

UNIVERSIDAD CATÓLICA REDEMPTORIS MATER

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina



Tesis monográfica para optar al Título de

Doctor en Medicina y Cirugía

Línea de investigación: Atención Primaria en Salud

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en pacientes atendidos en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018

Autores

Rodríguez-Rodríguez, Donald de Jesús

Meneses-Jarquín, Eddy Francisco

Martínez-Espinoza, Franco Alberto

TUTOR CIENTÍFICO

Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio

Doctor en Medicina y Cirugía

MSc. Salud Pública

TUTORA METODOLÓGICA

Dra. Dra. Ivonne Leytón

Doctor en Medicina y Cirugía

REVISORES DE LA INVESTIGACION

REVISOR DE CONTENIDO

Dr. René Alfonso Gutiérrez

Especialista en Epidemiología

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-7419>

CORRECTOR DE ESTILO

Mgtr. Carlos Manuel Téllez

Docente Facultad de Ciencias Médicas UNICA

Masaya, Nicaragua

Noviembre, 2018

Dedicatoria

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio

A mi madre Alba Gloria Espinoza, por darme la vida, amarme, creer en mí siempre y porque siempre me apoyaste. Gracias por estar siempre a mi lado, levantarte conmigo cada mañana durante estos 6 años y darme consejos cuando los necesité.

A mi padre Roman Alberto Martínez, a pesar de nuestra distancia física, siempre he sentido que estás conmigo siempre y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos sé que este momento es tan especial para ti como lo es para mí.

A mis hermanos Brando Martínez, Alvaro Espinoza y Yanira Martínez, que siempre están a mi lado y sé que siempre puedo contar con ellos incondicionalmente.

Franco Martínez Espinoza

Dedicatoria

Dedico este trabajo monográfico primeramente a Dios por darme la vida y estar siempre conmigo, guiándome en mi camino y dándome fuerzas para salir adelante

A mi mamá Francisca Jarquín y a mis Tíos Gloria Meneses y Silvio Sánchez por el esfuerzo y las metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invirtieron en mí. Gracias a ellos son quien soy, orgullosamente y con la cara muy en alto, gracias por todo su apoyo y poder concluir esta meta.

A todos los doctores y licenciados que en esta carrera he conocido que con su apoyo pude aprender mucho, a través de sus consejos, enseñanzas, y paciencia me ayudo a concluir esta meta.

Finalmente quiero dedicar esta tesis a todos mis compañeros, por apoyarme, por extender su mano en momentos difíciles y por ser los mejores compañeros de carrera que hubiese pedido.

Eddy Francisco Meneses Jarquín

Dedicatoria

Este presente trabajo está dedicado primeramente a Dios por darme la vida, por estar conmigo en lo momento más difíciles de mi carrera y que gracias a Él he podido superar cada obstáculo que se me ha presentado. Gracias a Él por darme inteligencia, entendimiento y sabiduría. Porque siempre me demuestra su amor infinito.

A mi amada madre Isabel Rodríguez, a mi amado padre Donald Rodríguez Alberto por el deseo de superación y amor que me brindan cada día que me han guiado hacia el camino del bien con mucho esfuerzo, sacrificio y dedicación.

A mis hermanos Raquel Rodriguez, Orlando Rodriguez , Isabella Rodriguez. Porque siempre me han apoyado con su amor de hermanos a siempre seguir hacia adelante.

A todos los docentes que he conocido durante todo este tiempo , gracias por todo su apoyo y comprensión por brindarme sus conocimientos, experiencias para ayudarme a encaminar hacia un mejor futuro.

Donald de Jesús Rodríguez R.

Agradecimientos

A Dios, quien como guía estuvo presente en el caminar de mi vida, bendiciéndome y cuidándome para poder lograr mis metas trazadas brindándome sabiduría, fuerza, paciencia y valor para afrontar cada dificultad que se presentara en mi camino .

A mis padres Alba Espinoza y Roman Martínez quienes con su amor, paciencia y esfuerzo y dedicación me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre y ellos siempre estarán para mí dándome su apoyo incondicional.

A mis hermanos Brando Martínez, Alvaro Martínez y Yanira Espinoza por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento gracias. A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañan en todos mis sueños y metas.

De igual manera mis agradecimientos a la Universidad católica de Nicaragua, a toda la Facultad de Medicina, a mis profesores en especial a la Dra. Aida Castilblanco, Dr. Heberto Vanegas, Dr. Manuel Sánchez, quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada una de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional siempre los recordare como verdaderos maestros no solo en mi formación académica sino también en la vida.

Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Jairo Baltazar Campos Valerio, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo.

Franco Martínez Espinoza

Agradecimiento

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda que muchas personas y compañeros me han prestado durante el proceso de investigación y redacción de este trabajo.

En primer lugar, quisiera agradecer a mi mamá y mis tíos Gloria Meneses y Silvio Sánchez que me han ayudado y apoyado en toda mi carrera, por haberme orientado en todos los momentos que necesité sus consejos.

Así mismo, deseo expresar mi agradecimiento a la Organización no gubernamental ABBA de Suiza por su apoyo brindado a lo largo de mi carrera.

A todos mis compañeros y futuros colegas que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

De manera especial a mi tutor de tesis Dr. Jairo Campos Valerio, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

Y por supuesto a mi querida Universidad UNICA, a todas las autoridades y a todos los maestros en la universidad, y por supuesto por los doctores y licenciados que también me apoyaron en los hospitales por donde desempeñe prácticas, en especial por los del hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada, por permitirme concluir con una etapa de mi vida, gracias por la paciencia, orientación y guiarme en el desarrollo de esta investigación.

Eddy Francisco Meneses Jarquín

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por las bendiciones que me da todos los días , por estar conmigo en el transcurso de mi carrera y por llevarme siempre por el camino del bien.

A mis padres por darme su amor incondicional por estar conmigo, por su sacrificio , por su esfuerzo para que en este día de hoy yo pueda lograr esta meta.

A mis hermanos por siempre apoyarme en mis momentos difíciles, por brindarme todo su apoyo.

Agradezco a todos los docentes por compartir sus conocimientos, en este caso especial al Dr. Jairo Campos Valerio por ser nuestro guía en este trabajo y siempre dar lo mejor de el, a la Dra. Ivonne Leyton siempre apoyándonos incondicionalmente.

Agradezco a la universidad por haberme abierto las puertas y haberme ayudado a concluir mis estudios.

Donald de Jesus Rodriguez R.

Resumen

Objetivo: Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes atendidos en el componente de crónicos en relación a la polimedicación en el centro de salud Monimbó, Masaya, en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Material y métodos: El presente trabajo es un estudio descriptivo de Conocimiento, actitudes y practicas realizado en el centro de salud Monimbó, Masaya, a los pacientes atendidos en el componente de crónico durante el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto. El universo de estudio estuvo constituido por 100 pacientes.

Resultados: El grupo etario que predomino fue el de 46-50 años, el sexo femenino con un 66% fue el que predomino en la población en estudio, la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial con un 67% y diabetes mellitus 43%, enfermedad reumática con un 13.25%. El nivel de conocimiento que predominó en el estudio fue el deficiente con un 55%, regular 36% y bueno apenas un 9%. Con respecto a la actitud el 59% tenía una mala actitud y solo 9 % presento una buena actitud. El 64% de los pacientes tomaban más de 3 medicamentos y el 54% se automedicaba.

Conclusiones: Debido a que el nivel de conocimiento sobre polimedicación es deficiente, los resultados explican por qué los pacientes tienen una mala actitud y una práctica inadecuada, que se evidencia en el consumo de múltiples fármacos, así como en la automedicación, aumentando el riesgo de presentar más complicaciones.

Palabras claves: Estudio CAP; Polimedicación; Farmacoterapia en el paciente crónico

I. Introducción

La polimedición, también llamada polifarmacia por traducción literal del término anglosajón “polypharmacy”, tiene muchas definiciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la polifarmacia se define como el uso concomitante de tres o más fármacos. Además, con el aumento de las enfermedades metabólicas en pacientes jóvenes, se ha observado un mayor número de pacientes polimeditados en dicha población, los cuales toman tres o más fármacos, siendo un factor de riesgo de padecer un mayor número de complicaciones derivadas de la polimedición, por lo que este se ha convertido en un problema de salud pública que puede afectar a cualquier persona sin importar su edad.

Además, la población del adulto mayor ha aumentado en las últimas décadas del siglo XX y las primeras del siglo XXI. Una de las principales razones de dicho suceso ha sido la prolongación de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad del hombre en general. Las cifras más recientes según el banco mundial en el año 2012 registran poco menos de 800 millones de adultos mayores en el mundo, un cambio enorme si se compara con los estimados en los años 50 donde la población de los mismos era de 400 millones.

Esta situación es más preocupante en los pacientes geriátricos con enfermedades crónicas, ya que en su mayoría la reserva fisiológica es menor que en la del adulto promedio.

Lamentablemente en la actualidad existen múltiples factores que se asocian un aumento de los niveles de polimedición tanto internos como externos, en primer lugar, a las múltiples patologías que padecen, al aumento de la esperanza de vida, un número más amplio de opciones terapéuticas, determinantes

sociales como la soledad, creencias y psicológicos como la ansiedad y depresión.

Además, la falta de cobertura de servicios de atención farmacéutica brindada por profesionales o técnicos debidamente preparados, para informar al paciente sobre posología, utilización, efectos adversos y conservación de los medicamentos prescritos en los puntos de dispensación, predispone a la población a consumir un mayor número de fármacos. Considerando además que el consumo de varios medicamentos es un hábito que adquiere la población que padece de enfermedades crónicas con el propósito de mejorar su salud, resulta necesario evaluar el nivel de conocimiento que tiene estos pacientes con respecto a su enfermedad, conocer la actitud de estos frente al consumo de varios fármacos y cómo influyen estas 2 variables en la práctica de los pacientes.

Adicionalmente el hecho probado en la investigación, de que el trabajador o el empleado de la farmacia sin los suficientes conocimientos científico sea quien responda mayoritariamente a las inquietudes de los usuarios y pacientes sobre los medicamentos y su utilización, incluso en aspectos claves y problemáticos de la utilización racional, como la formulación y venta de medicamentos, se traduce en un importante riesgo para todos los ciudadanos.

En la presente investigación se determinaron los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes atendidos en el componente de crónicos en relación a la polimedicación en el centro de salud Monimbó Masaya.

II. Antecedentes

García-Garrido; García-López-Durán, García-Jiménez, Ortega-López, Bueno-Cavanillas, estudio de pacientes polimedicados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano, España marzo – abril 2011. Estudio descriptivo transversal. Emplazamiento. Centro de Salud Zaidín-Centro de Granada. Atención Primaria de Salud. Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA). La prevalencia de polimedicados en mayores de 65 años fue de 33,77%. Estos pacientes utilizaban un número medio de medicamentos de $8,7 \pm 2,5$ y presentaban un número medio de enfermedades de $5,56 \pm 1,89$. La prevalencia de polimedicación fue mayor en las mujeres, pero las diferencias disminuyen en mayores de 85 años. El grupo terapéutico más utilizado fue el de antihipertensivos, en concordancia con la enfermedad más frecuente, la hipertensión arterial. Se comprueba la existencia de una fuerte relación entre el número de medicamentos y el número de enfermedades ($p=0,05$).

Enrique Gavilán Moral, María Teresa Morales, Suárez-Varela, José Antonio Hoyos Esteban, Ana María Pérez Suanes. Polimedicación y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmobilizados que viven en la comunidad. Estudio de corte transversal, realizado en Córdoba, España 2006. Se visitaron 143 domicilios. La media de edad fue de $81,3 \pm 7,9$ años, con un 74,8% de mujeres. Los medicamentos más comunes fueron: analgésicos (9,2%), antiácidos (7,1%), nitritos-antagonistas del calcio (6,5%), antiinflamatorios no esteroideos (5,0%) e inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (4,7%). El porcentaje de pacientes con consumo de más de 4 fármacos fue del 76,1%. El 35% de los ancianos tomaba algún fármaco potencialmente inapropiado. Las mujeres tomaban significativamente más fármacos inapropiados que los varones ($0,50 \pm 0,72$ frente a $0,25 \pm 0,50$; $p = 0,001$) y los polis medicados, más que los no polimedicados ($0,50 \pm 0,73$ frente a $0,31 \pm 0,52$; $p = 0,008$)

Mendoza Laura; Reyna Nadia; Bermúdez Valmore; Nuñez José; Linares SeNucette Liliana; González Zuli; Wilches Durán Sandra; Graterol-Rivas Modesto; Garicano Carlos; Contreras -Velásquez Julio; Cerda Marcos. Impacto de la polimedición en la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados en un centro geriátrico del estado Zulia, Venezuela, 2016. Estudio descriptivo, no experimental, de tipo transversal. La edad media de la muestra estudiada fue de $76,18 \pm 7,80$ años, de los cuales 51,3% eran hombres (n=20), y 48,7% mujeres (n=19). Por otra parte, una muy elevada proporción de ancianos informaron padecer alguna enfermedad crónica diagnosticada (89,7%). Al comparar la media de las puntuaciones de los ancianos no polimedcados con los polimedcados, estos últimos presentaron valores más bajos en la media de todas las dimensiones y las dos escalas sumariales que los pacientes no polimedcados, siendo estadísticamente significativo en los roles funcionamiento físico (p= 0,009), salud general (p=0,04), funcionamiento social (p= 0,012), Rol emocional (p= 0,001), Escala sumaria de salud física (p=0,018) y la escala sumaria de salud mental (p=0,003). Los resultados obtenidos apuntan a una baja percepción de la calidad de vida en los ancianos polimedcados, evidenciado por la obtención de bajas puntuaciones en todas las dimensiones y escalas sumariales medidas.

María López Arroyo. Conciliación farmacoterapéutica en pacientes polimedcados como medida de atención farmacéutica en hospitales, Madrid, España, 2011. Estudio prospectivo cuasi experimental, sin grupo control. Se incluyeron 84 pacientes, con una edad media de 75.4 años. El 47.6% presentaban tres o más patologías crónicas y tenían una media de 8.14 medicamentos. Se encontraron un 71.43% de discrepancias (120 discrepancias en 60 pacientes): 71 eran no justificadas y 49 justificadas. Entre las no justificadas, la mayoría se debieron a omisión de un medicamento seguido de error en la dosis. La aceptación de la recomendación farmacéutica fue del 88.73%. La conciliación de la terapia, la cooperación entre los diferentes profesionales sanitarios, así como la Educación Sanitaria disminuyen los Resultados Negativos de la Medicación (RNM) en pacientes polimedcados.

Pedro Domínguez Sánchez-Migallón, Conocer el uso de los medicamentos del Listado MARC (Medicamentos de Alto Riesgo en el Paciente Crónico) en los pacientes polimedicados del Centro de Salud. España, 2016. Estudio descriptivo observacional de carácter transversal sobre historias clínicas. El 96,3% (IC 95 % 93,2-98,2) de los pacientes polimedicados tomaban medicamentos incluidos en el listado Medicamentos de alto riesgo para los pacientes crónicos. (MARC). El número medio de fármacos del listado fue de 2,42 (DE:1,26) (sin diferencias entre sexos). Los más utilizados fueron antiagregantes (53 %), benzodiazepinas (45,1 %), hipoglucemiantes (28,9 %), beta-bloqueantes (28,2 %), diuréticos del asa (23,3 %) y opioides (17,3 %), mostrando diferencias entre sexos en el consumo de antiagregantes ($p<0,01$), benzodiazepinas ($p<0,05$) y opioides ($p<0,01$). En los pacientes pluripatológicos existieron diferencias entre sexos en el consumo de diuréticos del asa ($p<0,001$), anticoagulantes ($p<0,01$) y AINEs ($p<0,05$).

Joaquín Salmerón Rubio, Pilar García-Delgado, Paula Iglésias-Ferreira, Henrique Mateus-Santo, Fernando Martínez-Martínez. Medida del conocimiento del paciente sobre su medicamento en farmacia comunitaria en Portugal, 2009 – 2010. Estudio observacional descriptivo transversal. Se determinó el conocimiento en sus cuatro dimensiones: objetivo terapéutico, proceso de uso, seguridad y conservación de los medicamentos que el paciente utiliza. Participaron 35 farmacias, obteniéndose 633 pacientes válidos. El 82.5% no conocen el medicamento que utilizan. En todos los ítems, hubo un alto porcentaje de pacientes con conocimiento incorrecto, destacando especialmente las precauciones (44,7%). La dimensión que menos conocen los pacientes fue la “seguridad del medicamento” (1,9%). 8 de cada 10 pacientes de la población no conocen el medicamento que utilizan. La mayor carencia de información correcta corresponde a la “seguridad” del medicamento

Paula González Rodríguez, Verónica Castillo Pérez, Gladys Hernández Simón, Esther Quintana García, Marthalina Gutiérrez Gutiérrez. Polifarmacia en el adulto mayor: ¿es posible su prevención?, Cuba, 2013. Estudio observacional prospectivo, se determina que no se aplica fármaco vigilancia por el personal de enfermería en 12, 60% y el 50% tiene necesidades de aprendizaje, el comienzo

de los síntomas no fue posible determinarlo y la gravedad prevaleció en los antibióticos. Eventos adversos por servicios muestra que el 77.7% de los casos reportados se presentaron en los pacientes mayores de 65 años, no siendo significativo el servicio perteneciente, y el 23,3% fueron menores de 65 años. La calidad de la prescripción médica existió indicación justificada en 76%, dosificación geriátrica en 80%, tratamientos aplicados en duración acertada de acuerdo al diagnóstico y severidad de la enfermedad en 72%, y la adherencia farmacológica estuvo presente en 70% de los pacientes independiente de las enfermedades existentes y la gravedad de los pacientes.

Fausta Cervilia Chavez Alayo, Armando Alfonso Mendiburu Mendocilla, Nivel de conocimientos básicos sobre medicamentos, nivel educativo y automedicación en pacientes del hospital la caleta de Chimbote, Peru, 2016. Estudio descriptivo de corte transversal. Grado de instrucción encontramos que el 50.3% de la muestra poseen el grado de instrucción secundaria es decir 201 seguido del 20% con nivel educativo primaria representado, el 13.5% tiene un nivel superior universitario, mientras que el 9.5% y lamentablemente el 6.8% son analfabetas, se dedica al hogar un 43.8%, seguido de un 34.3%, no tienen ocupación alguna el 9%, trabajan y estudian el 5.8%, solo estudian 5.3% y son jubilados el 2%. Sobre automedicación, 51.3% se automedica, 29% nunca se automedican y prefieren acudir al hospital y el 19.8% manifiesta que siempre se automedican, su nivel de conocimientos de los medicamentos en un nivel medio con el 62.7%, el 22.5% tienen un nivel bajo de conocimientos y solo el 14.8%, se observó que el 77.8% consume medicamentos recetado por médicos y el 18.8% consume medicamentos recetado por farmacéuticos, el 1.8% lo hacen por consejo de familiares y los vendedores del mostrador de las farmacias y/o boticas influyen en el 1.8%, sobre los riesgos del uso inadecuado de medicamentos, el 65.8% sí los conoce, un 29.5% más o menos los conoce, y el 4.8% no conoce. Sobre conocimiento de reacciones adversas de los medicamentos, el 74.3% manifestó conocer las reacciones adversas de los medicamentos y el 25.8% no tiene ningún conocimiento.

III. Justificación

La polimedición es un problema de salud pública porque conlleva grandes riesgos a la salud de las personas debido a las reacciones adversas que se pueden presentar, además está demostrado que, a mayor número de fármacos prescritos, aunque estos fueran necesarios mayor es la posibilidad de que haya medicamentos no necesarios y de efectos adversos prevenibles.

En el contexto de nuestra cultura los pacientes creen que a mayor número de medicamentos prescritos, se les brinda una mejor atención médica, desconociendo los daños derivados de esta práctica inadecuada debido a la falta de información que estos poseen sobre los fármacos que consumen y a la poca educación farmacéutica brindada por el personal médico.

Este estudio abordó la perspectiva del paciente crónico, para medir los conocimientos y qué actitudes toman con respecto a esta problemática y cómo estos lo llevan a su vida diaria, para desarrollar programas de salud que busquen solucionar este fenómeno de salud pública y, a su vez, evaluar las estrategias que el centro de salud está realizando para dar solución.

Se podrán diseñar planes de educación que concienticen a la población que asiste al componente de crónico centro de salud Monimbó-Masaya para prevenir las complicaciones derivadas del uso excesivo de fármacos.

Además, brindó mayor conocimiento sobre este fenómeno en el gremio médico de Nicaragua ya que existen muy poco estudio relacionados a la polimedición y ayudó a concientizar a los médicos que usan fármacos en exceso y las consecuencias que esto puede conllevar en sus pacientes.

Disminuir la polifarmacia beneficiará el sistema de salud porque se disminuirán los costos en la atención y en los pacientes crónicos se podrá prevenir complicaciones por la ingesta de varios fármacos diariamente.

IV. Planteamiento del problema

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en pacientes atendidos en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya, en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018?

V. Objetivos

a. Objetivo general

Determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes atendidos en el componente de crónicos en relación a la polimedicación en el centro de salud Monimbó, Masaya, en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

b. Objetivos específicos

- 1) Establecer las principales características generales de la población en estudio.
- 2) Medir los conocimientos de la población en estudio en relación a la polimedicación.
- 3) Identificar la actitud de la población en estudio en relación a la polimedicación.
- 4) Describir las prácticas de la población en estudio en relación a la polimedicación.

VI. Marco Referencial

6.1 Estudio CAP

Un estudio CAP es un método de tipo cuantitativo que da acceso a informaciones tanto cualitativas como cuantitativas. Las preguntas CAP tienden a hacer visibles y localizables ciertos rasgos característicos en los saberes, actitudes y comportamientos en materia de sanidad asociados a factores religiosos, sociales o tradicionales, pero también a la concepción que cada persona se crea de su propio cuerpo o enfermedad. (Gamucio, 2011)

Estas preguntas, centradas en los conocimientos y comportamientos de los entrevistados tienen como objetivo delimitar el principal saber, saber estar y saber hacer, comúnmente compartidos por una población o un grupo meta en relación con unos temas determinados sobre los cuales se prevé iniciar un programa y/o actividades de educación sanitaria. (Gamucio, 2011)

Un estudio CAP Permite:

- 1) Medir la amplitud de una situación conocida, confirmar o invalidar una hipótesis, proporcionar nuevas pistas sobre la existencia de una situación.
- 2) Reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas en torno a determinados temas, destacar que se conoce sobre diversos sujetos relacionados con la sanidad.
- 3) Constituir el valor de referencia que servirá en evaluaciones futuras y permitirá medir la eficacia de las actividades de educación sanitaria por la evolución de los comportamientos relacionados con la sanidad.
- 4) Pensar en una estrategia de intervención con respecto a los aspectos específicos del contexto local y de los factores socioculturales que influyen en él

con el objeto de planificar actividades mejor adaptadas a la población destinataria. (Gamucio, 2011)

No permite:

- 1) Sacar a relucir nuevas problemáticas.
- 2) Profundizar en la comprensión de una situación. (Gamucio, 2011)

6.2 Conocimiento

Para Platón y Aristóteles, el conocimiento se obtiene por vías directa o indirecta, deduciendo nuevos datos de aquellos ya sabidos. Para Santo Tomás de Aquino, máximo representante de la corriente Escolástica, el conocimiento se produce como producto de la combinación de métodos racionales con la fe en un sistema unificado de creencias. (Anónimo, 2018)

En la actualidad existen múltiples conceptos de conocimiento, el diccionario de Oxford lo define como:

1. Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. (Oxford Living Dictionaries, 2018)
2. Capacidad que tiene el ser humano de percibir estímulos físicos mediante ciertos órganos del cuerpo y de tener consciencia de su existencia y de lo que le rodea. (Oxford Living Dictionaries, 2018)

Según Jorge Raúl Díaz Muñante, autor de Modelo de gestión del conocimiento aplicado a la Universidad Pública en el Perú, “conocimiento significa entonces apropiarnos de las propiedades y relaciones de las cosas, entender lo que son y lo que no son”. El conocimiento es una suma de ideas y representaciones que poseemos sobre un aspecto de la realidad, el cual se obtiene mediante un proceso de aprendizaje, el cual depende de la persona y el cómo fue expuesta a éste según las condiciones de su vida. (Anónimo, 2018)

El Diccionario filosófico de Rosental & Ludin (1973), acorde al Materialismo dialéctico, define al conocimiento como:

"El proceso en virtud del cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano; dicho proceso está condicionado por las leyes del devenir social y se halla indisolublemente unido a la actividad práctica" (Anónimo, 2018)

Cabe destacar que el conocimiento se logra a través la relación de un sujeto con un objeto, involucrando una representación o proceso cognoscitivo interno. El conocimiento es a priori cuando alcanza la razón para llegar a comprenderlo, y es a posteriori cuando se requiere de la experiencia para otorgarle validez. (Anónimo, 2018)

6.3 Actitudes

La actitud (del latín *actitūdo*), puede ser definida como la manifestación de un estado de ánimo o bien como una tendencia a actuar de un modo determinado. (Anónimo, 2018)

Según otros autores definen actitud como:

C. M. Judd año de publicación. "Las actitudes son evaluaciones duraderas de diversos aspectos del mundo social, evaluaciones que se almacenan en la memoria".

R. Jeffress: "La actitud es nuestra respuesta emocional y mental a las circunstancias de la vida".

Rick Astley: "la actitud es un sentimiento interior expresado en la conducta ". (Anónimo, 2017)

El concepto de actitud es muy utilizado en el ámbito de la psicología, en el que las actitudes no pueden ser consideradas como cuestiones particulares, sino que más bien deben ser entendidos dentro de un contexto social y temporal. (Anónimo, 2017)

Las actitudes son adquiridas y aprendidas a lo largo de la vida y adquieren una dirección hacia un determinado fin. Esto lo diferencia de caracteres biológicos, como el sueño o el hambre. (Anónimo, 2017)

La actitud se conforma de tres componentes esenciales:

- **Elemento cognitivo:** La propia existencia de una actitud se encuentra complementada conjuntamente con la existencia de un esquema cognoscitivo que el propio sujeto recrea. Dicho esquema se encuentra conformado por la percepción que puede captarse sobre el objeto en cuestión, junto con las creencias y datos que se tienen previamente del mismo.
- **El elemento conductual** es aquel que en todo momento se encuentra activo. Además, lo define como la corriente actitudinal que se produce al reaccionar frente a un objeto de una forma específica.
- **Elemento afectivo:** A diferencia del conductual, el elemento afectivo se compone por los sentimientos expuestos, sean positivos o negativos, frente a un objeto social. También representa el punto de comparación existente entre las creencias y las opiniones, caracterizadas siempre por su lado cognoscitivo. (Anónimo, 2017)

Para lograr medir la actitud de una población en estudio se han utilizado múltiples herramientas entre las que están la Escala de Likert.

Este método fue desarrollado por Rensis Likert en 1932, con un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes. Es decir, se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externé su reacción hacia cada una de las afirmaciones. (Sampieri, et al, 2010)

A cada punto se le asigna un valor numérico de esta manera las afirmaciones califican al objeto de actitud que se está midiendo. Las afirmaciones pueden tener dirección: positiva o negativa. Y esta dirección es muy importante para saber cómo se codifican las alternativas de su respuesta. (Sampieri, et al. 2010)

Si la afirmación es positiva, significa que califica favorablemente al objeto de actitud, de este modo, cuando más de acuerdo con la frase estén los participantes, su actitud será igualmente más favorable. (Sampieri, et al, 2010)

Si la afirmación es negativa, significa que califica desfavorablemente al objeto de actitud, y cuanto más de acuerdo estén los participantes con la frase, implica que su actitud es menos favorable este es, más desfavorable. (Sampieri, et al, 2010)

6.4 Practicas.

La práctica, o la forma como ésta se entienden, está determinada por la concepción de mundo y el ideal de sujeto que se tenga en un momento histórico determinado. Así, la visión idealista de los griegos representados en Platón y Aristóteles, concebían la práctica como el arte del argumento moral y político, es decir, el pensamiento como lo esencial de la práctica, como el razonamiento que realizan las personas cuando se ven enfrentadas a situaciones complejas. (Chaverra, 2009)

En palabras de Kant, 1996; y Lefebvre, 1971: “la práctica es una manera de transformar una realidad, de acercarnos a ella y plantear alternativas de solución hacia determinadas dificultades. Esta no debe verse como un componente aislado, sino que, para una mejor comprensión, requiere ser mirada en su relación con la teoría. (Chaverra, 2009)

En conceptos más actuales Pérez y Gardey definen práctica como acciones que se desarrollan con la aplicación de ciertos conocimientos. La realización de una actividad de una forma continuada y conforme a sus reglas: ejercicio es cualquier arte o facultad. Se aplica a la habilidad o experiencia que se adquiere con la realización continuada de una actividad. (Chaverra, 2009)

El diccionario de Oxford lo define como:

Habilidad o experiencia que se consigue o se adquiere con la realización continuada de una actividad. (Oxford Living Dictionaries, 2018)

Ejercicio que, bajo la dirección de una persona, se realiza aplicando los conocimientos teóricos para adquirir destreza o habilidad en un trabajo o

profesión; generalmente, es indispensable para poder ejercer públicamente. (Oxford living Dictionaries, 2018)

6.5 Polimedición.

Polimedición o polifarmacia tiene múltiples definiciones la organización mundial de la salud (OMS) lo define como el uso de 3 o más fármacos de forma simultánea, la indicación de fármacos innecesarios y la necesidad de indicar un medicamento para suplir los efectos colaterales de otro, son elementos considerados en la definición de polifarmacia. (Gac, 2012).

6.5.1 Factores de riesgo

Los orígenes de la polimedición y la prescripción inadecuada son comunes y dependen de muchos factores. A nivel global, el aumento de la esperanza de vida, el desarrollo económico y la mejora de las condiciones de vida se ha visto acompañado de un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas y, en las últimas décadas, del incremento de la oferta y consumo de fármacos con fines preventivos. (Gavilán, et al, 2008)

A nivel individual, existen numerosos factores implicados, los cuales pueden conducir a resultados negativos sobre la salud, y cuyo estudio y conocimiento es crucial para poder diseñar intervenciones adecuadas para evitar sus efectos nocivos. (Gavilán, et al, 2008)

Los condicionantes de la polimedición inapropiada se categorizan en 4 grandes grupos:

- **Factores físicos:** edad anciana, sexo femenino, padecer problemas cognitivos, limitaciones funcionales físicas y perceptivas, consumir determinados fármacos (ansiolíticos, antidepresivos, anti plaquetarios, analgésicos), tener 3 o más enfermedades crónicas, padecer ciertas

enfermedades o presentar factores de riesgo (enfermedad pulmonar crónica, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, diabetes) y síntomas digestivos.

- **Factores psicológicos:** presentar síntomas depresivos y de ansiedad, tener una pobre autopercepción de la salud y una deficiente adaptación a la enfermedad.
- **Factores sociales:** situación económica deficiente, nivel educativo bajo, soledad, situación de dependencia, vivir en zonas rurales.
- **Factores propios del sistema sanitario:** ingresos hospitalarios o institucionalización recientes, interconsultas entre especialistas, ser atendido por diferentes prescriptores, acudir a múltiples farmacias, infrautilización de medicamentos necesarios, adopción acrítica de guías clínicas. (Gavilán, et al, 2008)

6.5.2 Situaciones en la Polimedición

1. **Polimedición adecuada:** cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la Polimedición, sino mejorar la adecuación terapéutica.
2. **Polimedición inadecuada:** cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados.
3. **Seudopolimedición:** es cuando el paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente está tomando. El objetivo es entonces actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles asistenciales involucrados. (Gavilán, et al, 2008)

6.6 Cascada de prescripción

La cascada de prescripción se produce cuando se prescribe un nuevo medicamento para “tratar” una reacción adversa asociada con otro medicamento, basada esta prescripción en la creencia errónea de que una nueva condición médica que requiere tratamiento se ha instaurado. La

prescripción en cascada también puede aparecer cuando nos anticipamos a la aparición de una reacción adversa. (Pagán, 2012)

6.6.1 Principales medicamentos implicados en “Cascada de Prescripción”

Las cascadas de prescripción resultantes tanto de reacciones adversas conocidas como desconocidas, ponen al paciente en una situación de sufrir un daño mayor. (Pagán, 2012)

Dentro de los fármacos ampliamente prescritos desde las consultas médicas, muchos de ellos se encuentran relacionados con la prescripción en cascada. Entre ellos se incluyen medicamentos para la demencia, ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos, opioides, AINEs, antibióticos y antieméticos. (Pagán, 2012)

Dentro de estos ejemplos de cascada de prescripción se incluye la prescripción de proclorperazina para contrarrestar el mareo inducido por medicamentos, antihipertensivos para tratar la hipertensión provocada por los AINEs y levodopa para manejar los trastornos del movimiento inducidos por la metoclopramida. (Pagán, 2012)

Otro ejemplo es la prescripción de un inhibidor de la bomba de protones para evitar los efectos adversos gastrointestinales asociados al uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). (Pagán, 2012)

Las cascadas de prescripción resultantes tanto de reacciones adversas conocidas como desconocidas, ponen al paciente en una situación de sufrir un daño mayor. (Pagán, 2012)

Muchos otros medicamentos pueden estar involucrados en la prescripción en cascada, pero como muchas reacciones adversas son desconocidas o bien

no son informadas, esta podría ser la causa de que la prescripción en cascada se encuentre infravalorada. (Pagán, 2012)

En la tabla del anexo 26 se muestra algunos ejemplos de cascada de prescripción relacionados con estos fármacos.

6.6.2 Factores contribuyen a la prescripción en cascada.

Ancianos: Las personas de edad avanzada presentan un riesgo más elevado de sufrir prescripción en cascada que la población joven, ya que la aparición de una reacción adversa es más probable que sea confundida con la aparición de una nueva entidad clínica.

- Por ejemplo, la aparición de un desorden del movimiento inducida por metoclopramida puede ser malinterpretada como enfermedad de Parkinson, pero este error en la interpretación es más difícil que se produzca en una persona joven, ya que esta enfermedad es menos prevalente durante la juventud. (Pagán, 2012)

Polimedicados: Entre mayor sea el número de fármacos mayor es el riesgo de una prescripción inadecuada, así como las interacciones entre estos y causar reacciones adversas medicamentosas. (Pagán, 2012)

Medicamentos de alto riesgo: Entre los que se incluyen fármacos para el sistema cardiovascular, AINEs, anticoagulantes y antibióticos, son los grupos de pacientes que presentan mayor riesgo de sufrir algún tipo de reacción adversa. (Pagán, 2012)

6.6.3 Principios para la prevención de la cascada de la prescripción

- Comenzar nuevos tratamientos a dosis bajas e incrementar de manera progresiva para reducir el riesgo de reacciones adversas.
- Tener en cuenta que cada nuevo síntoma pudiera ser causado por una reacción adversa, sobre todo si se ha comenzado un tratamiento nuevo o bien se ha incrementado la dosis.

- Consultar a los pacientes si han experimentado nuevos síntomas, especialmente en el caso de que se haya iniciado un tratamiento o se haya modificado una dosis.
- Proporcionar información a los pacientes sobre posibles efectos adversos de los medicamentos y qué hacer cuando aparecen dichas reacciones adversas.
- La decisión de prescribir un segundo fármaco para contrarrestar la reacción adversa provocada por un primer medicamento sólo se debe producir después de una cuidadosa valoración y cuando los beneficios de continuar la terapia con el primer fármaco superan los riesgos de las reacciones adversas adicionales causadas por el segundo fármaco. (Pagán, 2012)

6.7 Interacciones de los fármacos

Se definen como la modificación del efecto de un fármaco por la administración anterior o concomitante de otro, puede ser causa de fracasos terapéuticos o problemas iatrogénicos. Puede producirse la potenciación o el antagonismo de los efectos de los fármacos y en ocasiones, otro tipo de reacciones. (Loreno, et al, 2008)

Es preciso tener en cuenta que muchas interacciones descritas se refieren a casos individuales, relacionadas con la idiosincrasia del individuo, más que con mecanismos plenamente establecidos. Así muchos fármacos podrán administrarse de manera conjunta siempre y cuando se tomen las precauciones necesarias, mientras que existe un número relativamente pequeño de medicamentos cuya asociación debe evitarse. (Loreno, et al, 2008)

6.7.1 Importancia clínica de las interacciones medicamento-medicamento.

- Utilización de fármacos en los que es necesario un control de sus concentraciones plasmáticas.
- Utilización de potentes inductores o inhibidores enzimáticos.
- Fármacos de utilización crónica en los que se requieren unas concentraciones plasmáticas adecuadas.

- Utilización de muchos fármacos al mismo tiempo.
- Utilización de varios medicamentos para la misma enfermedad. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2 Mecanismos de producción

Se pueden producir cuando se añade un fármaco a una pauta terapéutica o se retira una que ya se estaba administrando. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.1 Interacciones farmacéuticas

Se producen como consecuencia de incompatibilidad fisicoquímicas. En general ocurren en el exterior del organismo o en la luz intestinal antes de la absorción. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.2 Interacciones farmacocinéticas

Son las que ocurren en los procesos que regulan el tránsito del fármaco por el organismo: absorción, distribución, metabolismo y excreción. Debido a la variabilidad interindividual en los procesos farmacocinéticos, sus repercusiones clínicas son difícilmente predecibles. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.2.1 Absorción: debido a la complejidad del aparato gastrointestinal, las interacciones pueden producirse en distintos niveles por ejemplo la motilidad intestinal puede alterarse por diversos fármacos como retrasar el vaciamiento gástrico y pueden reducir la absorción de ciertos medicamentos en el intestino. La flora intestinal puede resultar alterada por diversos antibióticos, lo cual a su vez, puede potenciar los anticoagulantes orales al reducir la síntesis bacteriana de vitamina K en el intestino. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.2.2 Distribución: las interacciones que se producen sobre la unión a proteínas plasmáticas o a los tejidos. El desplazamiento del fármaco de su unión a las proteínas plasmáticas por otro fármaco que compite en este nivel, puede contribuir a la producción de reacciones adversas aumentando la forma libre, es decir farmacológicamente activa. Otro tipo de interacción es la del desplazamiento de la unión de tejidos

como la de la quinidina cuando se administra a pacientes que toman digoxina. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.2.3 Metabolismo: la inducción o la inhibición del sistema enzimático citocromo P-450, este conjunto de enzimas se encuentra sobre todo en el hígado, su función principal es la de metabolizar diversas sustancias para permitir su eliminación del organismo. (Loreno, et al, 2008)

Entre las enzimas del sistema microsomal P-450 la CYP2D6 y la CYP3A4 son responsables del 90% del metabolismo de los fármacos utilizados con mayor frecuencia. La primera presenta un polimorfismo genético, lo que se traduce en que existen individuos que metabolizan los fármacos de manera lenta por lo tanto requerirán dosis menores y quienes lo metabolizan de forma rápida. (Loreno, et al, 2008)

Esta diferencia explica por qué algunos pacientes desarrollan toxicidad cuando se administran fármacos que interaccionan a nivel metabólico. (Loreno, et al, 2008)

6.7.2.2.4 Excreción: esta de lleva acabo principalmente por vía renal y biliar, estos se pueden ver afectados por cambios en el pH de la orina y cambios en el volumen de la diuresis en el caso de la vía renal. (Loreno, et al, 2008)

6.7.3 Interacciones farmacodinamicas

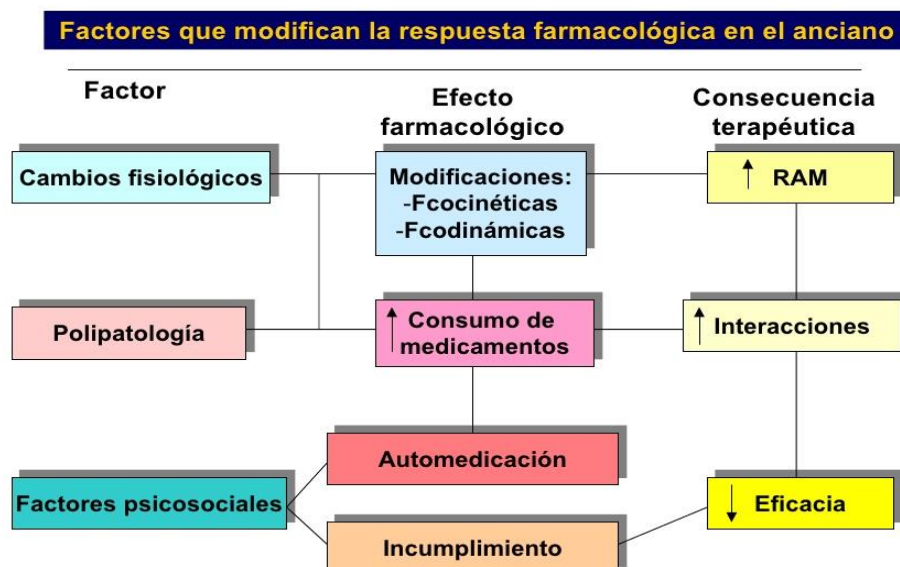
Son las que se producen en el mecanismo de acción del fármaco. Pueden diferenciarse dos tipos principales, las que se producen sobre receptores y as que lo hacen sobre un determinado sistema orgánico. (Loreno. et al, 2008)

6.8 Utilización de fármacos en geriatría

La selección y el uso seguro de fármacos en el anciano es una cuestión de gran importancia en nuestros días. La prevalencia de enfermedades crónicas condicionadas a un elevado consumo de medicamentos y este alto consumo favorece la aparición de efectos adversos, interacción, errores y falta de adherencia al tratamiento. (Loreno, et al, 2008)

6.8.2 Factores que modifican la respuesta farmacológica en el Anciano

Gráfico 1



Fuente (Loreno, et al, 2008)

6.8.2.1 Factores socioculturales

El 85% de los pacientes ancianos se administran su propia medicación; por lo tanto, el médico debe tener en cuenta una serie de factores que pueden influir en la adherencia al tratamiento. La causa más frecuente de utilización inapropiada de fármacos en los pacientes ancianos es la pérdida de la memoria. Otras alteraciones que pueden influir en la toma de medicamentos es: pérdida de la visión, defectos sensoriales y pérdida de la audición. (Loreno, et al, 2008)

Otro factor a tomar en cuenta son el alto número de ancianos que consumen los medicamentos de venta libre. Se ha estimado que el 40% de los ancianos toma una o más de estos medicamentos al día. También se ha constatado en diversos estudios que el número de pacientes que no comprenden como utilizar la medicación hace que incremente el número de fármacos que este utiliza. (Loreno, et al, 2008)

6.8.2.2 Pluripatología

Alrededor del 80% de los ancianos padecen de alguna enfermedad crónica además muchos de estos pacientes presentan varios procesos patológicos simultáneamente. Por otro lado, los fármacos administrados para el tratamiento de dichas enfermedades pueden suponer un riesgo de interacción y disminuir la respuesta terapéutica o potenciar a toxicidad. (Loreno, et al, 2008)

6.8.2.3 Cambios biológicos

Los procesos del envejecimiento no son solo una progresión hacia una decadencia funcional, sino que existen cambios adaptativos beneficiosos. Aun así, el envejecimiento produce al final cambios anatómicos, fisiológicos y psicológicos, que según progresan, alcanzan un umbral en el que producen descompensaciones de sistemas importantes.

Los efectos de un fármaco en el organismo dependen de las acciones de este sobre el medicamento y de las acciones del fármaco sobre el organismo. (Loreno, et al, 2008)

6.8.3 Factores farmacodinámicos en la respuesta farmacológica

6.8.3.1 Modificación en los receptores.

- Aumento de la sensibilidad.
- Disminución de la sensibilidad.
- Disminución de número. (Loreno, et al, 2008)

6.8.3.2 Modificaciones en los mecanismos homeostáticos.

- Barorreceptores.
- Quimiorreceptores.
- Sistema inmunológico.
- Centro termorregulador. (Loreno, et al, 2008)

6.8.4 Cambios farmacocinéticos

6.8.4.1 Efecto de la edad sobre la distribución de los fármacos.

Cambios.	Consecuencias.
Disminución del tamaño corporal. Disminución del agua corporal. Disminución del volumen plasmático.	Disminución de volumen de distribución de fármacos hidrosolubles.
Aumento de grasa corporal.	Aumento de volumen de distribución de fármacos liposolubles.
Disminución de albumina plasmática.	Aumento de fracción libre de fármacos ácidos.
Aumento de flujo tisular.	Aumento del efecto sobre los órganos que conservan flujo.

(Loreno, et al, 2008)

6.8.4.2 Efectos de la edad sobre el metabolismo de los fármacos.

Cambios.	Consecuencias.
Disminución de la capacidad metabólica	Disminución de fármacos que sufren: <ul style="list-style-type: none">• Hidrolisis.• N-desalquilacin.• N-desmetilacio.• Nitrorreduccion
Disminución del flujo plasmático	Disminución del metabolismo de fármacos con alta excreción

Disminución de la masa hepática	Posible disminución de la velocidad máxima de los fármacos con cinética de saturación.
---------------------------------	--

(Loreno, et al, 2008)

6.8.5 Normas de prescripción en pacientes geriátricos

- 1) Disminuir al mínimo el número de medicamentos.
 - Revisar otros tratamientos.
 - Valorar la necesidad de nuevos fármacos.
- 2) Considerar alternativas.
 - No farmacológicas.
 - Formas farmacéuticas mejor toleradas.
 - Pautas simples y cómodas.
- 3) Ajustar dosis.
 - Disminuir a dosis.
 - Empezar por dosis bajas e incrementar.
- 4) Educar al paciente o algún familiar.
- 5) Revisar regularmente la necesidad de tratamiento. (Loreno, et al, 2008)

6.9 Enfermedades crónicas

Según la Organización mundial de la salud las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes. En 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad era de sexo femenino y el 29% era de menos de 60 años de edad. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

6.9.1 Enfermedades crónicas más frecuentes en Nicaragua

De acuerdo al mapa de padecimientos de salud en Nicaragua elaborado por el ministerio de salud (MINSa), a través del censo de crónicos y sistemas de atenciones ambulatorios la enfermedad crónica más frecuente en el año 2017 fueron:

Grafico 2

Mapa de padecimiento de salud de Nicaragua.

No.	Enfermedad	Personas	Tasa x 10,000 habitantes
1	Hipertensión Arterial	208,982	327
2	Enfermedades Reumáticas	96,709	151
3	Diabetes	96,278	151
4	Epilepsia	32,151	50
5	Asma Bronquial	27,374	43
6	Enfermedades Cardíacas	15,815	25
7	Enfermedad Renal Crónica	8,257	13
8	Enfermedades Psiquiátricas	6,748	11
	Total	492,314	

Fuente (Ministerio de Salud, 2017)

En el departamento de Masaya la enfermedad crónica más frecuente en el año 2017 según el Ministerio de Salud fue la Hipertensión Arterial. Ver anexo 27 (Ministerio de Salud, 2018)

6.9.2. Hipertensión Arterial

La Hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, cerebro vascular y renal. La hipertensión arterial se define con la presencia de una PAS ≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg confirmadas en varias visitas. La meta a alcanzar en la mayoría de los pacientes es una presión arterial inferior a 140/90 mmHg. Se recomienda cifras $< 130/80$ mmHg en pacientes con enfermedad cardiovascular establecida o en personas

con diabetes y nefropatía, retinopatía o enfermedad cerebrovascular. (Ministerio de Salud, 2014)

Ver farmacos utilizados Anexo 28

6.9.3 Enfermedades Reumáticas

Las enfermedades reumáticas incluyen al conjunto de dolencias médicas que afectan al aparato locomotor, básicamente las articulaciones, los tendones, los músculos y los ligamentos, las enfermedades del tejido conectivo, también conocidas como colagenosis o enfermedades sistémicas, y las enfermedades metabólicas del hueso. Las denominamos enfermedades médicas del aparato locomotor para distinguirlas de las enfermedades quirúrgicas, propias de la ortopedia y la traumatología. (Gualda, 2008)

Ver farmacos utilizados Anexo 29

6.9.4 Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes es una enfermedad crónica que produce un aumento en los niveles de azúcar (glucosa) en sangre. La diabetes puede ser causa de enfermedad cardíaca, enfermedad vascular (de los vasos sanguíneos) y circulación deficiente, ceguera, insuficiencia renal, cicatrización deficiente, accidente cerebrovascular y de otras enfermedades neurológicas (que afectan a la conducción de los nervios).

La diabetes no puede curarse, pero puede tratarse con éxito. Pueden evitarse las complicaciones ocasionadas por la diabetes mediante el control del nivel de glucosa en sangre, de la presión arterial (tensión arterial) y de los niveles altos de colesterol cuando se presenten. (Sociedad Española de Medicina Interna, 2016)

Ver farmacos utilizados Anexo 30

6.9.5 Epilepsia

Es una alteración del cerebro caracterizada por una predisposición duradera para generar crisis epilépticas y por sus consecuencias neurocognitivas, psicológicas y sociales. La definición de epilepsia requiere la aparición de, al menos, una crisis epiléptica. (Rosa Ana Saiz Díaz, 2012)

Ver farmacos utilizados Anexo 31

6.9.6. Asma Bronquial

El asma es un síndrome que se caracteriza por la obstrucción de las vías respiratorias, la cual varía mucho, tanto de manera espontánea como cuando se administra tratamiento. En los asmáticos se observa un tipo especial de inflamación de las vías respiratorias que los hace más sensibles a diversos elementos desencadenantes que ocasionan una estenosis excesiva, con la disminución consecuente del flujo de aire, y con ello, la aparición de sibilancias y disnea sintomáticas. El estrechamiento de las vías respiratorias por lo regular es reversible, pero en algunas personas con asma crónica la obstrucción es irreversible. (Barnes, 2010)

Ver farmacos utilizados Anexo 32

6.9.7 Enfermedades Cardíacas

Las enfermedades cardíacas describen una gama de enfermedades que afectan el corazón. Las enfermedades clasificadas como enfermedades cardíacas comprenden enfermedades de los vasos sanguíneos, como enfermedad de las arterias coronarias, problemas con el ritmo cardíaco (arritmias) y defectos cardíacos con los que has nacido (defectos cardíacos congénitos), entre otros. (MayoClinic, 2018)

Ver farmacos utilizados Anexo 33

6.9.8 Enfermedad Renal Crónica

Anormalidades funcionales o estructurales del riñón, presentes por un periodo de tiempo más de 3 meses:

- Albuminuria (>30 mg/gr de creatinuria)
- Anormalidades en el sedimento urinario
- Anormalidades electrolíticas por desórdenes tubulares
- Anormalidades histológicas en biopsia
- Anormalidades estructurales en estudios imagino lógicos
- Historia de trasplante renal (Rosas, 2016)

Ver farmacos utilizados Anexo 34

7 Diseño Metodológico

7.1 Área de estudio

Componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya

7.2 Tipo de Estudio

Descriptivo. Conocimientos, actitudes, y prácticas. (CAP)

7.3 Universo

100 pacientes atendidos en el componente de crónico del centro de salud Monimbó, Masaya atendidos del 15 al 30 de agosto de 2018

7.4 Muestra

100 Pacientes atendidos en el componente de crónico del centro de salud Monimbó, Masaya atendidos del 15 al 30 de agosto de 2018

7.5 Muestreo

Por conveniencia.

7.6 Unidad de Análisis

Paciente atendido en el componente de crónico del centro de salud Monimbó, Masaya en el período del 15 al 30 de agosto de 2018

7.7 Criterios de inclusión

- Pacientes atendidos en el componente de crónico del centro de salud Monimbó, Masaya.
- Pacientes atendidos en el periodo de estudio.

- Pacientes que aceptan voluntariamente participar en el estudio y que firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no padezcan algún trastorno psiquiátrico que limite sus facultades.

7.8 Criterios de exclusión

- Pacientes atendidos en otros componentes del centro de salud Monimbó, Masaya.
- Pacientes atendidos fuera del periodo de estudio.
- Pacientes que no acepten participar en el estudio y no firmen consentimiento informado.
- Pacientes que padezcan algún trastorno psiquiátrico que limite sus facultades.

8 Variables por objetivos

1. Establecer las principales características generales de la población en estudio.

- Edad.
- Sexo.
- Escolaridad.
- Ocupación.
- Tipo de enfermedad.

2. Medir los conocimientos de la población en estudio en relación a la Polimedicación.

- Nivel de conocimiento.

3. Identificar la actitud de la población en estudio en relación a la Polimedicación.

- Actitud acerca de la polimedicación.

4. Describir las prácticas de la población en estudio en relación a la Polimedición.

- Polimedición.
- Numero de Fármacos.
- Tipo de Fármaco.
- Automedicación.
- Reacciones Adversas.

Variable	Definición operacional	Indicador	Valor
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo en años	Según respuesta de la encuesta	16 - 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años 36 – 40 años 41 – 45 años 46 – 50 años 51 – 55 años 56 – 60 años > 61 años
Sexo	Características fenotípicas de la persona que forma parte del estudio	Según respuesta de la encuesta	Femenino masculino
Escolaridad	Grado de estudio alcanzado por el paciente antes del estudio	Según respuesta de la encuesta	Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario
Ocupación	Acción o función que desempeña una persona	Según respuesta de la encuesta	Ama de casa Obrero Abogado Profesor Conductores Desempleados Agricultor Comerciante Estudiante Otros

Tipo de enfermedad	Son todas aquellas enfermedades crónicas que puede padecer la población en estudio.	Según respuesta de la encuesta	Hipertensión Arterial Enfermedades Reumáticas Diabetes Mellitus Epilepsia Asma Bronquial Enfermedades Cardiacas Enfermedad Renal Crónica
Nivel de conocimiento	Información científica que posee sobre la Polimedicación.	Según respuesta de la encuesta	Bueno Regular Deficiente
Actitud acerca de la Polimedicación	Disposición o continuidad de afirmaciones, de conducta hacia las personas, de emociones, ideales, relacionado con la Polimedicación.	Según respuesta de la encuesta	Buena Neutral Mala

Polimedicación	El uso concomitante de tres o más fármacos.	Según respuesta de la encuesta	Si No
Numero de fármacos	Cantidad de medicamentos que una persona ingiere.	Según respuesta de la encuesta	1 2 3 4 5 6 7
Tipo de fármaco	Grupo de fármaco al que pertenece el medicamento que una persona ingiere.	Según respuesta de la encuesta	Antihipertensivo AINES Hipolipemiantes Hipoglucemiantes Anticonvulsivantes Corticoides Antihistamínicos Otros.
Automedicación	Uso de medicamentos que realiza una persona para sí misma sin prescripción médica.	Según respuesta de la encuesta	Si No
Reacciones adversas.	Cualquier respuesta a un fármaco que es nociva, no intencionada y que se produce a dosis habituales.	Según respuesta en la encuesta	Si No

9 Obtención de información

9.1 Fuente de información

Primaria directa: Pacientes atendidos en el área de crónico.

9.2 Técnica de recolección de información:

Encuesta.

9.3 Instrumento de recolección de información:

La información se recolectó en una encuesta dividida en secciones diseñada por los investigadores en la cual se incluyen especialmente aquellos aspectos acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en estudio.

9.4 Método de obtención de información:

Se utilizó en este estudio la metodología de conocimiento actitudes y prácticas (CAP), se realizó una carta para previa autorización del Silais Masaya, para la realización del estudio en el centro de salud Monimbó, Masaya, se elaboró el instrumento de recolección de datos en el cual se obtuvo la información mediante criterios de inclusión y exclusión.

10 Procesamiento de la información.

10.1 Cruce de Variables.

1. Frecuencia de edad.
2. Frecuencia de sexo.
3. Frecuencia de escolaridad.
4. Frecuencia de ocupación.
5. Frecuencia de tipo de enfermedad.
6. Frecuencia de Nivel de conocimiento.
7. Frecuencia de actitud.
8. Frecuencia de polimedicación.
9. Frecuencia de Numero de Fármacos.
10. Frecuencia Tipo de Fármaco.
11. Frecuencia de Automedicación.
12. Frecuencia de Reacciones adversas.

13. Nivel de conocimiento según actitud.
14. Tipo de enfermedad según polimedicación.
15. Nivel de conocimiento según polimedicación.
16. Nivel de conocimiento según automedicación.
17. Numero de fármacos según reacciones adversas.

10.2 Análisis de la información

Los datos fueron procesados en el programa Epi info versión 7.2, la variable cuantitativa (número de fármacos) se analizó mediante la aplicación de medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y las de dispersión (desviación estándar) los resultados de estas variables se presentaron en tablas de salidas y gráficos de caja y de barra.

Las variables cualitativas se presentaron en tablas de salida de frecuencia absoluta y relativa, se presentaron en gráficos de barra y pastel.

Conocimiento.

Se realizaron encuestas para valorar los conocimientos con un conjunto de 10 preguntas las cuales tuvieron tres opciones de respuestas (si, no, no sabe) teniendo el valor de un punto las respuestas correctas y cero las respuestas incorrectas o "No SABE"

En este caso:

- 1 – 4 – 10 son correctas si contestan (NO)
- 2 – 3 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 son correctas si contestan (SI)

Posteriormente se sumarán las respuestas correctas y se dividirán entre el total de preguntas (10), el resultado obtenido se multiplicará por 100 para obtener el porcentaje el cual se interpretará con la siguiente tabla.

Bueno	80 – 100 %
Regular	60 – 79%
Deficiente	≤ 59%

Actitudes

Para medir las actitudes se utilizará la escala de Likert, formulándose 10 afirmaciones, asignándose el valor de 1 puntos los ítems correctos y 0.5 cuando respondan ni de acuerdo ni en desacuerdo.

En este caso las respuestas correctas son:

1 – 4 – 5 son correctas si contestan (DE ACUERDO)

6 – 3 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 son correctas si contestas (DESACUERDO)

Posteriormente se sumarán las respuestas correctas y se dividirá entre el total de enunciados Likert (10), el resultado obtenido se multiplicará por 100 para obtener el porcentaje, se interpretará con la siguiente tabla.

Buena	80 – 100%
Neutral	60 – 79%
Mala	≤ 59%

Práctica

Para evaluar la práctica se realizó una serie de preguntas a los pacientes encuestados, las cuales abordaron los aspectos más importantes sobre el uso de medicamentos, estos son: número de fármacos, tipos de fármacos, si la persona se auto medicaba y si presentaba reacciones adversas; al describir los aspectos anteriores nos da como resultado si el paciente tiene una práctica adecuado o inadecuada, esto va acorde a estudios internacionales en los cuales se miden las prácticas a través de la realización de preguntas y a la calidad de las respuestas ya que estas tienen que ser precisas, contundentes y rápidamente contestadas.

11 Consideraciones éticas

Este estudio acata los preceptos establecidos en la Declaración de Helsinki y las pautas de éticas internacionales para la investigación en seres humanos.

Se mantuvo el respeto a los principios bioéticos fundamentales de la no maleficencia, la beneficencia y justicia.

Se mantuvo en todo momento el anonimato de los pacientes, participantes de la investigación, se respetó la dignidad del ser humano, la confidencialidad y el derecho a la libertad de expresión siendo el principal motivo la generación de conocimiento científico en beneficio de la población nicaragüense afectada por el problema en estudio. Sin conflicto de intereses. Además, se solicitó el consentimiento informado, el cual se leyó y explico, si el paciente aceptaba firmaba el documento de manera libre, espontánea y voluntaria.

12 Resultados

Tabla 1: El grupo etario que predominó es de 46 - 50 años un 16% (16 pacientes), seguido de 51-55 años con 14% (14 pacientes) y del grupo de 16-20 años con un 13% (13 pacientes), el 12% (12 pacientes) era mayor de 61 años

Tabla 2: Con respecto al sexo el que predominó fue el sexo femenino con un 66% (66 pacientes) y el sexo masculino 34% (34 pacientes).

Tabla 3: El nivel de escolaridad que predominó fue primaria con un 45% (45 pacientes), seguido de secundaria con un 37% (37 pacientes) y del universitario con un 13% (13 pacientes).

Tabla 4: La ocupación que predominó fue ama de casa con un 36% (36 pacientes), el 25% (25 pacientes) fue clasificado en las categorías de otras ocupaciones y el 14% (14 pacientes) era obreros.

Tabla 5: La enfermedad que predominó en el estudio fue la Hipertensión Arterial con 67% (67 pacientes) seguido de Diabetes Mellitus con un 43% (43 pacientes) y de la enfermedad reumática 13.25% (22 pacientes)

Tabla 6: El nivel de conocimiento que predominó fue el deficiente con un 55% (55 pacientes), seguido de regular con un 36% (36 pacientes), y del nivel de conocimiento bueno con un 9% (9 pacientes)

Tabla 7: En relación a la actitud se encontró que del 59% (59 pacientes) tenía una mala actitud, el 32% (32 pacientes) era neutral, tan solo el 9% (9 pacientes) tenía buena actitud.

Tabla 8: El 66% (66 pacientes) presentaba polimedicación; y el 34% (34 pacientes) No presentaba ese problema.

Tabla 9: El número de fármacos que predominó fue 3 fármacos un 42% (42 pacientes), seguido de 2 fármacos con un 27% (27 pacientes) y de 4 fármacos con un 16% (16 pacientes). Se encontró una media de 2.9, desviación estándar: 1.09, siendo la media y la moda igual a 3.

Tabla 10: En cuanto a tipo de fármaco que predominaron los Antihipertensivo con un 67% (67 pacientes) seguido de hipoglucemiantes con un 43% (43 pacientes), de los corticoides con un 25% (25 pacientes) y de AINEs con un 20% (20 pacientes).

Tabla 11: El 54% (54 pacientes) se auto medicaba y el 46% (46% pacientes) no reporto esta situación.

Tabla 12: Con respecto a las reacciones adversas medicamentosas el 69% (69 pacientes) no reporto estas reacciones posteriores a la ingesta de los fármacos y el 31% (31 pacientes) si reporto haber sufrido algún malestar.

Tabla 13: Del 100% que tenían una mala actitud el 61.02% tenía un nivel de conocimiento deficiente seguido del 32.2% tenía un nivel de conocimiento regular; del 100% de las personas con una buena actitud el 55.56% (5) tenía un nivel de conocimiento regular

Tabla 14: Al relacionar el tipo de enfermedad con la polimedicación se encontró que del 100% de los pacientes poli medicados 35.77% eran pacientes con hipertensión arterial y seguido de los pacientes con diabetes mellitus que registraron 27.64% (14).

Tabla 15: Al relacionar el nivel de conocimiento con polimedicación se observó que del 100% de los pacientes polimedcados tenían un nivel de conocimiento deficiente 54.55% (36) seguido de aquellos que tenían un nivel de conocimiento regular que corresponde a 36.36% (24).

Tabla 16: Al relacionar el nivel de conocimiento con automedicación se observó del 100% de los pacientes auto medicados predominó el nivel de conocimiento deficiente con un 50% (27) seguido de regular con un 42.59 (23) y un 7.4% (4) obtuvieron un nivel de conocimiento bueno.

Tabla 17: Al relacionar el número de fármacos con reacciones adversas, se encontró que del 100% de los pacientes que si presentaron reacciones adversas el 51.61% (16) tomaba 3 medicamentos, seguido de 4 medicamentos con un 22.58% (7).

13 Discusión de resultados

El grupo etario que predominó fue de 46 – 50 años lo cual difiere del estudio realizado por García-Garrido y colaboradores en el cual la mayoría de la población era mayor de 65 años, sin embargo, coincide con el estudio de González (2013) en el que los pacientes estudiados eran menores de 65 años; cabe destacar que la polimedicación es un problema que se ha observado en mayor frecuencia a nivel “internacional” en personas de la tercera edad siendo incluso como parte de los problemas de salud del síndrome geriátrico.

El sexo que predominó fue femenino en esta investigación, este dato se relaciona en el estudio realizado en España García – Garrido, coincide también con lo descrito en la literatura internacional que establece que el sexo femenino es un factor de riesgo para presentar polimedicación, al igual que la baja escolaridad en este aspecto se encontró que la mayoría de los pacientes encuestados había cursado un nivel de escolaridad primaria lo cual no concuerda con el estudio de Chávez (2016) cuya población reportó como nivel de educación la secundaria; no obstante si concuerda con lo encontrado en este estudio en lo que respecta la ocupación ya que en ambas poblaciones la ocupación que predominó fue ama de casa.

La mayoría de los pacientes crónicos estudiados presentaban múltiples patologías concomitantes de estas se encontró que la principal enfermedad que poseían los pacientes encuestados era la hipertensión arterial dato relacionado con lo reportado con el ministerio de salud en el presente año que registra una tasa de 327x10000 ocupando el puesto número 1 como la patología a nivel departamental y nacional, en concordancia con este hallazgo el tratamiento mayormente indicado son los antihipertensivos coincidiendo con el estudio de García – Garrido (2011) en el que la hipertensión y los fármacos para contra arrestarlo predominaron en dicho estudio.

Se encontró que la mayoría de los pacientes encuestado tenían un nivel de conocimiento de polimedicación deficiente asociado a una mala actitud; estas 2 condiciones ejercen una influencia negativa en la práctica que tienen estos pacientes en el momento de consumir fármacos para el manejo de sus múltiples dolencias lo cual es evidente al observar que el 64% de los pacientes se encuentran polimedicados siendo el promedio de fármacos indicados por pacientes aproximadamente 3, todo lo anterior coincide en lo descrito en la literatura por Gavilán et al (2008) quien expresa que tener 3 o más enfermedades crónica tales como hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y diabetes son factores de riesgo para desarrollar polimedicación, en especial cuando estos fármacos son necesarios para el control de estas patología y por tanto para la preservación de la salud de los pacientes, sin embargo llama la atención que un 54% de la población reconoció que se auto medica poniendo en riesgo su condición clínica y contribuyendo al deterioro de su organismo por el uso excesivo de fármacos sin la indicación del médico, este hallazgo es similar por el estudio Chaves-Alayo, Perú (2016) que los pacientes con un nivel de conocimiento medio se asocian a polimedicación

Los antihipertensivos, hipoglucemiantes y corticoides fueron los fármacos indicados con mayor frecuencia a la población en estudio esto es compatible con las principales patologías encontradas en la población, lo encontrado no coincide con el estudio de Gavilán morales, España (2006) en el cual los medicamentos más comunes fueron analgésico 9.2% antiácidos 7.1%, nitritos antagonistas del calcio 6.5%, antiinflamatorio no esteroideos 5%; cabe destacar que en este estudio se indicaron AINEs al 20% de los pacientes esta categoría de fármacos son considerados como de alto riesgo, ya que se relacionan a una mayor incidencia de reacciones adversas medicamentosas, siendo una de la más temida el sangrado de tubo digestivo, en este sentido las reacciones adversas no se reportaron con mucha frecuencia. Esto resulta favorable ya que una intervención en salud contribuiría en reducir la prevalencia de la polimedicación y también a erradicar la presencia de reacciones adversas que pongan en grave riesgo de muerte al paciente.

El nivel de conocimiento que predominó fue deficiente esto explica que los pacientes tengan también una mala actitud y una práctica inadecuada que se refleja en el 64% de los pacientes poli medicados de los cuales algunos admiten auto medicarse, sin saber los daños a la salud que pueden ocasionar estas prácticas por lo cual resulta necesario incidir en este déficit de conocimiento que tienen los pacientes acerca de la cantidad óptima de fármacos que debería de consumir y de dominar las reacciones adversas que pueden presentarse tras la ingesta de estos fármacos; de esta manera la actitud o percepción que tiene acerca de la polimedicación, ya que en la actualidad consideran que a mayor número de fármacos su salud mejorara, lo cual es erróneo a mayor número de fármacos mayor riesgo de complicación secundaria a las interacciones medicamentosas.

14. Conclusiones

1. La mayoría de la población se encontraban en las edades de 46 – 50 años, eran del sexo femenino, con un nivel de escolaridad primaria y de ocupación a ama de casa; los pacientes presentaban asociación de múltiples enfermedades la principal fue la hipertensión arterial seguido diabetes mellitus.
2. La mayoría de la población tenía un nivel de conocimiento acerca de la polimedicación deficientes lo cual se relacionó a una actitud mala.
3. En cuanto a las practicas se encontró que el 64% de los pacientes estaban poli medicados con 3 fármacos, los tipos de fármacos más utilizados fueron antihipertensivos, hipoglucemiantes y corticoides, el 54% de la población se automedica y la mayoría no refiere haber tenido alguna reacción adversa medicamentosa, considerando el número de pacientes polimedicación y que se auto medica se considera que la práctica es inadecuada.

15. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud:

Elaborar un plan de intervención que contribuya a la disminución de la polimedicación en los pacientes de componentes de crónico con el objetivo de combatir de forma activa esta práctica por parte del personal médico que prescriben gran cantidad de medicamentos a un paciente.

Al Centro de salud:

Realizar capacitación al personal de salud para reducir la polimedicación en los pacientes del componente de crónicos.

Realizar charlas a los pacientes donde se explique qué es la polimedicación, las reacciones adversas medicamentos, los riesgos a la salud que pueden presentarse al consumir 3 fármacos o más a la vez y la automedicación.

A los Pacientes:

Acudir a los centros de salud a las charlas y acatar las orientaciones por los médicos.

Universidad:

Continuar esta línea de investigación, promoviendo la realización de estudios de enfoque cualitativo y de acción participación.

Bibliografía.

- Anonimo.(2018).Conceptodeconocimiento.ObtenidodeEcuRed:www.ecured.cu/Conocimiento.
- Anonimo.(2017).Conceptodeactitud.ObtenidodeConcepto.de:<http://concepto.de/actitud>.
- Avifes. (25 de marzo de 2014). Avifes. //avifes.org/enfermedad-mental.
- Barnes, J. (2010). Capitulo 309: Asma. En K. e. al, *Harrison. Principios de Medicina Interna 19 edicion*. McGraw-Hill Medical.
- Chaverra B. (2009). Una aproximacion al concepto de practica en la formacion de profesionales en la educacion fisica. *Revista educacion*, 2-4.
- Gac, H. (2012). Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
- Gamucio,S.(2011).ISSUU.ObtenidodeISSUU:https://issuu.com/medecinsdumonde/docs/mdm_guia_encuesta_cap_2011
- Gávilan E. (2011). Factores y conceptos determinantes de la polimedicacion. *Actualidad Farmaceutica*, 25-26.
- Gualda,E. (2008). *Sociedad Española de Reumatología*. Obtenido de <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/10/Manual-SER.pdf>
- Loreno, P. (2009). *Farmacología basica y clinica*. Madrid: Panamericana. (1087-1091) (1137-1141).
- Mayoclinic. (2018). MayoClinic. MayoClinic.www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/heart-disease/symptoms-causes/syc-20353118
- Oxford Living Dictionaries*. (2018) Obtenido de Oxford Living Dictionaries: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento>
- Organizacion Mundial de la Salud*. (2016) Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- OxfordlivingDictionaries*,(2018).ObtenidodeOxfordlivingDictionaries:<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/practica>
- Rosas, S. E. (2016). Enfermedad Renal Cronica. *American Kidney Fund Oxford*
livingDictionaries.(2018).ObtenidodeOxfordlivingDictionaries.[//es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento](https://es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento).

- Organizacion Mundial de la Salud.*(2017) Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud:
http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
- Oxford living Dictionaries,* (2018). Obtenido de Oxford living Dictionaries:
<https://es.oxforddictionaries.com/definicion/practica>
- Ministerio de Salud. (2014) División General de Insumos Médicos. División de uso Racional de Insumos Médicos. Formulario Nacional de Medicamentos. Séptima ed. Pág. 180-198.
- Rosas, S. E. (2016). Enfermedad Renal Cronica. *American Kidney Fund.*
<https://www.kidney.org/es/kidneydisease/aboutckd>
- Díaz.R.(2012).*Guiaoficialdepracticaclinicaenepilepsia.*<http://www.epilepsiasep.org/wpcontent/uploads/GUIA%20OFICIAL%20SEN%20EPILEPSIA.pdf>
- Sampieri, R.(2010). Metodologia de la investigacion. En R. H. Sampieri, *Metodologia de la investigacion* (págs. 251-253). Mexico: McGRAW-HILL.
- Sociedad Española de Medicina Interna .(2016). Grupo de Diabetes y Obesidad.Sociedad de Medicina Interna
- Pagán Núñez. (2012). Prescripción en Cascada y Desprescripción. *Revista Clínica de Medicina de Familia.*
- Portela Ortiz (2008). Polifarmacia en el anciano. *Particularidades del manejo anestésico en el geronto.*

Anexos



Anexo 1

Consentimiento informado

Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes atendidos en el componente de crónicos en relación a la polimedicación en el centro de salud Monimbó, Masaya, 1 al 15 de junio de 2018

Buenos días/tardes. El día de hoy nos dirigimos a usted para su participación en la encuesta para un estudio científico con el objetivo de conocer sobre los Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes atendidos en el componente de crónicos en relación a la polimedicación en el centro de salud Monimbó, Masaya, Dicha investigación cuenta con una encuesta con varios ítems que tiene que responder (marcar con una X, si y no), Para la realización de la encuesta se dará un tiempo estimado de 10 minutos. En la encuesta no se incluye el nombre por lo cual es totalmente anónimo y completamente voluntario. El estudio no lleva ningún riesgo, tampoco ningún beneficio para el participante, ni se dará ninguna remuneración económica o de otra índole, el dato será recolectados de las respuestas serán procesado estrictamente con la confiabilidad que lo amerita.

Si está de acuerdo en participar en el estudio, por favor, firme aquí:



Anexo 2

Encuesta de Conocimientos de la polimedición en pacientes atendidos en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya 1 al 15 de junio de 2018.

En esta parte de la encuesta el participante debe de marcar con una x sus características generales.

Edad:

16 – 20 años 21 – 25 años 26 – 30 años 31 – 35 años

36 – 40 años 41 – 45 años 46 – 50 años 51 – 55 años

56 – 60 años mayor 61 años

Sexo:

Femenino masculino

Escolaridad:

Analfabeta Primaria Secundaria Técnico Universitario

Ocupación:

Ama de casa Obrero Abogado Profesor Conductor

Desempleado Agricultor Comerciante otros Estudiante

Tipo de enfermedad:

Hipertensión Arterial Enfermedades Reumáticas Diabetes Mellitus

Epilepsia Asma Enfermedades cardiacas

Enfermedad Renal Crónica



Anexo 3

Encuesta de Conocimientos de la polimedición en pacientes atendidos en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya 15 al 30 de agosto de 2018

A continuación, se leerán algunos enunciados para medir su nivel de conocimiento acerca de la polimedición, por favor, conteste SI, si considera cierto el enunciado, No si no está de acuerdo o NO SABE.

Conocimiento sobre la polimedición	Si	No	No sabe
La polimedición es el consumo de 2 o menos medicamentos diarios.			
Los medicamentos ibuprofeno, diclofenac y la aspirina son fármacos de alto riesgo			
El hecho de tomar más de 3 medicamentos diario podría causar algún problema de salud			
Consumir más de la dosis indicada por el medico es bueno			
La polimedición es adecuada cuando el paciente consume 3 o más medicamentos, pero todos prescritos			
El consumo crónico de diclofenac e ibuprofeno produce gastritis			
Uno de los principales riesgos de la polimedición es la combinación (interacción) de fármacos			
La prescripción en cascada consiste en la indicación de un fármaco luego de las reacciones adversas de otro medicamento			
Uno de los factores que influyen en la polimedición es el poco conocimiento sobre la enfermedad			
Tomar siempre omeprazol produce muchos beneficios			



Anexo 4

I. Actitud

En este acápite se mencionan frases relacionadas a la actitud del paciente en relación a la polimedicación, seleccione el ítem que se aproxime a su pensamiento

1. Me agrada la idea de que el médico me indique menos medicamentos

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

2. Entre más medicamentos tome más sano estaré

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

3. Es correcto tomar muchos medicamentos cuando me siento triste o ansioso

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

4. Prefiero tomar el menor número de medicamentos por los efectos no deseados que algunos producen

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

5. Cada vez que el médico me agrega un medicamento a mi tratamiento le pregunto si es muy necesario

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

6. Si en el centro de salud no me dan todos los medicamentos que quiero los compraría en la farmacia

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

7. Considero que todos los mayores de 60 años deben de tomar más de 3 medicamentos por tiempo prolongado

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

8. Además de los medicamentos que me receta el doctor también tomo algún medicamento natural

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

9. Me enoja si el médico no me quiere recetar omeprazol para las gastritis a pesar que me explica que no es necesario

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)

10. Cuando paso consulta con el especialista me agrada que me receta más medicamentos que el médico general

De acuerdo (___) En desacuerdo (___) Ni de acuerdo ni en desacuerdo (___)



Anexo 5

II. Práctica

¿Cuántos fármacos consume al día? _____

Polimedicación Sí ___ No ___

Tipo de fármaco:

Antihipertensivo (___) AINE´s (___) Hipolipemiantes (___)

Hipoglucemiantes (___) Anticonvulsivantes (___) Corticoides (___)

Antihistamínicos (___)

Usualmente ¿Compra medicamentos que no les prescribe el médico?

Si (___) No (___)

Ha sentido algún malestar (nausea, vomito, tos, mareo, cansancio, otro) luego de tomar algún medicamento.

Si (___) No (___)

En caso de responder si a la pregunta anterior, con cual tipo de medicamento ha sentido más molestias. _____

Anexo 6

Tabla 1

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedización en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de edad

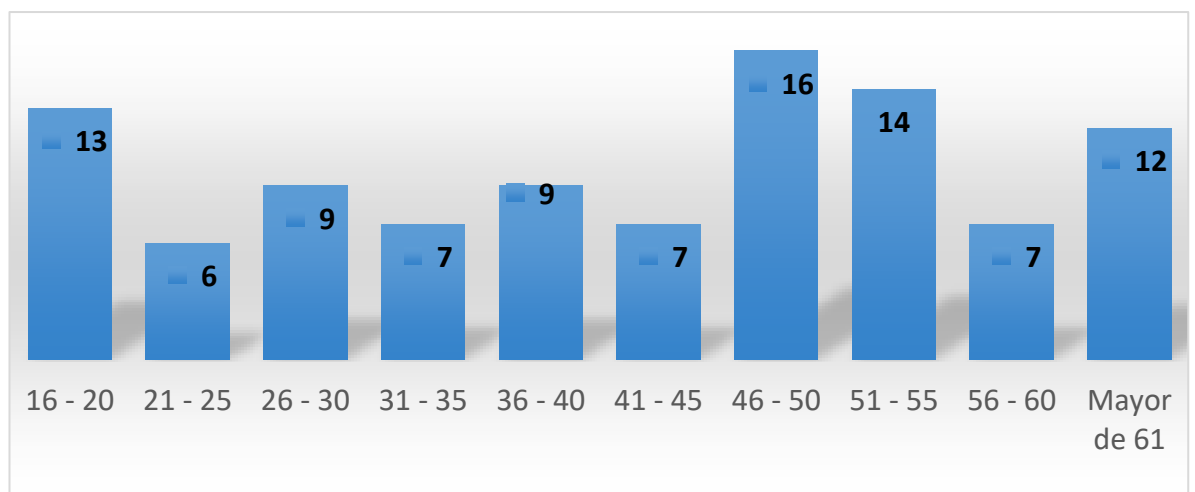
Edad	Frecuencia	Porcentaje
16 - 20	13	13.00
21 - 25	6	6.00
26 - 30	9	9.00
31 - 35	7	7.00
36 - 40	9	9.00
41 - 45	7	7.00
46 - 50	16	16.00
51 - 55	14	14.00
56 - 60	7	7.00
Mayor de 61	12	12.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta.

Grafico 1

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedización en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de edad



Fuente: Tabla 1

Anexo 7

Tabla 2

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de sexo.

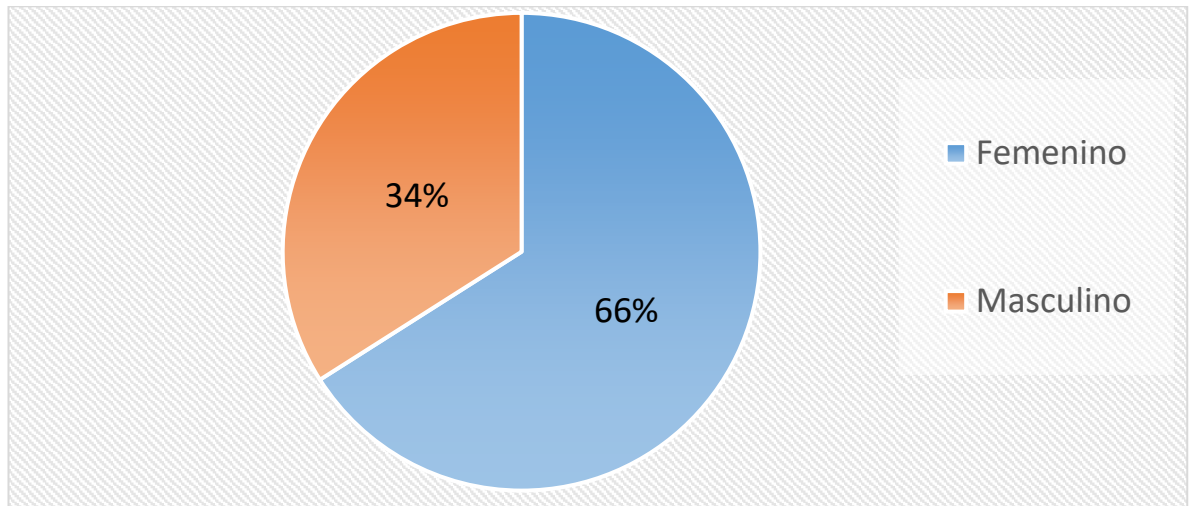
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	66	66.00
Masculino	34	34.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 2

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de sexo



Fuente: Tabla 2

Anexo 8

Tabla 3

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de escolaridad

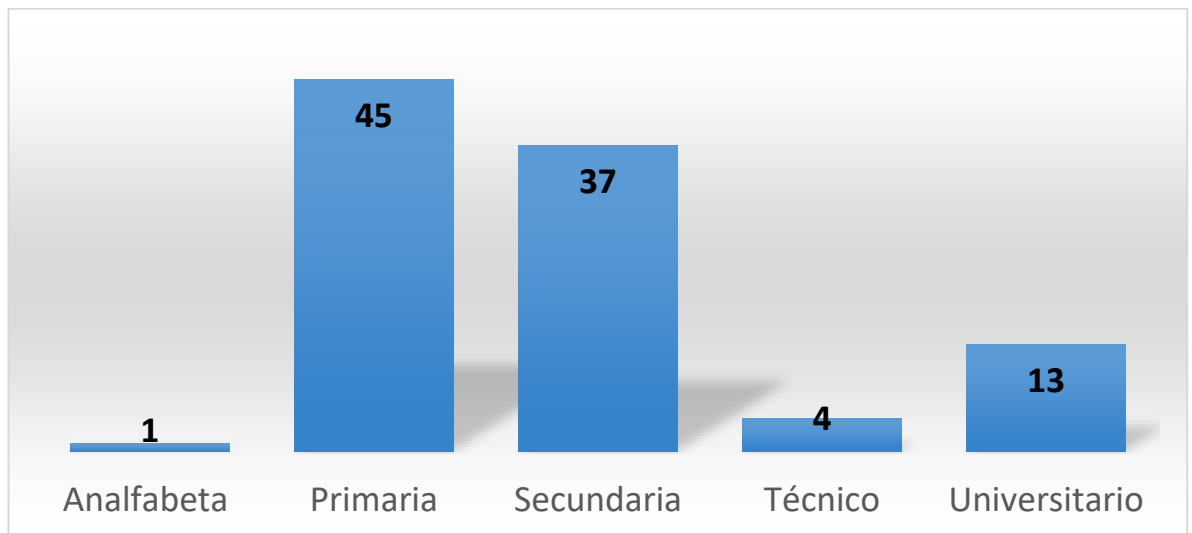
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	1	1.00
Primaria	45	45.00
Secundaria	37	37.00
Técnico	4	4.00
Universitario	13	13.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico 3

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de escolaridad



Fuente: tabla 3

Anexo 9

Tabla 4

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de ocupación

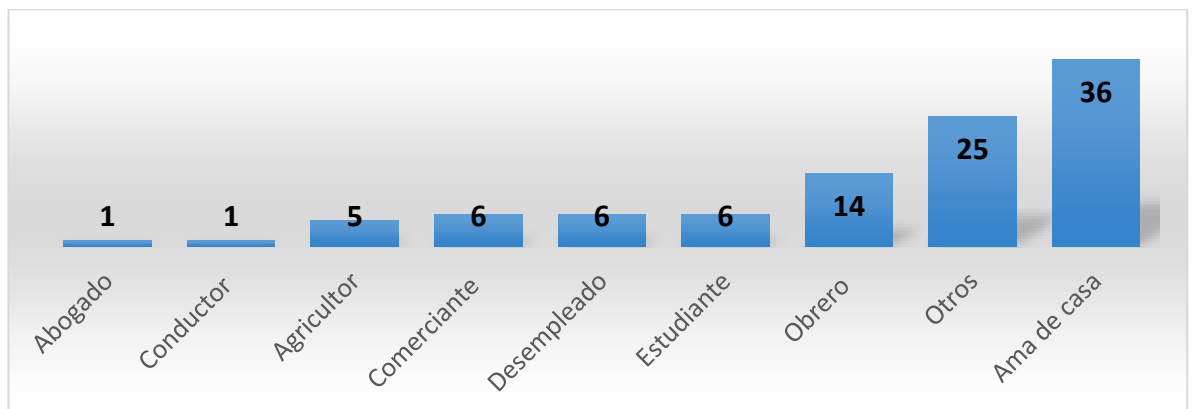
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Abogado	1	1.00
Agricultor	5	5.00
Ama de casa	36	36.00
Comerciante	6	6.00
Conductor	1	1.00
Desempleado	6	6.00
Estudiante	6	6.00
Obrero	14	14.00
Otros	25	25.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 4

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de ocupación



Fuente: Tabla 4

Anexo 10

Tabla 5

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de tipo de enfermedad.

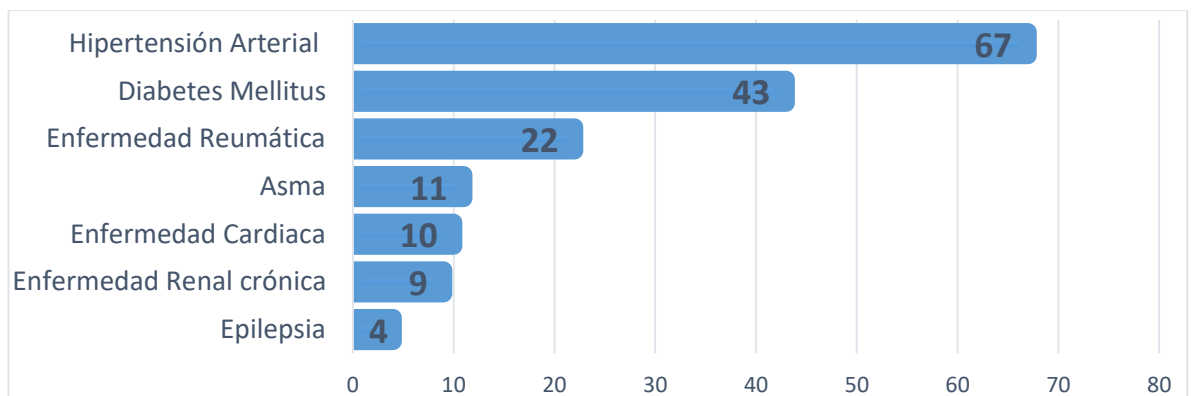
Tipo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
ASMA	11	11.00
Diabetes Mellitus	43	43.00
Enfermedad Cardíaca	10	10.00
Enfermedad Renal crónica	9	9.00
Enfermedad Reumática	22	22.00
Epilepsia	4	4.00
Hipertensión Arterial	67	67.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 5

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de tipo de enfermedad.



Fuente: Tabla 5

Anexo 11

Tabla 6

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Nivel de conocimiento

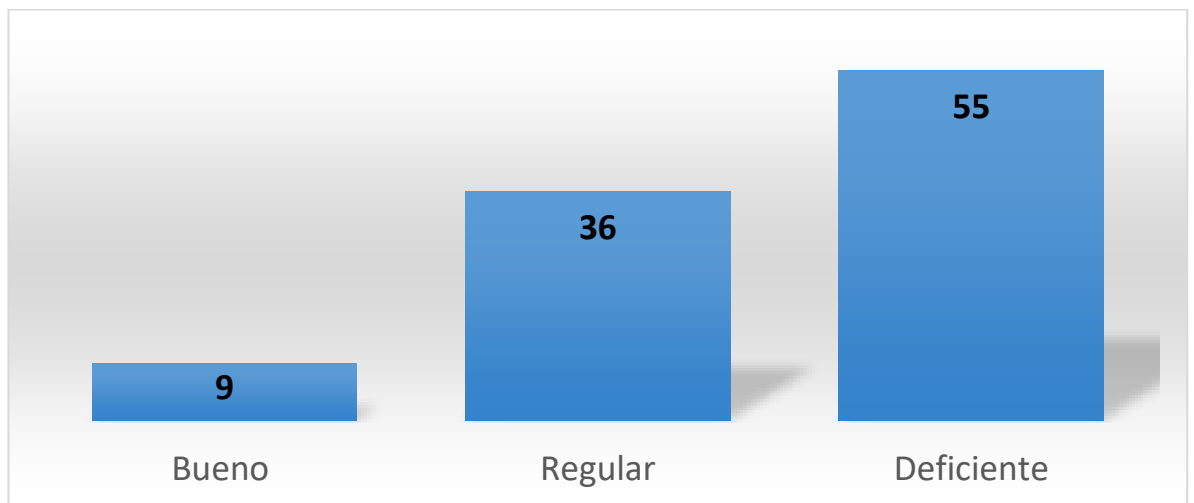
Nivel de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje
Bueno	9	9.00
Regular	36	36.00
Deficiente	55	55.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta.

Gráfico 6

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Nivel de conocimiento



Fuente: Tabla 6

Anexo 12

Tabla 7

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de actitud acerca de la Polimedición

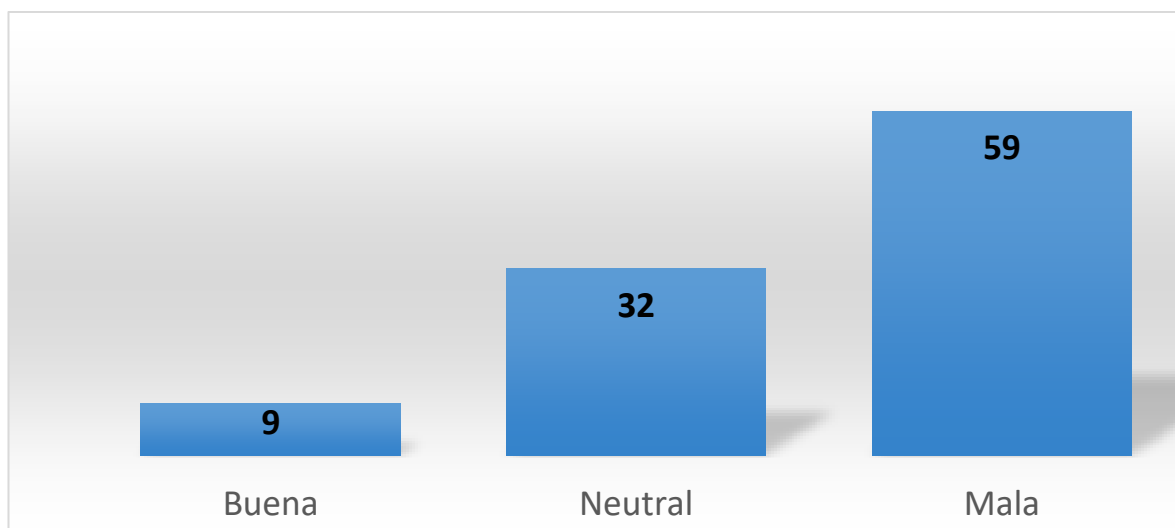
Actitud acerca de Polimedición	Frecuencia	Porcentaje
Buena	9	9.00
Neutral	32	32.00
Mala	59	59.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta.

Gráfico 7

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de actitud acerca de la Polimedición



Fuente: Tabla 7

Anexo 13

Tabla 8

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Polimedición

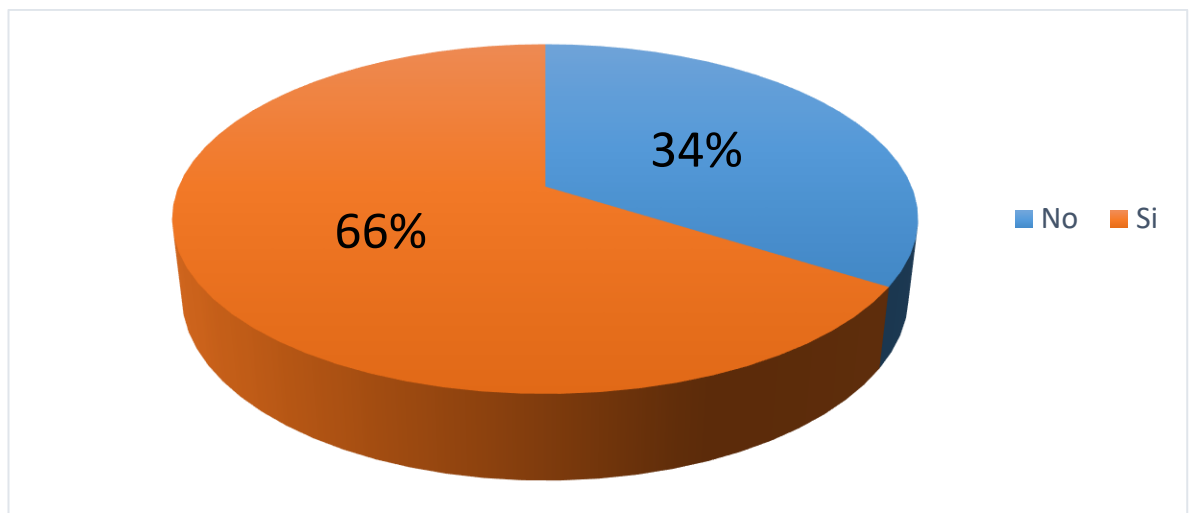
Polimedición	Frecuencia	Porcentaje
No	34	34.00
Si	66	66.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 8

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Polimedición



Fuente: Tabla 8

Anexo 14

Tabla 9

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Numero de Fármacos

Numero de fármacos	Frecuencia	Porcentaje
1	7	7.00
2	27	27.00
3	42	42.00
4	16	16.00
5	6	6.00
6	1	1.00
7	1	1.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

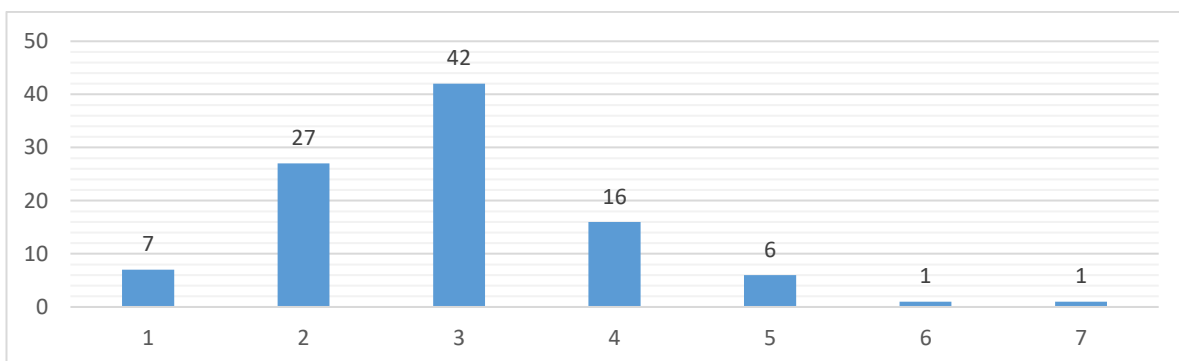
N de fármacos	Obs	Total	Medias	Var	Desviación estándar	Min
	100	294	2.9400	1.2085	1.0993	1.0000

Fuente: Tabla 9

Gráfico 9

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Numero de Fármacos



Fuente: Tabla 9

Anexo 15

Tabla 10

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia Tipo de Fármaco

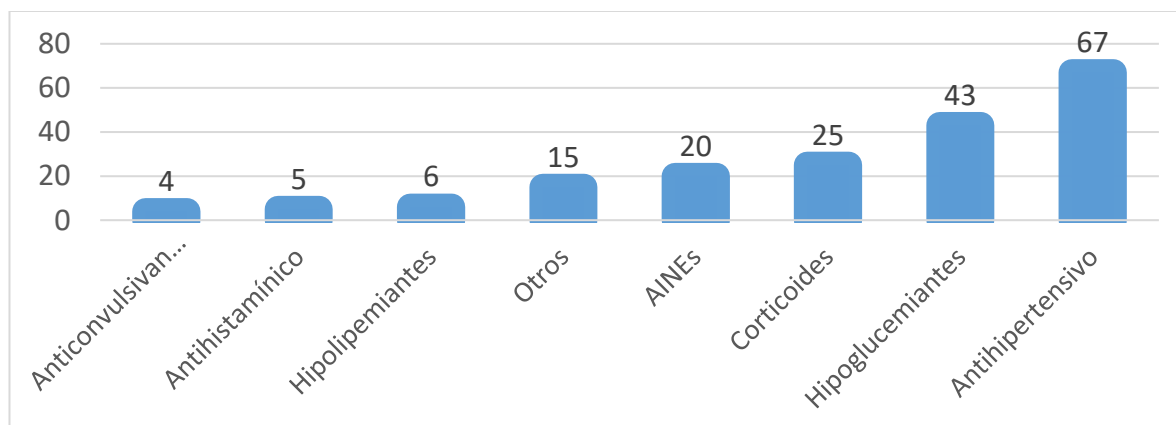
Tipo de fármacos	Frecuencia	Porcentaje
AINEs	20	20.00
Anticonvulsivantes	4	4.00
Antihipertensivo	67	67.00
Antihistamínico	5	5.00
Corticoides	25	25.00
Hipoglucemiantes	42	42.00
Hipolipemiantes	6	6.00
Otros	15	15.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 10

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia Tipo de Fármaco



Fuente: Tabla 10

Anexo 16

Tabla 11

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Automedicación

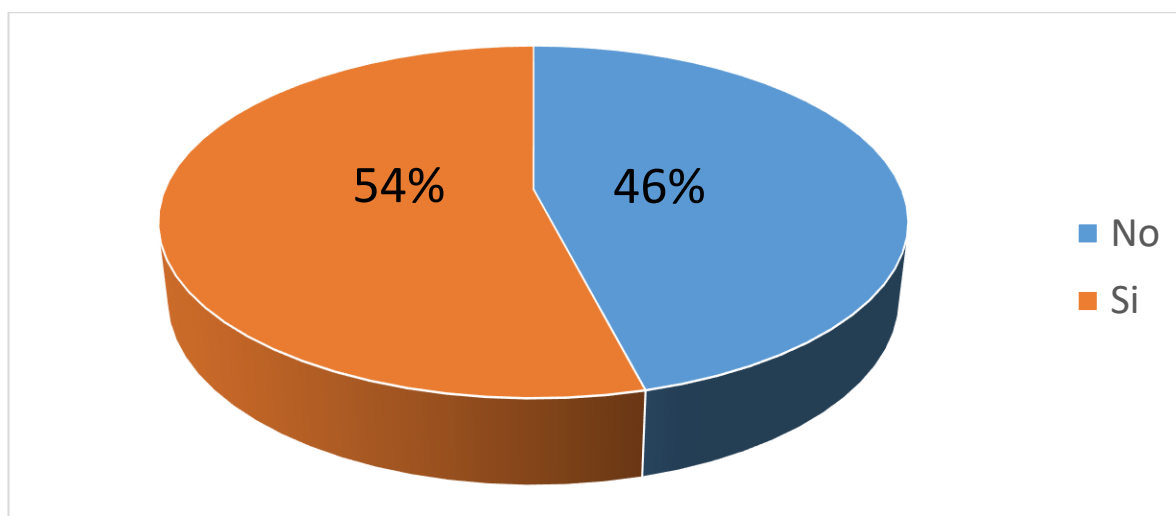
Automedicación	Frecuencia	Porcentaje
No	46	46.00
Si	54	54.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 11

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Automedicación



Fuente: Tabla 11

Anexo 17

Tabla 12

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Reacciones adversas

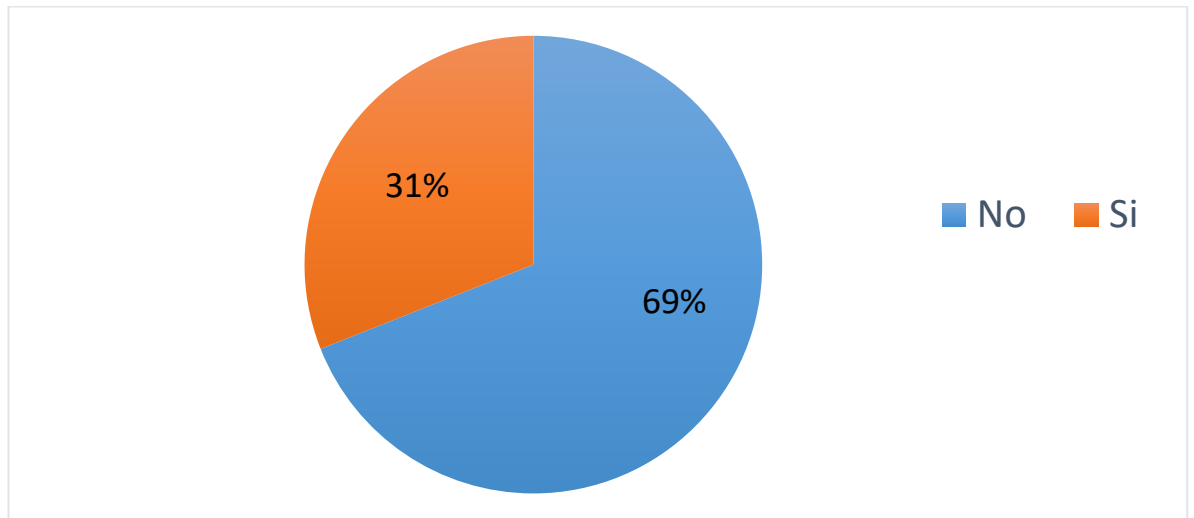
Reacciones adversas	Frecuencia	Porcentaje
No	69	69.00
Si	31	31.00
Total	100	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 12

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Frecuencia de Reacciones adversas



Fuente: Tabla 12

Anexo 18

Tabla 13

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según actitud.

Nivel de conocimientos	Actitud acerca de la Polimedición			Total
	Buena	Mala	Neutral	
Bueno	1	4	4	9
Filas%	11.11	44.44	44.44	100.00
Columnas%	11.11	6.78	12.50	9.00
Regular	5	19	12	36
Filas%	13.89	52.78	33.33	100.00
Columnas%	55.56	32.20	37.50	36.00
Deficiente	3	36	16	55
Filas%	5.45	65.45	29.09	100.00
Columnas%	33.33	61.02	50.00	55.00
TOTAL	9	59	32	100
Filas%	9.00	59.00	32.00	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00	100.00

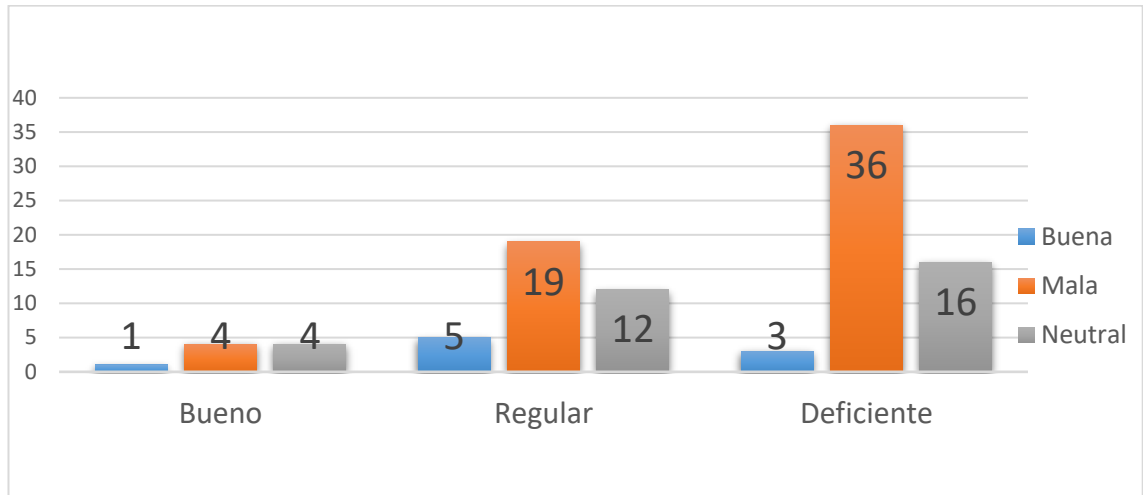
Fuente: Encuesta

Anexo 19

Gráfico 13

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según actitud.



Fuente: Tabla 13

Anexo 20

Tabla 14

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedicación en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Tipo de enfermedad según Polimedicación

Tipo de enfermedad	Polimedicación		Total
	No	Si	
ASMA	5	6	11
Filas%	45.45	54.54	100.00
Columnas%	11.62	4.87	7.00
Diabetes Mellitus	9	34	43
Filas%	20.93	79.06	100.00
Columnas%	20.93	27.64	19.00
Enfermedad Cardiaca	1	9	10
Filas%	10.00	90.00	100.00
Columnas%	2.32	7.31	0.00
Enfermedad Renal crónica	0	9	9
Filas%	0.00	100.00	100.00
Columnas%	0.00	7.31	7.31
Enfermedad Reumática	3	19	22
Filas%	13.63	86.36	100.00
Columnas%	6.97	15.44	22.41
Epilepsia	2	2	4
Filas%	50.00	50.00	100.00
Columnas%	1.39	1.62	3.01
Hipertensión Arterial	23	44	67
Filas%	34.32	65.67	100.00
Columnas%	53.48	35.77	89.25

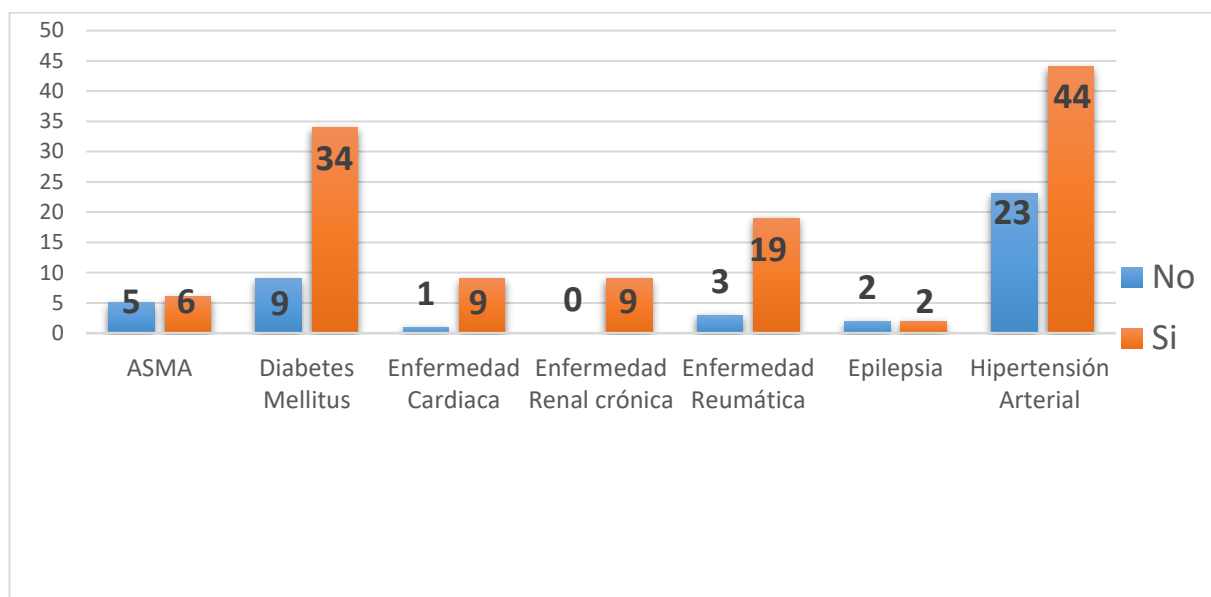
TOTAL	43	123	100
Filas%	25.90	74.09	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico 14

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Tipo de enfermedad según Polimedición



Fuente: Tabla 14

Anexo 22

Tabla 15

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según Polimedicación.

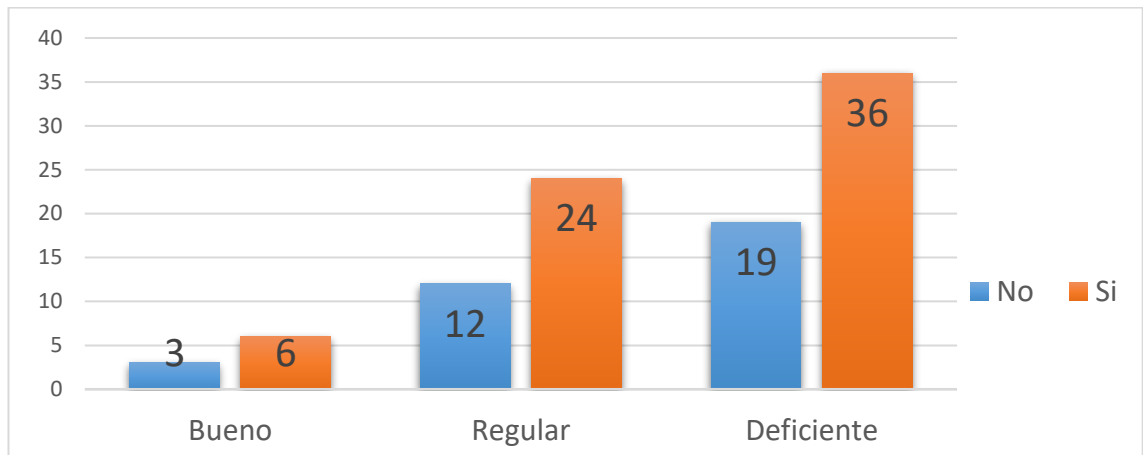
Nivel de conocimiento	Polimedicación		Total
	No	Si	
Bueno	3	6	9
Filas%	33.33	66.67	100.00
Columnas%	8.82	9.09	9.00
Regular	12	24	36
Filas%	33.33	66.67	100.00
Columnas%	35.29	36.36	36.00
Deficiente	19	36	55
Filas%	34.55	65.45	100.00
Columnas%	55.88	54.55	55.00
TOTAL	34	66	100
Filas%	34.00	66.00	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encuesta

Grafico 15

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según polimedición.



Fuentes: Tabla 15

Anexo 23

Tabla 16

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según automedicación

Nivel de conocimiento	Automedicación		Total
	No	Si	
Bueno	5	4	9
Filas%	55.56	44.44	100.00
Columnas%	10.87	7.41	9.00
Regular	13	23	36
Filas%	36.11	63.89	100.00
Columnas%	28.26	42.59	36.00
Deficiente	28	27	55
Filas%	50.91	49.09	100.00
Columnas%	60.87	50.00	55.00
TOTAL	46	54	100
Filas%	46.00	54.00	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00

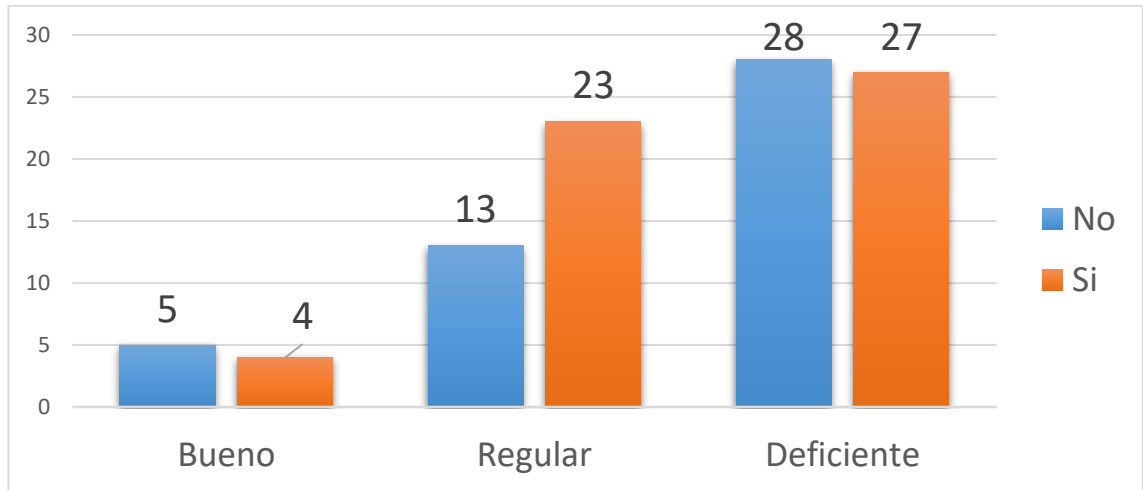
Fuente: Encuesta

Anexo 24

Gráfico 16

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Nivel de conocimiento según automedicación



Fuente: Tabla 16

Anexo 25

Tabla 17

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Números de fármacos según reacciones adversas

Números de fármacos	Reacciones adversas		Total
	No	Si	
1	6	1	7
Filas%	85.71	14.29	100.00
Columnas%	8.70	3.23	7.00
2	24	3	27
Filas%	88.89	11.11	100.00
Columnas%	34.78	9.68	27.00
3	26	16	42
Filas%	61.90	38.10	100.00
Columnas%	37.68	51.61	42.00
4	9	7	16
Filas%	56.25	43.75	100.00
Columnas%	13.04	22.58	16.00
5	3	3	6
Filas%	50.00	50.00	100.00
Columnas%	4.35	9.68	6.00
6	1	0	1
Filas%	100.00	0.00	100.00
Columnas%	1.45	0.00	1.00
7	0	1	1
Filas%	0.00	100.00	100.00
Columnas%	0.00	3.23	1.00
TOTAL	69	31	100

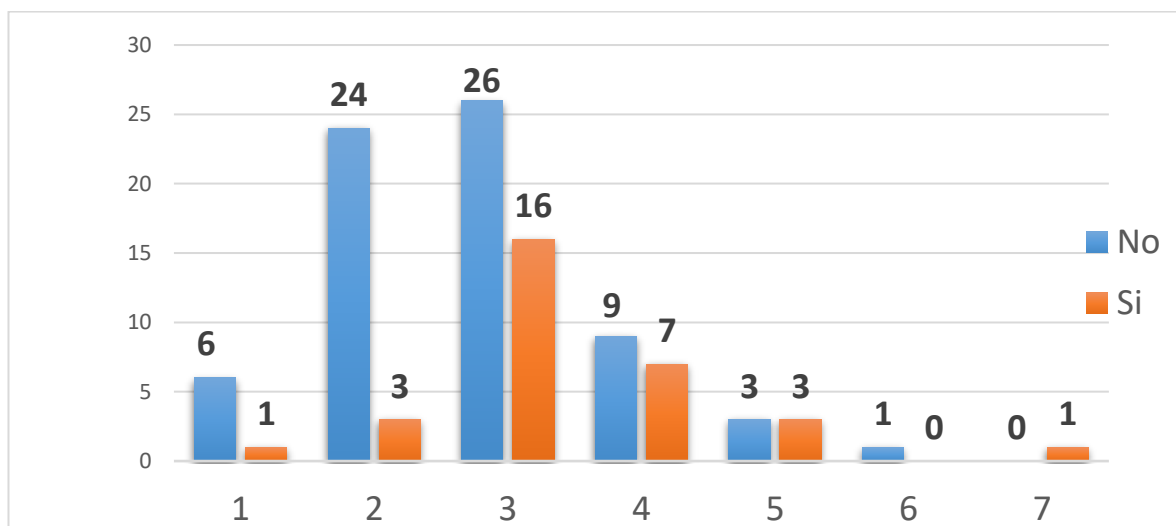
Filas%	69.00	31.00	100.00
Columnas%	100.00	100.00	100.00

Fuente: Encuesta

Gráfico 17

Conocimientos, actitudes y prácticas de la polimedición en paciente atendido en el componente de crónicos del centro de salud Monimbó, Masaya en el periodo de tiempo del 15 al 30 de agosto de 2018.

Números de fármacos según reacciones adversas



Fuente: Tabla 17



Anexo 26

Fármaco	Reacción adversa	Segundo fármaco prescrito para tratar el efecto adverso del primer fármaco
Inhibidores de la colinesterasa ¹⁵	Incontinencia	Anticolinérgicos (ej.: oxibutinina)
Vasodilatadores, diuréticos, β -bloqueantes, antagonistas del calcio, IECAs, AINEs, analgésicos opioides, antidepresivos, ansiolíticos ³	Mareo	Proclorperazina
AINEs ²	Hipertensión	Antihipertensivos
Diuréticos tiazídicos ²	Hiperuricemia, gota	Alopurinol, colchicina
Metoclopramida ²	Desórdenes del movimiento	Levodopa
IECAs ^{5, 16}	Tos	Antitusígenos y/o antibióticos
Paroxetina, haloperidol ¹⁷	Temblor	Levodopa-carbidopa
Eritromicina ¹⁸	Arritmia	Antiarrítmicos
Antiepilépticos ¹⁹	Rash	Corticoides tópicos
Antiepilépticos ¹⁹	Náuseas	Metoclopramida, domperidona
Digoxina, nitratos, diuréticos del asa, IECAs, corticoides orales, antibióticos, AINEs, analgésicos opioides, metilxantinas ²⁰	Náuseas	Metoclopramida
Antipsicóticos ²¹	Efectos extrapiramidales	Levodopa, anticolinérgicos

(Loreno, et al, 2008)

Anexo 27

Enfermedades Crónicas departamento de Masaya.

No.	Enfermedad crónica	Personas	Tasa x 10,000 habitantes
1	Hipertensión Arterial	11,766	313.7
2	Diabetes	8,125	216.6
3	Enfermedades Reumáticas	2,589	69.0
5	Epilepsia	1,340	35.7
4	Asma Bronquial	1,313	35.0
6	Enfermedades Psiquiátricas	829	22.1
7	Enfermedades Cardiacas	625	16.7
8	Enfermedad Renal Crónica	413	11.0
	Total	27,000	

Enfermedades Crónicas municipio de Masaya.

No.	Enfermedad crónica	Personas	Tasa x 10,000 habitantes
1	Hipertensión Arterial	5,282	295.4
2	Diabetes	3,576	200.0
3	Enfermedades Reumáticas	958	53.6
4	Enfermedades Psiquiátricas	770	43.1
5	Epilepsia	568	31.8
6	Asma Bronquial	474	26.5
7	Enfermedad Renal Crónica	269	15.0
8	Enfermedades Cardiacas	207	11.6

Ministerio de Salud.



Anexo 28

Medicamentos Antihipertensivos

Tipo	Fármaco
Diuréticos Tiazidicos	Hidroclorotiazida
Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina	Enalapril Captopril
Antagonista de los receptores de angiotensina II	Losartan
Bloqueadores de calcio	Amlodipina Nifedipina
Beta bloqueadores	Atenolol Bisoprolol Carvedilol

Fuente: Ministerio de Salud.



Anexo 29

Medicamentos Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

Tipo	Fármaco
AINES	Diclofenaco Sódico
	Dipirona
	Ibuprofeno

Corticoides.

Tipo	Fármaco
Corticoide	Prednisolona
	Prednisona

Fuente: Ministerio de Salud.



Anexo 30

Medicamentos Hipoglucemiantes

Tipo	Fármaco
Hipoglicemiante oral del grupo sulfonilureas (duración de acción hasta 24 horas)	Glibenclamida
Hipoglicemiante oral del grupo biguanidas.	Metformina
Insulinas	Insulina Cristalina (soluble)
	Insulina NPH (Isofana)

Fuente : Ministerio de Salud.



Anexo 31

Medicamentos Anticonvulsivantes.

Tipo	Fármaco
Antiepiléptico de amplio espectro.	Ácido valproico
	Carbamazepina
	Diazepam
	Fenitoina
	Fenobarbital
	Lorazepam

Fuente: Ministerio de Salud.



Anexo 32

Medicamentos para el Asma.

Tipo	Fármaco
Broncodilatadores	Bromuro de ipatropio
	Salbutamol
Xantinas	Aminofilina
	Teofilina
Corticoides Inhalados	Beclometasona

Fuente: Ministerio de Salud.



Anexo 33

Medicamentos para Enfermedades Cardiacas

Tipo	Fármaco
Hipolipemiantes	Simvastatina
	Gemfibrozilo
Glucósidos Cardiacos	Digoxina
Antiarrítmicos	Amiodarona
	Verapamilo
Aminas	Adrenalina
	Efedrina
Antianginosos	Dinitrato de Isosorbide
	Nitroglicerina
Antitrombóticos	Aspirina
	Clopidogrel

Fuente: Ministerio de Salud.



Anexo 34

Medicamentos para Enfermedad Renal Crónica

Tipo	Fármaco
Suplementos Vitamínicos	Multivitaminas
	Calcio
	Hierro
	Vitamina D
Hormona	Eritropoyetina

Fuente: Ministerio de Salud.