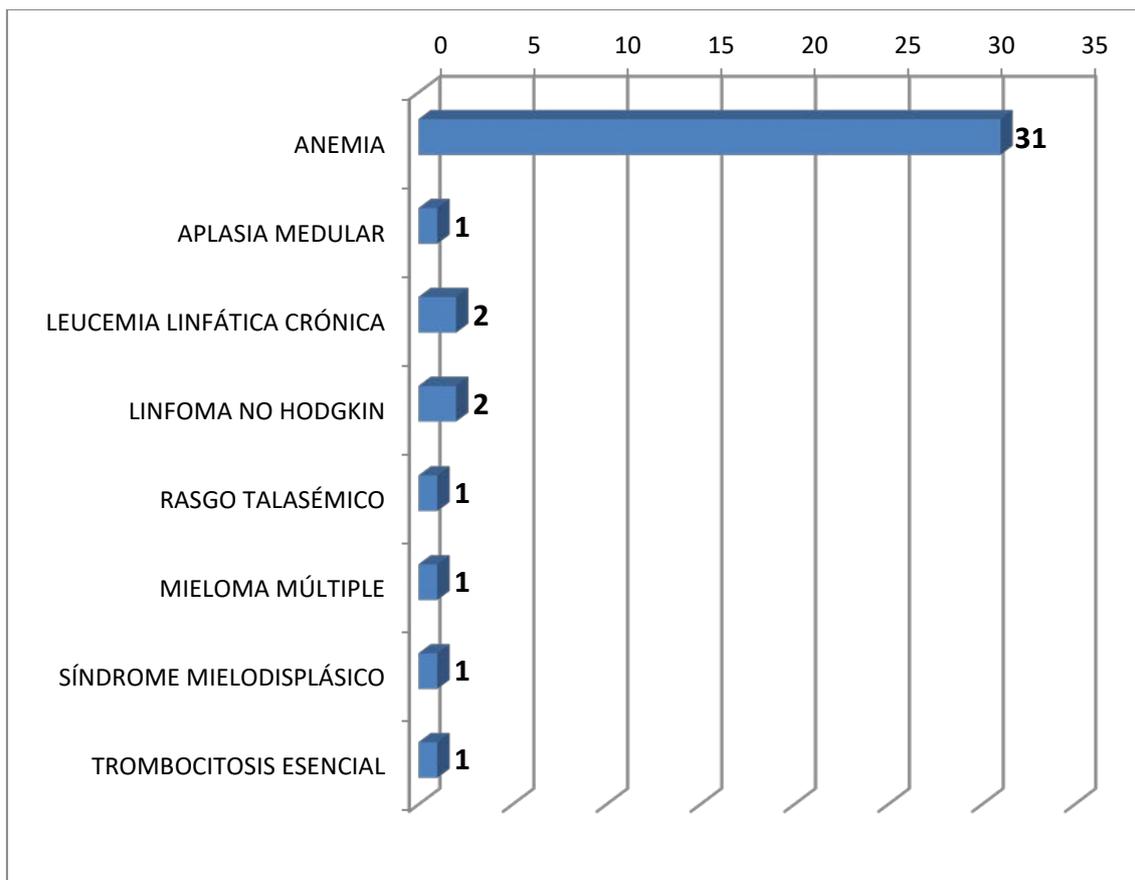
**Tabla 28. Tiempo (meses) revisión pacientes con enfermedad neurológica.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	4	11,1
	4	1	2,8
	6	7	19,4
	12	24	66,7
<b>Total</b>		<b>36</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.9. ENFERMEDAD DE LA SANGRE

Hay **38 pacientes (9,4%)** entre las personas con discapacidad estudiadas con **problemas hematológicos**, que podemos agrupar en según **Figura 30** (dos de ellos presentan dos patologías de la sangre).

**Figura 30. Enfermedades hematológicas.**

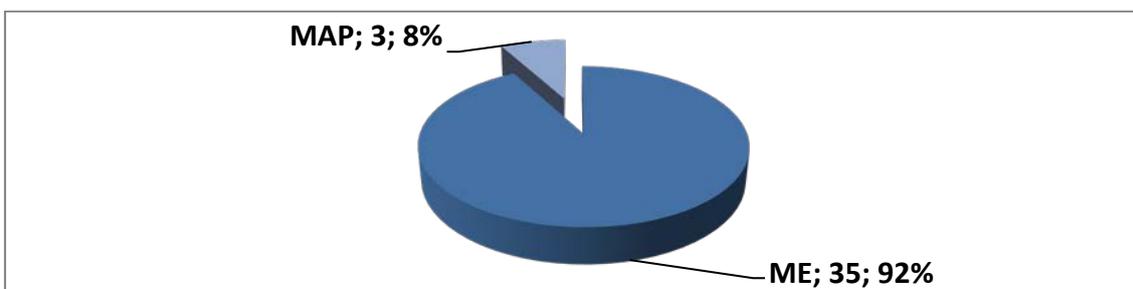


Sólo conocemos la edad del diagnóstico en 27 de los 38 pacientes con enfermedad hematológica, siendo la media de edad 62,74 años (DT:  $\pm 25,59$ ), mediana 70 años (p25=49; p75=82). El rango o amplitud del intervalo de edad oscila entre los 0 años (al nacimiento o con meses de edad) y los 96 años.

Los tratamientos indicados a estos pacientes son hierro (8 pacientes), soporte trasfusional (2 pacientes), vitamina B12 (4 pacientes), corticoides (2 pacientes), quimioterapia (1 paciente), cirugía (1 paciente), el resto sólo siguen revisiones con controles analíticos, o tratamiento sintomático.

De los 38 pacientes, a la mayoría (35; 92,1%) el tratamiento de su enfermedad les fue prescrito por el Médico Especialista, mientras que al resto (3; 7,9%) se lo indicó su Médico de Atención Primaria (**Figura 31**).

**Figura 31. Profesional que prescribió el tratamiento de la enfermedad hematológica.**

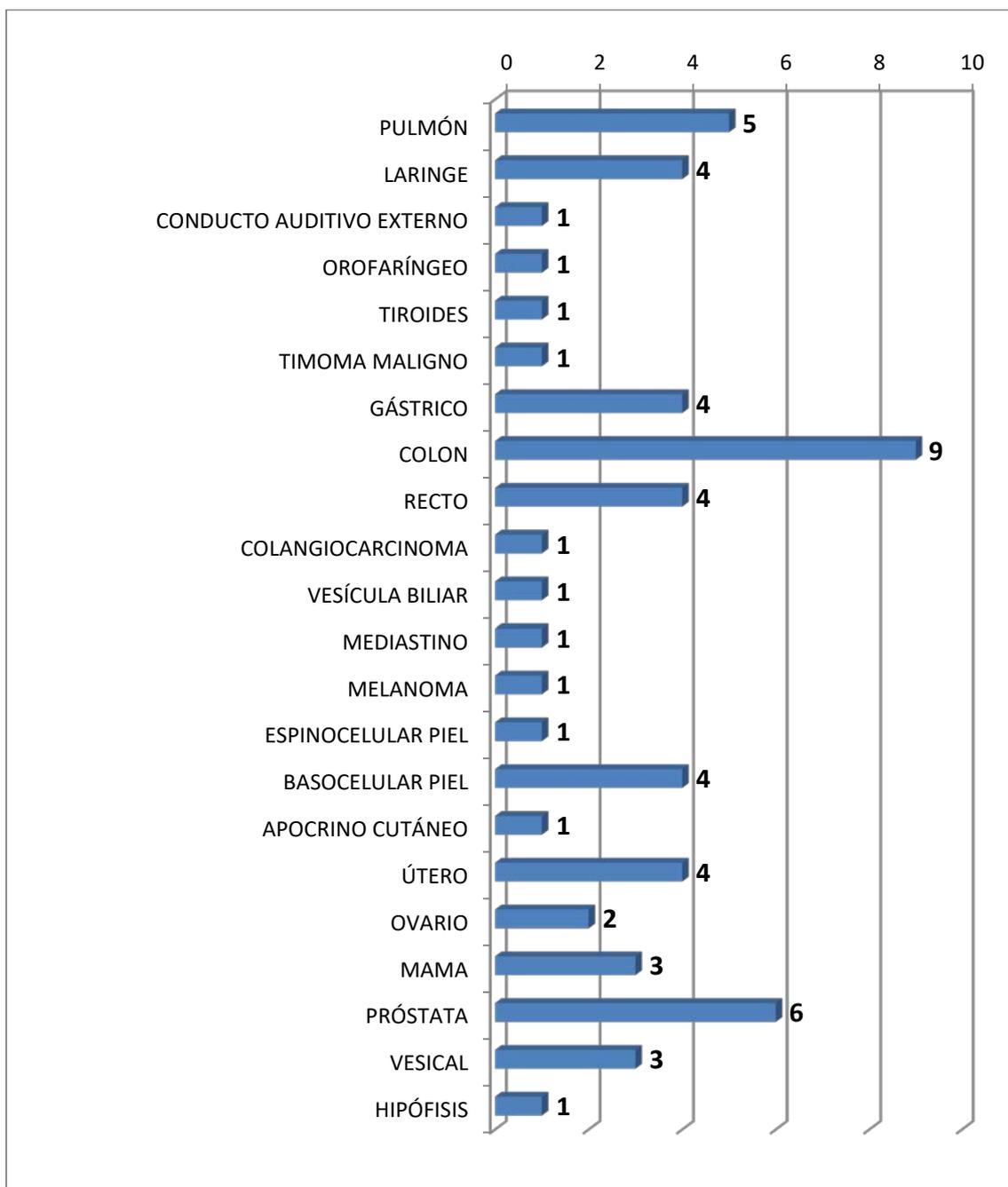


El 86,8% (33 pacientes) sí llevan a cabo revisiones periódicas, aunque la frecuencia de estas revisiones sólo disponemos de este dato en 1 de los pacientes, que se revisa cada 3 meses.

#### 4.5.10. CÁNCER

Un total de **56 pacientes (13,9%) con discapacidad presentan neoplasias**, algunos de ellos presentan más de una neoplasia (ver **Figura 32**).

**Figura 32. Neoplasias.**

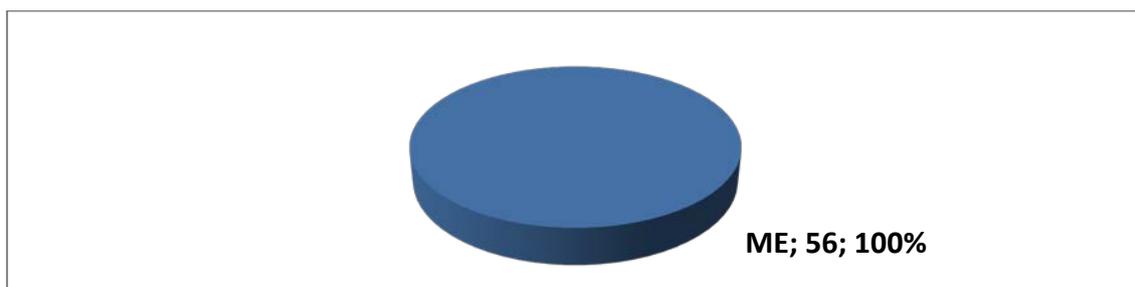


Conocemos la edad del diagnóstico del cáncer de 54 de los pacientes de nuestra muestra (en 2 casos no conocemos el dato), siendo la media de edad 67,87 años (DT:  $\pm 14,30$ ), mediana 67 años ( $p_{25}=56$ ;  $p_{75}=79$ ), y oscila entre los 39 y los 96 años.

Los tratamientos aplicados a estos pacientes son: cirugía (42 pacientes), quimioterapia (19 pacientes), radioterapia (8 pacientes), sólo tratamiento médico (6 pacientes), ninguno (5 pacientes). En algunos de los pacientes se aplicaron diferentes tratamientos.

A la totalidad de los pacientes con cáncer (56; 100%), el tratamiento les ha sido prescrito por un Médico Especialista (**Figura 33**). La mayoría, el 87,5% (49) son revisados, el otro 12,5% (7) no (han fallecido o se han curado).

**Figura 33. Profesional que prescribió el tratamiento antineoplásico.**



Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones en 19 de los pacientes de los 49 que se revisan: 9 lo hacen cada 12 meses, 6 cada 6 meses, 3 cada 3 meses y 1 mensualmente (**Tabla 29**).

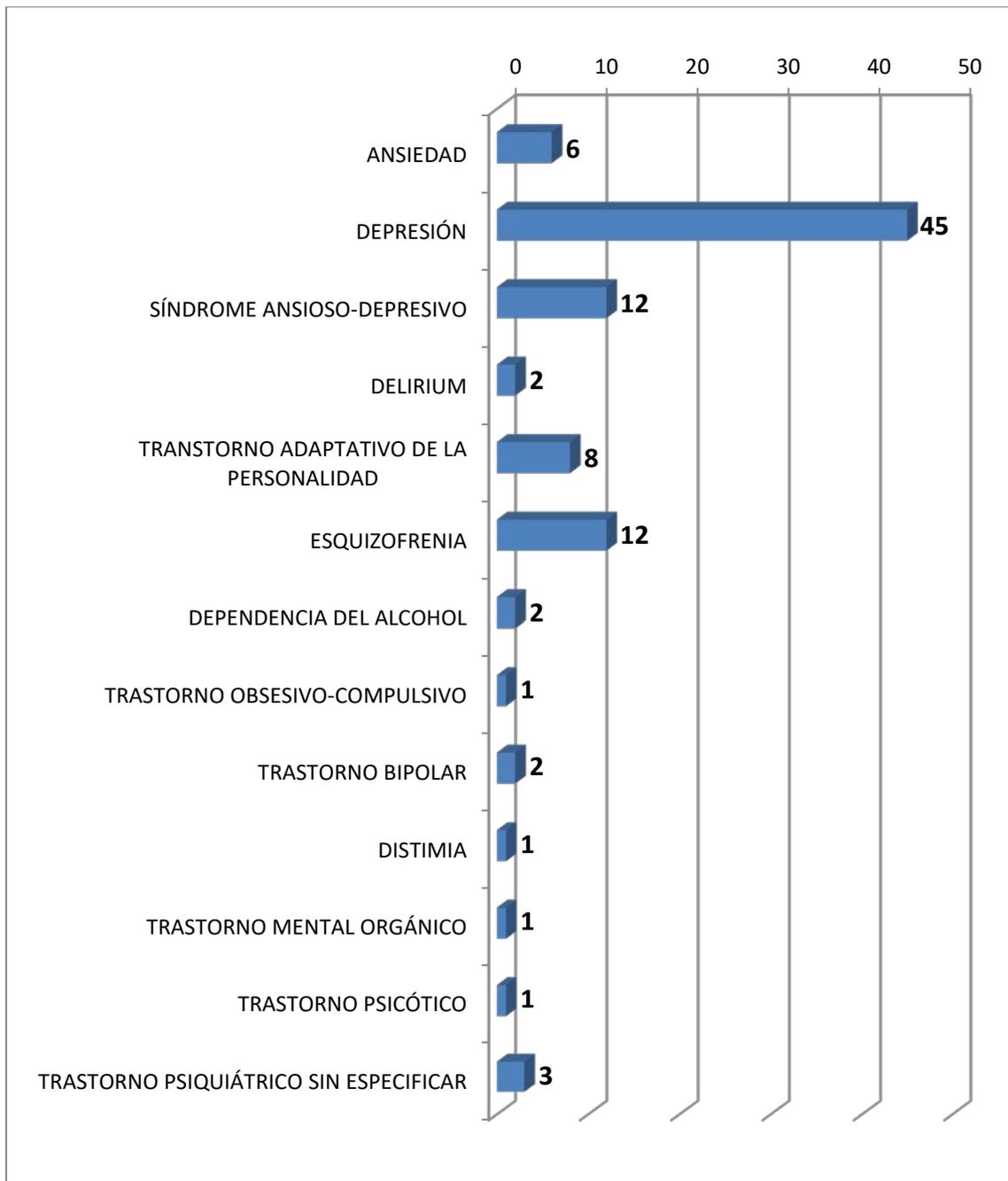
**Tabla 29. Tiempo (meses) revisión pacientes con neoplasias.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	1	1	5,3
	3	3	15,8
	6	6	31,6
	12	9	47,4
	<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.11. TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Entre los pacientes con discapacidad estudiados, **95 (23,5%)** presentan algún trastorno psiquiátrico (ver Figura 34). Uno de los paciente que presenta 2 trastornos a la vez.

Figura 34. Trastornos psiquiátricos.

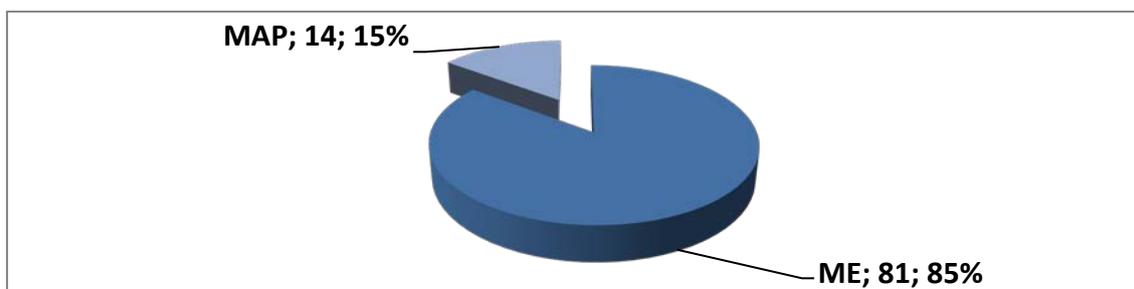


Sólo conocemos la edad del diagnóstico del trastorno psiquiátrico de 59 de los 95 pacientes, oscilando el rango o amplitud de la muestra analizada entre 13 y 86 años, con una media de 42,88 (DT:  $\pm 19,83$ ), mediana 39 años ( $p_{25}=24$ ;  $p_{75}=59$ ).

Todos ellos están en tratamiento con fármacos para su patología, excepto 3 que se niegan a tomarlo, 1 que no lo precisa, y otro paciente en el que desconocemos si tiene o no tratamiento.

Al 85,3% (81) les prescribió el tratamiento el Psiquiatra, y al 14,7% (14) restante su Médico de Atención Primaria (**Figura 35**).

**Figura 35. Profesional que prescribió el tratamiento del trastorno psiquiátrico.**



De los 95 pacientes, acuden a revisión 77 pacientes (81,1%), mientras que el 18,9% (18 pacientes) restante no se revisa, la mayoría de ellos porque no lo desea. Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 14 de los 77 pacientes que se revisan, la mayoría (el 64,3%) lo hace anualmente (**Tabla 30**).

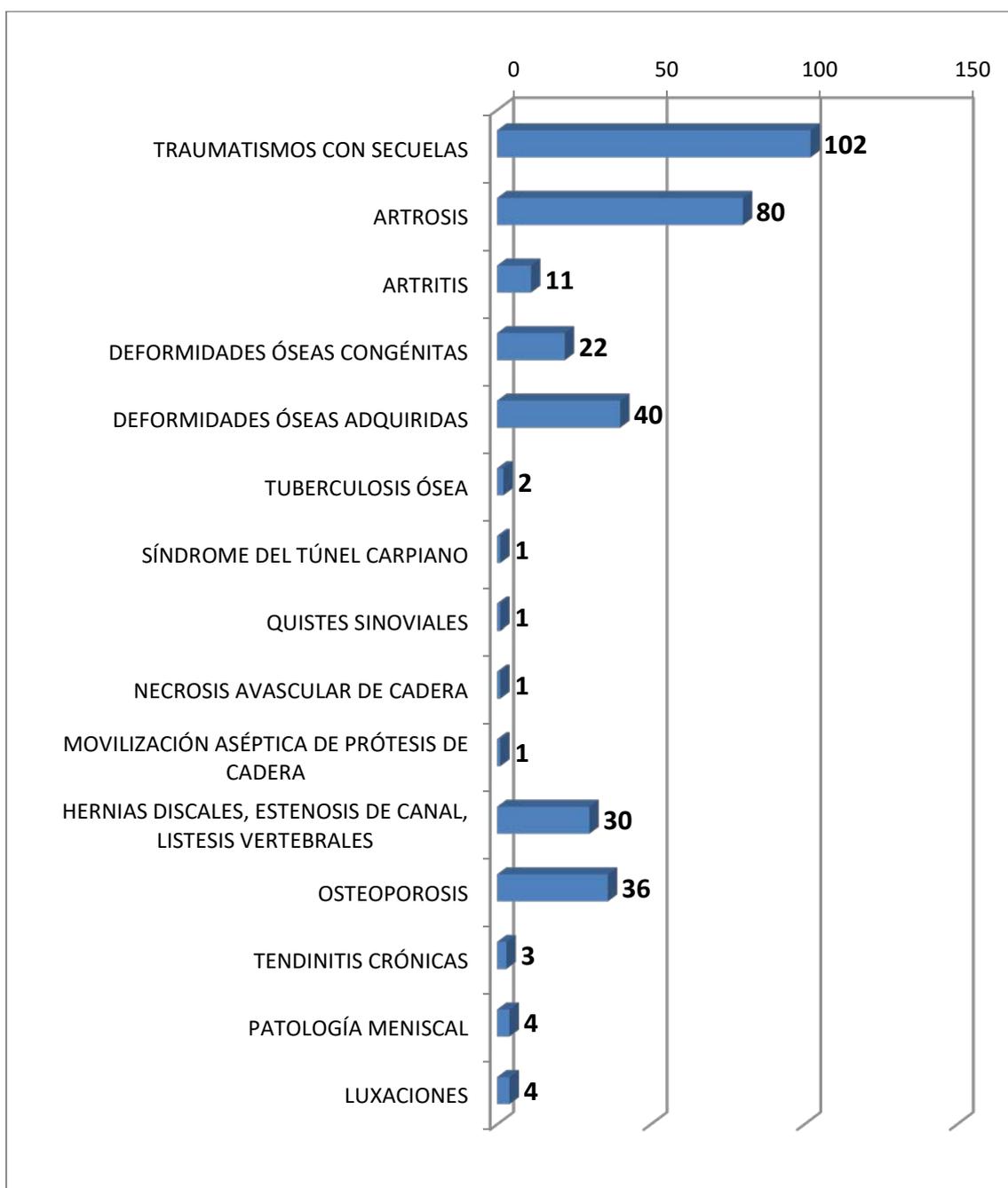
**Tabla 30. Tiempo (meses) revisión pacientes con trastornos psiquiátricos.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	2	2	14,3
	3	1	7,1
	6	2	14,3
	12	9	64,3
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.12. ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR

De los 404 pacientes de la muestra, sufren **enfermedades del aparato locomotor 240 (59,4%)**. Las diferentes patologías que padecen se presentan en la **Figura 36**. En algunos pacientes confluyen varias patologías.

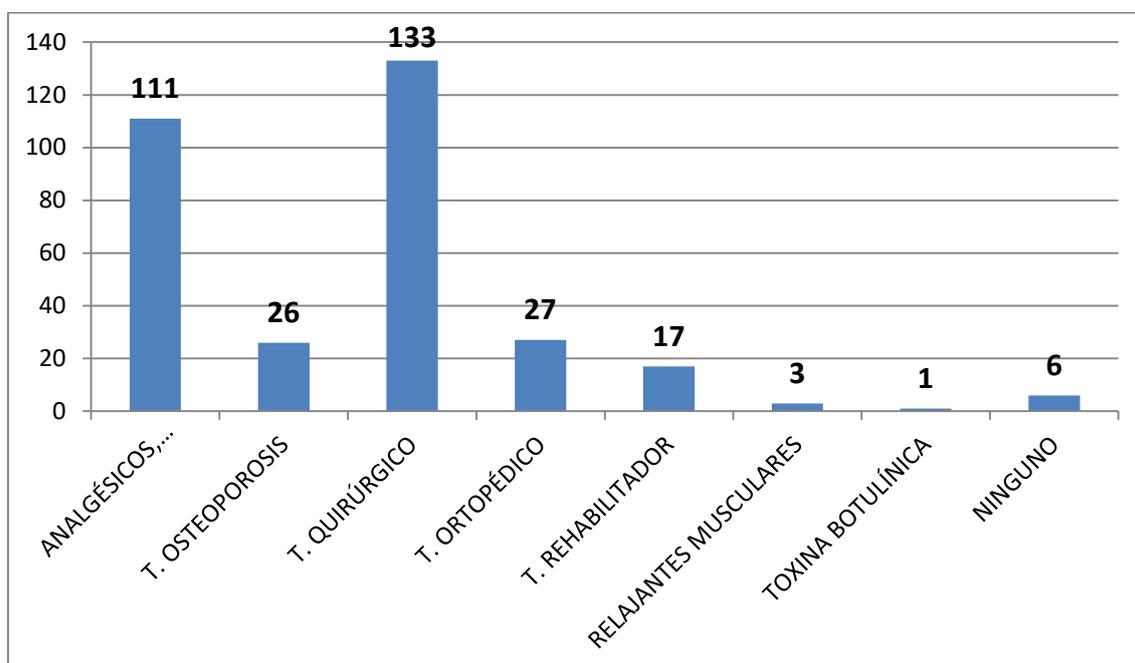
**Figura 36. Enfermedades del aparato locomotor.**



Disponemos de la edad del diagnóstico de la patología en 192 de los 240 pacientes, y oscila entre los 0 años y los 97 años, con una media de 47,82 años (DT:  $\pm 23,85$ ), mediana 50 años (p25=31; p75=66).

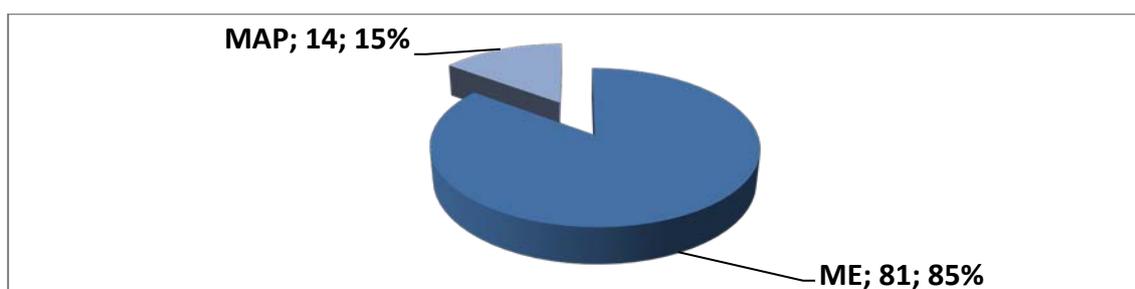
Los tratamientos utilizados en estos pacientes se exponen en la **Figura 37**. Destacan cuantitativamente el tratamiento quirúrgico y farmacológico (analgésicos y antiinflamatorios). En algunos casos se aplica más de un tratamiento.

**Figura 37. Tratamientos aplicados en los pacientes con enfermedad locomotora.**



De los 240 pacientes, a 236 (98,3%) les prescribió su tratamiento el Médico Especialista, y tan sólo a 4 (1,7%) de ellos lo hizo su Médico de Primaria (**Figura 38**).

**Figura 38. Profesional que prescribió en tratamiento del trastorno psiquiátrico.**



De los 240 pacientes, 90 (37,5%) son revisados, los otros 150 (62,5%) no se revisan. Conocemos la frecuencia de las revisiones de sólo 24 pacientes de los 90 que se revisan, y la mayoría (el 66,7%) lo hacen anualmente (**Tabla 31**).

**Tabla 31. Tiempo (meses) revisión pacientes con enfermedad locomotora.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	3	12,5
	4	2	8,3
	6	2	8,3
	12	16	66,7
	24	1	4,2
	<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

El 21,3% (51/240) de los pacientes con patología ósea llevan algún tipo de **prótesis**. Las prótesis varían, desde prótesis de rodilla (11 pacientes), prótesis de cadera (36 pacientes), clavos (7 pacientes), pierna ortopédica (1 paciente), a prótesis de disco intervertebral (1 paciente). Algunos de ellos llevan más de una prótesis.

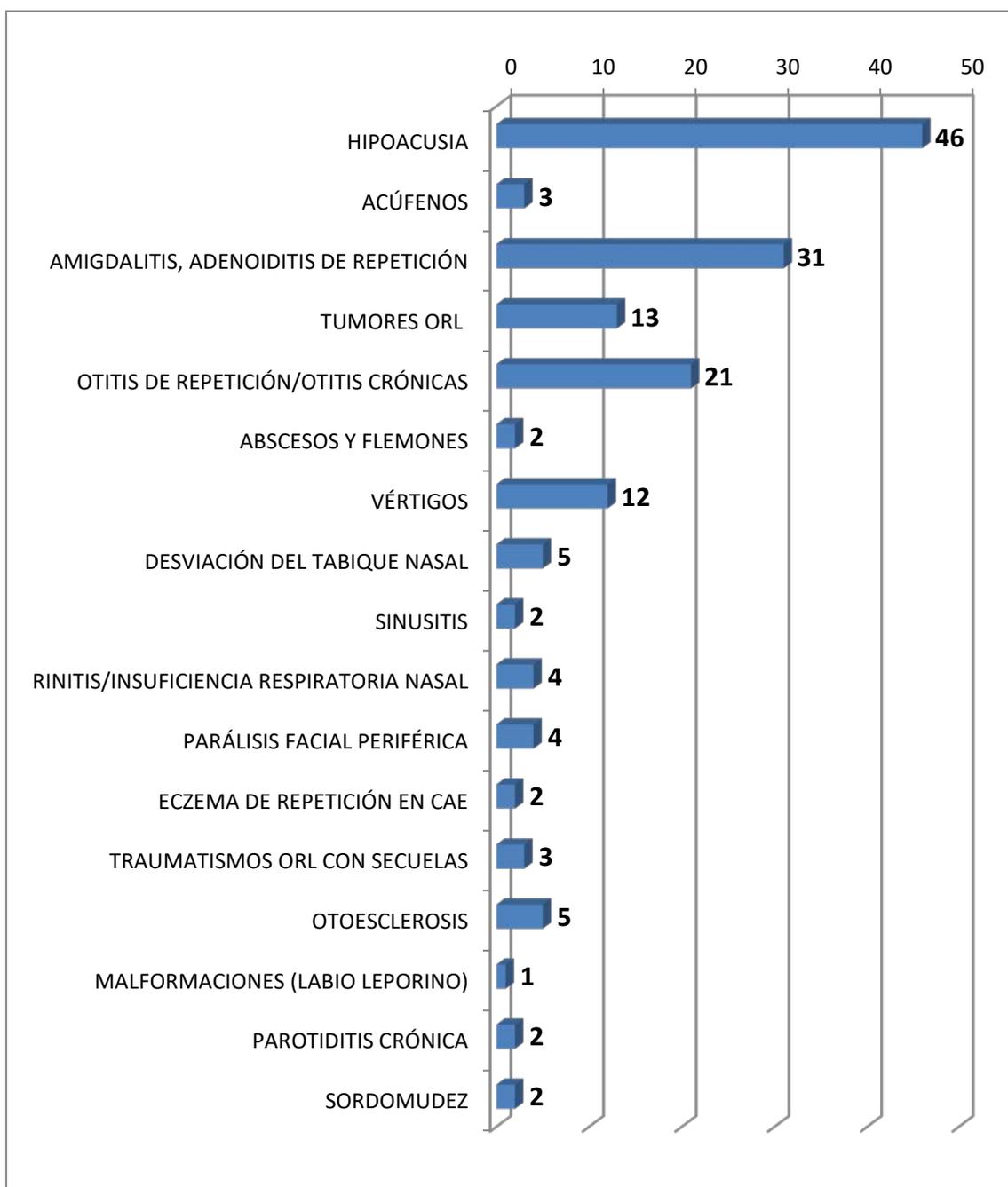
Han recibido **tratamiento rehabilitador** 103 pacientes de los 240 que presenta algún tipo de patología del aparato locomotor, el 42,9%. El tiempo durante el cual han estado recibiendo el tratamiento rehabilitador no se recoge en ninguna de las historias revisadas.

Un 3,3%, 8 pacientes, con patología ósea han necesitado **tratamiento por el podólogo**, desconocemos durante cuánto tiempo.

#### 4.5.13. ENFERMEDADES OTORRINOLARINGOLÓGICAS

De los pacientes con discapacidad que componen de nuestra, **118 (29,2%)** sufren patologías de la esfera otorrinolaringológica (ver Figura 39).

Figura 39. Enfermedades otorrinolaringológicas.

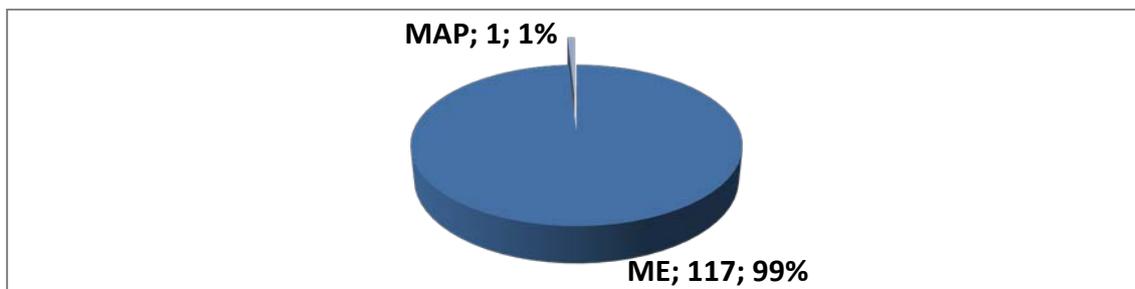


La edad del diagnóstico de estas patologías oscila entre los 3 y los 73 años, con una media de edad de 45,36 años al diagnóstico (DT:  $\pm 21,44$ ), mediana 54 años (p25=27; p75=56).

Los tratamientos utilizados varían, desde audífonos (15 pacientes), cirugía (71 pacientes), fármacos (24 pacientes), seguimiento (9 pacientes). En 17 pacientes no se realiza tratamiento.

A todos los pacientes de la muestra con patología ORL, excepto a uno (0,8%), el tratamiento le ha sido indicado por el Médico Especialista (117; 99,2%) (Figura 40).

**Figura 40. Profesional que prescribió en tratamiento ORL.**



De los 118 pacientes con patología ORL, sólo 38 (32,2%) son revisados habitualmente. De éstos, conocemos la frecuencia de las revisiones de 14 de ellos, y se revisan todos menos 1, anualmente (Tabla 32).

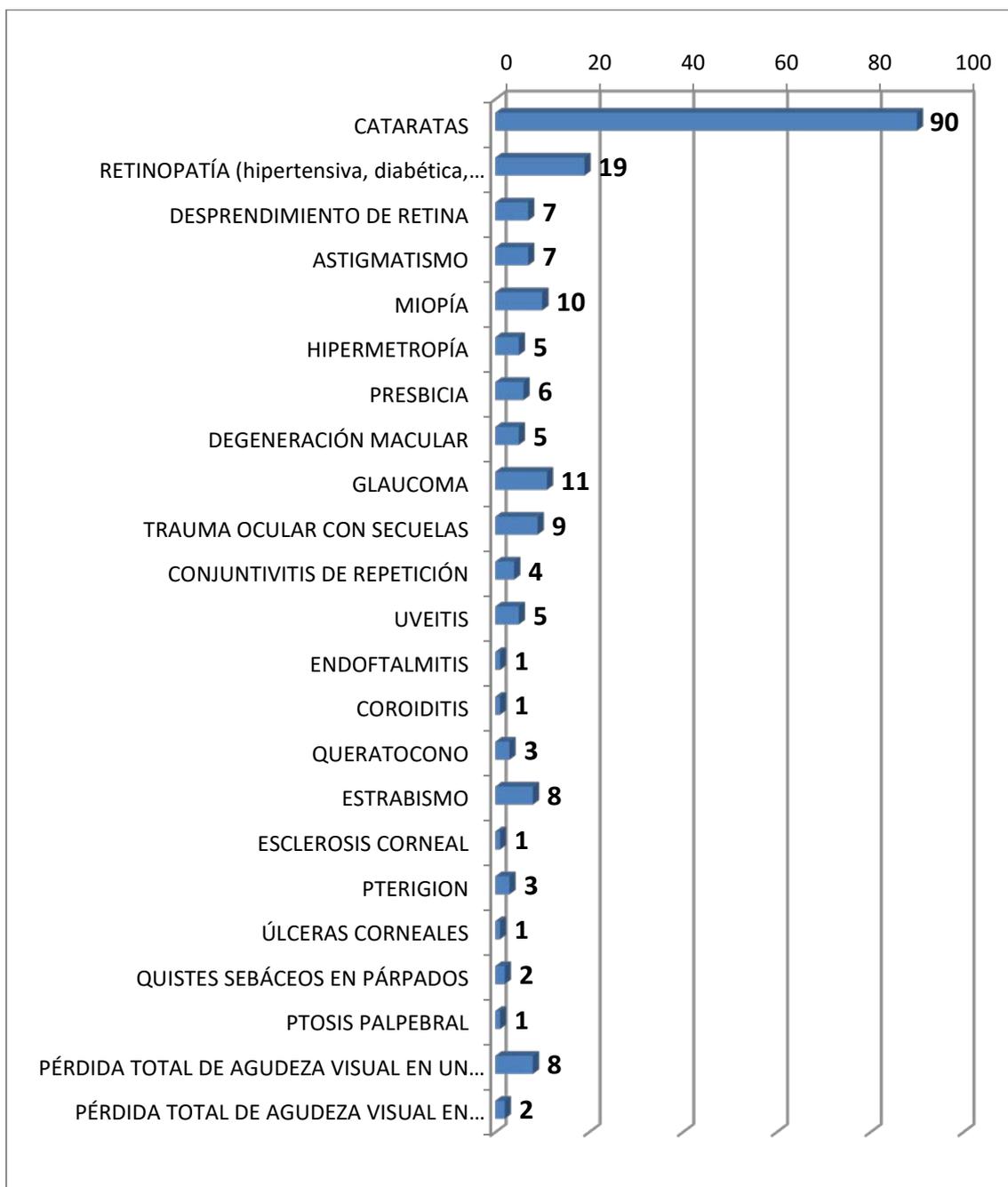
**Tabla 32. Tiempo (meses) revisión pacientes con patología ORL.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	6	1	7,1
	12	13	92,9
	<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.14. ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS

Entre los 404 individuos de la muestra, **167 pacientes (41,3%) con discapacidad presentan patologías oftalmológicas** diversas (ver Figura 41)

**Figura 41. Enfermedades oftalmológicas.**

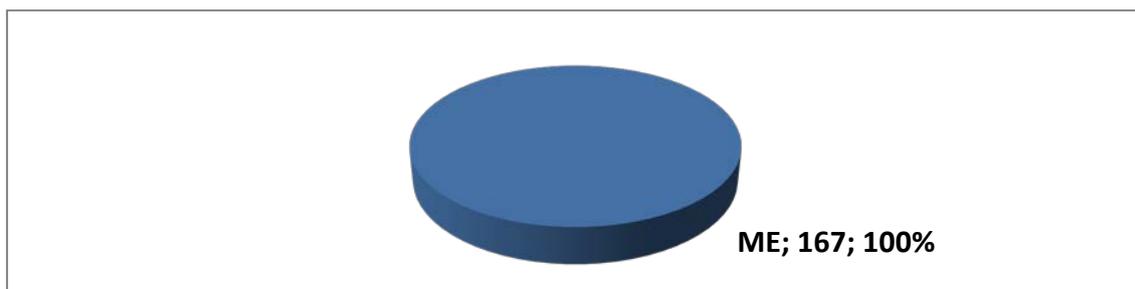


Conocemos la edad del diagnóstico de la enfermedad en 128 de los 167 pacientes. La edad oscila entre 1 y 91 años, con una media de 56,23 años (DT:  $\pm 24,47$ ), mediana 62 años (p25=45; p75=76).

Los tratamientos aplicados a estos pacientes son: cirugía (97 pacientes, 2 de ellos han precisado trasplante de córnea y 3 de ellos han sufrido enucleación ocular, precisando prótesis oculares), gafas (24 pacientes), lentes de contacto (3 pacientes), colirios (14 pacientes), fármacos orales (7 pacientes), oclusión ocular temporal (2 pacientes), no han precisado tratamiento (17 pacientes) y seguimiento (24 pacientes).

A los 167 pacientes (100%) les prescribió el tratamiento el Oftalmólogo (**Figura 42**).

**Figura 42. Profesional que prescribió el tratamiento oftalmológico.**



Siguen revisiones la mitad de los pacientes, 83 de los 167 pacientes (49,7%) vs 84 (50,3%) que no se revisan. Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones de 34 de los 83 pacientes que se revisan, y la mayor parte (79,4%) lo hace anualmente (**Tabla 33**).

**Tabla 33. Tiempo (meses) revisión pacientes con patología ORL.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	1	2,9
	4	1	2,9
	6	5	14,7
	12	27	79,4
	<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.15. TRASTORNOS DEL LENGUAJE

De los 404 pacientes, **15 (3,7%)** presentan trastornos del lenguaje que precisaron tratamiento por el foniatra o logopeda. No conocemos la frecuencia de las revisiones en ninguno de ellos.

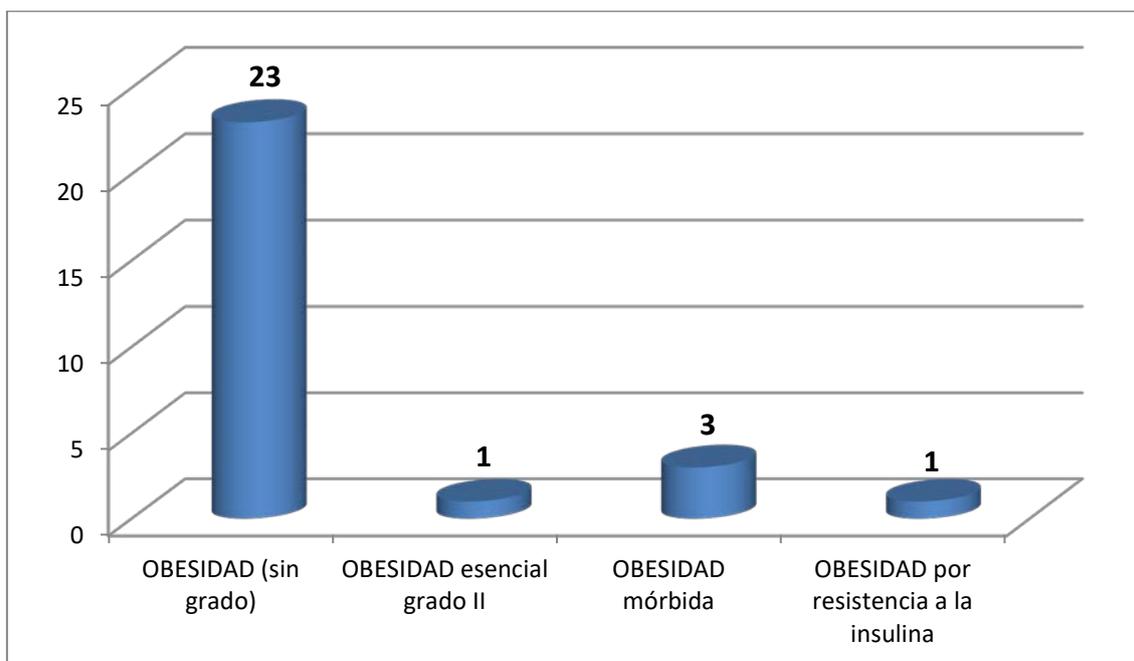
#### 4.5.16. TRASTORNOS DE LA DENTICIÓN

De los 404 pacientes, **9 (2,2%)** presentan trastornos importantes de la dentición que precisan tratamiento por el Odontólogo o el Cirujano Maxilo-Facial. No conocemos la frecuencia de los tratamientos o revisiones de ninguno de los pacientes.

#### 4.5.17. TRASTORNOS ALIMENTARIOS

De los 404 pacientes, **28 (6,9%)** están diagnosticados de obesidad (ver Figura 43).

Figura 43. Tipos de obesidad según diagnóstico.



De ellos sólo conocemos la edad del diagnóstico en 4 de ellos, siendo este dato muy disperso (9 años, 12 años, 58 años y 73 años).

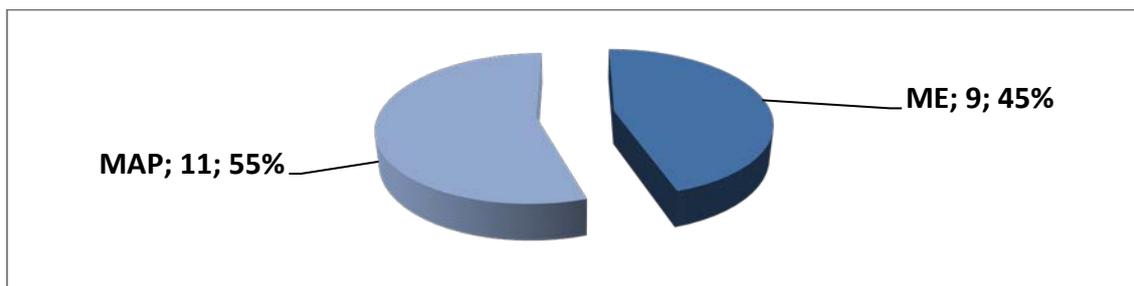
Conocemos los tratamientos aplicados en 25 de los 28 pacientes (ver **Tabla 34**).

**Tabla 34. Tratamientos aplicados en los pacientes con obesidad.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Dieta	16	64,0
	Dieta 1000 Kcal	1	4,0
	Dieta 1500 Kcal	3	12,0
	Ninguna dieta	5	20,0
	<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

A 11 de los 20 pacientes (55%) en que se prescribió tratamiento, lo hizo su Médico de Cabecera, al resto (9 pacientes, 45%) se lo prescribió el Endocrinólogo (**Figura 44**).

**Figura 44. Profesional que prescribió el tratamiento dietético.**



De los 20 pacientes que siguen tratamiento se revisan 19 (95%), uno no (5%). Sólo conocemos la frecuencia de las revisiones en 5 de los 19 pacientes revisados, 2 lo hacen anualmente, 2 semestralmente, y 1 trimestralmente (**Tabla 35**).

**Tabla 35. Tiempo (meses) revisión pacientes con tratamiento dietético.**

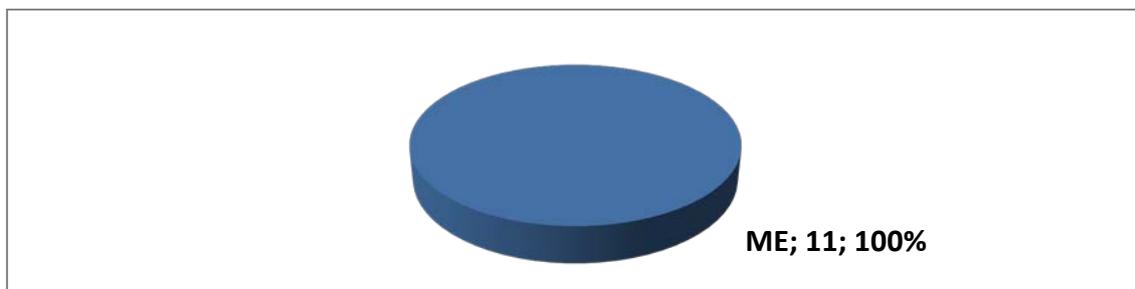
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	3	1	20,0
	6	2	40,0
	12	2	40,0
	<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,0</b>

#### 4.5.18. ALCOHOLISMO

Un total de **22 pacientes (5,4%)** tienen problemas de alcoholismo en la muestra. Conocemos la edad del diagnóstico de dependencia del alcohol en 13 de ellos y el diagnóstico oscila entre los 14 y los 65 años, con una media de 43,54 años (DT:  $\pm 17,34$ ), mediana 47 años (p25=26; p75=58).

De los 22 pacientes, 11 se han negado a recibir tratamiento, y el resto está en tratamiento con fármacos, precisando 2 de ellos ingreso. A estos 11 pacientes (100%), el tratamiento para su alcoholismo ha sido prescrito por el Médico Especialista.

**Figura 45. Profesional que prescribió el tratamiento frente al alcoholismo.**



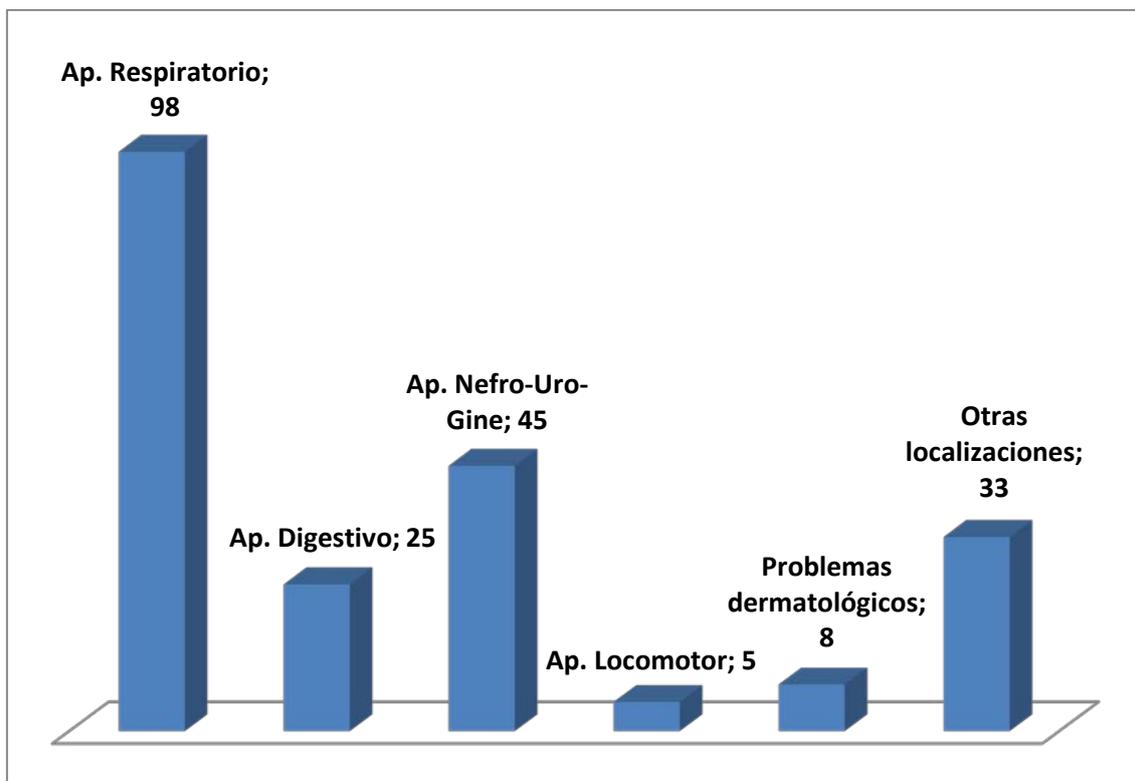
Nueve de los 11 pacientes (81,8%) en tratamiento acuden a revisiones, 2 (18,2%) de ellos no. Desconocemos la frecuencia de las revisiones en dichos pacientes.

#### 4.5.19. ENFERMEDADES INFECCIOSAS

De los 404 pacientes, **169 (41,8%)** han padecido enfermedades infecciosas, algunos de ellos más de una vez y en diferentes localizaciones, predominando las infecciones del aparato respiratorio (ver **Figura 46**). En 130 de ellos (76,9%), el proceso infeccioso se localiza en un solo aparato o sistema, mientras que los 39 pacientes restantes presentan dos o más procesos infecciosos, con diferentes localizaciones.

La frecuencia en que han presentado infecciones sólo lo conocemos en 3 pacientes que presentan infección respiratoria 1 vez al mes.

Figura 46. Enfermedades infecciosas.



#### 4.5.20. OTRAS ENFERMEDADES

Un amplio y variado grupo de enfermedades que se exponen en la **Tabla 36** afectan a un total de **237 pacientes (58,6%)**. En 43 (18,1%) de ellos, coexisten más de una de estas patologías. Destacan los problemas vasculares que afectan a un 16,1% (65 pacientes) de la muestra, seguido de los problemas dermatológicos 13,6% (55 pacientes) y la hipercolesterolemia 11,1% (45 pacientes).

Los tratamientos, al ser enfermedades muy dispares, lo son también. A la mayoría de estos pacientes, 81,9% (194/237), el tratamiento para estas enfermedades se lo prescribió el Médico Especialista. En el 58,2% (138/237) de estos pacientes se lleva a cabo revisión de las diferentes patologías. De estos 138 pacientes que se revisan, sólo conocemos la frecuencia de las revisiones en 48 de ellos, predominando la revisión anual (26; 54,2%), seguida de la semestral (12; 25%).

Tabla 36. Otras enfermedades de etiología muy diversa.

	Frecuencia (%) n=404
Enfermedades reumatológicas/autoinmunes	10 (2,5%)
Problemas vasculares	65 (16,1%)
Abscesos/fístulas/hemorroides	10 (2,5%)
Problemas dermatológicos	55 (13,6%)
Patología endocrinológica	28 (6,9%)
Patología ginecológica	27 (6,7%)
Hipercolesterolemia	45 (11,1%)
Hiperuricemia	5 (1,2%)
Patología mamaria	8 (2,0%)
Problemas del aparato genital masculino	2 (0,5%)
Infecciones sistémicas (VIH, hepatitis, brucela...)	10 (2,5%)
Problemas quirúrgicos	8 (2,0%)
Traumatismos, accidentes, intoxicaciones	4 (1,0%)
Síndrome de apnea del sueño	1 (0,2%)
Miopatías	1 (0,2%)
Neumotórax	1 (0,2%)

A continuación, las **Tablas 37 y 38** presentan, a modo de resumen y para facilitar comparaciones, los datos más relevantes referidos a los grupos patológicos analizados con anterioridad.

**Tabla 37. Resumen de la morbilidad asociada (n=404).**

	Frecuencia	% ± IC 95%
Enfermedades del corazón	102	25,2 % ± 4
Hipertensión arterial	136	33,6 % ± 5
Asma o enfermedad pulmonar	60	14,9 % ± 3
Diabetes	57	14,1 % ± 3
Úlcera y enfermedad estomacal	85	21,0 % ± 4
Enfermedad intestinal	164	40,6 % ± 5
Enfermedad renal	102	25,2 % ± 4
Enfermedad del sistema nervioso	157	38,9 % ± 5
Enfermedad de la sangre	38	9,4 % ± 3
Cáncer	56	13,9 % ± 3
Trastornos psiquiátricos	95	23,5 % ± 4
Enfermedad del aparato locomotor	240	59,4 % ± 5
Enfermedades otorrinolaringológicas	118	29,2 % ± 4
Enfermedades oftalmológicas	167	41,3 % ± 5
Trastornos del lenguaje	15	3,7 % ± 2
Trastornos de la dentición	9	2,2 % ± 1
Trastornos alimentarios	28	6,9 % ± 2
Alcoholismo	22	5,4 % ± 2
Enfermedades infecciosas	169	41,8 % ± 5
Enfermedades reumatológicas/autoinmunes	10	2,5 % ± 2
Problemas vasculares	65	16,1 % ± 4
Abscesos/fistulas/hemorroides	10	2,5 % ± 2
Problemas dermatológicos	55	13,6 % ± 3
Patología endocrinológica	28	6,9 % ± 2
Patología ginecológica	27	6,7 % ± 2
Hipercolesterolemia	45	11,1 % ± 3
Hiperuricemia	5	1,2 % ± 1
Patología mamaria	8	2,0 % ± 1
Problemas del aparato genital masculino	2	0,5 % ± 1
Infecciones sistémicas (VIH, hepatitis, brucela...)	10	2,5 % ± 2
Problemas quirúrgicos	8	2,0 % ± 1
Traumatismos, accidentes, intoxicaciones	4	1,0 % ± 1
Síndrome de apnea del sueño	1	0,2 % ± 0
Miopatías	1	0,2 % ± 0
Neumotórax	1	0,2 % ± 0

Tabla 38. Resumen de la morbilidad asociada (n=404).

	Frecuencia	Edad Dgto.	Prescripción	Revisiones
	n	media±DT	Tto. ME n (%)	pautadas n (%)
E. del corazón	102	60,0±22,5	100 (98,0)	93 (91,2)
Hipertensión arterial	136	59,2±15,0	60 (44,1)	129 (94,8)
Asma o E. pulmonar	60	52,4±22,4	59 (98,3)	51 (85,0)
Diabetes	57	55,9±20,9	28 (49,1)	56 (98,2)
Úlcera y E. estomacal	85	52,7±22,9	80 (94,1)	19 (22,4)
E. intestinal	164	52,0±23,2	162 (98,8)	26 (15,9)
E. renal	102	49,3±24,2	100 (98,0)	63 (61,8)
E. del sistema nervioso	157	44,5±30,1	152 (96,8)	100 (63,7)
E. de la sangre	38	62,7±25,5	35 (92,1)	33 (86,8)
Cáncer	56	67,9±14,3	56 (100,0)	49 (87,5)
Trastornos psiquiátricos	95	42,9±19,8	81 (85,3)	77 (81,1)
E. del aparato locomotor	240	47,8±23,8	236 (98,3)	90 (37,5)
E. otorrinolaringológicas	118	45,4±21,4	117 (99,2)	38 (32,2)
E. oftalmológicas	167	56,2±24,5	167 (100,0)	83 (49,7)

## 4.6. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS

De las 404 historias clínicas revisadas en este estudio, en 403 (99,7%) se registra información parcial acerca de la utilización de los Servicios Sanitarios (Tabla 39).

Tabla 39. Utilización de los Servicios Sanitarios (n=403; 100%).

	Menos de 10	Entre 10 y 20	Más de 20
Nº ingresos hospitalarios anuales	398 (98,8%)	4 (1%)	1 (0,2%)
Nº interconsultas especializadas anuales	385 (95,5%)	16 (4%)	2 (0,5%)

El 98,7% sufren menos de 10 **ingresos hospitalarios** al año, un 1% ingresan entre 10 y 20 veces al año, y sólo el 0,25 % ingresa más de 20 veces al año. El 95,5% tiene menos de 10 **consultas especializadas** al año. Un 4% tiene entre 10 y 20 interconsultas especializadas al año, y un 0,5 % tiene más de 20 consultas.

En las historias hospitalarias de los pacientes no figura dato alguno sobre el **número de visitas al Centro de Atención Primaria**, sólo lo conocemos en 2 pacientes los cuales suelen acudir menos de 20 veces a su Centro de Salud anualmente. Tampoco sobre el **número de visitas a domicilio por el Equipo de Atención Primaria (EAP)** anualmente, sólo que 2 de ellos han recibido menos de 20 visitas a domicilio anuales, y que uno de ellos ha recibido más de 30 visitas a domicilio.

En 25 historias clínicas se recoge información sobre el **uso de transporte sanitario**, en el resto de la muestra no figura dato alguno acerca de esta prestación. De estos 25 pacientes con discapacidad que lo utilizan, el 96% utiliza un transporte sanitario colectivo, y sólo uno de ellos ha precisado transporte individual. Sabemos que 8 de los pacientes que utilizan este transporte lo hacen menos de 20 veces al año, 3 lo utilizan más de 30 veces al año, y de los otros 14 no conocemos el dato.

Por otro lado, sabemos que tan solo 9 pacientes de los 404 (2,2%) utilizan **otros servicios o prestaciones**: *CAMP, ASPACE, Centro de Día, Centro de Educación Especial, Asociación de Esclerosis Múltiple, Centro Terapéutico de Alzheimer, diálisis, rehabilitación y Unidad de Rehabilitación visual de la ONCE*. De los 9 pacientes que

utilizan estos servicios, sabemos que 5 de ellos lo hacen más de 30 veces al año, 1 menos de 20 veces al año, y de los otros 3 no tenemos el dato.

Un total de 46 pacientes (11,4%) recibieron **ayuda técnica y/o económica**, de los otros 358 (88,6%) desconocemos este dato. La ayuda técnica-económica recibida se describe en el la **Tabla 40**, en 2 de ellos la ayuda técnica incluyó más una respuesta.

**Tabla 40. Ayuda técnica y/o económica recibida.**

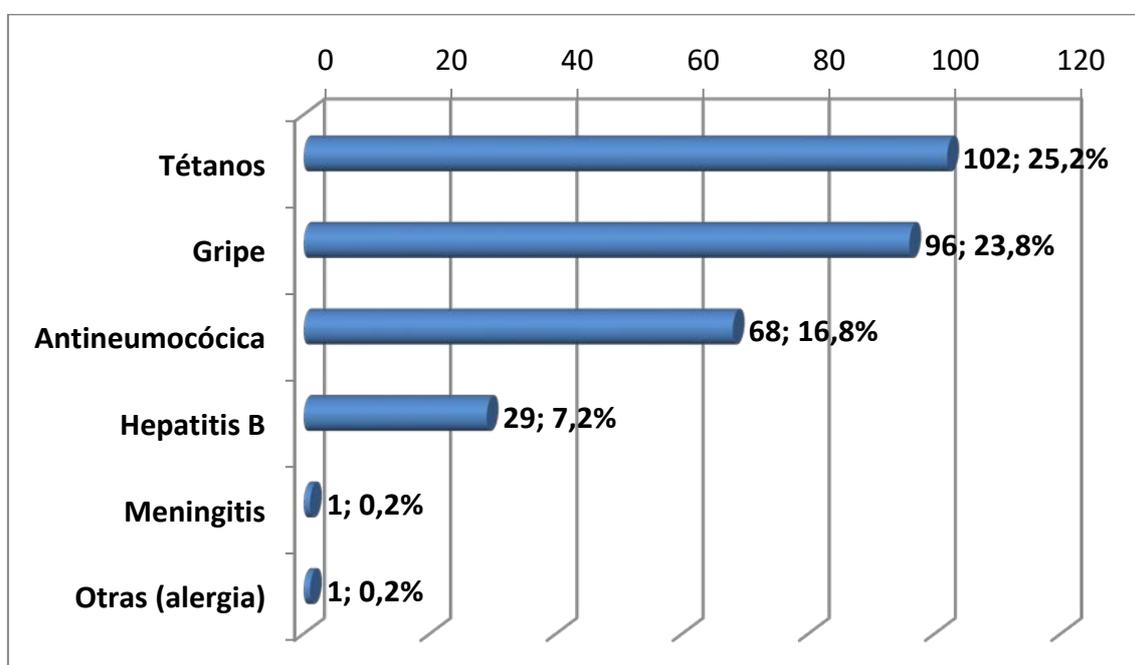
	Frecuencia
Andador	1
Asistencia social	1
Audífono	2
Bota/s ortopédica/s	2
Ci-PAP	2
Implante coclear	1
Medias de compresión	1
Muletas	6
Oxígeno	2
Pensión por incapacidad/invalidez	14
Pierna ortopédica	1
Plantilla ortopédica	1
Prótesis auditiva	4
Prótesis ojo izquierdo	1
Silla de ruedas	9

## 4.7. ESTRATEGIAS PREVENTIVAS

### 4.7.1. VACUNAS

La revisión de las historias clínicas nos indica que un 30% de la muestra (121 pacientes) se ponen vacunas, escasamente 1 de cada 3 pacientes con discapacidad. En los 283 pacientes con discapacidad restantes (70%) no consta este dato. La **Figura 47** recoge el listado de vacunas administradas entre los pacientes con discapacidad observados.

Figura 47. Vacunas.



Entre las vacunas registradas en las historias clínicas de los individuos estudiados, figura la **vacuna antitetánica** entre las más puestas, 102 pacientes, lo que representa un 25,2% de la muestra. Por lo que podemos afirmar que 1 de cada 4 individuos se vacuna frente al tétanos.

Se **vacunaron de la gripe** 96 pacientes, representan un 23,8% de la muestra. En 2 historias clínicas, a mayores, se recoge el dato *“no se vacunan de la gripe porque no pertenecen al grupo de riesgo de complicación dicha enfermedad”*. Los que se vacunan, lo hacen por indicación de su Médico (95 pacientes), excepto en 1 paciente donde consta que es la empresa/centro de estudios/trabajo quién se lo indicó.

Siguiendo el orden de frecuencia, 68 pacientes (16,8%) se **vacunaron frente a neumococo**.

En cuanto a la **vacuna frente a la hepatitis B**, conocemos este dato en 30 pacientes, 29 se vacunan y 1 no *“por expresa contraindicación médica”*. De los 29 que se vacunan, 28 lo hacen por indicación de su Médico y 1 ha sido vacunado en su empresa.

Por último, entre las historias revisadas figura que a 1 se le administra la vacuna frente a meningitis y a 1 paciente más se le administra otra vacuna, en este caso para el proceso alérgico que padece.

Indicar que todos los pacientes vacunados, excepto uno, lo hicieron por indicación de su Médico.

#### 4.7.2. EXÁMENES DE SALUD Y CRIBADOS/SCREENING

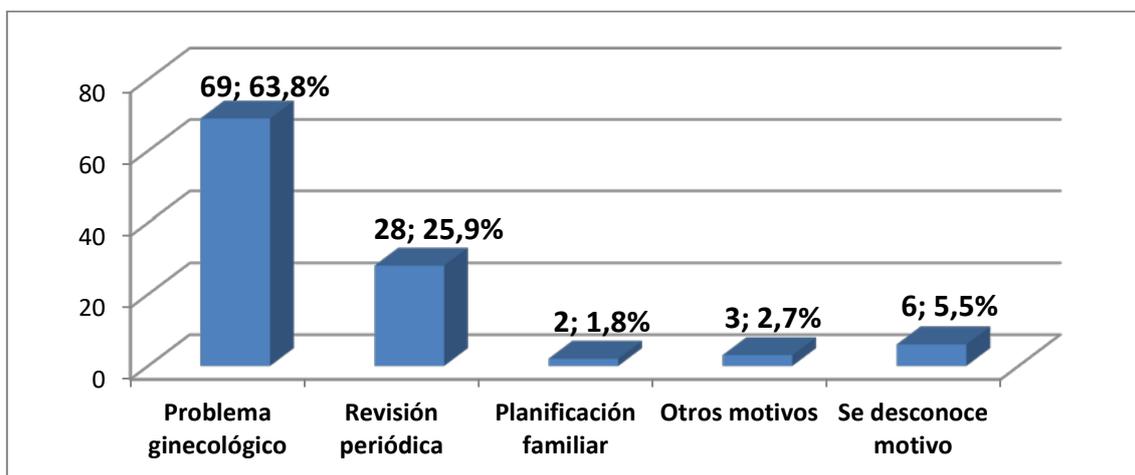
Analizamos en primer lugar los exámenes de salud y las pruebas de cribado o screening propias de la población femenina. De las 227 mujeres incluidas en la muestra, **sólo en 108 historias clínicas (47,6%) consta que acuden a revisiones periódicas con el Ginecólogo** y en 2 sabemos a ciencia cierta que no acuden. De las 117 restantes no tenemos datos. De estas 108 que acuden a las revisiones, sabemos cuándo fue la última visita en 94 de ellas (ver **Tabla 41**). Un paciente nunca ha acudido a revisión por otro motivo que no fuera embarazo o parto.

**Tabla 41. Tiempo revisión ginecológica.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<6 meses	12	12,8
	6 meses-1 año	7	7,4
	1-3 años	15	16,0
	>3 años	59	62,8
	Sólo por embarazo/parto	1	1,1
<b>Total</b>		<b>94</b>	<b>100,0</b>

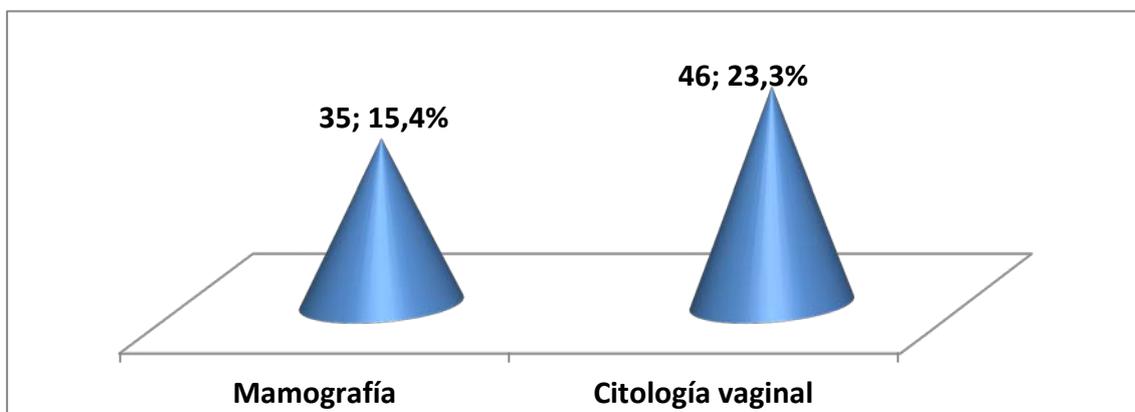
Al indagar sobre el motivo de la consulta, se trata fundamentalmente de un problema ginecológico (63,8%), mientras que 28 pacientes (25,9%) acudieron para una revisión periódica (Figura 48).

Figura 48. Motivo de la consulta al Ginecólogo.



De las 227 mujeres de la muestra, disponemos de información acerca si se han hecho mamografías o no en 37 de las mujeres. De ellas, 35 sí se la realizan, 2 no. Por lo tanto, **sólo un 15,4% de las pacientes que presentan alguna discapacidad realizan mamografías periódicas**. Del mismo modo, analizamos en cuántas historias clínicas se registra información sobre la realización de citologías vaginales o no, 47. De ellas, 46 sí se la realizan, una mujer no. Por lo tanto, **un 23,3% de las pacientes que presentan alguna discapacidad realizan citologías vaginales periódicas** (ver Figura 49).

Figura 49. Cribados.



Con relación a las **mamografías**, de las 35 que se las realizan, 2 (5,7%) acudieron por el Programa de Detección Precoz, 2 (5,7%) por indicación de su Médico de Atención Primaria, y 31 (88,6%) por indicación del Médico Especialista. La **Tabla 42** recoge cuándo tuvo lugar esta última mamografía, 13 entre al año y los tres años previos y otras 13 hacía más de tres años que no se la realizaban.

**Tabla 42. Tiempo mamografía.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<6 meses	4	11,4
	6 meses-1 año	5	14,3
	1-3 años	13	37,1
	>3 años	13	37,1
	<b>Total</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Respecto a las 46 mujeres que han realizado **citologías**, la mayor parte, el 93,5% (43) lo hicieron por indicación del Ginecólogo, 1 (2,2%) por indicación de su Médico de Atención Primaria y 2 (4,3%) a través del Programa de Detección Precoz del cáncer. Conocemos el tiempo de realización de la citología en 41 de las 46 mujeres (**Tabla 43**), la mayor parte, el 56,1% (23) de las mujeres no se había hecho ninguna en los últimos 3 años.

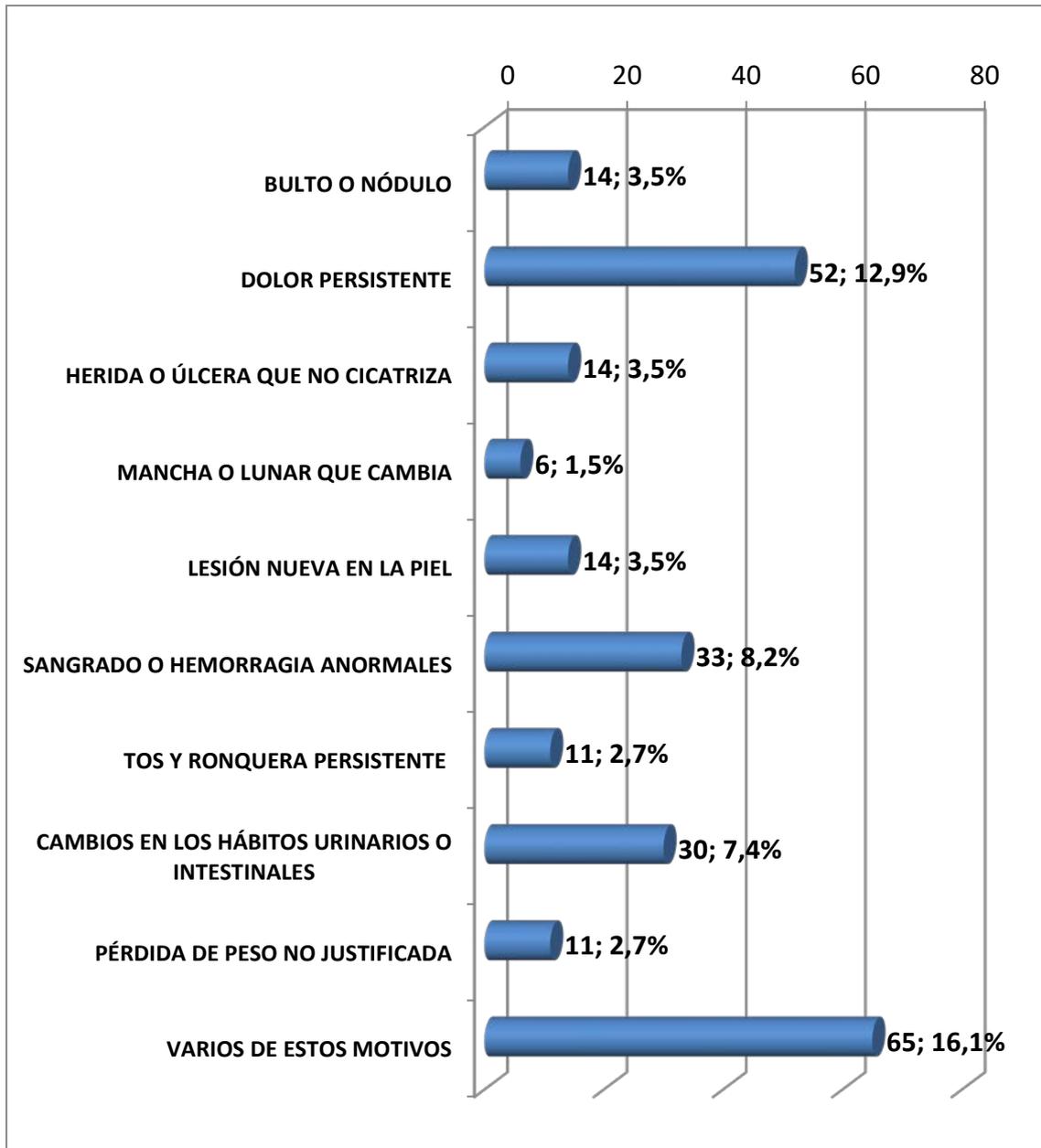
**Tabla 43. Tiempo citología.**

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	<6 meses	4	9,8
	6 meses-1 año	3	7,3
	1-3 años	11	26,8
	>3 años	23	56,1
	<b>Total</b>	<b>41</b>	<b>100,0</b>

#### 4.7.3. PREVENCIÓN DEL CÁNCER

De los 404 pacientes de la muestra, 250 (61,9%) han acudido alguna vez al Médico por lesiones o signos/síntomas sospechosos de malignidad, siguiendo las recomendaciones del *Código Europeo Contra el Cáncer* (ver **Figura 50**).

Figura 50. Prevención del cáncer.



#### 4.8. ESTUDIO DE ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES

A continuación (**Tablas 44-51**), se presentan los resultados obtenidos al aplicar los diferentes test estadísticos que nos permiten analizar la asociación o relación existente entre algunas de las *variables independientes* (VI) recogidas (sexo, edad, tipo de discapacidad,...) y las *variables dependientes* (VD) o resultado planteados en los objetivos, en este caso, morbilidad por aparatos y sistemas.

**Tabla 44. Asociación entre morbilidad asociada (VD) y género (VI).**

	Hombre n (%)	Mujer n (%)	Valor p*	OR (IC 95%)
E. del corazón	42 (41,2%)	60 (58,8%)	0,535	-
Hipertensión arterial	47 (34,6%)	89 (65,4%)	0,008*	1,8 (1,1-2,7)
Asma o E. pulmonar	33 (55,0%)	27 (45,0%)	0,050*	1,7 (1,1-2,9)
Diabetes	16 (28,1%)	41 (71,9%)	0,010*	2,2 (1,2-4,1)
Úlcera y E. estomacal	41 (48,2%)	44 (51,8%)	0,355	-
E. intestinal	74 (45,1%)	90 (54,9%)	0,661	-
E. renal	57 (55,9%)	45 (44,1%)	0,004*	1,9 (1,2-3,0)
E. del sistema nervioso	76 (48,4%)	81 (51,6%)	0,138	-
E. de la sangre	12 (31,6%)	26 (68,4%)	0,110	-
Cáncer	28 (50,0%)	28 (50,0%)	0,315	-
Trastornos psiquiátricos	48 (50,5%)	47 (49,5%)	0,131	-
E. del aparato locomotor	103 (42,9%)	137 (57,1%)	0,661	-
E. otorrinolaringológicas	58 (49,2%)	60 (50,8%)	0,165	-
E. oftalmológicas	58 (34,7%)	109 (65,3%)	0,002*	1,9 (1,2-2,8)
E. infecciosas	73 (43,2%)	96 (56,8%)	0,832	-
T. del lenguaje	10 (66,7%)	5 (33,3%)	0,048*	2,6 (1,3-7,9)
T. de la dentición	4 (44,4%)	5 (55,6%)	0,969	-
T. alimentarios	6 (21,4%)	22 (78,6%)	0,013*	3,1 (1,2-7,7)
Alcoholismo	17 (77,3%)	5 (22,7%)	0,001*	4,7 (1,7-13,1)

\*Nivel de significación estadística 5% ( $p < 0.05$ )

Con relación al género (**Tabla 44**), patologías como HTA (OR=1,8), diabetes (OR=2,2), oftalmológicas (OR=1,9), así como los trastornos alimentarios (OR=3,1) son significativamente ( $p < 0,05$ ) más frecuentes entre las mujeres; mientras que asma/enfermedad pulmonar (OR=1,7), renal (OR=1,9), los trastornos del lenguaje

(OR=2,6) y el alcoholismo (OR=4,7) son más frecuente entre la población con discapacidad masculina.

**Tabla 45. Asociación entre morbilidad asociada (VD) y edad (VI).**

	≥65 años n (%)	≤64 años n (%)	Valor p*	OR (IC 95%)
E. del corazón	82 (82,0%)	18 (18,0%)	0,000*	5,6 (3,2-9,8)
Hipertensión arterial	111 (84,1%)	21 (15,9%)	0,000*	8,1 (4,8-13,8)
Asma o E. pulmonar	39 (66,1%)	20 (33,9%)	0,046*	1,8 (1,1-3,2)
Diabetes	46 (83,6%)	9 (16,4%)	0,000*	5,2 (2,4-11,0)
Úlcera y E. estomacal	58 (69,0%)	26 (31,0%)	0,002*	2,2 (-1,3-3,7)
E. intestinal	98 (60,5%)	64 (39,5%)	0,035*	1,5 (1,1-2,3)
E. renal	66 (65,3%)	35 (34,7%)	0,009*	1,9 (1,2-3,0)
E. del sistema nervioso	72 (46,8%)	82 (53,2%)	0,018*	1,6 (1,1-2,4)
E. de la sangre	27 (73,0%)	10 (27,0%)	0,016*	2,4(1,1-5,2)
Cáncer	40 (71,4%)	16 (28,6%)	0,005*	2,3 (1,2-4,3)
Trastornos psiquiátricos	47 (49,5%)	48 (50,5%)	0,294	-
E. del aparato locomotor	129 (54,7%)	107 (45,3%)	0,807	-
E. otorrinolaringológicas	61 (51,7%)	57 (48,3%)	0,522	-
E. oftalmológicas	97 (59,5%)	66 (40,5%)	0,074	-
E. infecciosas	99 (60,0%)	66 (40,0%)	0,049*	1,5 (1,1-2,2)
T. del lenguaje	1 (6,7%)	14 (93,3%)	0,000*	2,6 (1,3-7,9)
T. de la dentición	1 (11,1%)	8 (88,9%)	0,009*	-
T. alimentarios	17 (60,7%)	11 (39,3%)	0,470	-
Alcoholismo	9 (40,9%)	13 (59,1%)	0,199	-

\*Nivel de significación estadística 5% (p <0.05)

Del mismo modo analizamos la asociación con la edad (**Tabla 45**), a mayor edad (≥ 65 años), todos los grupos de patologías analizados han resultado significativamente (p<0,05) más frecuentes, excepto cuando se trata de enfermedades del sistema nervioso (OR=1,6) y trastornos del lenguaje (OR=2,6) que son más frecuentes en edades más tempranas (≤ 65 años).

Presentamos a continuación (**Tabla 46**), los valores “p” (*nivel de significación estadística*) obtenidos cuando analizamos de manera individual cada uno de los tres grandes grupos de discapacidad establecidos.

Tabla 46. Asociación entre morbilidad asociada (VD) y tipo de discapacidad (VI).

	valor p*	D. FÍSICA	D. INTELLECTUAL	D. SENSORIAL
E. del corazón	0,000*	0,011*	0,297	
Hipertensión arterial	0,005*	0,000*	0,200	
Asma o E. pulmonar	0,001*	0,032*	0,454	
Diabetes	0,319	0,107	0,113	
Úlcera y E. estomacal	0,025*	0,049*	0,066	
E. intestinal	0,364	0,295	0,838	
E. renal	0,011*	0,511	0,323	
E. del sistema nervioso	0,159	0,000*	0,013*	
E. de la sangre	0,013*	0,433	0,472	
Cáncer	0,001*	0,000*	0,056	
Trastornos psiquiátricos	0,068	0,000*	0,126	
E. del aparato locomotor	0,000*	0,421	0,068	
E. otorrinolaringológicas	0,001*	0,239	0,000*	
E. oftalmológicas	0,059	0,002*	0,000*	
E. infecciosas	0,056	0,234	0,837	
T. del lenguaje	0,061	0,015*	0,528	
T. de la dentición	0,912	0,005*	0,126	
T. alimentarios	0,290	0,876	0,104	
Alcoholismo	0,397	0,267	0,059	

\*Nivel de significación estadística 5% ( $p < 0.05$ )

Se observa que la **discapacidad física**, además de asociarse significativamente ( $p < 0,05$ ) a la patología del aparato locomotor (OR=2,7; IC 95%, 1,6-4,5) como cabría esperar, se asocia también a morbilidad del corazón (OR=4,6; IC 95%, 2,0-10,4), HTA (OR=2,2; IC 95%, 1,2-4,0), asma o enfermedad pulmonar (OR=5,8; IC 95%, 1,7-19,1), úlcera o enfermedad estomacal (OR=2,2; IC 95%, 1,1-4,5), enfermedad renal (OR=2,3; IC 95%, 1,1-4,4), de la sangre (OR=5,1; IC 95%, 1,2-22,0), problemas ORL (OR=2,3; IC 95%, 1,4-3,9) y procesos neoplásicos (OR=8,3; IC 95%, 1,9-34,8).

La **discapacidad intelectual**, además de asociarse significativamente ( $p < 0,05$ ) a enfermedades del sistema nervioso (OR=5,3; IC 95%, 3,3-8,7) como cabría esperar, se asocia a trastornos psiquiátricos (OR=2,6; IC 95%, 1,6-4,3), patología cardíaca (OR=2,0; IC 95%, 1,1-3,7), HTA (OR=4,9; IC 95%, 2,6-9,1), asma o enfermedad pulmonar (OR=2,2; IC 95%, 1,1-4,7), úlcera o enfermedad estomacal (OR=1,8; IC 95%, 1,1-3,3), problemas

oftalmológicos (OR=2,1; IC 95%, 1,3-3,4) y procesos neoplásicos (OR=5,4; IC 95%, 1,9-15,3), a lo que hay que añadir dos grupos que llaman la atención, trastornos del lenguaje (OR=3,3; IC 95%, 1,2-9,6) y de la dentición (OR=5,8; IC 95%, 1,4-24,0).

Por último, la discapacidad sensorial sólo se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ) a procesos ORL (OR=5,6; IC 95%, 3,3-9,5), oftalmológicos (OR=4,9; IC 95%, 2,8-8,4) y patología del sistema nervioso (OR=1,9; IC 95%, 1,1-3,3).

Entre los objetivos de este estudio figura también analizar la asociación existente entre los EVRS y la morbilidad asociada a estos pacientes con discapacidad. En la **Tabla 47** se exponen, de forma resumida, los valores “p” obtenidos en el análisis estadístico.

**Tabla 47. Asociación entre morbilidad asociada y EVRS**

	Tabaco	Alcohol	Drogas	Sobrepeso-obesidad
	<b>valor p*</b>			
E. del corazón	0,250	0,711	0,057	0,495
Hipertensión arterial	0,010*	0,040*	0,122	0,372
Asma o E. pulmonar	0,442	0,212	0,697	0,388
Diabetes	0,043*	0,997	0,203	0,015*
Úlcera y E. estomacal	0,620	0,109	0,966	0,700
E. intestinal	0,050*	0,015*	0,195	0,431
E. renal	0,310	0,783	0,714	0,974
E. del sistema nervioso	0,069	0,062	0,071	0,357
E. de la sangre	0,420	0,319	0,293	0,579
Cáncer	0,747	0,092	0,188	0,575
Trastornos psiquiátricos	0,011*	0,011*	0,003*	0,023*
E. del aparato locomotor	0,867	0,038*	0,115	0,863
E. otorrinolaringológicas	0,116	0,643	0,302	0,945
E. oftalmológicas	0,093	0,046*	0,230	0,064
E. infecciosas	0,414	0,072	0,511	0,908
T. del lenguaje	0,810	0,518	0,554	0,187
T. de la dentición	0,182	0,918	0,645	0,469
T. alimentarios	0,060	0,425	0,629	0,002*
Alcoholismo	0,000*	0,000*	0,036*	0,422

\*Nivel de significación estadística 5% ( $p < 0,05$ )

El consumo de **tabaco** se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ) con HTA (OR=2,3; IC 95%, 1,2-4,4), diabetes (OR=2,8; IC 95%, 1,1-8,2), enfermedad intestinal (OR=1,7; IC 95%, 1,1-2,9) y trastornos psiquiátricos (OR=2,1; IC 95%, 1,1-3,7). El policonsumo de sustancias nocivas para la salud se traduce que una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre tabaco y alcoholismo (OR=9,4; IC 95%, 3,5-25,2).

El consumo de **alcohol** se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ), como es lógico, con el alcoholismo (OR=237,4; IC 95%, 30,6-1836,8) y, a mayores, con HTA (OR=2,1; IC 95%, 1,1-4,4), enfermedad intestinal (OR=2,1; IC 95%, 1,1-4,0), trastornos psiquiátricos (OR=2,2; IC 95%, 1,1-4,3), patología del aparato locomotor (OR=1,9; IC 95%, 1,1-3,5) y enfermedades oftalmológicas (OR=1,9; IC 95%, 1,1-3,9).

Llama la atención en el consumo de **drogas**, que los dos únicos grupos de patologías con los que se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ), se obtenga en ambos casos una OR < 1 (efecto protector), trastornos psiquiátricos (OR=0,1; IC 95%, 0,0-0,6) y alcoholismo (OR=0,2; IC 95%, 0,0-1,0).

El **sobrepeso-obesidad (IMC)**, se asocia significativamente ( $p < 0,05$ ) con la existencia de trastornos alimentarios (OR=1,8; IC 95%, 1,5-2,2), así como con diabetes (OR=3,2; IC 95%, 1,2-8,8) y trastornos psiquiátricos (OR=2,4; IC 95%, 1,1-5,5).

Por otro lado, se analiza si el número de comorbilidades que presenta cada paciente se asocia con alguna/s de las variables independientes recogidas (**Tabla 48**).

**Tabla 48. Asociación de la Nº morbilidades asociada.**

		Menos 2 n (%)	Más 3 n (%)	Valor p*	OR (IC 95%)
Sexo	hombre	29 (58,0%)	148 (41,9%)	0,032*	1,9 (1,1-3,4)
	mujer	21 (42,0%)	205 (58,1%)		
Edad	≥65 años	11 (22,9%)	204 (58,6%)	0,000*	4,7 (2,3-9,6)
	<65 años	37 (77,1%)	144 (41,4%)		
Discapacidad	Física	32 (65,3%)	285 (81,4%)	0,009*	2,2 (-1,3-3,7)
	Intelectual	18 (36,7%)	87 (24,9%)	0,077	1,7 (0,9-3,2)
	Sensorial	10 (20,4%)	70 (20,0%)	0,947	1,0 (0,4-2,1)

\*Nivel de significación estadística 5% ( $p < 0,05$ )

A la vista de los resultados expuestos, podemos afirmar que el riesgo de presentar tres o más patologías asociadas es mayor entre las mujeres (OR=1,9; p=0,032), los pacientes mayores de 65 años (OR=4,7; p=0,000) y entre aquellos que presentan una discapacidad física (OR=2,2; p=0,009).

Por último, mediante análisis de regresión logística, intentamos establecer modelos de asociación múltiple entre las variables estudiadas. Presentamos a continuación (**Tablas 49-51**) aquellos que resultaron significativos y que relacionan cada uno de los tres tipos de discapacidad con los diferentes grupos patológicos analizados.

**Tabla 49. Modelo de Regresión Logística que relaciona la DISCAPACIDAD FÍSICA con los diferentes grupos de patologías.**

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.*	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1	E.LOCOMOTOR	1,020	0,253	16,229	1	0,000	2,773	1,688	4,555
	Constante	0,806	0,170	22,483	1	0,000	2,240		
Paso 2	E.CORAZÓN	1,635	0,420	15,151	1	0,000	5,127	2,251	11,678
	E.LOCOMOTOR	1,104	0,260	17,988	1	0,000	3,017	1,811	5,026
	Constante	0,475	0,185	6,603	1	0,010	1,608		
Paso 3	E.CORAZÓN	1,691	0,427	15,701	1	0,000	5,424	2,350	12,518
	E.LOCOMOTOR	1,294	0,276	22,039	1	0,000	3,646	2,124	6,256
	E.ORL	1,148	0,282	16,521	1	0,000	3,151	1,812	5,480
	Constante	0,762	0,204	14,004	1	0,000	2,142		
Paso 4	E.CORAZÓN	1,769	0,434	16,607	1	0,000	5,867	2,505	13,739
	CÁNCER	2,385	0,749	10,134	1	0,001	10,861	2,501	47,169
	E.LOCOMOTOR	1,425	0,285	25,074	1	0,000	4,158	2,380	7,263
	E.ORL	1,138	0,290	15,413	1	0,000	3,120	1,768	5,507
	Constante	0,486	0,217	5,030	1	0,025	1,626		
Paso 5	E.CORAZÓN	1,659	0,440	14,213	1	0,000	5,252	2,217	12,441
	ASMA	1,528	0,637	5,755	1	0,016	4,609	1,323	16,058
	CÁNCER	2,406	0,752	10,231	1	0,001	11,086	2,538	48,412
	E.LOCOMOTOR	1,437	0,288	24,819	1	0,000	4,208	2,391	7,407
	E.ORL	1,076	0,293	13,522	1	0,000	2,933	1,653	5,204
	Constante	0,345	0,224	2,368	1	0,124	1,412		

\*Nivel de significación estadística 5% (p <0.05)

El primer modelo (**Tabla 49**) asocia significativamente (p<0,05) la **discapacidad física** a un mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón (OR=5,2), asma y/o

enfermedad pulmonar (OR=4,6), cáncer (OR=11,1), enfermedades del aparato locomotor (OR=4,2) y procesos otorrinolaringológicos (OR=2,9).

**Tabla 50. Modelo de Regresión Logística que relaciona la DISCAPACIDAD INTELLECTUAL con los diferentes grupos de patologías.**

		B	Error			Sig.*	Exp(B)	IC95% para Exp(B)	
			estándar	Wald	gl			Inferior	Superior
Paso 1	E.NERVIOSO	1,685	0,246	46,739	1	0,000	5,390	3,326	8,737
	Constante	1,851	0,187	97,668	1	0,000	6,364		
Paso 2	HTA	1,747	0,337	26,830	1	0,000	5,735	2,962	11,106
	E.NERVIOSO	1,798	0,260	47,769	1	0,000	6,040	3,627	10,058
	Constante	1,469	0,195	56,602	1	0,000	4,343		
Paso 3	HTA	1,908	0,359	28,274	1	0,000	6,740	3,336	13,617
	E.NERVIOSO	2,029	0,283	51,318	1	0,000	7,603	4,365	13,244
	T.PSIQUIÁTRICOS	1,393	0,300	21,500	1	0,000	4,025	2,234	7,251
	Constante	1,957	0,240	66,292	1	0,000	7,081		
Paso 4	HTA	1,801	0,363	24,640	1	0,000	6,056	2,974	12,333
	E.NERVIOSO	2,101	0,290	52,327	1	0,000	8,174	4,626	14,442
	CÁNCER	1,684	0,574	8,605	1	0,003	5,385	1,748	16,584
	T.PSIQUIÁTRICOS	1,396	0,307	20,723	1	0,000	4,038	2,214	7,363
	Constante	1,864	0,244	58,187	1	0,000	6,451		
Paso 5	HTA	1,708	0,364	22,007	1	0,000	5,517	2,703	11,262
	E.NERVIOSO	2,148	0,297	52,269	1	0,000	8,566	4,785	15,333
	CÁNCER	1,744	0,572	9,278	1	0,002	5,719	1,862	17,562
	T.PSIQUIÁTRICOS	1,374	0,308	19,845	1	0,000	3,949	2,158	7,227
	E.OFTALMÓLOG.	0,751	0,292	6,607	1	0,010	2,119	1,195	3,758
	Constante	1,629	0,260	39,370	1	0,000	5,097		
Paso 6	HTA	1,701	0,371	21,037	1	0,000	5,477	2,648	11,328
	ÚLCERA	0,851	0,382	4,973	1	0,026	2,342	1,109	4,947
	E.NERVIOSO	2,208	0,301	53,764	1	0,000	9,099	5,043	16,419
	CÁNCER	1,687	0,578	8,512	1	0,004	5,402	1,740	16,775
	T.PSIQUIÁTRICOS	1,447	0,312	21,565	1	0,000	4,252	2,308	7,832
	E.OFTALMÓLOG.	0,742	0,295	6,314	1	0,012	2,099	1,177	3,744
	Constante	1,545	0,261	34,947	1	0,000	4,686		

\*Nivel de significación estadística 5% (p < 0.05)

El segundo modelo (**Tabla 50**) asocia significativamente (p<0,05) la **discapacidad intelectual** a un mayor riesgo de padecer HTA (OR=5,4), úlcera y/o enfermedad estomacal (OR=2,3), enfermedades del sistema nervioso (OR=9,1), cáncer (OR=5,4), trastornos psiquiátricos (OR=4,2) y procesos oftalmológicos (OR=2,1).

**Tabla 51. Modelo de Regresión Logística que relaciona la DISCAPACIDAD SENSORIAL con los diferentes grupos de patologías.**

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.*	Exp(B)	IC95% para Exp(B)	
								Inferior	Superior
Paso 1	E.ORL	1,732	0,265	42,644	1	0,000	5,652	3,361	9,506
	Constante	2,060	0,188	120,407	1	0,000	7,844		
Paso 2	E.ORL	1,689	0,280	36,427	1	0,000	5,413	3,128	9,367
	E.OFTALMÓLOG.	1,550	0,289	28,799	1	0,000	4,710	2,674	8,294
	Constante	2,864	0,272	110,920	1	0,000	17,530		
Paso 3	E.LOCOMOTOR	0,938	0,298	9,891	1	0,002	2,554	1,424	4,581
	E.ORL	1,883	0,297	40,299	1	0,000	6,575	3,676	11,761
	E.OFTALMÓLOG.	1,634	0,297	30,305	1	0,000	5,124	2,864	9,169
	Constante	2,471	0,291	71,961	1	0,000	11,836		
Paso 4	ÚLCERA	0,935	0,397	5,549	1	0,018	2,546	1,170	5,541
	E.LOCOMOTOR	0,988	0,303	10,646	1	0,001	2,686	1,484	4,862
	E.ORL	1,921	0,301	40,755	1	0,000	6,824	3,784	12,307
	E.OFTALMÓLOG.	1,685	0,301	31,236	1	0,000	5,393	2,987	9,737
	Constante	2,318	0,294	62,034	1	0,000	10,158		
Paso 5	ÚLCERA	0,879	0,399	4,862	1	0,027	2,408	1,103	5,260
	E.NERVIOSO	0,690	0,314	4,841	1	0,028	1,994	1,078	3,689
	E.LOCOMOTOR	0,965	0,304	10,058	1	0,002	2,625	1,446	4,767
	E.ORL	1,934	0,304	40,564	1	0,000	6,918	3,815	12,545
	E.OFTALMÓLOG.	1,685	0,304	30,738	1	0,000	5,394	2,973	9,786
	Constante	2,110	0,309	46,778	1	0,000	8,249		

\*Nivel de significación estadística 5% (p <0.05)

El tercer modelo (**Tabla 51**) asocia significativamente (p<0,05) la **discapacidad sensorial** a un mayor riesgo de padecer úlcera y/o enfermedad estomacal (OR=2,4), enfermedades del sistema nervioso (OR=1,9), enfermedades del aparato locomotor (OR=2,6), procesos otorrinolaringológicos (OR=6,9) y oftalmológicos (OR=5,3).

## ***5. DISCUSIÓN***



## **5.1.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

### **5.1.1.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

Analizando las 70 personas con discapacidad en las que figura este dato, el 30% (21) ha terminado sus estudios primarios, el 27,1% (19) formación profesional y un 15,7% (11) han realizado estudios universitarios. Un 18,6% (13) no ha realizado ningún estudio.

Esta observación indica que las Personas con Discapacidad (PcD) tienen un menor nivel de instrucción con respecto a la población general en la que un 46,2% tiene estudios secundarios, un 22,2% tiene educación secundaria superior y un 31,6% tiene educación terciaria (Datos Eurostat, 2011, población española de 25 a 64 años)<sup>14</sup>. En consecuencia, este menor nivel de instrucción puede determinar y condicionar sus demandas y utilización del sistema sanitario; pero sobre todos puede suponer una menor capacidad para tomar decisiones en relación con la necesidad de llevar un *estilo de vida saludable* y, sobre todo, una menor capacitación para tener un papel activo en relación con el binomio Salud-enfermedad y una menor capacidad para realizar autocuidados y gestionar sus problemas con ciertos niveles de autonomía personal.

El nivel de instrucción es desde nuestra opinión el determinante más importante del estado de salud de las personas dado que se trata de un elemento transversal imprescindible para procesar, comprender y captar la importancia que tiene el estilo de vida como factor de riesgo frente a las enfermedades y la autogestión de las enfermedades crónicas en relación con el nivel de Salud individual y colectiva. Cuando esto se comprende se llevan a cabo decisiones y cambios en los comportamientos relacionados y asociados con la Salud que capacitan a las personas a mejorar su Salud, realizar menores demandas y la utilización del sistema sanitario y sus prestaciones es más adecuada, lo que favorece la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

### **5.1.2.-SITUACIÓN LABORAL**

En el 35,6% (144) de las personas con discapacidad analizadas desconocemos su situación laboral por no figurar en sus historia clínica. Lo más probable es que el

profesional sanitario que realizó la historia no preguntase por este tema dado que son PcD.

Entre aquellos en los se encuentra recogido este dato, el mayor porcentaje se dedica a sus labores en casa (43,5%) o se encuentra ya jubilado (30,4%). Sólo un 16,2% (42 individuos de la muestra) se encuentra en activo. Esto contrasta con la población general en que el 19,4% está en paro. (Dato 2011)<sup>15</sup>.

La educación es el elemento fundamental para la transformación social y el empleo y, por tanto, el determinante clave para la integración ocupacional y social. Una formación adecuada ayuda a paliar la situación de desventaja en el mercado laboral, aunque los distintos tipos de discapacidades (físicas, psíquicas y sensoriales) impliquen diferentes grados de complejidad a la hora de acceder a un puesto de trabajo.

Esta observación puede indicar que la reserva en las ofertas de empleo para las PcD deben seguir existiendo porque a medida que exista mayores avances en la formación profesional y universitaria en las PcD tendrán más oportunidades de empleo y con éste mayores posibilidades de obtener más recursos para algo tan fundamental como es la Salud en general y la bucodental en particular. También en relación con las PcDI deben seguir existiendo los Centros Especiales de Empleo para que este tipo de personas con discapacidad que no pueden ser competitivos tengan posibilidades de tener ocupaciones adecuados a su nivel cognitivo y capacidades mentales. Todo ello para que se hagan efectivos los Derechos de las PcD de la Convención Internacional de la ONU y que han sido recogidos en España en el texto refundido de los Derechos de las PcD desde noviembre de 2013<sup>16</sup>.

## **5.2.-ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA SALUD**

### **5.2.1.- CONSUMO DE TABACO**

El control de este factor de riesgo es tan importante que el 50% de los fumadores morirá prematuramente por el consumo de tabaco a no ser que deje de fumar<sup>17</sup>. El porcentaje de consumo de tabaco en la población general española se estima en el 32,2% <sup>18</sup> mientras que en nuestra muestra el porcentaje de fumadores es un 17,90 %. Sin embargo, aunque el porcentaje de fumadores es menor que en la población general, de ellos el 75 % son grandes fumadores (más de 10 cigarrillos al día).

O sea, en la población de la muestra de PcD hay menos fumadores que en la población general, pero los que fuman, fuman mucho. Esto puede deberse a varios factores o determinantes. A que son conscientes de que el consumo de tabaco aumentaría sus incapacidades y la muerte prematura y no les conviene o que la sobreprotección y tutela familiar, fundamentalmente en Personas con Discapacidad Física (PcDF) y Personas con Discapacidad Intelectual (PcDI), les ha protegido de este componente del estilo de vida inadecuado o nocivo. Esto se refleja en algunos indicadores de algunos estudios que reflejan que el nº de PcDI que nunca han fumado es, en su conjunto, muy superior al de personas sin discapacidad <sup>19</sup>.

### **5.2.2.-CONSUMO DE ALCOHOL**

El consumo de alcohol en las personas de esta muestra se estima en un 13,8%, mientras que en la población general española se estima en un 28,6% <sup>20</sup> la prevalencia de personas que beben alcohol como mínimo todos los fines de semana. Es decir, sin entrar a valorar si se trata de consumo simplemente o consumo abusivo episódico dado que es difícil establecer el umbral de consumo excesivo porque la mayor parte de las enfermedades asociadas muestran una relación lineal o exponencial, incluso a dosis bajas <sup>21</sup>.

De lo que se deduce que las personas con discapacidad beben en alcohol en menor porcentaje que la población general. Esto puede deberse a varios factores o

determinantes. A que son conscientes de que el consumo de alcohol y bebidas alcohólicas no les conviene y/o a que la sobreprotección y tutela familiar, fundamentalmente en Personas con Discapacidad Física (PcDF) y Personas con Discapacidad Intelectual (PcDI), les ha protegido de este componente del estilo de vida inadecuado o nocivo. Además, en este hábito puede influir la menor integración social y, por tanto, las menores relaciones interpersonales de las PcD que la población general que les hace estar menos expuestos a los factores de riesgo de la población general que basan sus relaciones en un estilo de vida nocivo y que todos se celebra bebiendo, comiendo y consumiendo.

Estas observaciones en PcDI concuerdan con los indicadores publicados en un informe sobre este grupo poblacional en 2010 <sup>22</sup>.

### **5.2.3.-CONSUMO DE DROGAS**

Según el Observatorio Europeo de Drogas Toxicomanías (OEDT) de 2014, España ocupa uno de los primeros lugares en consumo <sup>23</sup>. El 0,99% de las personas de nuestra muestra consumen cocaína, frente al 2,30% <sup>24</sup> de la población general en España que la consume. Este hábito de consumo está asociado generalmente a los consumos clásicos y generalizados de alcohol y tabaco como drogas legales y, con los años, antes o después determinadas personas pasan al consumo de drogas ilegales. Afortunadamente el grupo de PcD tiene un consumo de cocaína muy reducido, probablemente debido a los que referíamos en relación con el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, la sobreprotección familiar y al menor grado de integración social que les hace estar menos expuestos a los factores de riesgo de la población general.

### **5.2.4.- EJERCICIO FÍSICO**

Actualmente, la población trabaja en una gran mayoría usando el ordenador, utiliza el coche para ir al transporte y su ocio es más pasivo que activo porque consiste en ver la tv, oír música o ver espectáculos o utilizar las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TICs). Es decir, la evolución del estilo de vida observado en muchos

estudios han puesto en evidencia que la inactividad física conlleva efectos negativos para nuestra Salud y que hay que intervenir para cambiar la situación <sup>25/26</sup>.

De los 212 pacientes en los que se cumplimentó esta información en la Historia, la mayoría, el 95,3% no practica ningún ejercicio, sólo el 4,7% lo hacen, y la mayoría de ellos practica natación o gimnasia. Estos datos contrastan con los de la población general española, ya que el porcentaje del sedentarismo es del 45% <sup>27</sup>.

Esta situación en la PcD se debe a sus deficiencias e incapacidades; pero también a las escasas oportunidades de realizar actividad física y/o deportivas por las escasas instalaciones adaptadas que existen en el entorno. Es decir, no todo se debe a su situación, también se debe a la escasa sensibilidad de las Instituciones que no hacen efectivo el Derecho a poder realizar deporte e incluso ocio activo en los centros ocupacionales o de ocio donde las PcDI pasan mucho tiempo; pero no disponen de instalaciones adecuadas.

Por tanto, el porcentaje de personas con discapacidad sedentarias es muy superior al de la población general. Ello puede repercutir en el alto porcentaje de obesidad de estas personas.

Las razones que manifiestan las PCDI para no realizar actividad física son las mismas que las que esgrime la población general falta de tiempo y falta de fuerza de voluntad<sup>22</sup>.

#### **5.2.5.-SOBREPESO Y OBESIDAD**

La obesidad medida con el IMC se ha asociado a una mayor mortalidad y constituye la segunda causa de muerte prematura prevenible tras el consumo de tabaco.

La obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente en los países industrializados y constituye un problema y una prioridad de Salud Pública por su gran trascendencia sanitaria y social, debido a que es un factor de riesgo cardiovascular, incrementa el riesgo de diabetes, de HTA, de enfermedades respiratorias, etc. La Organización Mundial de la Salud se refiere a este problema como una importante pandemia<sup>28</sup>.

En Europa la obesidad se ha multiplicado por tres en los últimos 20 años y se estima en una prevalencia del 20% de los europeos adultos y el 10% en obesidad infantil. La prevalencia de la obesidad en España se estima en un 20% <sup>29</sup> en la población general mientras que en este trabajo se observa que la obesidad está en cifras del 57,40%, por lo tanto, se duplica el porcentaje de obesidad en las personas con discapacidad con respecto a la población general. Esta observación se debe a múltiples factores, menos ocio y el tiempo libre de las personas con discapacidad que realizan unas menores salidas del hogar y de las instituciones residenciales. También a un menor nivel de ocupación laboral lo que provoca que pasen mucho tiempo en los hogares con padres generalmente de grupos etarios altos.

La asociación entre obesidad como principal factor de riesgo de diabetes tipo II ha quedado establecida por numerosos estudios con riesgos relativos muy altos en algún estudio<sup>30/31</sup>. Esta asociación estadística se observa también en este trabajo de investigación aplicada y Salud Pública.

## **5.3.- MORBILIDAD ASOCIADA EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD**

### **5.3.1.- PATOLOGÍAS CARDÍACAS**

En nuestro estudio, 42 de los 404 pacientes (un 10,39%) padece cardiopatía isquémica. La prevalencia de la cardiopatía isquémica en la población general española no está determinada, sólo se conoce que la prevalencia de la angina de pecho está en torno al 7,5%<sup>27</sup>. Esta mayor prevalencia de cardiopatía isquémica puede deberse al escaso ejercicio que realizan las PcD; pero también a la alta prevalencia de obesidad dado que ésta se comporta como un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular como se demostró en el estudio de cohortes con mayor seguimiento prospectivo realizado a nivel mundial, el estudio de Framingham<sup>32</sup>.

Un 9,90% de nuestra población padece fibrilación auricular, mientras que en la población general española sufren esta patología el 4,4%<sup>33</sup>. Lo cual indica que la prevalencia en PcD es más del doble que en la población general. Parte de los casos podría explicarse por las alteraciones cardíacas de las PcDI como el síndrome de Down; pero explicarían la mayor parte de los casos que pueden estar relacionados con el escaso entrenamiento cardíaco al ejercicio y otras situaciones de estrés social.

### **5.3.2.-HTA**

El 33,66% de los pacientes de muestra de PcD presentan Hipertensión arterial, con lo cual el porcentaje es similar al de la población general española, en la que se estima en un 34%<sup>29</sup>.

La evidencia demostrada en el estudio de cohortes de Framingham establece que la obesidad es un determinante de HTA por lo que la tasa de hipertensos tendría que ser mayor al de la población general. Está claro que existen otros factores que estando implicados desconocemos en el momento actual<sup>34</sup>. Además se sabe que el control del peso reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular en un 40% y la pérdida de peso de 1Kg reduce la presión arterial sistólica entre 1,2 y 1,6 mmHg y la diastólica entre 1 y 1,3 mmHg.

### **5.3.3.- ASMA O ENFERMEDAD PULMONAR**

Según los Indicadores Clave de Morbilidad del Sistema Nacional de Salud, la prevalencia de EPOC en la población general española es del 3,22%<sup>35</sup>, y el asma afecta al 4,37% de la población adulta y hasta al 10%<sup>36</sup> de la población infantil en España.

En la muestra estudiada en este trabajo el 15,09% padecen asma o enfermedad pulmonar. De ello se deduce que las personas con discapacidad tienen con mayor frecuencia problemas pulmonares en comparación con la población general; pero esta mayor frecuencia no está asociada con el consumo de tabaco aunque habría que considerar la posibilidad del *tabaquismo pasivo*. En los adultos, esta forma de tabaquismo origina enfermedad cardiovascular, enfermedad coronaria, cáncer de pulmón e irritación nasal<sup>37,38</sup> que podría explicar parte de los casos de esta patología en PcD. También una posible explicación sería las deficiencias de la columna, como cifosis y escoliosis, que tienen las Personas con Discapacidad Física (PcDF) y los trastornos respiratorios e inmunológicos de las PcDI como los paralíticos cerebrales y otros grupos.

Estas explicaciones pueden ser válidas para las afecciones pulmonares; pero no para el asma, dado que esta no está relacionada con el tabaco, aunque una persona con asma tiene mayor riesgo de padecer Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

### **5.3.4.- DIABETES**

La prevalencia a nivel mundial de la diabetes es del 6,6% en población general adulta<sup>39</sup>. En la población general española la prevalencia de la diabetes se estima en el 6,2%<sup>18</sup>, mientras que en nuestra muestra son diabéticos el 14,10%. Probablemente este alto porcentaje de Diabetes en las PcD esté en relación con el elevado porcentaje de obesidad y el bajo porcentaje de práctica de ejercicio en los miembros de nuestra muestra<sup>31</sup>. También habrá que tener en cuenta la dieta y hábitos alimenticios que no han sido valorados en este estudio por falta de datos e información en la fuente de datos, la historia clínica hospitalaria.

### **5.3.5.- ÚLCERA Y ENFERMEDAD ESTOMACAL**

En España, la úlcera péptica afecta al 10% <sup>40</sup> de la población en algún momento de su vida. En la muestra de PcD el 21% de los pacientes padecen esta patología, con lo cual se dobla la prevalencia.

### **5.3.6.-ENFERMEDAD INTESTINAL**

En nuestra muestra padecen enfermedades intestinales tales como la diverticulosis-diverticulitis el 3,71% de las personas, mientras que en la población general presentan esta patología el 35-50% de la población<sup>41</sup>. De lo cual se deduce que las personas con discapacidad padecen la enfermedad diverticular en menor grado que la población general.

En cuanto a las patologías de la vía biliar, en nuestra muestra la padecen el 11,63% de los individuos. En la población española la prevalencia de la litiasis biliar oscila entre el 5 y el 15%<sup>42</sup>, de lo cual deducimos que no hay diferencias con nuestros pacientes.

### **5.3.7.-ENFERMEDAD RENAL**

La enfermedad renal crónica (ERC) es un problema de Salud Pública con una incidencia y una prevalencia que aumenta a medida que lo hace la actual pandemia de enfermedades crónicas. La ERC se asocia a un alto riesgo de morbilidad y mortalidad sobre todo de tipo cardiovascular; pero también a deterioro de la función renal que requiere terapia sustitutiva (TRS) con diálisis y trasplante. El coste de la TRS supone una gran carga económica para los sistemas sanitarios

Las causas más frecuentes de ERC son la diabetes, la hipertensión arterial <sup>43</sup> y la obesidad por su asociación a ambas, diabetes e hipertensión <sup>31</sup>. En la población general española se estima en un 11% la prevalencia de la enfermedad renal crónica (insuficiencia renal crónica)<sup>44</sup>.

En el estudio de la Epidemiología de la Insuficiencia Renal Crónica (EPIRCE) se concluyó que la población general mayor de 20 años entre 2004 y 2008 una prevalencia del 9.16%, mientras que en nuestra muestra el porcentaje es menor: un 6,90%.

### **5.3.8.-ENFERMEDAD DEL SISTEMA NERVIOSO**

El 10,64% de las personas de nuestra muestra han sufrido accidentes cerebro-vasculares, en comparación con la población general española en que la prevalencia de los accidentes cerebro-vasculares en mayores de 65 años, se estima en un 4,9%<sup>45</sup>. Ello podría deberse a una mayor prevalencia en nuestra muestra de factores de riesgo tales como el sobrepeso, la diabetes o la falta de ejercicio. También habrá que considerar el éxtasis sanguíneo que reduce el retorno venoso dando lugar a fenómenos tromboembólicos.

El estudio INTER-STROKE<sup>46</sup>, además de la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad abdominal, la dieta, el sedentarismo y la diabetes identificó en consumo de alcohol. Los que están presentes en la PcD son la hipertensión, la obesidad y la diabetes. Por lo que estos pueden ser la explicación de esta mayor frecuencia de accidentes cerebrovasculares en las PcD.

Un 5,19% de los pacientes de la muestra de PcD padecen demencias, en contraste con el 10,9% de la población española mayor de 70 años<sup>47</sup>. De lo cual se deduce que en nuestra muestra de pacientes se padece demencia con la mitad de frecuencia que en la población general. Ello podría deberse a que la incidencia de esta patología aumenta con la edad y en nuestra muestra casi existe el mismo número de personas mayores de 65 años (54,2%) que menores de 65 años (45,8%). Lo que puede explicar esta menor frecuencia de demencias aunque no en todos los tipos de PcD dado que en las PcDI existe un envejecimiento precoz.

En cuanto a la epilepsia, un 5,44% de los pacientes de nuestra muestra la padecen, frente al 1% de afectados <sup>48</sup> de la población general española. Esta mayor frecuencia se debe fundamentalmente a las PcD y específicamente a las personas con Parálisis Cerebral donde es una de las patologías más frecuentes.

### **5.3.9.-ENFERMEDAD DE LA SANGRE**

La anemia tiene importancia porque ocasiona un gran número de consultas, aunque no es una enfermedad en el sentido estricto sino un síndrome, un conjunto de síntomas y signos, manifestación de la disminución de la hemoglobina en sangre y cuyos límites varían según la edad y el sexo. Un 7,67% de nuestros pacientes padecen anemia, mientras que la prevalencia de la anemia en la población general en España oscila entre el 0,5-4%<sup>49</sup>. Esto indica que las PcD padecen anemia con mayor frecuencia que la población general. Esta puede explicarse por disminución del aporte de hierro en la dieta que generalmente son desequilibradas o pobres y/o por pérdidas periódicas más frecuentes en las mujeres por las menstruaciones abundantes.

### **5.3.10.- CÁNCER**

En nuestra muestra 13 pacientes presentan cáncer colon-recto (CCR) (3,21% de la muestra), en la población general las cifras de prevalencia del CCR es del 15,4%<sup>50</sup>

En la muestra de este estudio sobre PcD, 5 pacientes, 1,23% de la muestra, padecen cáncer de pulmón, y en la población general española el 4,8% de las personas están afectadas por este tipo de tumor<sup>50</sup>. Esta menor frecuencia de estos dos tipos de cáncer se explicaría fundamentalmente por el bajo consumo de tabaco<sup>51,52,53</sup> en las PcD que es uno de los factores principales de riesgo de este tipo de cáncer y cuyo determinante fundamental de protección frente a este factor de riesgo lo constituye la sobreprotección que ejercen los familiares y/o tutores legales sobre las PcDI.

En nuestra muestra hay 3 pacientes (0,74% de la muestra) con cáncer de mama, y en la población general española un 17,9% de las personas presentan este tumor<sup>50</sup>.

El cáncer de próstata en nuestra muestra aparece en un porcentaje del 1,48% de nuestros pacientes, mientras que en la población general española afecta al 17,6%<sup>50</sup>.

Todos estos datos indican que en nuestra muestra se registran porcentajes de cáncer mucho menores que en la población general.

### **5.3.11.-TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS**

En la muestra de PcD la prevalencia de los trastornos psiquiátricos se estima en un 23.51%, mientras que en la población general española la prevalencia es del 9%<sup>54</sup>.

El hecho de duplicarse la prevalencia en nuestra muestra se debe a que algunos de nuestros pacientes presentan una discapacidad intelectual y, tradicionalmente, se ha asociado este tipo de discapacidad a trastornos psiquiátricos. Esta asociación está sobredimensionada dado que la mayoría de los trastornos que padecen las PcDI son tratados con tratamientos con medicamentos para enfermedades mentales; pero en realidad los trastornos que tienen las PcDI con mayor frecuencia son trastornos de conducta que son tratados con estos medicamentos. Esta mayor frecuencia está en relación con un determinante social, la falta de integración social de las PcDI las hace aislarse y por ello aumentan los trastornos de conducta. Esta puede ser la explicación de una evolución a la disminución de trastornos mentales en las PcDI dado que estudios de establecían una frecuencia del 30%<sup>55,56</sup>. Esta alta prevalencia también podría explicarse por la falta de rigor y calidad en la metodología utilizada para determinar la frecuencia de enfermedad mental. Dado que no existía un diagnóstico profesional y protocolizado de tales trastornos; y muchas veces se establecía de manera indirecta porque la PcDI estaba siendo tratada trataban con medicamentos se establecía utilizados en las enfermedades mentales. Hay pocas enfermedades de las que exista un único y específico tratamiento y esto sea patognomónico.

### **5.3.12.-ENFERMEDADES DEL APARATO LOCOMOTOR**

En la muestra de PcD, el 19,8% de los pacientes padecen artrosis, en la población general, el porcentaje de personas afectadas por artrosis en España se estima en un 10%<sup>57</sup>. Esto puede explicarse por una menor actividad en los PcDF y en personas con PcDI, pero también por una menos actividad general.

Un 7,42% de los pacientes de nuestra muestra padecen patologías en la columna vertebral (listesis, hernias discales, estenosis de canal...), en España un 1,9% de la población padece espondiloartropatías<sup>58</sup>. Esta alta prevalencia con respecto a la

población general puede explicarse por las deficiencias en la columna que son más frecuentes en las PcDF y en las PcDI como parálisis cerebrales y síndrome de Down.

La osteoporosis afecta a un 8,91% de los pacientes de nuestra muestra, mientras que la prevalencia de esta patología en España se estima en un 17%<sup>59</sup>. Esta menor frecuencia puede deberse a la menor edad media de la muestra de PCD.

### **5.3.13.- ENFERMEDADES ORL**

La hipoacusia afecta a un 11,38% de los pacientes de nuestra muestra, en la población española existe un 2,3% de personas afectadas por algún tipo de hipoacusia<sup>60</sup>. Esta mayor prevalencia se debe a que estamos estudiando a una muestra en la que existen pacientes cuya deficiencia e incapacidad funcional es sensorial auditiva.

El vértigo afecta a un 5-10% de la población española<sup>61</sup> mientras que en nuestra muestra se encuentran lo padecen sólo un 2,97% de los pacientes.

### **5.3.14.-ENFERMEDADES OFTALMOLÓGICAS**

El 22,27% de los pacientes de nuestra muestra padecen cataratas, mientras que en la población general en España hay un 47% de personas con cataratas<sup>62</sup>. Esta menor frecuencia puede deberse a la menor edad media de la muestra de personas con discapacidad en relación a la población general.

En España la prevalencia de la ceguera se estima en un 0,13%<sup>63</sup> mientras que en nuestra muestra el porcentaje de pacientes ciegos es de un 0,49%. Esta mayor prevalencia se debe a que estamos estudiando a una muestra en la que existen pacientes cuya deficiencia e incapacidad funcional es sensorial visual.

Un 2,72% de la muestra de PcD se presenta glaucoma y en la población española esta patología tiene una prevalencia de entre 0,5 al 4%<sup>64</sup>.

La degeneración macular afecta al 1,23% de nuestra muestra y en la población general española a un 1,5%<sup>63</sup>.

### **5.3.15.-TRASTORNOS DEL LENGUAJE**

En la muestra de PcD, el 3,71% de los pacientes padecen trastornos del lenguaje, mientras que en la población general española oscila entre el 3-10% de los niños en edad escolar<sup>65</sup> mientras que no hay una prevalencia estimada en los trastornos del lenguaje en adultos. Los trastornos en el lenguaje son muy frecuentes en las PcD y específicamente en PcDI y en personas con discapacidad sensorial por sordera o hipoacusia y visual o reducción de la agudeza visual (PcDSE). La observación de una menor frecuencia en la edad adulta de estos trastornos se debe a que estos problemas forman parte de de la Atención temprana o Estimulación Precoz de las PcD como parte de la atención integral que se les debe dispensar en las primaras épocas de la vida para mejora su pronóstico vital y su mejor integración en el medio escolar.

### **5.3.16.-TRASTORNOS DE LA DENTICIÓN**

En nuestra muestra el 2,22% de las personas presentan alteraciones de la dentición importantes, mientras que en la población general española sólo se especifica que la prevalencia es “alta”<sup>66</sup>. Lo que ponen de manifiesto los estudios realizados hasta el momento es que las PcDI van menos a la consulta del dentista y tienen más caries; pero la situación de la Salud Bucodental de las PcDI esta mejorado por varias razones, una mayor sensibilización de los padres y tutores sobre la importancia de preservar la dentadura y la introducción de Programa de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual denominado con el acrónimo PADI.

---

#### **5.4.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La existencia de posibles limitaciones, errores y/o sesgos puede comprometer la validez y la fiabilidad de los resultados de este estudio. Por ello nos vemos obligados a interpretar los resultados con cautela.

Las limitaciones de este trabajo están relacionadas con la metodología y procedimientos para obtener la información para conseguir los objetivos propuestos.

La recogida de datos en las Historias Clínicas Hospitalarias de los pacientes presenta dificultades ya que muchas veces el dato buscado no aparece recogido, o no está lo suficientemente a la vista y precisa de una búsqueda minuciosa en las diferentes carpetas de los ingresos o consultas hospitalarias. Datos como el porcentaje de discapacidad, el entorno familiar, o el nivel socio-económico no suelen figurar, seguramente debido a que no resultan tan “relevantes” para el tratamiento de las patologías de los pacientes.

También está el problema de que centrándonos en la recogida de datos desde las Historias Clínicas Hospitalarias perdemos mucha información sobre actividades preventivas realizadas desde Atención Primaria (vacunas), frecuentación del Centro de Salud por problemas crónicos que no necesitan seguimiento por Especialistas, visitas a domicilio por parte de Atención Primaria.

En relación a la representatividad de la muestra, ésta sí podría representar a la población de discapacitados de Salamanca y provincia, ya que se ha obtenido de una forma aleatoria de la lista de personas con Discapacidad de la Provincia de Salamanca.

Por último, destacar también la dificultad que hemos encontrado a la hora de comparar los porcentajes de prevalencia de las diferentes patologías de nuestra muestra con la de la población general, ya que existen muy pocos registros globales oficiales de dichas prevalencias en la población general española.



## ***6. CONCLUSIONES***



**Primera.** Las PcD tienen un menor nivel de instrucción en relación a la población general, lo que implica que tienen menor capacidad para tomar decisiones en relación a cómo llevar un *estilo de vida saludable*, pero son conscientes de que ello aumentaría sus problemas e incapacidad y, en consecuencia, consumen menos tabaco, alcohol y drogas. Otro factor de protección lo constituyen sus familiares, cuidadores y tutores y, por el menor grado de integración en la vida social, hace que estén menos expuestos a estos factores de riesgo. En el aspecto negativo, las PcD practican menos ejercicio que la población general, son más sedentarias. Seguramente es debido a sus deficiencias e incapacidades y a la falta de instalaciones adaptadas. Esto repercute en una mayor prevalencia de obesidad, del 57,40% frente al 20% de la población general, y un elevado porcentaje de diabetes, 14,10% frente al 6,2% de la población general.

**Segunda.** Las PcD padecen más cardiopatía isquémica, fibrilación auricular y enfermedades cerebrovasculares que la población general, probablemente debido al alto porcentaje de sedentarismo, obesidad y diabetes.

**Tercera.** Las PcD padecen enfermedades pulmonares (EPOC y asma) en mayor porcentaje que la población general, probablemente por alteraciones osteomusculares de la columna (cifosis y escoliosis) que a veces tienen asociadas, o a trastornos respiratorios e inmunológicos.

**Cuarta.** Las PcD padecen patologías tales como enfermedad diverticular intestinal, insuficiencia renal crónica, demencias, cáncer, osteoporosis, vértigos y cataratas, en menor porcentaje que la población general. Ello podría deberse a que son patologías cuya frecuencia está marcada por la edad y la muestra estudiada tiene menor media de edad.

**Quinta.** Las PcD padecen patologías tales como úlcera y enfermedad estomacal, epilepsia, anemia, artrosis, espondiloartropatías, hipoacusia, ceguera y glaucoma en mayor porcentaje que la población general. Ello se debe a que la mayoría son afecciones en relación a sus discapacidades (parálisis cerebral, Síndrome de Down, pacientes con discapacidad auditiva, discapacidad visual, etc.).

**Sexta.** Las PcD padecen patologías psiquiátricas en mayor porcentaje que la población general, aunque esta asociación está sobredimensionada, dado que la mayoría de los trastornos que padecen las PcDI son tratados con tratamientos con medicamentos para enfermedades mentales; pero en realidad los trastornos que tienen con mayor frecuencia son trastornos de conducta. Esta mayor frecuencia de trastornos de conducta está en relación con un determinante social, la falta de integración social.

**Séptima.** Los trastornos en el lenguaje son muy frecuentes en las PcD y específicamente en PcDI y en personas con discapacidad sensorial por sordera o hipoacusia y visual o reducción de la agudeza visual (PcDSE).

**Octava.** Las PcDI van menos a la consulta del dentista y tienen más caries; pero la situación de la Salud Bucodental de las PcDI está mejorando por varias razones, una mayor sensibilización de los padres y tutores sobre la importancia de preservar la dentadura y la introducción de Programa de Atención a Personas con Discapacidad Intelectual.

## ***7. BIBLIOGRAFÍA***



- 1.- Mirón Canelo, Coco Martín M B, Alonso Sardon M. Maldonado M J, Iglesias De Sena H. Formación Curricular en Diseño para Todas las Personas en Medicina. Madrid: CRUE-Fundación ONCE, 2015.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Discapacidad. OMS: Ginebra, 2011.
- 3.- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. (CIE-10). Décima Revisión. (1992)
- 4.- Jiménez Buñuales MT, González Diego P, Martín Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la Salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Púb 2002; 76:271-279.
- 5.- Ley de Integración Social de las Personas con Discapacidad. Nº19284. (1994)
- 6.-De Lorenzo R, Pérez Bueno LC. Tratado sobre Discapacidad. Madrid: Ed. Aranzadi, 2007.
- 7.-Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud 2001. OMS: Ministerio de Trabajo y Asuntos; 2001.
- 8.- INE. Panorámica de la Discapacidad en España. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008. Cifras INE. Boletín Informativo del Instituto Nacional de Estadística. (2009).
- 9.- BOE-A-2013-12632. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión Social. BOE, nº 289 de 3 de diciembre de 2013.
- 10.- Mirón JA, Alonso M, Iglesias H. Metodología de la Investigación en Salud Laboral. Rev. Medicina y Seguridad del Trabajo 2010; 56 (221): 338-356.

- 11.- Mirón-Canelo JA (ed). Guía para la elaboración de trabajos científicos. Salamanca: G.Lope, 2013.
- 12.- Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano López de las Hazas A, De Godos N, Sáenz González MC. Calidad de vida relacionada con la Salud en personas adultas con discapacidad intelectual. Pan Am J Public Health 2008; 24(5): 336-344. 8.
- 13.- Mirón Canelo JA, Alonso Sardón M, Serrano A, De Godos N. Nivel Sociosanitario de las Personas Adultas con Discapacidad Intelectual. MAPFRE Medicina 2005; 16:122-129.
- 14.- Datos Eurostat, 2011, población española de 25 a 64 años. Pocketbook on the enlargement countries , Tema 2 Educación.
- 15.- INE. Instituto Nacional de Estadística.2011.
- 16.- Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- 17.-Organización Mundial de la Salud (OMS). WHO Report on the global tobacco epidemic, 2009. Implementing smoke-free environments. Ginebra: OMS, 2009
- 18.- Gabriel R ,Alonso M, Segura A ,Tormo MJ, Artigao LM, Banegas JR, Brotons C, Elosua R, Fernández-Cruz A, Muñiz J, Reviriego B, Rigo F .Prevalencia, distribución y variabilidad geográfica de los principales factores de riesgo cardiovascular en España. Análisis agrupado de datos individuales de estudios epidemiológicos poblacionales: estudio ERICE. Revista Española de Cardiología, Noviembre 2015; Volume 68, 11: 919-1052.
- 19.- Muñoz Bravo J, Maeso Martínez P, Belinchón M. Indicadores de Salud en personas con Discapacidad Intelectual. Informe final. Madrid: FEAPS, 2010.
- 20.- Álvarez E, Brime B, González J, Llorens N, Ruiz A, Sendino R. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías , Estadísticas 2013.Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 20013. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).Pág 39.

- 21.- Courtney KE, Polich J. Binge drinking in Young adults: Data, definitions and determinants. *Psychol Bull.* 2009; 135: 142-56.
- 22.- Muñoz Bravo J, Maeso Martínez P, Belinchón M. Indicadores de Salud en personas con Discapacidad Intelectual. Informe final. Madrid: FEAPS, 2010.
- 23.- Observatorio Europeo de Drogas Toxicomanías (OEDT). Boletín estadístico de 2014. Disponible:  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_228272\\_ES\\_TDAT14001ESN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_228272_ES_TDAT14001ESN.pdf)
- 24.- Álvarez E, Brime B, González J, Llorens N, Ruiz A, Sendino R. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Estadísticas 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. 2013. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Pág 30.
- 25.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global strategy on diet, physical activity and health. Ginebra: OMS, 2004.
- 26.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Global recommendations physical activity for health. Ginebra: OMS, 2010.
- 27.- Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid. España. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 2006;6(G):3-12. - Vol. 6 Núm.Supl.G. Sociedad Española de Cardiología.
- 28.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of de WHO consultation on obesity. WHO technical report. Ginebra: OMS, 2000.
- 29.- Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales.

Medicina Clínica Volume 145, Capítulo 10, Pag e23-e30, 419-464 (20 Noviembre 2015), Artículos 1-16.

30.- Wild SH, Byrne CD. Risk factors for diabetes and coronary heart disease. *BMJ*. 2006; 333: 1009-11.

31.- Freemantle N, Holmes J, Hockey A, Kumar S. How strong is the association between abdominal obesity and incidence of type 2 diabetes?. *Int J Clin Pract*. 2008;62: 1391-6.

32.- Hubert HB, Feinleib M, McNamara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease: a 26-year follow-up of participants in the Framingham Heart Study. *Circulation*. 1983; 67: 968-77.

33.-Gómez-Doblas JJ, Muñoz J, Alonso Martín JJ, Rodríguez-Roca G, Lobos JM, Awamleh P, Permanyer-Miralda G, Chorro FJ, Anguita M, Roig E. Prevalencia de fibrilación auricular en España. Estudio OFRECE. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:259-69 - Vol. 67 Núm.04 DOI: 10.1016/j.recesp.2013.07.015. Sociedad Española de Cardiología.

34.- Goldestein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metb Disord*. 1992;16: 397-415.

35.- Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Prevalencia declarada de EPOC en población adulta. Extraído de INCLASNS (21/05/2016 17:52).

36.- Estudio ASMACOST (Martínez-Moragón E et al. *Arch Bronconeumol* 2009; 45:481-486).

37.- He J, Vupputuri S, Allen K, Prerost MR, Highes J, Whelton PK. Passive smoking and risk of coronary heart disease: a meta-analysis of epidemiology studies. *N Engl J Med*. 1999; 340: 920-6, 2009.

38.- Taylor R, Najafi F, Dobson A. Meta-analysis of studies of passive smoking and lung cancer: effects of study type and continent. *Int J epidemiol*. 2007; 36:1048-59.

- 39.- International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 4ª ed. Bruselas: International Diabetes Federation, 2009.
- 40.- Badía X. Health Outcomes Research Europe. La aportación de los medicamentos al tratamiento de la úlcera péptica. El valor del medicamento. Mayo 2003.
- 41.-Vázquez Millán PS, Vázquez Millán MA, Martínez Espada P. Diverticulosis y diverticulitis. Revisión Junio 2011.Fisterra. Eselvier 2016.
- 42.- Tejedor Bravo M., Albillos Martínez A. Enfermedad litiásica biliar. Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Instituto de Salud Carlos III. Majadahonda. Madrid. España. Medicine. 2012;11(8):481-8.
- 43.- Atkins RC, The epidemiology of chronic kidney disease. Kidney Int. 2005; 67:S14-8.
- 44.- Alcázar Arroyoa R, Ortea L, González Parraa E, Górriza JL, Navarroa JF, Martín de Franciscoa AL, Egocheagab MI, Álvarez Guisasolac F. Documento de consenso SEN-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. Nefrologia.2008;28:273-82.
- 45.- Díaz Guzmán J, en representación de los grupos NEDICES (Neurological Disorders In Central Spain) y del comité IBERICTUS. Proyecto Ictus del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. Madrid. Pág.10.
- 46.- O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. risk Factors for ischaemic and intracerebral hemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE STUDY): a case-control study. Lancet 2010; 376: 112-23.
- 47.- Castellanos Pinedo F. IT del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 2/2011. Mérida. Inf Ter Sist Nac Salud 2011; 35: 40.
- 48.- García-March G, Sánchez-Ledesma MJ y J. Broseta J. Estimulación eléctrica vagal en el tratamiento de la epilepsia rebelde. Situación actual. Neurocirugía v.19,n.5,Murcia,oct.2008.

49.- Alteraciones analíticas frecuentes: Alteración del hemograma: anemias. Rev. El Médico Interactivo, 2016; Actualizado el 22 Jan 11:30

50.- Rev. SEOM, Las cifras del cáncer en España, 2014.

51.- Lichtenstein P, holm NV, Verkasalo PK, Illadou A, Kaprio J, Koskenvuo M et al. Environmental and heritable factors in the causation of cáncer: analyses cohorts of twins from Sweden, Denmark, and Finland. N Engl J Med 2000; 343: 78-85.

52.- Control Disease Center (CDC). Somoking –attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses (united States 2000) 2004. MMWR 2008; 343:78-85.

53.- Liang PS, Chen TY, Giovannucci E. Cigarette smoking and colorectal cáncer incidence and mortality: systematic review and meta-analysis. Int J Cancer 2009; 124: 2406-15.

54.- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo. Pág 13.

55.-Salvador-Carulla L, Rodríguez-Blázquez C, Rodríguez de Molina M, Pérez–Marín J, Velázquez R. Hidden psychiatric morbidity in a vocational programme for people with intelectual disability. J Intell Disabil Res 2000; 44 (2): 147-154.

56.-Salvador-Carulla L, Martínez-leal R, Alberto Salinas J. coords. Trastornos de la Salud mental en las personas con discapacidad intelectual. Madrid: FEAPS, 2007.

57.- Sociedad Española de Reumatología. <http://www.ser.es/pacientes/enfermedades-reumaticas/artrosis/>

58.- Fernández Carballido C , en nombre del Grupo Esperanza. Diagnóstico precoz de las espondiloartropatías en España: el programa Esperanza, Reumatología Clínica, Volume 6, Supplement 1, March 2010, Pages 6–10

59.- Carlos Bastida Calvo J. Guía práctica del manejo de la osteoporosis y de la prevención de la fractura por fragilidad en atención primaria. 2 may. 2014

60.- Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia del Instituto Nacional de Estadística (INE).

61.- Aranís C, Rioseco F, Fuentes N, Fernández R. Patología vestibular y su asociación con enfermedades metabólicas. Rev. Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2015; 75: 114-121.

62.- Ver y Vivir, revista de Clínica Baviera. Instituto Oftalmológico Europeo, Nº 2, Septiembre 2012, Página 4.

63.- Informe sobre la Ceguera en España. Fundación Retina Plus, 2012; 28-75.

64.- El Médico. Nº 1130.2012.

65.- ADISSE, Asociación Disfasia Sevilla, [personal.us/cvm/descrip\\_diag.htm](http://personal.us/cvm/descrip_diag.htm).

66.- BOE núm. 118 de 14 de Mayo de 2010.



## ***8. ANEXOS***



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA



**CUESTIONARIO COMORBILIDAD Y DISCAPACIDAD**

Nº: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_

**DATOS SOCIO-DEMOGRAFICOS:**

1.- Sexo:  Varón  Mujer

2.- Edad: \_\_\_\_\_ años

3.- Residencia habitual:  Familiar  
 Institucional  
 Otras

4.- ¿Qué nivel de estudios ha finalizado?

- Ninguno
- Estudios 1<sup>os</sup>
- Bachillerato
- Formación Profesional
- Universitario

5.- Situación laboral:

- Activo:
- Centro especial de empleo
- Empleo con apoyo
- Normalizado (empresa)

- En paro
- Nunca ha trabajado
- Jubilado
- Sus labores

¿Qué tipo de actividad laboral desarrolla?  
¿Desde cuando desarrolla esta actividad? \_\_\_\_\_

¿Supone algún tipo de riesgo laboral?

- No
  - Sí, ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Se puede hablar de integración laboral?  No  Sí

6.- Nivel económico:

- Bajo
- Medio
- Alto
- Muy alto

7.- Tipo de discapacidad que padece:

- Física
- Intelectual
- Sensorial

8.- Grado o porcentaje de minusvalía: \_\_\_\_\_ %  
Necesidad de tercera persona  No  Sí

9.- Características del entorno familiar y/o Centro de Residencia/Institución:

Nº de convivientes en mismo domicilio o residencia habitual: \_\_\_\_\_  
Nº de hermanos que tiene: \_\_\_\_\_ y lugar que ocupa: \_\_\_\_\_  
Estado civil:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  
Tiene hijos:  no  sí nº \_\_\_\_\_

**DATOS EPIDEMIOLOGICOS Y FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES ASOCIADAS:**

10.- Consumo de tabaco:  No  Sí \_\_\_\_\_ cigarrillos/día

11.- Consumo de alcohol:

(Incluye también las veces en que sólo toma un vaso o una copa. Por favor señale una casilla por bebida.)  
Cada día más 2 copas Cada día 1 ó 2 copas Cada semana Alguna vez Nunca  
Cerveza        
Vino, Cava        
Licorés,..

12.- Consumo de drogas:  No  Sí, ¿Cuál / es? \_\_\_\_\_

13.- ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_ Cms. y ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ Kgs.

14.- ¿Practica algún tipo de ejercicio?  No  Sí  
 ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_

**DATOS CLÍNICOS (COMORBILIDAD ASOCIADA)**

15.- ¿Padece algún tipo de enfermedad o dolencia de las siguientes?

Ninguna

**Enfermedades del corazón**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años  
 ¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Tensión arterial alta**

¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Asma o enfermedad pulmonar**

¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Diabetes**

¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Úlcera o enfermedad estomacal**

¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Enfermedad intestinal**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años  
 ¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Enfermedad de los riñones**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años  
 ¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Enfermedad del SNC**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años  
 ¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Anemia u otra enfermedad de la sangre**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años  
 ¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años  
 ¿Qué tratamiento sigue para su control?  MAP  ME  
 ¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  
 ¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Cáncer**

¿Localización? \_\_\_\_\_  
 ¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Depresión u otros trastornos psiquiátricos**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Enfermedad osteomuscular**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Lleva algún tipo de prótesis?  No  Si, ¿Cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿No  Si, ¿Cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa tratamiento rehabilitador?  No  Si, ¿Cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa tto. por parte de podólogo?  No  Si, ¿Cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Problemas otorinolaringológicos:**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Problemas oftalmológicos**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Trastornos en el lenguaje que precise tto. por parte de foniatra o logopeda**

No  Si, ¿cada cuanto tiempo precisa revisión? \_\_\_\_\_ meses

**Trastornos en la dentición que precise tto. odontológico**

No  Si, ¿cada cuanto tiempo precisa revisión? \_\_\_\_\_ meses

**Trastornos de tipo alimentario**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Alcoholismo**

¿A qué edad se diagnosticó? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**Problemas infecciosos**

Localización de procesos infecciosos:

Ap. Respiratorio  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

Ap. Digestivo  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

Ap. Nefro-urológico/ginecológico  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

Ap. Locomotor  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

Prob. Dermatológicos  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

Otras localizaciones  N° de episodios mensuales: \_\_\_\_\_

**Otros problemas médicos**

¿Cuál/es? \_\_\_\_\_ años

¿A qué edad se diagnosticaron? \_\_\_\_\_ años

¿Qué tratamiento sigue para su control?  ME  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Quién se lo prescribió?  MAP  No  Si, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

¿Precisa revisiones periódicas?  No  Sí, ¿cada cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ meses

**DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS**

16.- N° de ingresos hospitalarios anuales:  Menos de 10  Entre 10 y 20  Más de 20

17.- N° de interconsultas especializadas anuales:  Menos de 10  Entre 10 y 20  Más de 20

18.- N° de visitas a CAP anuales- mensuales???:  Menos de 20  Entre 20 y 30  Más de 30

19.- N° de visitas a domicilio por parte de AP anuales-mensuales???:  Menos de 20  Entre 20 y 30  Más de 30

20.- Utilización de transporte sanitario  No  Sí **¿De qué tipo?**  Individual  Colectivo **¿Cuántas veces al año?**  Menos de 20  Entre 20 y 30  Más de 30

21.- Utilización de otros servicios o prestaciones  No **¿Por qué?**  No lo necesita  No le son concedidas  No sabe qué puede solicitar  Sí **¿Cuáles?** \_\_\_\_\_ **¿Cuántas veces al año?**  Menos de 20  Entre 20 y 30  Más de 30

22.- ¿Dispone de algún tipo de ayuda técnica y/o económica?  No **¿Por qué?**  No lo necesita  No le son concedidas  No sabe qué puede solicitar  Sí **¿Cuáles?** \_\_\_\_\_ **¿Cuántas veces al año?**  Menos de 20  Entre 20 y 30  Más de 30

**ACTIVIDADES PREVENTIVAS**

23.- ¿Está correctamente vacunado según calendario vacunal actual niño/adulto?  No, ¿por qué? \_\_\_\_\_  Sí  No consta

24.- ¿Se ha vacunado de la gripe en la última campaña?  No **¿Por qué motivo no se vacuna contra la gripe?**  No pertenezco a ninguno de los grupos a los que se recomienda  Creo que no sirve para nada  No conocía la recomendación de vacunarse contra la gripe  Porque puede traer complicaciones  No sé dónde hay que acudir  Porque me sentía mal  No me suelo acordar de ir  No sé  Contraindicación médica **¿Quién le indicó que se vacunara?**  Sí  El médico, por su edad, enfermedades u otras razones  Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio, ...  Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado  Otros

25.- ¿Se ha vacunado de hepatitis-B?  No **¿Por qué motivo no se vacuna contra la hepatitis-B?**  No pertenezco a ninguno de los grupos a los que se recomienda  Creo que no sirve para nada  No conocía la recomendación de vacunarse contra la hepatitis-B  Porque puede traer complicaciones  No sé dónde hay que acudir  Porque me sentía mal  No me suelo acordar de ir  No sé  Contraindicación médica **¿Quién le indicó que se vacunara?**  Sí  El médico  Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio, ...

- Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado  
 Otros
- 26.- Se ha vacunado de...**  **Tétanos**  **Antineumocócica**  **Otras** \_\_\_\_\_  
**¿Por qué motivo no se vacuna?**  
 No pertenece a ninguno de los grupos a los que se recomienda  
 Creo que no sirve para nada  
 No conocía la recomendación de vacunarse  
 Porque puede traer complicaciones  
 No sé dónde hay que acudir  
 Porque me sienta mal  
 No me suelo acordar de ir  
 No sé  
 Contraindicación médica  
 El médico
- Si**  
 Le ponen la vacuna en la empresa/centro de estudio,...  
 Solicitó la vacuna porque prefiere estar vacunado  
 Otros
- 27.- ¿Ha acudido o consultado alguna vez al médico por presentar alguno/s de estos síntomas?**  
 Un bulto o nódulo.  
 Un dolor persistente en el tiempo.  
 Una herida o úlcera que no cicatriza (incluyendo las úlceras de la boca).  
 Una mancha o lunar que cambia de forma, tamaño y/o color.  
 Una lesión en la piel que ha aparecido recientemente y sigue creciendo.  
 Sangrado o hemorragias anormales.  
 Tos y/o ronquera persistente.  
 Cambios en los hábitos urinarios o intestinales.  
 Pérdida de peso no justificada.
- En la mujer*
- 28.- ¿Ha acudido alguna vez a un ginecólogo?**  
 No  
 Si  
**¿Cuándo ha efectuado la última visita a un ginecólogo por algún motivo distinto a los relacionados con un embarazo o parto?**  
 Hace menos de 6 meses
- Entre 6 meses y 1 año  
 Entre 1 y 3 años  
 Hace 3 o más años
- ¿Podría decirme el motivo de la última consulta (que no sea embarazo/parto)?**  
 Algun problema ginecológico (enfermedad, molestias)  
 Orientación/planificación familiar  
 Revisión periódica  
 Otro motivo
- 29.- ¿Le han hecho alguna vez una mamografía?**  
 No  
 Si  
**¿Cómo llegó a hacerse la mamografía?**  
 A través de la cita del Programa de Detección Precoz del Ca. de Mama  
 Por indicación del médico de AP  
 Por indicación del médico especialista  
 Cuando le han hecho la última mamografía?  
 Hace menos de 6 meses  
 Entre 6 meses y 1 año  
 Entre 1 y 3 años  
 Hace 3 o más años
- 30.- ¿Le han hecho alguna vez una citología vaginal?**  
 No  
 Si  
**¿Cómo llegó a hacerse la citología?**  
 A través de la cita del Programa de Detección Precoz de Cáncer  
 Por indicación del médico de AP  
 Por indicación del médico especialista  
**¿Cuándo le han hecho la última citología vaginal?**  
 Hace menos de 6 meses  
 Entre 6 meses y 1 año  
 Entre 1 y 3 años  
 Hace 3 o más años