



Universidad para un mundo mejor

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
SOSTENIBLE
FACULTAD DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOBRE EL TEMA

**«CARACTERIZACIÓN DE LA POLIFARMACIA EN
ADULTOS MAYORES EN EL HOGAR DE ANCIANOS
CHAGUITILLO-MATAGALPA EN EL PERIODO MARZO-
MAYO DEL AÑO 2025.»**

AUTOR: Br. Roberto Carlos Mendizábal Rodríguez

TUTOR: Dr. Cristóbal Alberto Soza Ferrufino

Médico especialista en Medicina Interna

Matagalpa, Nicaragua

20 de agosto 2025

ÍNDICE DE CONTENIDO

No	DENOMINACIÓN	PÁGINA
i	INDICE DE CONTENIDO.....	i
ii	INDICE DE ANEXOS	ii
iii	AGRADECIMIENTOS	iii
iv	RESUMEN	iv
v	OPINION DEL TUTOR CLINICO	v
I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
III.	ANTECEDENTES.....	6
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	12
V.	OBJETIVOS.....	13
VI.	MARCO TEÓRICO.....	14
	6.1 ENVEJECIMIENTO	14
	6.1.1 Definición	14
	6.1.2 Cambios en el envejecimiento	15
	6.2 POLIFARMACIA	16
	6.2.1 Definición	16
	6.2.2 Factores Asociados	17
	6.3 PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS	22
	6.3.1 Definición	22
	6.3.2. Principios generales para la prescripción	23
	6.3.3 Prescripción inadecuada	24
VII.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
VIII.	RESULTADOS.....	34
IX.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.....	42
X.	CONCLUSIONES.....	48
XI.	RECOMENDACIONES.....	50
XII.	REFERENCIAS.....	51
	ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE ANEXOS.

Operacionalización de variables.....	55
Cuestionario de investigación.....	57
Fotos e imágenes.....	59

Agradezco primeramente a Dios por la vida, la salud y la guía que hicieron posible esta tesis.

Mi más sincero agradecimiento a mis padres, Silvio José Lacayo y Vilma Rodríguez, por su amor incondicional, su fe constante y sus sacrificios, siendo mi pilar y enseñándome la perseverancia.

Profunda gratitud a mis tutores académicos, Dr. Cristóbal Soza y Dr. Roberto Pao, cuya guía experta, paciencia y valiosas correcciones fueron cruciales para la calidad de este trabajo.

A mi amada Dra. Karen Granados, por ser mi refugio y fuente de alegría, su comprensión, paciencia y apoyo esencial hicieron este camino más ligero y significativo.

Finalmente, extendiendo mi agradecimiento al personal del Asilo Hogar San Francisco de Asís por su amable colaboración.

Gracias a todos por ser parte de este importante capítulo de mi vida.

RESUMEN.

Introducción: La polifarmacia, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el uso concurrente de cinco o más medicamentos, constituye un problema de salud significativo. Este fenómeno se agudiza en la población adulta mayor, donde la acumulación de enfermedades crónicas y el proceso natural de envejecimiento elevan el riesgo de efectos adversos y complicaciones.

Objetivo: Caracterizar la polifarmacia en adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos San Francisco de Asís en Chaguitillo-Matagalpa, Nicaragua, entre marzo y mayo de 2025.

Métodos: Este estudio es de diseño epidemiológico descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo, el cual analizó los expedientes clínicos de 31 residentes adultos mayores (de 60 años o más) con condiciones crónicas y múltiples regímenes de medicación.

Resultados: De los 31 adultos mayores el 54.8 % son mujeres y 45.2 % hombres una mayoría de individuos entre 81 y 87 años 29%. La patología más prevalente fue la hipertensión crónica 47.5 %. Se encontró que el 58.1 % de los pacientes presentaba polifarmacia. Las clases de fármacos más comúnmente prescritas fueron los antihipertensivos 23.5 % y los agentes antiplaquetarios 12.3 %. Llama la atención la alta prevalencia de benzodiacepinas dentro de los medicamentos complementarios 25.6 %. El 86.1 % de los medicamentos fueron prescritos por profesionales médicos, y de estos, el médico del asilo fue responsable del 76.9 % de las prescripciones.

Conclusión: La polifarmacia es un problema de la población geriátrica, la cual se caracteriza por un predominio de la polifarmacia en el sexo masculino, altos niveles de analfabetismo y abandono social. A pesar de estos factores, la gestión farmacológica unificada por el médico del asilo y la administración rigurosa del personal de enfermería parecen contribuir a una baja incidencia de reacciones adversas a los medicamentos.

Palabras claves: adulto mayor; envejecimiento; comorbilidades; polifarmacia; medicamentos, prescripción médica.

OPINIÓN DEL TUTOR CLÍNICO.

Yo, Dr. Cristóbal Alberto Soza Ferrufino, Médico Especialista en medicina interna, doy respaldo que, la Tesis de Investigación con el título: «Caracterización De La Polifarmacia En Adultos Mayores En El Hogar De Ancianos Chaguitillo-Matagalpa En El Periodo Marzo-Mayo Del Año 2025», elaborada por el estudiante Roberto Carlos Mendizábal Rodríguez, ha sido dirigida de manera científica en todo su desarrollo de su investigación.

Cumpliendo con los requisitos académicos del trabajo, doy de conformidad para proceder a su lectura y defensa, de acuerdo con la normativa vigente del Reglamento de Régimen Académico Estudiantil de la Universidad Internacional para el Desarrollo Sostenible (UNIDES).

Para que conste donde proceda, se firma la presente en agosto del año 2025.

Dr. Cristóbal Alberto Soza Ferrufino
Médico Especialista En Medicina Interna

I. INTRODUCCIÓN.

El sector de la salud está en constante avance, desarrollo, crecimiento y en ello, la investigación científica desempeña un rol crucial en generar nuevos conocimientos, descubrimiento de nuevos tratamientos, la mejora de la atención médica y el bienestar de las personas. Dicho proceso se ve impulsado por la serie de problemas que se presentan en dicho sector, siendo uno de ellos la presencia e incremento de la polifarmacia, definida por la Organización mundial de la salud (OMS) como el uso rutinario de cinco o más medicamentos (incluyendo de venta libre, con receta y remedios tradicionales), representa un desafío de salud significativo, especialmente en los ancianos debido al envejecimiento y las comorbilidades crónicas.

En los últimos años el grupo etario más perjudicado son los adultos mayores debido al envejecimiento, que es un proceso fisiológico, también por la predisposición a padecer enfermedades crónicas, lo que ha llevado a que cada paciente visite con mayor frecuencia las unidades de salud, aumentando así el riesgo del uso de más medicamentos.

Actualmente en Nicaragua existe una población de pacientes geriátricos con patologías crónicas, lo cual los hace acudir a consultas frecuentemente sin mencionar que estos pacientes se automedican sin prescripciones médicas lo cual los pone en riesgo de presentar las reacciones que esto pueda causar, llevando esto a consumir mayor cantidad de medicamentos, generando así un círculo vicioso medicamentoso. También es necesario que los factores económicos se tomen en cuenta, debido a que la población

geriátrica, es el segmento con menos ingresos económicos y con mayores gastos por medicamentos.

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de describir el consumo de diversos y varios medicamentos, en pacientes adultos mayores, en la ciudad de Matagalpa, Nicaragua. A partir de la información previamente expuesta, se realizó esta investigación para caracterizar la polifarmacia en la población de adultos mayores, para ello se utilizó un cuestionario para recolectar información de los expedientes de los pacientes del hogar de ancianos de la ciudad de Chaguitillo, Matagalpa. El instrumento de recolección de los datos incluyó preguntas esencialmente estructuradas y la muestra fue censal, no probabilística, conocida como intencional. La investigación se realizó para obtener conocimientos básicos, de nivel descriptivo, no se buscó causalidad, es de tipo transversal ya que se realizó en un periodo determinado de tiempo.

El contenido de este documento tiene la siguiente estructura: en la primera parte se describe el Primer Momento Metodológico en el cual se planteó el problema a investigar con su pregunta de investigación y delimitaciones, antecedentes, justificación, objetivos y marco teórico de la investigación y en este se conocen las diversas definiciones y conceptos del tema de investigación que fueron necesarios para el correcto entendimiento del documento; en la segunda parte, el Momento Metódico se describen: el diseño o estrategia metodológica con sus diferentes componentes aplicados a la investigación que se desarrolló. En la tercera parte o segundo momento metodológico se exponen los resultados, análisis y discusión, además de las conclusiones, recomendaciones y las referencias bibliográficas, concluyendo este documento con los anexos de la investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La polifarmacia, definida como el uso concomitante de cinco o más medicamentos, emerge como un problema de salud pública de creciente preocupación, especialmente en el contexto del envejecimiento poblacional global y regional. Las Naciones Unidas estiman que para 2050, la proporción de personas mayores de 60 años se duplicará, alcanzando el 22% de la población mundial, con Latinoamérica proyectada para tener un 25.4% de su población en este grupo etario. Este panorama demográfico, junto con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a medida que la población envejece, favorece la prevalencia de la polifarmacia y sus consecuencias adversas. (1)

La magnitud del problema es evidente al considerar que la frecuencia de la polifarmacia puede alcanzar hasta un 40 % en adultos mayores, cifra incrementa drásticamente hasta un 85 % en adultos mayores con comorbilidades. Esta condición no es benigna; se asocia con un aumento significativo de la mortalidad y un incremento del 50 % en la tasa de hospitalización en adultos mayores. Además, la polifarmacia es un factor contribuyente al desarrollo de síndromes geriátricos como deterioro cognitivo, delirium, caídas, fragilidad, incontinencia urinaria y pérdida de peso, impactando severamente la calidad de vida y la autonomía de los individuos. Los problemas relacionados con la medicación, como la prescripción inadecuada, la mal adherencia, la sobredosis, la selección inapropiada de medicamentos, el monitoreo inadecuado, los efectos adversos y las interacciones medicamentosas, son comunes y magnifican las repercusiones negativas de la polifarmacia. (2)

Desde una perspectiva económica, la polifarmacia impone una carga considerable a los sistemas de salud. Se estima que el 30 % de un aumento en los costos médicos es atribuible a la polifarmacia, debido a un incremento en las visitas ambulatorias, hospitalizaciones y la prescripción de medicación potencialmente inapropiada. Si no se toman medidas para abordar este problema, se anticipa un aumento continuo en la morbilidad, mortalidad, discapacidad y los costos de atención médica asociados, sobrecargando aún más los ya tensos recursos de salud. (2)

En Nicaragua, la situación es particularmente relevante. Según la Organización panamericana de la salud (PAHO), las personas mayores de 65 años representan el 5.5 % de la población total en 2024, un aumento de 2.0 puntos porcentuales desde el año 2000, reflejando el envejecimiento progresivo de la población. El Mapa de Padecimientos del Ministerio de Salud (MINSAL) en Nicaragua reportó 423 597 personas con ECNT, siendo la hipertensión arterial (83 706) y la diabetes (72 528) las más prevalentes. La alta prevalencia de estas enfermedades crónicas en la población nicaragüense sugiere una mayor probabilidad de polifarmacia entre los adultos mayores, dadas las múltiples prescripciones necesarias para su manejo. (3)

Es imperativo implementar estrategias preventivas y de manejo de la polifarmacia. Estas incluyen mantener listas de medicamentos y un historial médico precisos, incentivar a los pacientes a presentar todos sus medicamentos para una revisión exhaustiva, comunicar los cambios en el tratamiento de forma clara y por escrito, utilizar el menor número posible de medicamentos con el régimen de dosificación más simple, relacionar cada medicamento con su diagnóstico, suspender los medicamentos innecesarios y detectar interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad.

Los asilos albergan una población geriátrica caracterizada por múltiples comorbilidades y un alto grado de fragilidad, lo que intrínsecamente conlleva la prescripción de diversos fármacos. Esta situación se agrava significativamente por el hecho de que muchos de estos pacientes se encuentran en una situación de abandono social y, críticamente, carecen de una revisión médica diaria. La ausencia de supervisión médica continua aumenta exponencialmente el riesgo de prescripción inapropiada, interacciones medicamentosas adversas, cascadas de prescripción y la no detección oportuna de efectos secundarios. Por lo tanto, esta investigación se orientó a la caracterización de la polifarmacia en pacientes adultos mayor en centro hogar de ancianos san Francisco de Asís Chaguitillo- Matagalpa del año 2025 por lo cual el autor se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características de la polifarmacia en adultos mayores en dicho lugar? Además, las siguientes preguntas secundarias:

- ¿Cuáles son características sociodemográficas de la población a estudio?
- ¿Cuáles son las patologías que predominan en la población en estudio?
- ¿Cuáles son los grupos farmacológicos más utilizados en la población en estudio?
- ¿Cómo es la prescripción de medicamentos en la población en estudio?

Delimitaciones

- Delimitación población: Pacientes adultos mayores
- Delimitación de contenido: Características de la polifarmacia
- Delimitación espacial: Hogar de ancianos san Francisco de Asís Chaguitillo- Matagalpa
- Delimitación temporal: Marzo - mayo del año 2025.

III. ANTECEDENTES.

Se consultaron diversos antecedentes de investigaciones realizadas por otros investigadores las cuales están relacionadas al tema, entre las que se mencionan a continuación:

Internacionales

Guillén, M (2024) en su estudio “El papel de la enfermería en la polifarmacia de las personas mayores”. Con el objetivo de describir la repercusión de la polifarmacia en las personas mayores y enunciar las intervenciones que tiene que realizar enfermería para controlar dicha polifarmacia. Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos LILACS, PubMed, ProQuest y Cochrane Library. Se obtuvo un total de 711 artículos, de los cuales 16 fueron incluidos en el análisis, se realizó un análisis crítico, que resultó en la selección de los 16 artículos más pertinentes, que se enfocan en la polifarmacia en personas mayores de 65 años y las intervenciones llevadas a cabo por profesionales de enfermería. Concluyendo que la polifarmacia en ancianos mayores de 65 años se asocia con la pérdida de calidad de vida, la disminución de la capacidad funcional y la fragilidad. Estas consecuencias incrementan las comorbilidades y la mortalidad. En este contexto, la enfermería desempeña un rol clave mediante intervenciones educativas y conductuales, incluyendo evaluaciones regulares para detectar y abordar efectos adversos. Este estudio se enfocó en el grupo etario de interés para esta investigación, por lo que fue de utilidad y se comparó con los resultados obtenidos. (4)

Troya, A (2019), en su tesis “Polifarmacia en los adultos mayores que reciben atención en el centro Catamayo” para optar al título profesional de licenciatura en enfermería en

universidad nacional de Loja - facultad de salud humana (Ecuador) se plantea la interrogante ¿qué frecuencia tiene la polifarmacia en este grupo etario? su objetivo: Es determinar la frecuencia de la polifarmacia en este grupo etario, para la recolección de información se utilizó como técnica la entrevista, que permitió determinar que el 44% de la población se encuentran entre las edades comprendidas de 65 – 75 años, predominando el sexo femenino, el 85 % de la población padecen enfermedades, siendo las más frecuentes las cardiovasculares con un 35 %, seguido de patologías músculo esqueléticos y endocrinos, nutricionales, metabólicos con un 16 %, 14 % respectivamente, en relación al consumo de fármacos se determina que el 78 % consumen entre tres y más de cinco fármacos diarios, considerados como polifarmacia, se evidenció que los medicamentos prescritos más consumidos son los de tipo cardiovascular como losartán, seguido de los preparados hormonales sistémicos como la levotiroxina, protectores gástricos como omeprazol, y suplementos minerales como el calcio, los fármacos que más se auto prescriben son el paracetamol, seguidos de antigripales, y vitaminas. Este estudio muestra datos de características sociodemográficas y enfermedades crónicas en adultos mayores con polifarmacia por lo cual fue de utilidad para esta investigación ya que se comparo con los resultados obtenidos. (5)

Pivaral, W (2019) en Su Tesis ‘‘Polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2’’, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada en adultos mayores de 60 años con diabetes mellitus tipo 2 que consultaron a la clínica del diabético del Hospital Pedro de Bethancourt en junio-julio del 2019. Estudio descriptivo transversal;

se incluyó a 135 personas. Se utilizó una boleta de recolección de datos para colocar los datos, previamente elaborada, con preguntas que presentan un orden lógico y numérico, la cual fue dirigida por el entrevistador. Resultados: La prevalencia de polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada (PPI) fue de 32.95 % y 9.83 %, respectivamente. Las variables sociodemográficas más frecuentes: grupo de edad de 60-65 años 41.48 %; sexo femenino 70.37 %; procedencia del departamento de Sacatepéquez 57.04 %, y la presencia de multimorbilidad en el 92.59 %, dentro de las cuales, hipertensión arterial 53.37 % y neuropatía diabética 11.92 % son las más frecuentes. Llego a concluir que la prevalencia de polifarmacia fue de 32.95 % y la PPI fue de 9.83 %, siendo problemas frecuentes en la población estudiada, principalmente en los mayores de 60-65 años, de sexo femenino y con presencia de multimorbilidad. Por lo cual se aprovechó este estudio, ya que utilizaron una herramienta metodológica similar a la que se creó para esta investigación y se compararon los datos. (6)

Escobedo, E (2018), en su tesis para obtener el diploma de especialista en medicina familiar que se titula "Asociación de Polifarmacia y Comorbilidad en adultos mayores en la universidad autónoma de san Luis Potosí México", facultad de medicina, se plantea la interrogante ¿Cuál es la asociación de polifarmacia y comorbilidad en adultos mayores de la Unidad Medicina Familiar? Su objetivo: Determinar la asociación de polifarmacia y comorbilidad en adultos mayores de la Unidad Medicina Familiar N° 47, en San Luis Potosí, San Luis Potosí. Este es un estudio observacional, transversal, realizado en 98 adultos mayores de 60 años de la Unidad de Familiar N° 47 de San Luis Potosí, en el período de septiembre 2016 a marzo 2017, se obtuvo la información a partir de un instrumento de recolección de datos y la escala CIRS-G. Resultados: Los fármacos más

comúnmente encontrados fueron losartán (42.8 %), metformina (41.8 %), glibenclamida (24.4 %), metoprolol (23.4%), pravastatina (19.3 %) y bezafibrato (15.3 %). La frecuencia de polifarmacia entre los pacientes fue de 62.2%. La comorbilidad más frecuente fue Diabetes mellitus/ hipertensión arterial/ dislipidemia con un 22.44 %. El puntaje promedio del índice de comorbilidad CIRS-G el 21.4 % tuvo comorbilidad baja, el 39.8 % comorbilidad media y el 38.8% tuvo comorbilidad alta. Fue utilizado ya que presenta datos de los fármacos más utilizados en pacientes mayores de 60, y se relacionó con el tercer objetivo de esta investigación. (7)

Ramirez, M (2017), en su tesis “Efectos de la polifarmacia inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de barrios unidos de ciudad de Bogotá: una revisión al día” para optar al grado y título de Licenciado en Enfermería en la ciudad Universidad de la República, Uruguay. Facultad de Enfermería se plantea la interrogante ¿Cuáles son las características de la polifarmacia en adultos mayores? Su objetivo: caracterizar la polifarmacia en un grupo de adultos mayores que residen en el complejo habitacional del banco de previsión social. Para la recolección de datos se diseñó una encuesta semiabierta, que permitió analizar las siguientes variables: edad, sexo, nivel de instrucción, patologías prevalentes, medicación utilizada y dosis, medicación indicada que no consume, motivo, cobertura de salud, especialistas tratantes, costos y forma de prescripción de los fármacos. resultados: Del análisis cuantitativo de las variables, resultó que el 55 % de la muestra padece polifarmacia, siendo más afectado el sexo femenino presentando una media de 3,6 fármacos por persona y el masculino una media de 1.9. Las patologías asociadas con un mayor consumo medicamentoso resultaron ser Hipertensión Arterial; Alteraciones Cardiacas, y Artrosis. En cuanto a la

prescripción de los medicamentos, 39 % se auto prescriben los mismos, seguido por la prescripción por varios facultativos con un 37%. Estudio fue de utilidad ya que presenta datos de los factores sociodemográficos y enfermedades crónicas, que se compararon con los resultados, además presenta un objetivo similar al de esta investigación. (8)

Nacionales

Morales, Z (2023) en su estudio «Caracterización De La Polifarmacia En Adultos Mayores De La Clínica Santa Fe, Matagalpa, Enero A Junio 2022» para optar al título profesional de médico cirujano en universidad internacional para el desarrollo sostenible (Nicaragua) se planteó la interrogante ¿Cuáles son las características que presenta la polifarmacia en adultos mayores atendidos en el Centro Médico Quirúrgico Santa Fe Matagalpa de enero a junio 2022, con el objetivo de describir las características de la polifarmacia en el adulto mayor en Centro Médico Quirúrgico Santa Fe Matagalpa, de enero a junio 2022. Con una investigación de tipo descriptiva, retrospectiva, cualicuantitativa, de corte transversal, no experimental. Obteniendo información por medio de un cuestionario aplicado a los expedientes de los pacientes. Concluyeron que el sexo masculino predomina, a nivel del estudio en cuanto cantidad de pacientes, sin embargo, a la evolución del estudio, se encontró que el sexo femenino en cuanto a polifarmacia es el que predomina. El uso de benzodiacepina como lo es la Alprazolam, Clonazepam, Lorazepam son los fármacos que más ingestas presentan, en pacientes femeninas por automedicación lo que podría provocar a largo plazo codependencia, alteración del sistema nervioso central, lo que tan bien puede provocar el uso crónico del mismo. Por tanto, se hizo uso de este estudio ya que coincide con el tema desarrollado, presenta datos a nivel local además utilizo una metodología similar a la de esta. (9)

Canales, A (2020) En su tesis “Polifarmacia en adultos mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en 16 filiales de Clínicas Médicas Previsionales MINSA en el período de Julio a septiembre del año 2019”, cuyo objetivo fue identificar los factores presentes en la polifarmacia en pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. El método de investigación es descriptivo, prospectivo y de corte transversal con una muestra de 180 pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus e HTA, se obtuvo la información por medio de una encuesta aplicada a los pacientes y a los expedientes digitales. Del total de pacientes adultos mayores encuestados un 45% fueron mujeres y 55 % hombres, el 81 % se encontraban entre 60-74 años y un 19 % entre los 75-88 años. De los pacientes encuestados en 43 % (77) dijo que SI y un 57 % dijo que NO al consumo de medicamentos no prescritos por su médico. En 30 % los pacientes consumen complejo B12, 16% consumen Doloneurobión, 14.3 % consumen Neurobión, 11,7 % Centrum, 5.2 % Diabion, 3.9 % Metronidazol, Nutrison, Calcio, Neurofortan y un 2.6 % Ibuprofeno, Diclofenaco, Omega 3. Se concluye que los adultos mayores con larga historia de la enfermedad, consumiendo un promedio de 6-9 fármacos a los que se suman los medicamentos que ingiere por cuenta propias el paciente lo que lleva una reducción de la efectividad y seguridad del tratamiento, incrementa las reacciones adversas. Este estudio presenta datos nacionales acerca de los medicamentos más utilizados por los adultos mayores, los cuales se compararon con los resultados obtenidos. (10)

IV. JUSTIFICACIÓN.

El uso de múltiples medicamentos por parte de los adultos mayores ha incrementado en los últimos años, esto debido al envejecimiento y factores que acompañan dicho proceso por lo cual los lleva a visitas médicas constantes y automedicación. Este estudio se dirigió a caracterizar la polifarmacia en pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas. Teniendo en cuenta que cada año aumenta la morbilidad por el consumo de múltiples fármacos.

Con los resultados obtenidos de esta investigación, se pretende informar a los profesionales de la salud sobre la magnitud y las consecuencias de la polifarmacia con el fin de optimizar la prescripción de múltiples medicamentos en los pacientes de la tercera edad, evitando así el deterioro funcional, ingresos hospitalarios, síndromes geriátricos y la mortalidad de estos pacientes.

La información que prometió esta investigación contribuirá para el desarrollo e implementación de estrategias para mejorar la atención integral de los adultos mayores y disminuir los eventos adversos, además se logrará un aprovechamiento de los profesionales de la salud en su práctica clínica para brindar una atención óptima a los pacientes y así promover un envejecimiento saludable.

La falta de información impide comprender la magnitud del problema, por lo cual este estudio contribuye a la realización de estudios con diferentes niveles de investigación ya que proporcionó datos locales, y los futuros investigadores tendrán una visión inicial de la polifarmacia y sus consecuencias en el contexto nicaragüense, esto los llevara a conocer más de la situación actual que viven los pacientes que presentan polifarmacia.

V. OBJETIVOS.

Objetivo Principal:

- Caracterizar la polifarmacia en adultos mayores en centro hogar de ancianos San Francisco De Asís Chaguitillo-Matagalpa en el periodo marzo-mayo del año 2025

Objetivos Secundarios:

- Describir los factores sociodemográficos de la población a estudio.
- Identificar las patologías crónicas que presentó la población a estudio.
- Identificar los fármacos más consumidos por la población a estudio.
- Determinar la prescripción de los medicamentos utilizados por la población a estudio.

VI. MARCO TEÓRICO.

Se describen los conocimientos teóricos que se relacionan al problema de investigación, donde se exponen los conceptos generales de envejecimiento, polifarmacia y prescripción médica.

6.1 Envejecimiento

6.1.1 Definición

Biológicamente hablando el envejecimiento se define como culminación crónica y normal de la pérdida de mecanismos regenerativos y bioprotectores específicos que se producen con el tiempo en un organismo. Lo que por su defecto crea un estado propicio para la presencia de enfermedades. Es un proceso gradual e irreversible que ocurre en todos los seres vivos. y a la vez implica una serie de cambios en diferentes niveles. (11)

Otras literaturas refieren que: “La vejez no es definible exclusivamente con la cronología sino más bien por la suma de las condiciones físicas, funcionales, mentales y de salud de las personas analizadas”. (12)

El envejecimiento puede entenderse como un proceso universal, intrínseco y paulatino que se desarrolla a lo largo de la vida. Todo ser vivo tiende a él y existe una relación e interacción entre el medio ambiente y el programa genético del individuo. Cada persona envejece de manera distinta, siendo un proceso natural, universal y ligado al propio ciclo vital. Es necesario resaltar que la vejez no es una enfermedad, sino un proceso que se da por la interacción entre el programa genético de cada individuo (envejecimiento intrínseco: el número de genes involucrados en el envejecimiento supera los 100, a los

que hay que sumar las mutaciones que se dan), y el entorno del individuo; cultura, estilos de vida y riesgos ambientales (envejecimiento extrínseco). (13)

6.1.2 Cambios en el envejecimiento

El envejecimiento se acompaña de una serie de cambios fisiológicos que influyen en los procesos farmacocinéticos y farmacodinámicos de muchos medicamentos de prescripción frecuente modificando su índice terapéutico. Estos cambios afectan los procesos de absorción, distribución, metabolismo y excreción de los fármacos. (14)

COMPROMISO CORPORAL	
-Grasa corporal	Aumenta
-Masa magra corporal	Disminuye
-Agua corporal total	Disminuye
ABSORCIÓN	
-pH Gástrico	Aumenta
-Capacidad secretoria	Disminuye
-Flujo sanguíneo gastrointestinal	Disminuye
DISTRIBUCIÓN	
-Albúmina plasmática	Disminuye
-Afinidad por proteínas	Disminuye
- α 1-glicoproteína ácida	Aumenta
METABOLISMO	
-Tamaño del Hígado	Disminuye
-Flujo sanguíneo hepático	Disminuye
FUNCIÓN RENAL	
-Velocidad de filtración glomerular	Disminuye
-Flujo plasmático renal	Disminuye

Figura 1. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento (14)

Más allá de cada uno de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, es importante mantener siempre una visión global del paciente adulto mayor y su entorno, considerando sus cambios cognitivos, sociales, fisiológicos y funcionales. (14)

Según la OMS, “El grupo de los adultos mayores se caracteriza por la presencia de múltiples enfermedades crónicas que requieren tratamientos largos y complejos, consumiendo 50 % de los medicamentos prescritos en los países en desarrollo”. (15)

6.2 Polifarmacia

6.2.1 Definición

“La polifarmacia, del griego polýs, y phármakon, medicamento, o la prescripción de gran número de medicamentos, es uno de los llamados «problemas capitales de la geriatría», y constituye un síndrome geriátrico”. (13)

Weber et al, define:

La polifarmacia o polimedicación se define como el consumo simultáneo de varios fármacos, aunque también se ha definido como la prescripción o uso de más fármacos respecto a los indicados clínicamente. En general, se admite que estamos ante un caso de polifarmacia o polimedicación cuando el paciente consume 4 o más fármacos. (15)

Sin embargo, este estudio toma la definición de la OMS, la cual define la polifarmacia como el uso rutinario de cinco o más medicamentos. Esto incluye de venta libre, con receta y/o medicinas tradicionales y complementarias utilizado por un paciente. Es importante verificar todos los medicamentos que está tomando el paciente. (16)

Es importante distinguir entre polifarmacia adecuada e inadecuada. La primera, alude al uso de varios medicamentos, recetados por un profesional, tratan las enfermedades específicas del paciente y mejoran el bienestar del paciente. En contraparte, la polifarmacia inadecuada se refiere al uso excesivo de medicamentos, que pueden o no

haber sido prescritos por un profesional de la salud, y que afecta negativamente el bienestar del paciente. (17)

6.2.2 Factores asociados

Si bien se desconoce la verdadera magnitud, se espera que la prevalencia de la polifarmacia aumente debido a una multitud de factores:

- Edad

A medida que aumenta la edad, aumentan las comorbilidades y en consecuencia también lo hace el consumo de medicamentos. Ambos hechos son determinantes como factores de riesgo para la aparición de reacciones adversas por medicamentos. Su aumento se asocia al desarrollo y empeoramiento de síndromes geriátricos como deterioro cognitivo, delirio, caídas, incontinencia urinaria y muchos otros síndromes y condiciones que requieren incluso múltiples medicamentos para su tratamiento. (18)

Sin embargo, surge una correlación interesante entre aquellos de 90 años y más, donde la prevalencia de polifarmacia es en realidad menor que la de los participantes más jóvenes. Esto puede atribuirse al hecho de que muchas personas que llegan a los 90 años tienden a experimentar menos problemas de salud y, en general, mantienen una mejor salud, lo que resulta en una menor necesidad de múltiples medicamentos. (18)

- Sexo

La polifarmacia, especialmente en adultos mayores, es un problema de salud pública creciente, y varios estudios confirman que es más común en mujeres que en hombres. Esta diferencia de género se debe a una combinación de factores biológicos, sociales y de comportamiento: Las mujeres, en promedio, viven más que los hombres. Una mayor

longevidad se traduce en una mayor probabilidad de desarrollar múltiples condiciones crónicas a lo largo de la vida, lo que a su vez requiere la prescripción de más medicamentos. Por lo tanto, el simple hecho de vivir más años las expone a un mayor tiempo de riesgo de acumulación de enfermedades y, consecuentemente, de fármacos. Además, existen diferencias biológicas entre hombres y mujeres que afectan cómo el cuerpo procesa y responde a los medicamentos: Las mujeres pueden metabolizar ciertos medicamentos de manera diferente debido a variaciones en la actividad de las enzimas hepáticas, la proporción de grasa corporal y agua, y las fluctuaciones hormonales. (19)

Los hombres tienen un mayor riesgo de muerte prematura relacionado con altas tasas de enfermedades cardiovasculares, accidentes del trabajo, suicidio y comportamientos arriesgados, como la conducción en estado de ebriedad. Además, se describe que los estereotipos de personalidad masculina tales como la excesiva ingesta de alcohol, tabaquismo, mala alimentación y estilo de vida sedentario, refuerzan una visión negativa de la salud masculina, aunque al mismo tiempo proporcionan áreas esenciales donde focalizar estrategias de educación, prevención e intervención. (20)

- Nivel Académico

Sí, existe una relación significativa entre la polifarmacia y el analfabetismo (o un bajo nivel educativo/baja alfabetización en salud), especialmente en el contexto de los adultos mayores. El analfabetismo dificulta la lectura y comprensión de las etiquetas de los medicamentos, las dosis, los horarios y las advertencias. Esto aumenta el riesgo de errores en la toma de la medicación (dosis incorrectas, omisiones, interacciones peligrosas). (21)

- Estado Civil

La relación entre polifarmacia y estado civil es un área de estudio compleja y no tan lineal como la relación con el analfabetismo, pero hay factores que sugieren una asociación, especialmente en adultos mayores. Las personas solteras, divorciadas o viudas (especialmente las que viven solas) pueden tener menos apoyo social y familiar para el manejo de su salud. Esto puede llevar a una menor adherencia a los tratamientos, dificultades para organizar múltiples medicamentos y, en algunos casos, a una mayor automedicación o una atención médica menos coordinada. (22)

La pérdida del cónyuge, especialmente en la vejez, puede desencadenar o exacerbar condiciones de salud como la depresión y la ansiedad, lo que a su vez podría llevar a la prescripción de más medicamentos, incluyendo psicotrópicos, contribuyendo a la polifarmacia. Un cónyuge a menudo desempeña un papel de apoyo en la gestión de los medicamentos, recordatorios de citas y observación de efectos secundarios. La ausencia de este apoyo puede dificultar la gestión de regímenes complejos de medicación.

- Morbilidades

La prevalencia de multimorbilidad está estrechamente relacionada con la edad, con una tendencia notable que muestra que la polifarmacia aumenta a medida que las personas envejecen.

La OMS reporta:

Las enfermedades crónicas más prevalentes en la atención primaria. Las principales causas de muerte fueron hipertensión (33,5%), hiperlipidemia (33,0%) y depresión (18,7%) la presencia de múltiples morbilidades se asocia con

múltiples síntomas, deficiencias y (27%) discapacidades. La necesidad de tomar múltiples medicamentos es igualmente problemática, lo que resulta en un aumento en la probabilidad de daños relacionados con los medicamentos (16)

El instituto Geriátrico de Valencia reporta lo siguiente:

“En nuestra residencia de mayores, sabemos cuáles son las principales enfermedades que sufren las personas mayores 1. Alzheimer y otras demencias en adultos mayores. 2. Enfermedades cardiovasculares. 3. Artritis y artrosis. 4. Parkinson. 5. Osteoporosis. 6. Diabetes, 7. Enfermedades respiratorias. 8. Cáncer. 9. Problemas de visión. 10. Depresión y otros trastornos mentales.” (23)

Si a esto le sumamos los medicamentos que se consumen por iniciativa propia, incluso los aparentemente inocuos, se aumentan las probabilidades de interacciones farmacológicas y los ingresos por descompensaciones, a centros hospitalarios. A su vez la hospitalización destaca como un factor que aumenta el número de fármacos consumidos. (24)

Factores	Relación con consumo de fármacos
Sexo	Se observan mayores cifras de consumo p de medicamentos en mujeres.
Nivel socioeconómico	A menor nivel económico se observan mayores cifras de policonsumo.
Nivel educacional	Personas con mayor nivel educacional, la polifarmacia es menor que personas con educación incompleta.
Edad	A medida que aumenta la edad con ella aumenta el policonsumo.
Patologías crónicas	A mayor enfermedades crónicas, mayor el tratamiento farmacológico recibido, aumentando polifarmacia.

Figura 2. Factores predisponentes de polifarmacia en adultos mayores. (25)

- Atención medica

También se puede asegurar que una de las causas de la polifarmacia, es la fragmentación de la atención y del cuidado de las personas mayores. Se establece que, a mayor edad, mayor número de medicamentos, y la razón de esto principalmente recae en una fragmentación del cuidado de las personas mayores, hoy en día se sabe que los sistemas de salud han evolucionado a una progresiva fragmentación de las intervenciones, y se ha limitado el tiempo de atención lo que lleva a una menor comunicación con el paciente. (17)

- Reacciones adversas medicamentosas

La reacción adversa medicamentosa (RAM) es el resultado de una interacción entre el medicamento administrado y algunas características inherentes o adquiridas del paciente que determinan el patrón individual de respuesta a los medicamentos. Algunas están determinadas por el medicamento (propiedades físicas y químicas, farmacocinéticas, interacciones, formulación, dosis, frecuencia y duración del tratamiento, vía de administración), otras por particularidades del individuo (edad, sexo, estado inmunológico, enfermedades concomitantes, predisposición genética, hábitos tóxicos) y otras por errores de la prescripción. (13)

En otras literaturas se describen factores asociados respectivamente a la edad mayor, ya que son un grupo de alto riesgo de RAM, como la edad muy avanzada, por los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con el envejecimiento, siendo frecuente una mayor vida media de los fármacos y de sus niveles plasmáticos, más si se asocia malnutrición. Además de la pluripatología, sobre todo si existen varios procesos

agudos intercurrentes, destacando la insuficiencia renal y/o hepática y alteraciones metabólicas. (26)

La Polifarmacia es el principal factor de riesgo de RAM. Se incrementan exponencialmente las reacciones adversas con el número de fármacos tomados: 5% si toma uno a 100% si toma diez o más. También influyen el tipo de fármacos, las dosis empleadas y la duración del tratamiento. (26)

Fármacos	Efectos adversos
Penicilinas, cefalosporinas	Reacciones alérgicas, «síndrome del hombre rojo».
Aminoglucósidos	Insuficiencia renal, hipoacusia.
AINes	Gastritis/hemorragia digestiva, reacciones alérgicas.
Corticoides	Hiperglucemia, insuficiencia suprarrenal.
Anticoagulación oral	Complicaciones hemorrágicas.
Digoxina	Síntomas digestivos, insuficiencia cardíaca por bradiarritmia.
Amiodarona	Hiper o hipotiroidismo.
Diuréticos, otros antihipertensivos	Hipotensión, deshidratación, insuficiencia renal.
Aminofilina, salbutamol	Temblor, gastritis, taquiarritmias.
Levodopa	Hipotensión ortostática, náuseas, delirium.
Psicofármacos sedantes	Sobresedación, agitación paradójica, delirium, caídas.
Opiáceos	Estreñimiento, náuseas, vómitos.

Figura 3. Fármacos responsables de la mayoría de RAM. (26)

6.3 Prescripción de Medicamentos

6.3.1 Definición

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prescripción es definida como un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema de salud que presenta un paciente. En la práctica de la medicina clínica, la mayoría de atenciones culmina en la prescripción de un medicamento, la que demanda sea la más adecuada a las necesidades del paciente. (27)

La prescripción razonada se define a través del diagnóstico, el planteamiento de un objetivo terapéutico y la discriminación de la adecuada terapéutica para cada caso, con la mejora de las relaciones médico-pacientes y garantía del seguimiento. Se considera inapropiada, cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces. (27)

6.3.2 Principios generales para la prescripción

- Pautar el menor número de fármacos posibles y con un claro objetivo terapéutico
- Utilizar una pauta simplificada, que incluya todos los fármacos que debe tomar y ordenados por grupos farmacológicos para evitar duplicidad. Explicar en detalle al personal de enfermería, pero también al paciente y a sus cuidadores su correcta administración, especialmente al alta hospitalaria.
- Comenzar con dosis inferiores a las habituales para adultos e incrementarla de forma progresiva y lenta.
- Revalorar periódicamente, en cada visita médica, el tratamiento completo, manteniendo cada fármaco el mínimo tiempo posible y suspendiendo fármacos innecesarios o ineficaces.
- Conocer en detalle los posibles efectos adversos e interacciones medicamentosas.
- Evitar el uso simultáneo de fármacos de efecto y toxicidad similar. Utilizar tratamientos no farmacológicos de apoyo: por ej., fisioterapia respiratoria y movilización precoz, medidas físicas antitérmicas, vendajes compresivos y

tratamiento postural en caso de edemas, terapias conductuales, sujeción mecánica supervisada, entre otros.

- Confirmar el buen cumplimiento terapéutico y valorar posibles dificultades, por comprobación directa y a través de la información facilitada por los cuidadores y el personal sanitario. (28) (29)

6.3.3 Prescripción inadecuada

Se define como el riesgo de sufrir efectos adversos mayores al beneficio clínico, especialmente cuando existen alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces, también incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración que la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamentosas y duplicidad de fármacos de la misma clase. A la vez incluye una mala selección del medicamento o de su dosis por parte del médico tratante. (13)

La Prescripción Inapropiada (PI) también incluye la no utilización o subutilización de fármacos beneficiosos que sí están clínicamente indicados, pero que a menudo no se prescriben en pacientes ancianos. En general un fármaco se considera adecuado o apropiado cuándo presenta una evidencia clara que apoya su uso en una indicación determinada, son bien tolerados en la mayoría de los pacientes y son coste-efectivos. Además, la prescripción adecuada en los mayores debe tener en cuenta la esperanza de vida individual del paciente, evitando terapias preventivas en aquellos pacientes con pronóstico de corta supervivencia y promoviendo fármacos con relación beneficio/riesgo favorable. (13)

La prescripción inadecuada de fármacos en adultos mayores está considerada como problemática de salud pública relacionándose con mayor morbimortalidad y costes sanitarios. El gasto de fármacos mal indicados supera costo de terapia realmente necesaria. Se prescriben en múltiples ocasiones medicamentos repetidos al adulto mayor, incrementando riesgos de eventos adversos. (28)

VII. DISEÑO METODOLÓGICO.

Para la realización de esta investigación se desarrolló la siguiente estrategia metodológica:

7.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación del estudio en cuestión fue de tipo Epidemiológico, dado que se originó en las ciencias de la salud, abordando aspectos del área de conocimiento relacionados con la morbilidad, la mortalidad y eventos de la salud, siendo su unidad de estudio los seres humanos.

7.2 Nivel de investigación.

El nivel de investigación y análisis fue descriptivo, ya que caracterizó y cuantificó el fenómeno de la polimedicación en una circunstancia temporal y geográfica determinada, sin manipulación intencionada de ninguna variable. Su finalidad fue esencialmente describir o caracterizar una situación de manera detallada.

7.3 Tipo de investigación

Es una investigación con las siguientes características:

- Según la intervención de los investigadores: la investigación fue de tipo observacional ya que no se intervino, ni se manipulo ninguna variable, por parte del investigador; los datos reflejaron la evolución natural de los eventos y estos son ajenos a la voluntad del investigador.

- Según el control de los sesgos de medición: la investigación fue de tipo retrospectivo: es decir, que los datos ya han sido elaborados por otros, y se recogieron tal como están por parte de los investigadores, por lo cual, la fuente fue secundaria, es decir de registros del expediente clínico.
- Según el número de mediciones sobre la variable de estudio: la investigación fue del tipo transversal ya que todas las variables fueron medidas en una sola ocasión, en una sola población, en un mismo momento y espacio.
- Según el número de variables: la investigación fue de tipo descriptivo ya que el análisis estadístico, fue univariado y este solo describió parámetros en la población que se estudió a partir de una sola variable de interés y de variables de caracterización.

7.4 Unidad de estudio

Los datos e información se obtuvieron de cada uno de los expedientes clínicos, es decir, de las unidades de información, en donde cada uno de ellos contiene los datos de cada paciente adulto mayor, de 60 años, que padece enfermedades crónicas, y tengan un consumo de múltiples medicamentos, ya sean hombres o mujeres, que estén presentes, y atendidos en el centro hogar de ancianos san Francisco de Asís Chaguitillo-Matagalpa.

7.5 Área de estudio

El estudio tuvo lugar en hogar de ancianos san Francisco de Asís, ubicado en el municipio de Sebaco, Matagalpa. Pertenece a la Diócesis de Matagalpa, promovido por Monseñor

Carlos Santi. Fundado el 15 de mayo de 1992. Lleva 33 años acogiendo personas de bajos recursos, la mayoría abandonados por sus familias. Su dirección exacta es de la entrada a Chaguitillo 20 varas al sur. Se puede llegar por medio de transporte público y privado.

7.6 Población

La población estudiada fueron todos aquellos pacientes adultos mayores de 60 años, tanto femeninos como masculinos, que se encuentren atendidos en el Hogar de ancianos San Francisco De Asís. La cantidad de adultos mayores que se encontraron al momento del estudio 31 pacientes.

7.7 Muestra

Tomando en cuenta el numero de la población de 31 personas, alcanzable para el estudio, se tomaron los datos de todos los pacientes adultos mayores para el estudio. A esta muestra que coincide con la totalidad de la población, es lo que se conoce como muestra censal.

7.8 Muestreo

Dado la explicación previa de población y muestra, no fue necesario realizar procedimiento de muestreo, ya que se incluyeron a todos los integrantes de la población de adultos mayores a estudio para obtener los datos e información.

7.9 Criterios de Inclusión

- Paciente igual o mayor a 60 años cumplidos al momento del estudio.
- Pacientes que tienen por lo menos una enfermedad crónica.

- Pacientes que se encuentren en el Hogar de ancianos San Francisco de Asís.
- Paciente que cumpla con la definición de polifarmacia establecida por este estudio.
- Expediente completo y legible, con registro completo y accesible.
- Tener un mínimo de 3 meses de residencia en el asilo.

7.10 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de 60 años.
- Paciente que no tenga enfermedades crónicas.
- Paciente que no tome múltiples medicamentos.
- Pacientes que no estén en el Hogar de ancianos San Francisco de Asís.
- Paciente con estancia menor de 3 meses en el asilo.
- Paciente con enfermedad aguda que descompensa su enfermedad crónica y altera o incrementa su número de fármacos y no refleja patrón habitual.
- Paciente en fase terminal con régimen de fármacos muy variables.

7.11 Variables del estudio por objetivos específicos

Objetivo No 1 Determinar los factores sociodemográficos de la población a estudio

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Nivel académico
- Tiempo de estancia en el asilo

Objetivo No 2 Identificar las patologías crónicas en los pacientes con polifarmacia

➤ Patologías crónicas:

- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Cardiopatía isquémica (angina, infarto)
- Insuficiencia cardíaca
- Accidente cerebrovascular (derrame)
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Asma
- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad de Parkinson
- Enfermedad de Alzheimer u otra demencia
- Depresión
- Ansiedad
- Osteoporosis
- Artritis/Osteoartritis
- Hipotiroidismo
- Cáncer
- Otros

Objetivo No 3 Identificar los fármacos más consumidos por los pacientes con polifarmacia en la población a estudio.

➤ Grupo de fármacos

- Antihipertensivos
- Diuréticos
- Hipoglucemiantes orales
- Inhibidores de la bomba de protones
- Antidiarreicos
- Antihistamínicos H2
- Procinéticos
- Psicofármacos
- Analgésicos no opioides (AINES)
- Antiagregantes Plaquetarios
- Insulina
- (-Bloqueadores
- Antagonistas (1adrenérgicos
- Ungüentos
- Vitaminas

➤ Tipo de medicamento:

- De venta libre
- Bajo receta medica
- Medicina natural

Objetivo No 4 Determinar la prescripción de los medicamentos utilizados por la población a estudio.

- Indicación del medicamento:
 - Automedicado
 - Médico del asilo
 - Medico externo
- Reevaluación del medicamento
 - Cada 15 días
 - Mensualmente
 - Cada 3 meses
 - Anualmente
- Nunca
- Cambio en el medicamento
 - Constantemente
 - Por reacción adversa
- Administración del medicamento
 - Enfermera
 - Cuidador del asilo
 - Familiar
 - Paciente

7.12 Pilotaje

Por parte del asesor científico, se revisó el cuestionario para considerar algún cambio desde el punto de vista científico y clínico que facilite la obtención de la información necesaria para el estudio. Este pilotaje tuvo como finalidad realizar una prueba de la recolección de los datos y la mejora del instrumento, esto se hizo con el fin de obtener información confiable y así evitar errores en el estudio final. Cuenta con información de expedientes clínicos en base a los años previos, se recolectaron en un formato determinado y se tomaron de 5 expedientes de centro de salud público para responder el instrumento utilizado. Con el objeto de facilitar el análisis; antes de iniciar la codificación fue necesario tener un glosario, que es un listado de valores para cada una de las

respuestas que existen en el cuestionario. Esta información fue tomada de fuente secundaria a base de documentos físicos existentes en el hogar.

7.13 Obtención de la información

Se obtuvo de fuente secundaria, es decir de los expedientes clínicos, con previa autorización de las autoridades del Hogar de ancianos San Francisco de Asís.

7.14 Técnicas e instrumentos:

Se elaboró un cuestionario de acuerdo con las variables a estudio, ordenado según los objetivos específicos el cual fue completado con información de los expedientes clínicos de la población a estudio.

7.15 Procesamiento y análisis de la Información

Se realizó solicitud al hogar de ancianos San Francisco de Asís, donde se describieron los datos personales del autor y se explicó el propósito de la investigación, las consideraciones éticas que tendrá el estudio, para obtener el acceso a las instalaciones del local centro hogar san francisco de Asís para la recopilación de datos. Al tener aprobada la solicitud, se acudió de 8:00 am a 1:00 pm a las instalaciones, se hizo formal presentación del investigador, se revisaron los expedientes clínicos con el fin de llenar el cuestionario, una vez completado se hizo resguardo de este.

Se ordenó la información obtenida en una base de datos digital, de tal forma que se establezca un orden, al momento de procesar la información por medio de tablas de frecuencias, formulas utilizadas en el programa de Excel y posteriormente se aplica el análisis para obtener resultados.

7.16 Consideraciones éticas

- Se realizó la presentación del investigador y de la universidad a la que pertenecen, a la responsable del Hogar de ancianos.
- A las autoridades del Hogar de ancianos se le explicaron los objetivos y los fines de la investigación, el contenido del cuestionario e información a tomar en cada expediente de las personas que atienden en dicha institución.
- Este estudio no tuvo riesgo al investigador ni a las personas que son pacientes, ni a los familiares.
- El cuestionario de esta investigación fue revisado por terceros para evitar errores.
- Durante la realización del estudio no se manipularon las variables de los expedientes clínicos, ni datos.
- Se hizo un resguardo de los instrumentos llenado por el investigador.

VIII. RESULTADOS.

En esta sección, se presentan los resultados clave obtenidos de nuestro estudio. A continuación, se detallan los principales descubrimientos, organizados para facilitar su interpretación y contextualización con los objetivos de la investigación.

Objetivo N° 1: Describir los factores sociodemográficos de la población a estudio.

Tabla 1. Edad de la población estudiada.

LIM. INF	LIM. SUP	Fc. AB	FR. AC	FR. RE	FR. %
60	66	4	4	0.13	13
67	73	4	8	0.13	13
74	80	6	14	0.19	19
81	87	9	23	0.29	29
88	94	6	29	0.19	19
95	101	2	31	0.06	6
TOTAL		31		1.000	100.0

Fuente: Primera pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

Este estudio caracterizó a 31 individuos mayores de 60 años que se encuentran en situación de abandono social. Se analizaron variables demográficas y la estancia en el asilo. La distribución por edad reveló que el grupo predominante, constituyendo el 29 % (9), se encontraba entre los 81 y 87 años. Seguidamente, los rangos de 74-80 años y 88-94 años representaron cada uno el 19.4 % (6) de la muestra. Las edades comprendidas entre 60 y 66 años, así como entre 67 y 73 años, conformaron el 12.9 % (4) cada una.

Tabla 2. Sexo de la población estudiada

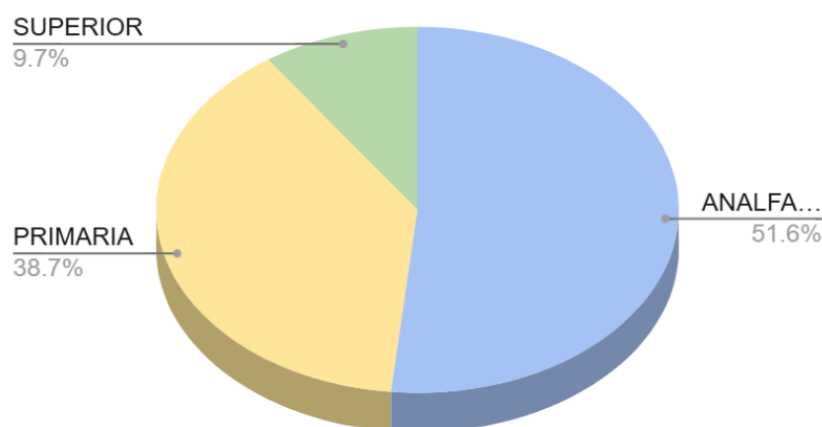
SEXO	N° TOTAL	POLIFAR. N°	POLIFAR. FcR.	POLIFAR. %
Masculino	14	10	0.56	56%
Femenino	17	8	0.44	44%
TOTAL	31	18	1.00	100%

Fuente: Segunda pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

En la población estudiada, se encontró que un total de 18 participantes (58.1 %) presentaban polifarmacia. Al analizar por sexo, se identificó que 8 de las 17 mujeres (47.1 %) y 10 de los 14 hombres (71.4 %) presentaron polifarmacia.

Gráfico 1. Nivel académico de la población.

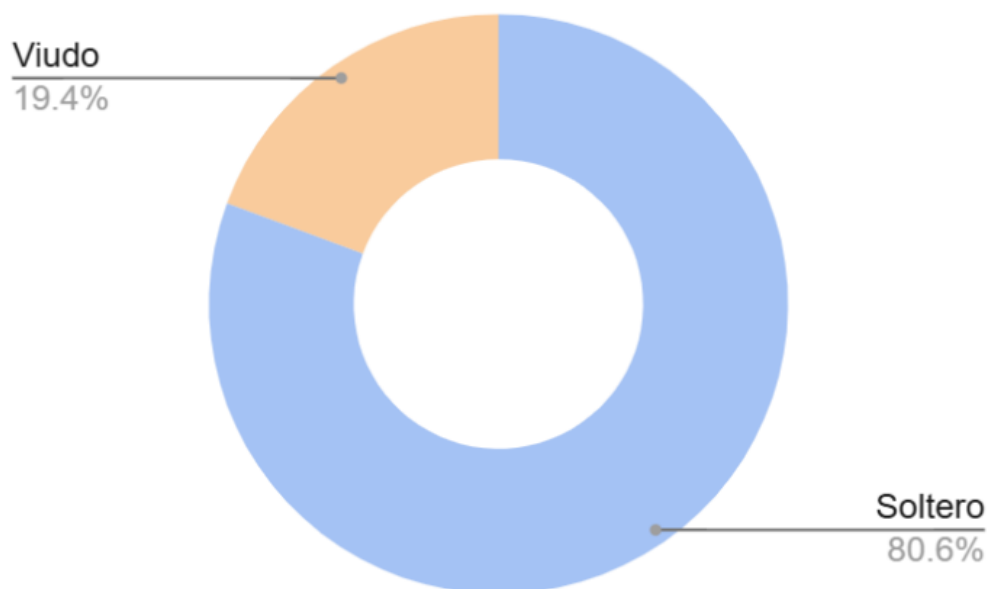


Fuente: Tercera pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

Respecto al nivel educativo, el 51.6 % (16) de los pacientes son analfabetos. El 38.7 % (12) habían cursado educación primaria, mientras que un 9.7 % (3) había alcanzado educación superior.

Gráfico 2. Estado civil de la población a estudio



Fuente: Cuarta pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

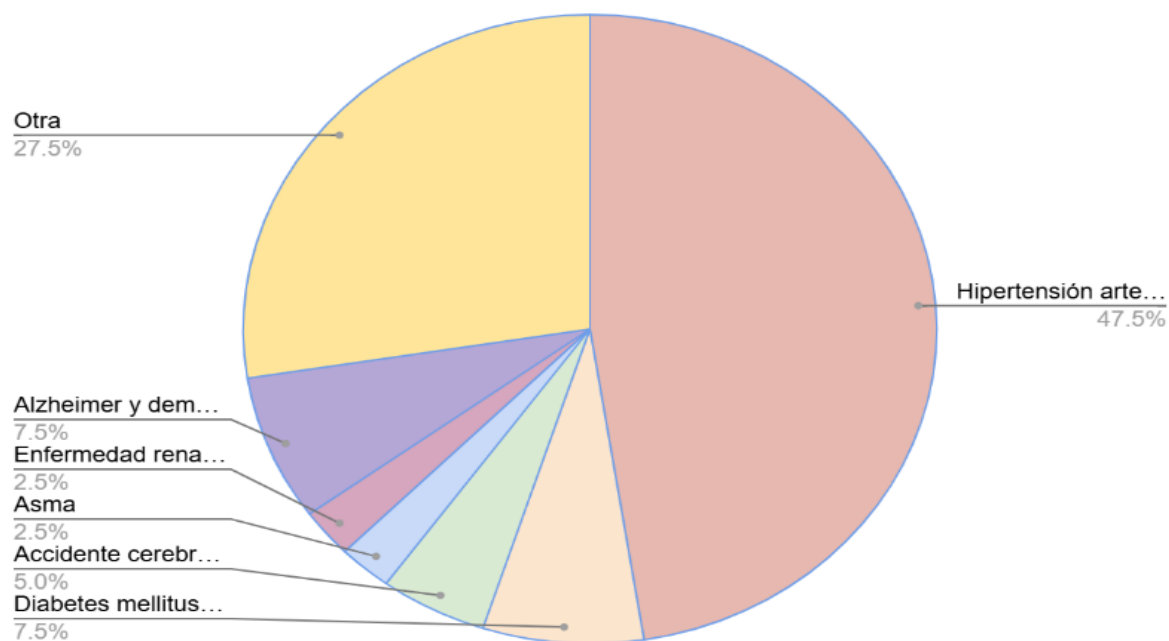
Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

En relación con el estado civil, el 80.6 % (25) de los participantes eran solteros, mientras que el 19.4 % (6) restante eran viudos.

Finalmente, la estancia promedio en el asilo fue de 6 años, abarcando al 64.5 % (20) de la población estudiada. Un 12.9 % (4) de los residentes presentaban un periodo de estancia de entre 7 y 13 años, y un porcentaje idéntico (4) tenía una permanencia de entre 14 y 20 años. Un 6.5 % (2) había permanecido entre 21 y 27 años, y un 3.2 % (1) registraba una estancia de 28 a 30 años.

Objetivo N° 2: Identificar las patologías crónicas en la población a estudio.

Gráfico 3. Comorbilidades que presentan los pacientes

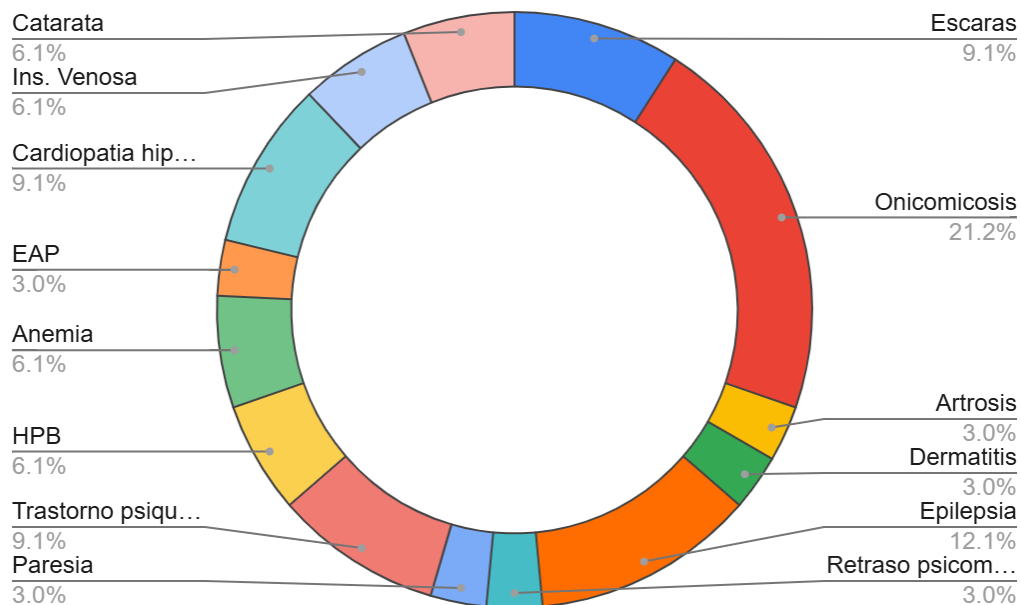


Fuente: Sexta pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

En el grupo de pacientes estudiados, se encontró que del 100 % de la muestra, el 47.5 % presentaba hipertensión crónica. Tanto la diabetes mellitus y la enfermedad de Alzheimer representaron cada una el 7.5 % de los casos. Un 5 % de los pacientes cursaron con Accidente Cerebrovascular (ACV), mientras que la enfermedad de asma y la enfermedad renal crónica se observaron en un 2.5% de los pacientes cada una.

Gráfico 4. Otras patologías presentes en los pacientes.



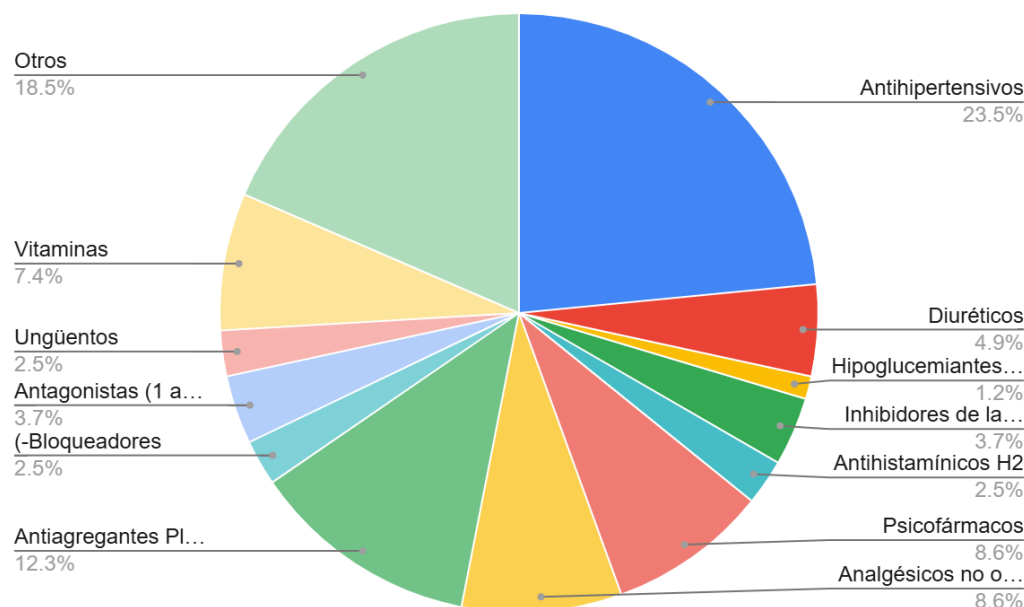
Fuente: Sexta pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

En una categoría adicional que representa el 27 % de los casos, se desglosó la siguiente distribución: la onicomycosis se presentó en un 9.1 % de estos pacientes. La epilepsia afectó a un 12.1 %. Un 9.1 % adicional de este subgrupo presentó cardiopatía hipertensiva, otro 9.1% trastornos psiquiátricos, y un 9.1 % escaras. Continuando con menor prevalencia, se observó insuficiencia venosa, cataratas, hiperplasia prostática benigna y anemia, cada una en un 6.1 % de los casos. Finalmente, la artrosis, dermatitis, retraso psicomotor, paresia y enfermedad ácido péptica se encontraron cada una en un 3 % de los pacientes de este subgrupo.

Objetivo N° 3: Identificar los grupos farmacológicos más consumidos por la población a estudio.

Gráfico 5. Fármacos utilizados por los pacientes.



Fuente: Octava pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

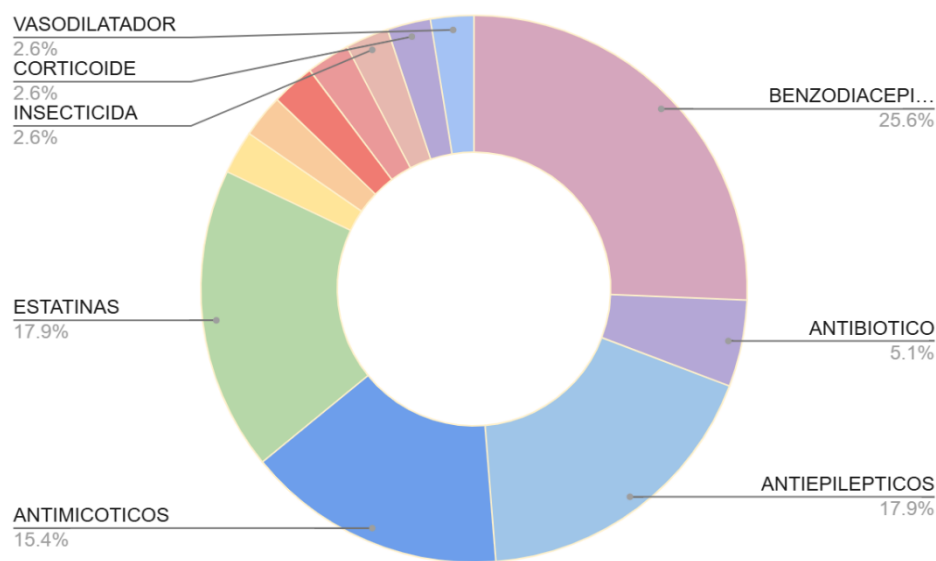
Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

Se identificó que el 58.1 % de los pacientes estudiados presentaban polifarmacia, definida como el uso concomitante de múltiples medicamentos. En contraste, el 41.9 % restante no cumplía con este criterio. El análisis de los grupos farmacológicos reveló que los antihipertensivos fueron los más frecuentemente empleados, abarcando el 23.5 % del total de medicamentos. Les siguieron los antiagregantes plaquetarios con un 12.3 %.

Otros grupos farmacológicos significativos incluyeron los psicofármacos y los analgésicos no opioides, cada uno representando el 8.7 % del total. Las vitaminas constituyeron el 7.4 %, mientras que los diuréticos se utilizaron en un 4.9 % de los casos. Con una menor proporción, se identificaron los antagonistas adrenérgicos y los inhibidores de la bomba

de protones (cada uno con 3.7 %), seguidos por los antihistamínicos, betabloqueadores y ungüentos, cada uno con un 2.5 %. Los hipoglucemiantes orales representaron un 1.2 % del uso.

Gráfico 6. Otros grupos farmacológicos utilizados por los pacientes.



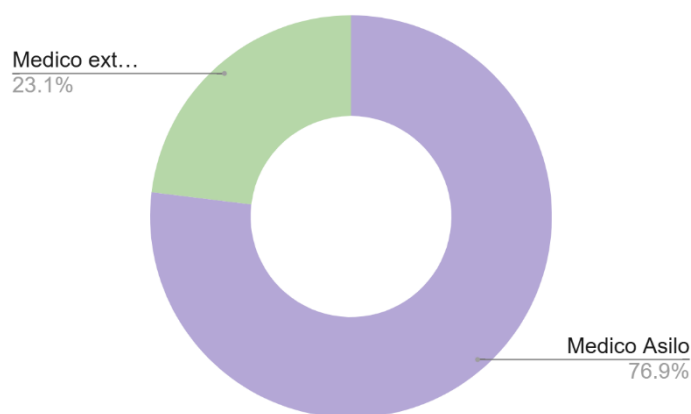
Fuente: Octava pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

Adicionalmente, se identificó un grupo complementario de medicamentos que, en conjunto, conformaron el 18.5 % del total. Dentro de este, las benzodiacepinas fueron las más prevalentes (25.6 %). Le siguieron los antiepilépticos y las estatinas, ambos con un 17.9 % de uso. Los antimicóticos representaron el 15.4 %, y los antibióticos un 5.1 %. Finalmente, con una frecuencia del 2.6 % cada uno, se encontraron anticolinérgicos, venotónicos, enzimas digestivas, insecticidas/acaricidas, alfabloqueadores, corticoides y vasodilatadores. En cuanto al origen de los medicamentos utilizados, se observó que la gran mayoría, el 86.1 %, fueron recetados por un médico. Un 11.1 % correspondía a medicamentos de venta libre, y un 2.8 % a medicina natural.

Objetivo número 4: Determinar la prescripción de los medicamentos utilizados por la población a estudio.

Gráfico 7. Indicación de medicamentos de la población.



Fuente: Decima pregunta del cuestionario. (Anexo n°2)

Elaborado en hoja de cálculo por el investigador.

El análisis de datos sobre la gestión farmacológica en el asilo revela patrones claros en la prescripción, seguimiento y administración de tratamientos. La indicación de medicamentos recae predominantemente en el médico del asilo, quien es responsable del 76.9 % de las prescripciones. El 23.1 % restante es gestionado por médicos externos. La revisión mensual del tratamiento se aplica al 51 % de los pacientes, mientras que el 41.9 % recibe una revisión trimestral. Un porcentaje menor (3.2 % en cada caso) se somete a evaluaciones quincenales o anuales. Es relevante destacar que el 80.6% de los pacientes experimenta modificaciones en su régimen terapéutico, indicando un enfoque dinámico y adaptativo en el manejo farmacológico, en contraste con el 19.4 % que mantiene su esquema sin cambios. Un dato favorable es que el 71 % de los pacientes no presenta reacciones adversas a los tratamientos administrados, mientras que el 29 % restante sí reporta alguna. La administración de todos los tratamientos es realizada en su totalidad por el servicio de enfermería.

IX. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

Objetivo N° 1: Describir los factores sociodemográficos de la población a estudio.

El análisis de las características sociodemográficas de los participantes en este estudio reveló una población predominantemente geriátrica, con un rango de edad más frecuente entre los 81 y 87 años. Un hallazgo notable fue el predominio de polifarmacia en el sexo masculino, a pesar de que la población femenina era mayor. Estos resultados difieren en parte de los encontrados por Troya, quien identificó una prevalencia femenina en un grupo etario más joven (65 a 75 años). El predominio femenino en las poblaciones geriátricas es un fenómeno bien documentado que, como señala Hofer (19), puede atribuirse a la mayor longevidad de las mujeres. Esta longevidad tiene implicaciones clínicas importantes, ya que se correlaciona con una mayor incidencia de comorbilidades crónicas y un consecuente incremento en la prescripción de medicamentos. Además, las fluctuaciones hormonales podrían influir en la predisposición a ciertas condiciones que requieren manejo farmacológico. Este conjunto de factores podría explicar el mayor porcentaje de mujeres en nuestra población de estudio. Sin embargo, es crucial considerar que, según Elterman (20), los estereotipos de personalidad masculina, como la excesiva ingesta de alcohol, el tabaquismo, la mala alimentación y el estilo de vida sedentario refuerzan una visión negativa de la salud en los hombres. A la vez, estos factores señalan áreas esenciales donde se deben enfocar las estrategias de educación, prevención e intervención. La presencia de polifarmacia en este grupo podría estar directamente vinculada a las consecuencias de estos estilos de vida, lo que requiere un enfoque diferenciado en la atención médica para esta población.

En cuanto a otros factores sociodemográficos, se observó que el 51 % de los pacientes carecen de alfabetización. Berkman (21) describe en su artículo que el analfabetismo dificulta la lectura y comprensión de las etiquetas de los medicamentos, las dosis, los horarios y las advertencias. Esto aumenta el riesgo de errores en la toma de la medicación. Respecto a la duración de la estancia en el asilo, el promedio fue de 6 años, abarcando al 64.5 % de la muestra. Finalmente, el 80.6 % de los participantes fueron registrados como solteros, y es relevante destacar que esta población presenta la condición de abandono social, un factor que puede influir significativamente en su estado de salud y acceso a recursos. José (22) menciona en su estudio que las personas solteras, divorciadas o viudas, especialmente las que viven solas, tienen menos apoyo social y familiar para el manejo de su salud. Esto lleva a una menor adherencia a los tratamientos, y a una mayor automedicación.

Objetivo N° 2: Identificar las patologías crónicas en la población a estudio.

El análisis de las comorbilidades en nuestra población de estudio reveló una prevalencia significativa de hipertensión arterial crónica (HTAC) en el 47.5 % de los participantes. Este hallazgo se alinea con la literatura previa; Ramírez (8), por ejemplo, también identificó la HTAC como la comorbilidad predominante en su estudio. La alta prevalencia de hipertensión arterial crónica en nuestro estudio es consistente con los reportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16), que la categoriza como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes a nivel global. Esta similitud resalta la relevancia de la hipertensión como un desafío de salud pública en poblaciones

geriátricas institucionalizadas, subrayando la necesidad de un manejo y seguimiento adecuados.

Dentro de un acápite que englobó el 27 % de las patologías adicionales, se observó una diversidad de condiciones. Específicamente, la onicomycosis representó el 9.1 % y la enfermedad de Alzheimer el 7.5 %. Cabe destacar que, si bien el Instituto Geriátrico de Valencia (23) también reporta el Alzheimer como una enfermedad predominante en sus estudios geriátricos, no se encontró evidencia en la literatura revisada de la onicomycosis como una patología prevalente en adultos mayores que predomine en esta población.

Objetivo N° 3: Identificar los grupos farmacológicos más consumidos por la población a estudio.

La evaluación de la población en estudio reveló una proporción de polifarmacia del 58.1 %, indicando que más de la mitad de los participantes cumplían con este criterio, mientras que el 41.9 % restante no lo hizo. En cuanto al patrón de prescripción, los antihipertensivos constituyeron el grupo farmacológico más frecuentemente utilizado, representando el 23.5 % del total de fármacos prescritos. En segundo lugar, se identificaron los antiagregantes plaquetarios, que conformaron el 12.3 % del total. Adicionalmente, un grupo complementario de medicamentos representó el 18.5 % del total de prescripciones, siendo las benzodiazepinas las de mayor ocurrencia dentro de este subgrupo (25.6 %). Estos hallazgos guardan similitud con los reportados por Escobedo (7), quien documentó una incidencia de polifarmacia del 63.3 %, con los

antihipertensivos como el grupo farmacológico predominante, lo cual concuerda con nuestros resultados.

Por otro lado, la alta frecuencia de uso de benzodiazepinas dentro del grupo complementario de medicamentos en nuestra población de estudio es consistente con los hallazgos de Morales (9), quien también identificó las benzodiazepinas como el fármaco más predominante en este grupo etario. Esta observación es particularmente relevante dado el perfil de riesgo asociado a su uso en adultos mayores. Ambas observaciones, en relación con la alta tasa de polifarmacia y el consumo de fármacos específicos, concuerdan con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (16) quien establece que los adultos mayores en países en desarrollo pueden consumir hasta el 50 % de los medicamentos prescritos, lo cual subraya la elevada aparición de polifarmacia (>50 %) en esta población a nivel global. Es importante señalar que, a diferencia de nuestro estudio, las investigaciones de Escobedo y Morales (7) (9) no destacaron la frecuencia de los antiagregantes plaquetarios dentro de sus grupos farmacológicos principales. Esta diferencia podría atribuirse a variaciones en las características demográficas de las poblaciones estudiadas, las comorbilidades predominantes o las prácticas de prescripción locales.

Objetivo número 4: Determinar la prescripción de los medicamentos utilizados por la población a estudio.

En el asilo evaluado, la prescripción farmacológica recae predominantemente en el médico del asilo, quien es responsable de aproximadamente el 76.9 % de las

indicaciones. El 23.1 % restante es gestionado por médicos externos. Este modelo de prescripción centralizada contrasta con hallazgos como los de Ramírez, que describe una auto prescripción del 39 % y un 37 % de prescripciones por múltiples médicos. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) subraya que la fragmentación de la atención es una causa importante de polifarmacia en personas mayores. En este contexto, la alta proporción de medicamentos prescritos por un único profesional en nuestro estudio sugiere un control unificado que podría reducir los riesgos asociados a la automedicación y la atención descoordinada, favoreciendo así la seguridad de los adultos mayores.

Respecto al seguimiento terapéutico, la mayoría de los pacientes (51 %) reciben revisiones mensuales, complementado por un 41.9 % con revisiones trimestrales. Es notable que más del 80 % de los pacientes experimenta ajustes en su régimen terapéutico, lo que refleja un enfoque dinámico y proactivo en el manejo de su salud. Esta práctica se alinea con las recomendaciones de Mejilla (27), quien enfatiza la necesidad de establecer objetivos terapéuticos claros, optimizar la terapia, mejorar la relación médico-paciente y asegurar un seguimiento continuo. Asimismo, la revisión constante de la medicación concuerda con lo señalado por Anzolabehere (24) sobre la importancia de reevaluar periódicamente el tratamiento completo, manteniendo los fármacos el mínimo tiempo posible y suspendiendo aquellos innecesarios o ineficaces.

Un aspecto favorable observado es la baja incidencia de reacciones adversas a medicamentos (RAM), con un 71 % de los pacientes que no reportan efectos secundarios, frente al 29 % que sí lo hace. Esta cifra es particularmente relevante al considerar que estudios como el de Canales (10) donde indican que la polifarmacia se asocia a un mayor

riesgo de RAM. La administración de todos los tratamientos por el servicio de enfermería (100 %) podría ser un factor clave en esta baja incidencia. Como destaca Guillén (4), el personal de enfermería desempeña un papel fundamental mediante intervenciones incluyendo evaluaciones regulares para detectar y abordar efectos adversos. Esta vigilancia directa y el control estricto en la administración, complementado por la confirmación del cumplimiento terapéutico y la valoración de dificultades, tal como lo sugiere Anzolabehere (24), contribuyen significativamente a minimizar las RAM y optimizar la seguridad del paciente.

X. CONCLUSIONES.

El estudio, que se centró en la caracterización del adulto mayor con polifarmacia en el Hogar de Ancianos San Francisco de Asís, ha permitido obtener una visión integral y detallada de esta población. Se observó un perfil sociodemográfico con un claro predominio femenino sin embargo el grupo que predominó con polifarmacia fue el género masculino, en el rango de edad de 81 a 87 años. Un hallazgo significativo fue el alto índice de analfabetismo y un elevado número de residentes solteros, lo cual refleja una situación de vulnerabilidad social y posible abandono que podría impactar directamente en su estado de salud y en el manejo de su farmacoterapia.

En cuanto a las patologías, se identificó la hipertensión crónica como la enfermedad más prevalente, lo que se alinea con la epidemiología global del envejecimiento. La polifarmacia fue una condición confirmada en el 58.1 % de los pacientes, lo que subraya la complejidad de sus regímenes terapéuticos. Los antihipertensivos, los antiagregantes plaquetarios y las benzodiacepinas se destacaron como los grupos farmacológicos más consumidos, reflejando la alta carga de enfermedades cardiovasculares y neuropsiquiátricas en esta población.

En cuanto a la indicación de los medicamentos demostró ser un proceso dinámico y estructurado. La mayoría de los fármacos son prescritos por un médico, con un sistema de revisión mensual que conduce a modificaciones terapéuticas en más del 80% de los pacientes. Es notable que, a pesar de la alta prevalencia de polifarmacia y las frecuentes modificaciones en los tratamientos, el 71 % de los pacientes no reportaron reacciones adversas. Este dato sugiere que la administración unificada por parte del personal de

enfermería desempeña un papel crucial en la seguridad y efectividad del manejo farmacológico. Los hallazgos de este estudio proporcionan información valiosa para optimizar las estrategias de atención y cuidado de los adultos mayores institucionalizados.

XI. RECOMENDACIONES.

Se recomienda a los médicos realizar revisiones farmacológicas regulares en adultos mayores, al menos una vez al año, o más a menudo si hay cambios en la salud o el tratamiento del paciente. Para identificar y corregir problemas como medicamentos duplicados, interacciones peligrosas, dosis incorrectas o el uso de fármacos inapropiados para la edad.

Se sugiere educar a los adultos mayores y cuidadores sobre el manejo seguro de medicamentos. Para enfatizar en evitar la automedicación y comprender los riesgos de la polifarmacia, detallando el propósito, dosis y efectos secundarios de cada fármaco para optimizar la adherencia y minimizar eventos adversos.

Se sugiere implementar sistemas robustos de registro de medicamentos y seguimiento de los pacientes polimedicados puede facilitar la identificación temprana de riesgos y la monitorización de la efectividad de las intervenciones. Esto podría incluir el uso de historias clínicas electrónicas que alerten sobre posibles interacciones o duplicidades.

Se recomienda que las futuras generaciones impulsen nuevas investigaciones sobre la polifarmacia en Nicaragua. Esto se debe a la importancia de los datos locales, que nos permitirán entender a fondo el problema y crear estrategias de intervención más efectivas y adecuadas a la realidad del país.

XII. REFERENCIAS

1. OMS, Organizacion Mundial de la Saud. Envejecimiento y salud [Pagina Oficial].; 2024. Acceso 15 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
2. Yuan Li XZ. Asociación entre polifarmacia y mortalidad en adultos mayores: una revisión sistemática y metanálisis [Articulo Cientifico]. Zhengzhou; 2022. Acceso 15 de Junio de 2025. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494322000115>.
3. PAHO Organizacion Panamericana de la Salud. Nicaragua, Perfil del pais [Articulo].; 2024. Acceso 15 de Julio de 2025. Disponible en: https://hia.paho.org/en/country-profiles/nicaragua?utm_source=chatgpt.com.
4. M G. El papel de la enfermería en la polifarmacia de las personas mayores. Barcelona; 2024.. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2024000100005.
5. Troya A. Polifarmacia en los adultos mayores que reciben atención en el centro Catamayo [Documento]. Loja; 2019..
6. Walter Eduardo Pivaral Villalta JDCV. "POLIFARMACIA Y PRESCRIPCIÓN POTENCIALMENTE INADECUADA EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2". Guatemala; 2019.. Disponible en: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2019/089.pdf>.
7. Escobedo Martinez E. Asociación de Polifarmacia y Comorbilidad en adultos mayores [Documento]. San Luis Potosí ; 2018..
8. Ramirez M. Efectos de la polifarmacia inadecuada sobre la calidad de vida de los adultos mayores en centros geriátricos de barrios unidos de ciudad de Bogotá: una revisión al día [Documento]. Bogota; 2017..
9. Gabriela Morales SS. CARACTERIZACIÓN DE LA POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES DE LA CLÍNICA SANTA FE, MATAGALPA. Matagalpa; 2023.. Disponible en: <http://repositorio.unides.edu.ni/id/eprint/106/1/Monograf%C3%ADa-%20Caracterizaci%C3%B3n%20de%20la%20polifarmacia%20en%20adultos%20mayores%20de%20la%20cl%C3%ADnica%20Santa%20Fe-%20Matagalpa.pdf>(<http://repositorio.unides.edu.ni/id/eprint/106/1/Monograf%C3>.
- 1 C. A. Polifarmacia en adultos mayores con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial en 16 filiales de
0. Clínicas Médicas Previsionales MINSA en el período de Julio a Septiembre del año 2019.; 2020.. Disponible en: <https://www.minsa.gob.ni/index.php/publicaciones/direccion-general-docencia-e-investigaciones/polifarmacia-en-adultos-mayores-con>.
- 1 B P. National Center for Biotechnology Information. [Online]; 2023. Acceso 23 de Juniode 2025.
1. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556106/>.

- 1 Forero CIA, Molina MAM. Concepción del adulto mayor [Documento]. Bogota Acceso 8 de Diciembre
2. de 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.7476/9789587385328.0007>.
- 1 Perez JFR, Perez AR, Borrell JC. Polifarmacia en adultos mayores del Consultorio Médico de Familia-9,
3. Área-II. Una evaluación desde la comunidad. [Documento].: EDITORIAL MÉDICA JIMS, S. L.; 2017. Acceso 8 de Diciembre de 2022. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324938196_Polifarmacia_en_adultos_mayores_del_Con_sultorio_Medico_de_Familia-9_Area-II_Una_evaluacion_desde_la_comunidad?enrichId=rgreq-1f3ca1a3d592a57a4179741d5f0acfe0-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdIOzMyNDkzODE5NjtBU.
- 1 Salech F, Palma D. Epidemiología del uso de medicamentos en el adulto mayor.. Santiago; 2016.
4. Acceso 23 de Junio de 2025. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-epidemiologia-del-uso-de-medicamentos-S071686401630092X>.
- 1 Weber H. Polifarmacia en los adultos mayores [Documento].; 2011.. Disponible en:
5. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642019000200271.
- 1 AtribuciónNoComercial CC. Seguridad de los medicamentos en la polifarmacia. Ginebra: Organización
6. Mundial de la Salud. Ginebra: Servicios de Producción de Documentos de la OMS; 2019.. Disponible en: <http://www.who.int/about/licensing>.
- 1 Observatorio del Envejecimiento. Uso de Medicamentos y Polifarmacia en Personas Mayores
7. [Documento].; 2021. Acceso 9 de Diciembre de 2022. Disponible en: <http://www.observatorioenvejecimiento.uc.cl/>.
- 1 Majewski G GO. Una revisión de los factores de riesgo de la polifarmacia: edad, Nivel de educación y
8. actitud del médico. En: ; 2024
- 1 Christina HD. Género y polifarmacoterapia en personas mayores: un reto clínico.; 2012. Acceso 24 de
9. junio de 2025. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23027451/>.
- 2 Elterman D. Salud masculina: un nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo,
0. educación e investigación [Artículo científico]. Toronto Acceso 15 de julio de 2025. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-salud-masculina-un-nuevo-paradigma-S0716864014700094>.
- 2 Berkman ND SSDK. Intervenciones y resultados de alfabetización en salud: una revisión sistemática
1. actualizada. [Informe].; 2011. Acceso 15 de Julio de 2025. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK82428/>.
- 2 Jose Gonzalez MV. La Depresión en el Anciano [Artículo].; 2018. Acceso 15 de Julio de 2025. Disponible
2. en: [https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano?hl=es-US#:~:text=El%20estado%20civil%20\(estar%20soltero,desarrollar%20depresi%C3%B3n%2C%20y%20tambi%C3%A9n%20se](https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano?hl=es-US#:~:text=El%20estado%20civil%20(estar%20soltero,desarrollar%20depresi%C3%B3n%2C%20y%20tambi%C3%A9n%20se).

- 2 Geriatrico I. Principales enfermedades que sufren las personas mayores.; 2023. Acceso 24 de junio de 2025. Disponible en: <https://www.institutogeriatrico.com/que-enfermedades-sufren-las-personas-mayores>.
- 2 Anzolabehere F. POLIFARMACIA Y FARMACOVIGILANCIA EN EL ADULTO [Documento]. Montevideo ; 4. 2013. Acceso 9 de Diciembre de 2022.
- 2 Sánchez-Rodríguez JR, Camila A. Escare-Oviedo. Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revision de literatura [Documento]. Temuco; 2019. Acceso 8 de Diciembre de 2022.
- 2 Martín AV, Sendra MV. REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS (RAM). INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS [Documento].; 2018. Acceso 9 de Diciembre de 2022.
- 2 Mejia R DF. Uso Racional de Medicamentos. Mexico; 2018.. Disponible en: 7. <https://www.salud.cdmx.gob.mx/storage/app/media/2018-2024/medicamentos/FICHAS%20TECNICAS/BOLETINES%20USO%20RACIONAL%20MEDICAMENTOS/2018/Boletin%20202018.pdf>.
- 2 Ochoa KJ. "LA POLIFARMACIA Y SUS PRINCIPALES EFECTOS ADVERSOS EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR DE INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL DURANTE EL PERIODO MAYO – DICIEMBRE 2015 " [Documento]. Loja; 2016. Acceso 8 de Diciembre de 2022.
- 2 Chiquito Pisco MM, Quijije-Peñañiel JG. Ciencias de la Salud. Artículo de investigación. Polifarmacia: una mirada en la medicación del adulto mayor [Documento]. Provincia de Manabí; 2021. Acceso 9 de Diciembre de 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i5.2250>.
- 3 Pérez HS. Revista Mexicana de Anestesiología. Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el 0. perioperatorio [Documento]. CDMX; 2022. Acceso 8 de Diciembre de 2022.
- 3 Arriagada L, Carrasco T, Araya M. Polifarmacia y deprescripción en personas mayores. Santiago ; 2022. 1. Acceso 8 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300237>.

ANEXOS.

ANEXO N 1. Operacionalización de Variables

Objetivo específico 1: Determinar los factores sociodemográficos de los pacientes geriátricos con polifarmacia de la población a estudio			
Variable	Indicador	Valores finales	Tipo de variable
Edad	Número de años	Años	Numérica discreta
Sexo	Diferencia biológica	Hombre Mujer	Categórica nominal dicotómica
Estancia en asilo	Tiempo que lleva en el asilo	Meses Años	Numérica discreta
Nivel educativo	Educación recibida	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica nominal politómica
Estado civil	Situación sentimental	Soltero Casado Separado Viudo Unión libre	Categórica nominal politómica

Objetivo específico 2: Identificar las patologías crónicas en los pacientes con polifarmacia			
Variable	Indicador	Valores finales	Tipo de variable
Enf. Crónicas	Enfermedades con duración mayor a 3 meses	Diabetes mellitus Hipertension arterial Asma Enf. Tiroideas Enfermedad de Parkinson Enfermedad de Alzheimer u otra demencia Depresión Ansiedad Osteoporosis ACV EPOC Cancer Otras	Categórica nominal politómica

Objetivo específico 3: Identificar los grupos farmacológicos más consumidos por los pacientes con polifarmacia en la población a estudio.

Variable	Indicador	Valores finales	Tipo de variable
Grupo de fármaco	Medicamentos que el paciente consume	Analgesicos Antihipertensivos Hipoglicemiantes Otros	Categórica nominal politómica
Tipo de Medicamento	Categorías de los medicamentos	De venta libre Bajo receta medica Medicina natural	Categórica nominal politómica

Objetivo específico 4: Determinar la prescripción de los medicamentos utilizados por la población a estudio.

Variable	Indicador	Valores finales	Tipo de variable
Indicación del medicamento	El encargado de indicar el tratamiento	Automedicado Médico del asilo Medico externo	Categórica nominal politómica
Reevaluación del medicamento	Revisión periódica de la lista de medicamentos por un medico	Cada 15 días Mensualmente Cada 3 meses Anualmente	Categórica ordinal politómica
Cambio en el medicamento	Cambios del tratamiento de forma constante o por situaciones indeseadas	Constantemente Por reacción adversa	Categórica nominal dicotómica
Administración del medicamento	La persona encargada de cumplir las dosis de tratamiento de los pacientes	Enfermera Cuidador del asilo Familiar Paciente	Categórica nominal politómica

ANEXO N 2.

CUESTIONARIO O INSTRUMENTO DE LA INVESTIGACIÓN

Cuestionario

Elaborado por: Roberto Carlos Mendizabal Rodriguez

Estudiante de UNIDES Matagalpa

Aspectos Sociodemográficos:

Edad	Numero de años cumplidos: ____
Sexo	Hombre:____ Mujer:____
Nivel Académico	Analfabeto____ Primaria____ Secundaria____ Superior____
Estado Civil	Soltero/a____ Casado/a____ Viudo/a____ Divorciado/a____ Unión libre____
Estancia en asilo	Tiempo que lleva viviendo en asilo: ____

Comorbilidades

¿Cuáles de las siguientes condiciones médicas le han sido diagnosticadas? (Marque todas las que apliquen)

Hipertensión arterial	Accidente cerebrovascular (derrame)	Enfermedad renal crónica	Otra (especifique)
Diabetes mellitus tipo 2	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Enfermedad de Parkinson	Ninguna
Cardiopatía isquémica (angina, infarto)	Enfermedad renal crónica	Enfermedad de Alzheimer u otra demencia	
Insuficiencia cardíaca	Ansiedad	Osteoporosis	
Asma		Artritis/Osteoartritis	
Depresión			
Hipotiroidismo			
Cáncer			

Medicamentos utilizados

¿Usted consume 5 o más medicamentos al día?

SI

NO

¿Cuál de los siguientes Grupos farmacológicos consume regularmente?

Antihipertensivos	Antihistaminicos H2	(-Bloqueadores
Diuréticos	Procinéticos	Antagonistas (1 adrenérgicos
Hipoglucemiantes orales	Psicofármacos	Ungüentos
Inhibidores de la bomba de protones	Analgésicos no opioides (AINEs)	Vitaminas
Antidiarreicos	Antiagregantes Plaquetarios	Otros (especifique):
	Insulina	_____

Los medicamentos que usted toma son:

De venta libre

Bajo receta medica

Medicina natural

Prescripción medica

¿Quién le indica sus medicamentos?

Automedicado

Medico del Asilo

Medico externo

Otro: _____

¿Con qué frecuencia se revisa la lista de medicamentos por un médico?

Cada 15 días

Mensualmente

Cada 3 meses

Anualmente

Nunca

¿Se realizan cambios en su medicamento (añadiendo, quitando o modificando la dosis) constantemente?

SI

NO presento reaccion adversa

¿Se realizan cambios en su medicamento (añadiendo, quitando o modificando la dosis) cuando presenta reacciones adversas?

SI

NO

¿Quién le administra los medicamentos regularmente?

Enfermera

Cuidador del Asilo

Familiar

Usted mismo

Muchas Gracias por su colaboración, ¿Me permite revisar si esta completo el cuestionario?
Gracias de nuevo. Tenga buen día

ANEXO N 3.

FOTOGRAFIAS



Fotografía 1. Instalaciones Del Hogar De Ancianos San Francisco De Asís, Municipio De Sebaco, Matagalpa.