

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE FARMACIA Y BIOQUIMICA



**Enfermedades geriátricas y su tratamiento farmacológico
del Centro de Salud “Comunidad Saludable”, Sullana –
2019**

Tesis para obtener el Título De Químico Farmacéutico

Autor:

Br. Salcedo Vite, Carlos Enrique

Asesor:

Q.F. Gonzales Ruiz, Walter

Piura – Perú

2019

1. Palabras clave

TEMA	<ul style="list-style-type: none">➤ Prevalencia.➤ Enfermedades Geriátricas.➤ Tratamiento Farmacológico.➤ Salud pública.
ESPECIALIDAD	➤ FARMACIA Y BIOQUIMICA

Keywords

TEMA	<ul style="list-style-type: none">➤ Prevalence.➤ Geriatric diseases.➤ Pharmacological treatment.➤ Public health.
ESPECIALIDAD	➤ Pharmacy and Biochemistry

Línea de investigación

Línea de investigación	Farmacia Clínica y Comunitaria
Área	Ciencias Médicas y de Salud
Sub área	Ciencias de la Salud
Disciplina	Ciencias del Cuidado de la Salud y Servicios

- 2.** Enfermedades geriátricas y su tratamiento farmacológico del Centro de Salud “Comunidad Saludable”, Sullana – 2019.

3. Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar las enfermedades geriátricas más prevalentes y su tratamiento farmacológico en pacientes del Centro de Salud; dicho estudio fue de tipo aplicativo, descriptivo, ambispectivo y con un diseño no experimental, transversal, descriptivo. La muestra de estudio es no probabilístico intencional; representada por 100 pacientes geriátricos. La recolección de datos se realizó a través de las técnicas de la observación y la encuesta, con sus instrumentos de la ficha técnica de análisis y el cuestionario. El procesamiento y análisis de los resultados se realizó a través de tablas de frecuencia y figuras estadísticas, todo ello, haciendo uso de EXCEL 2013 y SPSS versión 20. El análisis y discusión de resultados, permitieron concluir que Las enfermedades geriátricas más prevalentes están representadas por las enfermedades cardiovasculares y metabólicas y, el tratamiento farmacológico está dada por que los medicamentos son prescritos, el tratamiento es polifarmacia, el medicamento de mayor frecuencia es el Losartan, la dosificación por 50 mg, la forma farmacéutica son las tabletas, el intervalo de administración es cada 12 horas, la vía de suministro es el oral y por último el tiempo de tratamiento es hasta 7 días.

Palabras Clave: Prevalencia, Enfermedades Geriátricas, Tratamiento Farmacológico y Salud pública.

4. Abstract

The present study aimed to determine the most prevalent geriatric diseases and their pharmacological treatment in patients of the Health Center; this study was of an applicative, descriptive, ambispective and non-experimental, transversal, descriptive type. The study sample is not intentional probabilistic; represented by 100 geriatric patients. The data collection was carried out through the observation and survey techniques, with its instruments of the analysis data sheet and the questionnaire. The processing and analysis of the results was carried out through frequency tables and statistical figures, all using the EXCEL 2013 software program and the statistical package SPSS version 20. The analysis and discussion of the results, allowed to conclude that geriatric diseases most prevalent are represented by cardiovascular and metabolic diseases and, the pharmacological treatment is given because the medications are prescribed, the treatment is polypharmacy, the most frequent medication is Losartan, the dosage by 50 mg, the pharmaceutical form is the tablets , the administration interval is every 12 hours, the route of delivery is oral and finally the treatment time is up to 7 days.

Keywords: Prevalence, Geriatric diseases, Pharmacological treatment and Public health.

INDICE GENERAL

TEMAS	Pág.
PALABRAS CLAVE.....	i
TÍTULO.....	ii
RESUMEN.....	iii
ABSTRACT.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE.....	vi
ÍNDICE FIGURAS.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	01
Antecedentes y fundamentación científica.....	01
Justificación de la investigación.....	06
Problema de la investigación.....	07
Marco referencial.....	07
Hipótesis.....	21
Objetivos.....	22
METODOLOGÍA.....	24
Tipo y Diseño de investigación.....	24
Población – Muestra.....	25
Técnicas e instrumentos de investigación.....	26
Validación del instrumento.....	27
Confiabilidad del instrumento.....	27
Procesamiento y análisis de la información.....	29
RESULTADOS.....	31
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	65
CONCLUSIONES.....	70
RECOMENDACIONES.....	73
AGRADECIMIENTO.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXOS Y PÉNDICES.....	82

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA	Pág.
N° 01: Confiabilidad del instrumento – cuestionario.....	29
N° 02: Zona de Residencia.....	31
N° 03: Ingreso económico.....	32
N° 04: Edad.....	33
N° 05: Sexo	34
N° 06: Grado de instrucción.....	35
N° 07: Ocupación.....	36
N° 08: Resumen de los valores porcentuales representativos de los factores Demográficos.....	37
N° 09: Análisis estadístico de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.....	38
N° 10: Hipertensión Arterial.....	39
N° 11: Cerebro Vascular.....	39
N° 12: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.....	40
N° 13: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.....	41
N° 14: Diabetes.....	42
N° 15: Osteoporosis.....	42
N° 16: Resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.....	43
N° 17: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.....	44
N° 18: Artritis.....	45

N° 19: Artrosis.....	45
N° 20: Resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.....	46
N° 21: Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.....	47
N° 22: Asma bronquial.....	48
N° 23: Neumonía.....	48
N° 24: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.....	49
N° 25: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia..... de enfermedades geriátricas respiratorias.	50
N° 26: Demencia Senil.....	51
N° 27: Parkinson.....	51
N° 28: Alzheimer.....	51
N° 29: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.....	52
N° 30: Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.....	53
N° 31: Medicamentos prescritos.....	54
N° 32: Mono medicamento.....	55
N° 33: Di medicamento.....	55
N° 34: Tri medicamento.....	55

N° 35: Tetra medicamento.....	55
N° 36: Resumen de los valores porcentuales representativos del número de medicamentos del tratamiento.....	56
N° 37: Medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades geriátricas...	57
N° 38: Medicamento más representativos del tratamiento de las enfermedades geriátricas.....	58
N° 39: Dosis.....	59
N° 40: Formas farmacéuticas de los medicamentos.....	60
N° 41: Intervalo de administración de los medicamentos.....	61
N° 42: Vías de suministro de los medicamentos.....	62
N° 43: Tiempo de tratamiento de los medicamentos.....	63
N° 44: Resumen de las características del tratamiento farmacológico.....	64

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA	Pág.
N° 01: Zona de Residencia.....	31
N° 02: Ingreso económico.....	32
N° 03: Edad.....	33
N° 04: Sexo.....	34
N° 05: Grado de instrucción.....	35
N° 06: Ocupación.....	36
N° 07: Resumen de los valores porcentuales representativos de los factores Demográficos.....	37
N° 08: Análisis estadístico de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.....	38
N° 09: Prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.....	40
N° 10: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.....	41
N° 11: Prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.....	43
N° 12: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.....	44
N° 13: Prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.....	46
N° 14 Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.....	47
N° 15: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.....	49
N° 16: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.....	50
N° 17: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.....	52
N° 18: Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas	

neuronales.....	53
N° 19 Medicamentos prescritos.....	54
N° 20: Valores porcentuales representativos del número de medicamentos del tratamiento.....	56
N° 21: Medicamento más representativos del tratamiento de las enfermedades geriátricas.....	58
N° 22: Dosis.....	59
N° 23 Formas farmacéuticas de los medicamentos.....	60
N° 24: Intervalo de administración de los medicamentos.....	61
N° 25: Vías de suministro de los medicamentos.....	62
N° 26: Tiempo de tratamiento de los medicamentos.....	63
N° 27: Resumen de las características del tratamiento farmacológico.....	64

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Antecedentes y fundamentación científica

1.1.1. Antecedentes de la Investigación

Rebagliati, et al (2012) de Lima – Perú, realizó su estudio donde el objetivo fue ver la frecuencia de las características de los pacientes hospitalizados. Fue una investigación observacional, descriptivo y transversal, donde participaron 711 pacientes igual o mayores de 60 años de ambos sexo. Los resultados hallados señalan: una edad media de 78 años, el 38% representado por el sexo femenino; el estado civil, está representado por ser casada (84.7%). El 91.4% de los casos, fueron tratados con polifarmacia; las enfermedades encontrados fueron: hipertensión con el 69.2%, estreñimiento en el 56.1%, diabetes mellitus tipo 2 con el 46.3%, malnutrición y caídas con el 35.2%, incontinencia urinaria con el 28% e hipotiroidismo con el 16%. Y por último, con lo correspondiente al aspecto mental, el 62.2%, presento depresión y el 34.4% de deterioro cognitivo.

Quispe & Roncal (2013) de Cajamarca – Perú, realizo su estudio, cuyo fin fue conocer y describir los estilos de vidas y la relación que existe entre estas y las enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. El estudio fue descriptivo, analítico, de corte transversal y correlacional; donde participaron 50 adultos mayores a quienes se les aplico un cuestionario. Los resultados hallados señalan que, el 80% presentaron enfermedades del músculo esquelético, 76% de enfermedades sensoriales y 20% padecen de hipertensión arterial.

Del Aguila, Schérmul, &Yabar (2014) de Iquitos – Perú, realizó su tesis, donde el propósito fue establecer la relación existente entre los Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores. El estudio, se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental,

descriptiva, asociativa; donde participaron 100 adultos mayores, a quienes se les aplicó los instrumentos estandarizados. Los resultados señalan que el 56% es una población gerontológica joven, tienen una edad promedio de 73 años; predominando el sexo femenino con el 55%, el 56% su estado civil es casado, el 61% tienen primaria incompleta, y el 26% padecen de Hipertensión Arterial.

Suarez & Chavarriaga (2014) de Medellín – Colombia, publicó su estudio, donde el objetivo fue conocer la frecuencia de ocurrencias de Diabetes Mellitus y la asociación existente con los factores demográficos, económicos, condición de salud y situación nutricional en los adultos de 60 - 64 años. El estudio fue de tipo descriptivo transversal, donde participaron 210 personas, quienes respondieron una encuesta. Los resultados señalan que la edad promedio es de 61.75 años; sexo femenino representado por 66.2%; el 46.2% son casados, el 92.4% radican en zona urbana. Respecto al estado de salud el 14.8% presentaron alguna enfermedad del corazón; el 42.4% padece hipertensión arterial (HTA); el 3.8% presenta enfermedad renal crónica (ERC); el 12.4% se le diagnosticó diabetes mellitus.

Guerrero & Yépez (2014) de Colombia, publicaron un estudio, donde el propósito fue conocer los factores personales y del entorno asociado a la vulnerabilidad de la población mayor, con alteraciones de salud. El estudio fue de tipo descriptivo, correlacional, donde participaron 384 adultos mayores pertenecientes a 19 municipios del departamento de Nariño. Los resultados del estudio, señalan que los adultos mayores de la región occidente tienen mayor probabilidad de ser altamente vulnerables, que representan el 95% de la población; además, el 95% presentan hipertensión arterial y el 95%, no cuenta con la asistencia de un cuidador. Los autores concluyen: el vivir en regiones con económica baja, social y geográficamente alejados, no contar con la ayuda de una persona para su cuidado y tener hipertensión arterial; son condiciones de riesgo, que les pone en una situación vulnerable a situaciones que alteren su salud. .

Castillo (2015) de Ecuador, realizó un estudio, donde el objetivo fue investigar las enfermedades más frecuentes del adulto mayor y los factores que provocan que la familia los abandone en el Hogar Santa Teresita “Del Niño Jesús” de la ciudad de Loja. Para lo cual se construyó una propuesta de intervención para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor. Es un estudio de tipo descriptivo, transversal, de campo y bibliográfico, donde participo una población de 76 adultos mayores, con una muestra de 50 adultos mayores. Los resultados señalan que la enfermedad que más está presente en los adultos mayores es la hipertensión arterial en un 29%; diabetes mellitus tipo II en un 21%; artritis en un 17%, osteoporosis en un 13%; demencia senil 8%; neumonía 2%, entre otras enfermedades como discapacidad física, sordera, epilepsia que representan el 10%.

Piñáñez, & Re (2015) de Paraguay, realizó su estudio con el objetivo de determinar las características clínicas epidemiológicas y el número de dependencia funcional en adultos mayores del Barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. La investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptivo, donde participaron 100 adultos mayores. Los resultados encontrados fueron: El 3% de la población, es adultos mayores de 65 años. El perfil sociodemográfico señala que la población en estudio se encuentra representada por el sexo femenino, edad de 71,8 años, casado, con escolaridad primaria. La respecto a la enfermedad crónica con mayor frecuencia fue la HTA, representada por el 91%; el 23% presentada por Diabetes Mellitus; el 13% de accidentes Cerebro Vascular y Cáncer, el 2%. El 79%, presenta depresión. El 41% presenta dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Existe asociación entre depresión y funcionalidad básica.

Morales, et al (2016) de Colombia, publicaron su estudio, donde el fin del estudio fue conocer las características multidimensionales en un grupo representativo de los adultos mayores. El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, con un nivel descriptivo, transversal y analítico; donde participaron 426 adultos mayores, a quienes se le aplicó el instrumento que

comprendía valoraciones desde las dimensiones demográfica, médica, psicológica, funcional y social. Los resultados encontrados arrojan que el 50.5% de los adultos, consideran que su salud es regular; el 55.6 % tiene HTA; el 40.4% insuficiencia venosa; el 40.3% dislipidemia; el 38% infección urinaria y el 34.7% artrosis/artritis. El tratamiento farmacológico, está dado por medicamentos son los que actúan sobre el sistema cardiovascular (51.9%).

Nieves, et al (2016) de México, publicaron su estudio, donde el objetivo fue determinar la prevalencia de los síndromes geriátricos en una unidad de Medicina Familiar en León, Guanajuato, México. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y prospectivo, donde participaron 186 pacientes mayores de 59 años, a quienes se les aplicó la “célula de valoración geriátrica integral breve y extensa”. Los resultados arrojan que el 57% es femenino; 66 años como edad promedio; estado civil de mayor frecuencia fue el casado con el 67.2%; la escolaridad más frecuente fue primaria con el 53.2%; en lo referente a donde habita la mayor frecuencia fue en casa con el 64.5%; la red social más frecuente fue la de familia, con el 65.6%; en lo referente a si labora o no actualmente, el 93% contestó que no. Con respecto a los síndromes geriátricos, el aspecto de Psico-afectivo fue el más frecuente con el 38%, 19% con depresión, 15% con deterioro cognitivo y 13% con ansiedad.

Rivera (2017) de Lambayeque – Perú, realizó su tesis el objetivo de estudio fue determinar las características de la prescripción farmacológica en el adulto mayor hospitalizado en el Hospital Regional Docente, Las Mercedes (HRDLM) Chiclayo. Fue un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, donde participaron 170 pacientes mayores de 60 años a quienes se evaluó sus prescripciones farmacológicas. Los resultados hallados, señalan que el 31.8% presenta Hipertensión Arterial, el 19.4% presenta Diabetes Mellitus, el 13.5% presenta Neoplasias, el 13.5% presenta Enfermedad Renal Crónica, el 10.6% presenta Enfermedades

Neurodegenerativas (Enf. Alzheimer, enf. Parkinson), Cirrosis Hepática el 10% y el 10% presenta Enfermedad Cerebral Vascular. Con respecto al número de patología que presentaban, el 19.4% presentaban pluripatología (3 a más enfermedades crónicas). Con respecto al tratamiento farmacológico, el 45.3% fue polifarmacia y los fármacos prescritos más frecuentes fueron los antibióticos con el 78.8%; predominantemente cefalosporinas; seguido por el omeprazol con el 34.7% y el tramadol, con el 21.2%.

Flores & Molina (2018) de Lima – Perú, realizó su tesis, cuyo propósito fue identificar la prevalencia de pluripatología, polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada en adultos mayores hospitalizados. La investigación fue de tipo descriptivo, observacional y transversal, donde participaron 139 historias analizadas de 147 pacientes. Los resultados arrojan que predomina el género femenino con el 61.9%; el 38.8% de los pacientes tenían pluripatología; el 60,4% presentaron polifarmacia y 3.6% hiperpolifarmacia. El 65.4% de los pacientes pluripatológicos mostraron polifarmacia y 7.4% hiperpolifarmacia.

1.1.2. Fundamentación científica

El presente estudio, tiene un fundamento científico, basado en:

Para Luengo, Maicas, Navarro, & Romero (s.f.), las enfermedades geriátricas son:

La agrupación de cuadros originados por la conjunción de enfermedades con alta prevalencia en los adultos mayores y que dan origen a la incapacidad funcional o social de esta grupo de personas. Vienen a ser, la manifestación de un sin número de enfermedades, a la vez, son el inicio de muchos otros problemas de salud, que se debe tener en cuenta desde su identificación, para poder establecer una buena prevención.

La Organización Mundial de la Salud (OMS. 2015) define al tratamiento como “El cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo”.

Además de ello, el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.) de los EE.UU., a través de su publicación Diccionario del Cáncer, señala que el tratamiento farmacológico, “Es cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado a normal”.

1.2. Justificación de la investigación

El presente estudio tiene una justificación social, porque la población que se beneficiará con los resultados obtenidos, es la población adulta mayor del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, porque el conocer las enfermedades geriátricas más importantes presentes y ver, el tratamiento farmacológico que se le da, permitirá realizar talleres de intervención, con el propósito de dar a conocer, la prevención de las enfermedades y el cuidado de la población adulta mayor.

A su vez, tiene una justificación metodológico, ya que sus métodos utilizados para el culmino del estudio, al ser probados científicamente y estadísticamente, pueden ser utilizados para futuras investigaciones, cuya variable o variables de estudio sean relevantes con el de la presente investigación.

Por último, tiene una justificación académico profesional, para el profesional Químico Farmacéutico, porque permitirá el conocer las enfermedades presentes en el adulto mayor y el tratamiento farmacológico que se le está dando; bajo estos resultados, el Químico Farmacéutico tendrá una perspectiva educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación; además de ello, fortalecerá el rol de profesional de

salud, desarrollando programas preventivos promocionales que fomenten los estilos de vida saludable en los adultos mayores.

1.3. Problema de la investigación

¿Cuáles es la prevalencia de las enfermedades geriátricas y su tratamiento farmacológico en pacientes del Centro de Salud I-3 “Comunidad Saludable” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019?

1.4. Marco referencial

Bailón & Pilligua (2013. p. 40), en su estudio señala que la prevalencia es “... el número de casos de una enfermedad o evento en una población que se da en un momento”.

Ávila (2010. p. 49), habla sobre Geriátrica, señalando que es “Una rama de las ciencias médicas que se dedica al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares”. Además de ello, el autor señala que la Geriátrica, “Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas”. Asimismo, señala que su propósito es “El mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinscripción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual” (p. 51).

También es importante mencionar lo señalado por Ávila (2010) quien indica que “La Geriátrica propone mejores formas de gestionar la enfermedad, diseñando modelos de cuidados progresivos en donde participe tanto el equipo multidisciplinario de salud, el adulto mayor, la familia y la sociedad entera”.

Bajo este contexto, Ávila (2010. p. 51) señala que existen acciones complementarias que en su conjunto dan sostén al desarrollo de dicha especialidad, a si se tiene:

1. Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, de privación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos de la motilidad, desnutrición, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.
2. Gestión de la enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabólico, falla cardíaca, cáncer.
3. Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilización precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
4. Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
5. Comprensión del uso apropiado de los medicamentos,
6. Coordinación del cuidado entre todos los posibles proveedores a fin de mantener la independencia funcional y la calidad de vida.
7. Evaluación y organización de los servicios sociales y de salud para propiciar la productividad y la inserción social del adulto mayor.
8. Asistencia para los familiares y cuidadores que encaran las decisiones y el cuidado relacionados con la declinación funcional, la pérdida de la autonomía, la provisión de cuidados y los retos que impone la enfermedad terminal.
9. Organización de sistemas de cuidados a largo plazo y cuidados transicionales.
10. Inserción del adulto mayor en la comunidad.
11. Desarrollo de capital humano en la geriatría en particular y, en general, en torno al envejecimiento y los adultos mayores.

12. Investigación estratégica que aporte conocimiento encaminado a la resolución de los problemas que aquejan a los adultos mayores. Evitando así los daños potenciales.

La Organización Mundial de la Salud (2015), se refiere al término envejecimiento bajo una definición biológica, viene hacer:

La acumulación de una gran variedad de daños que se dan a nivel moleculares y celulares y, estos con el tiempo, reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general las capacidades vitales del individuo; daño como producto final la muerte (p.27).

Así mismo, Cuellar & Penny (2012), definen al envejecimiento como:

La pérdida de la capacidad del organismo a adaptarse al ambiente, por lo cual requiere una especial atención médica. Es la etapa en que ocurren un amplio conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con la vida después de la edad madura, incluyendo aspectos positivos y negativos; no se limita al declive de las estructuras y funciones corporales y a las secuelas en el funcionamiento y la participación social, también involucra aspectos como procesos patológicos previos, ganancias psicológicas (experiencia) y sociales (envejecimiento activo) en las etapas avanzadas de la vida. Así mismo establece que el termino envejecimiento tiene que analizarse de forma dinámica ya que es un proceso que se inicia con el nacimiento pero que a partir de los 30 años hay un momento donde se alcanza la plenitud, y existe un cambio donde los procesos catabólicos superan a los procesos anabólicos, entonces hay una pérdida de los mecanismos de reserva del organismo, lo que determina un aumento de la vulnerabilidad ante cualquier tipo de agresión, e implica mayores probabilidades de padecer enfermedades y morir.

Cuellar & Penny (2012), detalla los cambios anatómicos fisiológicos que ocurren durante el envejecimiento y su impacto en su estado clínico, donde nos dice que:

...por lo general, se produce un aumento de la grasa corporal desde un 14% a un 30% y a la vez ocurre una disminución del agua corporal total, principalmente la intracelular, llevando a una condición de deshidratación, sobrepeso y la acumulación de drogas lipofílicas. El aumento de la grasa corporal, se da mayormente a nivel abdominal y en las vísceras de los varones y, en las mamas y pelvis, de las mujeres.

Así mismo, Melgar & Penny (2012), señalan que durante el envejecimiento ocurre:

La disminución de la masa y pérdida de la fuerza muscular, disminuyendo su movilidad. La densidad ósea baja, permitiendo la fragilidad sus huesos (osteopenia/osteoporosis), y por lo tanto están propenso a fracturarse más rápidamente. La fatiga del cartílago articular es común, así como disminución del ácido hialurónico sinovial, fibrosis de la membrana sinovial, disminución de la matriz no colagenosa de los meniscos y tendones, también señala que existe una disminución del agua, del ácido hialurónico y de los proteoglicanos de los núcleos pulposos, poniendo en una situación de vulnerabilidad al tejido músculo-esquelético... (p. 38).

Melgar & Penny (2012. p. 38) indican que “Existe un envejecimiento cutáneo, o de la piel, disminuyendo el contenido de grasa y la caída de los apéndices de la piel, aumentando la generación de ampollas”. Los autores, también señalan que “Existe una disminución de las proteínas colágeno y elastina, produciendo una disminución de la turgencia de la piel y su elasticidad y, a falta de contenido grasoso en la piel, se pierde la capacidad de protección, frente a factores mecánicos”.

Así mismo, Melgar & Penny, dan a conocer que el envejecimiento a nivel cardiovascular, que como consecuencia se da una elevada presión arterial (sin producir grados de hipertensión) y disminución del flujo sanguíneo, ello, como producto de la isquemia de algunos órganos (corazón, cerebro, riñones, etc.). Las consecuencias clínicas de estos acontecimientos son la disminución del gasto

cardiaco, baja frecuencia cardiaca, se eleva la presión arterial sistólica, incremento de la presión de pulso, vulnerabilidad a la hipotensión arterial, baja respuesta compensatoria cuando ocurren cambios de la presión arterial. Con lo que respecta al aparato respiratorio, pierde la elasticidad pulmonar y se aumenta la rigidez torácica, como consecuencia a ello, se disminuye la contracción-distensión pulmonar, causando una disminución en la actividad de intercambio de gases. Así mismo, incrementa el volumen residual y la capacidad pulmonar total, disminuye la respuesta de hipoxia e hipercapnia, y la baja producción del moco traqueal, alterando la disminución del rendimiento y eficiencia del aparato ciliar, teniendo como efecto la disminución de la producción de secreciones bronquiales y bajo rendimiento en la limpieza del árbol bronquial. Esta condición, hace que se encuentren susceptibles al desarrollo de infecciones respiratorias y de una función respiratoria disminuida. El aparato digestivo, se ve comprometido en el proceso de masticación, el flujo salival y el sentido del gusto. Existe una alteración en la producción de pepsina, alteración en el vaciamientos gástrico, disminución de la acidez gástrica, condición que permite que bacterias colonicen el intestino, evitando una buena absorción de los nutrientes, el transito digestivo es lento, también existe una disminución de los órganos anexos a sistema digestivo, provocando una baja acción en el correcto funcionamiento de la absorción y distribución de los nutrientes alimenticios.

Ante lo dicho, se debe señalar que, el ser humano es vulnerable a adquirir enfermedades, es la etapa del envejecimiento donde se presencia de una patología común, esto debido a los cambios fisiológicos que se experimentan.

Castillo (2015), cita a Güell, R. & Morante (eds.) (2007) quienes señalan que el Adulto Mayor “...es la población de personas mayores o ancianos. En esta etapa, del desarrollo humano, el cuerpo se deteriora y, por consiguiente, es sinónimo de vejez y de ancianidad. Se considera a este grupo a quienes tienen 60 años de edad o más.

Castillo indica que la palabra anciano o viejo ha dejado de ser utilizado por los profesionales de ciencias de salud y la reemplazo la palabra “personas mayores” (en España y Argentina) y “adulto mayor” (en América Latina) y viene hacer la séptima y última etapa de la vida, seguida del final de la vida, que es la muerte.

Consa (2009. Citado por Castillo. 2015) señala que:

La OMS considera al adulto mayor, a los que tienen de 60 a 74 años como edad avanzada; de 75 a 90 años viejas o ancianas y los mayores de 90 años, grandes viejos o grandes longevos. Además de ello, señala que a todo individuo mayor de 60 años se le llamará persona de la tercera edad.

Consa (2009), señala que:

La longevidad es un proceso genético que, varía entre familias, entre sexos y entre especies, por ello, la edad media actual de supervivencia en las mujeres es de 82 años y el de los varones de 75 años, observando una gran diferencia en la base genética de ambos sexos.

Del mismo sentido, Consa señala que la senescencia es “La etapa de la vida en que el ser humano va perdiendo la capacidad para mantener los sistemas vitales, debido a los trastornos moleculares y al acúmulo de daños ocasionados a nivel celular”. Por ello el autor advierte que, bajo estas condiciones, el adulto mayor es vulnerable a las enfermedades, a los accidentes y finalmente a la muerte.

Castillo (2015) señala que, el ser humano al alcanzar la etapa de adulto mayor, junto a ello, viene el riesgo de contraer algunas enfermedades y afecciones típicas de la edad avanzada. Por ello, son recurrentes las siguientes afecciones o enfermedades más comunes (p. 21):

1) Hipertensión Arterial

Bazo & García (2005), citado por Castillo (2015) señalan que:

Es una enfermedad epidémica y de mayor incidencia en la salud pública, implica riesgo cardiovascular y predisposición al que la padece para la enfermedad de este tipo (p. 21).

Castillo, señala la existencia de los tipos de presión arterial, considera para ello la presión arterial sistólica y diastólica; con la consideración que la clasificación de la hipertensión arterial en el adulto mayor es similar a la aplicada a las poblaciones más jóvenes” (p. 21).

Tratamiento farmacológico

Para iniciar el tratamiento farmacológico, Troncoso (2018), señala que en existen múltiples Guías de Práctica Clínica (GPC). Pero, se debe tener en cuenta 3 indicaciones de inicio de tratamiento farmacológico:

1. Cuando tras 3 meses de cambios en estilo de vida en un paciente con HTA etapa 1 y RCV bajo no, se logra la meta de presión arterial (PA) objetivo.
2. En todo paciente con HTA etapa 2 y 3.
3. En todo paciente con RCV alto independiente de la etapa de la HTA.

De otro modo, la Joint National Committe, señala que “Se inicia el tratamiento con fármacos antihipertensivos, en personas mayores de 60 años si la PA es $\geq 150/90$ mmHg y en menores de 60 años si la PA es $\geq 140/90$ mmHg” (Troncoso 2018).

Al hablar sobre la elección del fármaco, Troncoso (2018), indica que:

Para el tratamiento inicial se debe incluir un diurético tipo tiazida, un bloqueador de los canales de calcio (BCC), un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina II (ARA II). En afrodescendiente, incluyendo a aquellos que tienen diabetes, el tratamiento

antihipertensivo inicial debe incluir un diurético tipo tiazida o un bloqueador de los canales de calcio.

Así mismo, la GPC NICE (2011. Citado por Troncoso. 2018) recomienda que:

Los pacientes hipertensos menores de 55 años con RCV bajo o moderado, se debe iniciar el tratamiento farmacológico con IECA o ARA II, mientras que en aquellos mayores de 55 años con RCV bajo o moderado, se debe iniciar el tratamiento farmacológico con calcioantagonistas o diuréticos.

2) Diabetes

Según Martin & Cano. Citado por Castillo (2015) señalan que la diabetes mellitus (DM):

Es un síndrome producido por un déficit absoluto o relativo en la secreción de insulina que, en el caso de la diabetes en el adulto se le añaden grados variables de resistencia a la acción de la insulina en tejidos periféricos. “El resultado es la aparición de hiperglucemia, alteración de lípidos y glicación de las proteínas. Sin embargo, estas anomalías son sólo una parte del síndrome diabético, cuyo curso clínico y pronóstico están determinados por la evolución de sus complicaciones microvasculares (oculares, renales, nerviosas) y macrovasculares, que configuran la auténtica enfermedad diabética.

Del mismo modo, la OMS citado por Castillo (2015) señala que la “diabetes es una afección crónica que aparece cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce”.

Tratamiento no farmacológico

Para El Ministerio de Salud. (2016):

Las personas la ser diagnosticadas con diabetes, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida, antes del inicio de terapia farmacológica, el cual será 3 – 4 meses; luego de este periodo, si los niveles de glucosa han alcanzado los valores normales, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses. De lo contrario iniciará el tratamiento farmacológico (p. 26).

Tratamiento farmacológico

El Ministerio de Salud. (2016), da a conocer que “el tratamiento para la DM-2, se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el PNUME vigente: metformina o glibenclamida”.

Terapia farmacológica inicial: Monoterapia

El Ministerio de Salud (2016. p. 26), da los términos a tener en cuenta:

- a. Personas con DM-2 con un estado de descompensación metabólica aguda, deben ser referidos a un establecimiento de salud.
- b. Personas con DM-2 que se encuentren clínicamente estables, el médico iniciará en forma ambulatoria el tratamiento farmacológico, conjuntamente con el cambio de los estilos de vida.

Metformina:

El Ministerio de Salud. (2016) señala que:

La metformina, un fármaco de primera línea mientras no exista contraindicación. Es el fármaco de primera elección como monoterapia para el tratamiento de la DM-2, es eficaz, reduciendo el peso corporal y disminuir el riesgo cardiovascular. (p. 27).

En tal sentido, El Ministerio de Salud. (2016) señala que “En el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PUNME), se registra tabletas de 500 mg y 850 mg”.

Así mismo, señala que:

Iniciar con dosis bajas de 500 mg y 850 mg diario. Luego incrementar de 500 mg a 850 mg por 1 a 2 semanas de forma progresiva hasta alcanzar el control glucémico. La metformina está contraindicada a pacientes con creatinina sérica ≥ 1.4 mg/dl en mujeres y ≥ 1.5 mg/dl en varones, así como también, en personas con depuración de creatinina < 30 ml/min/1.73 m², en personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca descompensada, insuficiencia respiratoria o hepática y en personas con alcoholismo (p. 27).

Del mismo modo, manifiesta que “los eventos colaterales más recurrentes de la metformina son gastrointestinales. La acidosis láctica es muy rara”.

También señala que pueden darse ciertos eventos como:

- En caso de intolerancia a metformina puede iniciarse la terapia con sulfonilureas.
- Personas con hiperglucemia sintomática, HbA1c $\geq 8\%$, sin deshidratación, se puede iniciar el tratamiento con terapia combinada con la finalidad de un control más rápido de la glucemia y alcanzar más rápidamente las metas de control fijadas. Se referirá al médico endocrinólogo o internista para tal efecto. También se referirá si las personas que están muy sintomáticos con evidencia de deshidratación o pérdida ponderal marcada.

Sulfonilureas (SU).

El Ministerio de Salud. (2016. p. 28), los define como fármacos estimulantes de la secreción de insulina del páncreas, sin tener en cuenta el nivel de glucosa sanguínea, por lo cual, se puede presentar bajos niveles de glucosa sanguínea.

➤ Glibenclamida

En el PNUME 2012, se cuenta con glibenclamida en tabletas de 5 mg. Los efectos colaterales más frecuentes de las sulfonilureas son hipoglucemia y aumento de peso.

➤ Glimepirida

La DIGEMID ha aprobado el uso de este medicamento oral en presentaciones de 2 a 4 mg. Su uso es para el tratamiento de la DM-2 en personas ≥ 65 años con hiperglucemia no controlada con medicamentos de primera línea; en enfermedad renal crónica, se justifica solo para personas con enfermedad renal leve y moderada, en los que no se consigue el objetivo de control glucémico con metformina. El uso de este medicamento, requiere ser prescrita por médico especialista del segundo o tercer nivel de atención. El médico del primer nivel podrá prescribirlo, con las indicaciones precisas.

3) Osteoporosis

Castillo (2015) afirma que:

La osteoporosis es la reducción de la masa ósea o la presencia de una fractura por fragilidad. La pérdida de tejido óseo ocasiona el

deterioro de la estructura del esqueleto, con llevando a un riesgo incrementado de sufrir fracturas.

Además, Quispe & Roncal (2013), citan a Reginster (1993), quien afirma que la osteoporosis es “Una enfermedad crónica del hueso ocasionando la pérdida constante y gradualmente la densidad mineral ósea, disminuyendo la calidad y resistencia del hueso, es asintomática hasta que se dan las fracturas por situaciones de la vida cotidiana”.

A la vez, Kanis, et al. (2008. Citado por Quispe & Roncal. 2013) señalan que la osteoporosis “Viene hacer el segundo problema de salud geriátrica, seguida después de las enfermedades cardiovasculares”.

Tratamiento farmacológico

Gallo, et al. (2014), señalan que existen varios grupos terapéuticos para prevenir las fracturas óseas:

1. Los bisfosfonatos.
2. Los moduladores selectivos de los receptores de estrógenos.
3. La teriparatida.
4. El ranelato de estroncio.
5. El denosumab.

Además, los autores señalan, que existen fármacos que han sido utilizados para prevenir fracturas, como la terapia hormonal sustitutiva (THS) y la calcitonina. En este sentido, la THS reduce las fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera, pero es desfavorable porque aumenta el riesgo de adquirir cáncer de mama, ictus y enfermedad cardíaca; y, la calcitonina ha es eficaz en la reducción de fracturas vertebrales.

Para Gallo, et al. (2014), señala que los fármacos para el tratamiento de osteoporosis son:

Antirresortivos:

- Calcio con/sin vitamina D.
- Bisfosfonatos (etidronato, alendronato, risedronato, ibandronato, zoledronato).
- Moduladores selectivos del receptor de estrógenos: raloxifeno, bazedoxifeno
- Denosumab (mediante la neutralización del RANK-L).

Anabólicos/osteofomadores:

- Teriparatida (PTH).
- Hormona paratiroidea (PTH).

Acción dual o mixta

- Ranelato de estroncio.

4) Artritis reumatoide

Según Quispe & Roncal (2013. p. 23) viene la inflamación de esa membrana, conllevando a la producción de más líquido de lo normal, este líquido en exceso, se acumula y deforma, provocando dolor (es el derrame articular). La membrana se aumenta de grosor y desarrolla con el tiempo una serie de vegetaciones y acumulo de depósitos que perpetúan la inflamación, tomando el nombre de crónica.

En este sentido, Quispe & Roncal (2013), señalan que la sintomatología, está representada por el dolor y rigidez en las articulaciones, así como también, la inflamación, calor y enrojecimiento; por ello, las personas que la padecen, suelen tener dificultad para mover las articulaciones con normalidad. Esta enfermedad ataca sobre todo, a adultos mayores de 65 años de edad.

Tratamiento farmacológico

Para la Sociedad Española de Reumatología (2017), el tratamiento de la artritis reumatoide con fármacos incluye dos grupos:

1. Fármacos para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo. Útiles para disminuir la inflamación y el dolor, sin cambiar el rumbo de la enfermedad a largo plazo. Pertenecen a este grupo, los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los glucocorticoides. Si el paciente tiene una articulación inflamada, se le puede administrar glucocorticoides locales mediante la realización de una infiltración dentro de la articulación.
2. Fármacos modificadores del desarrollo de la enfermedad (FAME). No tratan el dolor, sin embargo, actúan haciendo que la actividad de la enfermedad a largo plazo disminuya.

La Sociedad Española de Reumatología. (2017), señala que:

Los efectos de estos fármacos, pueden tardar semanas e incluso meses. Es por ello, existen distintos tratamientos, debido a que no todos los enfermos responden de la misma forma, frente a un mismo medicamento. Es así que, un reumatólogo prescribe de forma secuencial diferentes tratamientos, hasta dar con el que es más eficaz y mejor tolerado. En este grupo de fármacos tenemos a metotrexate, leflunomida, salazopirina, cloroquina, azatioprina. Todos estos fármacos, requieren un seguimiento estrecho por parte del reumatólogo para comprobar que son eficaces y que no producen efectos secundarios.

5) La artrosis

Quispe & Roncal (2013) señala que es el desgaste de la cubierta del cartílago articular, provocando la generación de la artrosis. Se presenta en la columna vertebral, cadera y la rodilla, con frecuencia en la mujer de edad avanzada.

Tratamiento farmacológico

Según Gimenez, Pulido & Trigueros (2008), el tratamiento farmacológico se clasifica en:

1. Fármacos modificadores de los síntomas. Son fármacos, que tratan del dolor.
2. Fármacos modificadores de la estructura. Son fármacos que preservan el cartílago y frena el desarrollo de la enfermedad.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis general

La prevalencia de enfermedades geriátricas es altamente significativo y su tratamiento farmacológico está dado por la medicación de hipertensivos y antiinflamatorios inhalados, en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

1.5.2. Hipótesis específicos

1. La edad de 60 años, el sexo masculino, sin ocupación, sin ingreso económico; son los factores demográficos de los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
2. La hipertensión Arterial es la enfermedades geriátricas cardiovasculares más prevalente en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
3. La diabetes es la enfermedades metabólica más prevalente en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H.

Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

4. La osteoporosis es la enfermedades geriátricas reumática más prevalente en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
5. La neumonía es la enfermedades geriátricas respiratorias más prevalente de en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
6. La demencia senil es la enfermedades geriátricas neuronal más prevalente de en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
7. La buena prescripción médica y el cumplimiento de ella, es el tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas crónicas presentes en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

1.6.Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar las enfermedades geriátricas más prevalentes y su tratamiento farmacológico en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

1.6.2. Objetivos específicos

- 1) Determinar los factores demográficos de pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 2) Determinar la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 3) Determinar la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses diciembre del 2018 a febrero del 2019, Sullana – 2019 en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 4) Determinar la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 5) Determinar la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 6) Determinar la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.
- 7) Determinar el tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas presentes en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

II. METODOLOGÍA

2.1. Tipo y diseño de la investigación

2.1.1. Tipo

El presente estudio es de tipo Aplicativo, Descriptivo, Ambispectiva.

Aplicativo, porque la investigadora hará uso de teorías y conceptos científicos ya establecidos, en el desarrollo de la investigación.

Descriptivo, porque el presente estudio cuenta con dos variables a las cuales solo se las describirá, más no se verá la relación o influencia entre ellas, porque ninguna de ellas depende entre sí. .

Ambispectiva, porque para el recojo de la información, estos serán de tipo retrospectivo (Historias Clínicas) y prospectivo (encuesta aplicado a la muestra en estudio).

2.1.2. Diseño

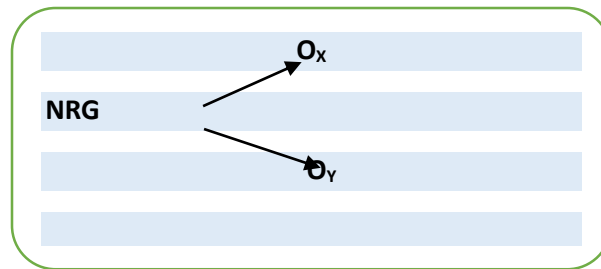
El diseño de investigación es No experimental, Transversal, Descriptiva.

No experimental, porque la investigadora no manipulará las variables en estudio, solo se limitará a observarlas, medirlas e interpretarlas.

Transversal, porque los datos o medidas serán recogidas en una sola oportunidad.

Descriptiva, porque con los datos o medidas obtenidas de las variables, la investigadora describirá el comportamiento de las variables en su contexto natural.

El diseño presentara el siguiente gráfico:



Donde:

- ✓ **NR**: No Randomizado, es decir el grupo de estudio (muestra), no fue elegido al azar.
- ✓ **G**: grupo de estudio o muestra
- ✓ **O_x**: Medición de la observación hecha a la variable 01.
- ✓ **O_y**: Medición de la observación hecha a la variable 02.
- ✓ **→**: Observación.

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población estará representado por la totalidad de pacientes geriátricos atendidos en el Centro de Salud I-3 “Comunidad Saludable” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

2.2.2. Muestra

La muestra, será una muestra No Probabilístico, Intencional. Esto quiere decir, que el investigador elegirá la muestra a criterio y conveniencia propia. Estará representada por 150 pacientes geriátricos atendido en el Centro de Salud I-3 “Comunidad Saludable” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

2.3. Técnicas e instrumentos de la investigación

2.3.1. Técnicas

En el estudio se utilizará las técnicas de la Observación y la Encuesta.

Para el recojo de la literatura científica y la realización del análisis de los datos recogidos, se hará uso de la observación de análisis directa.

Para la obtención de la información de la variable se recurrirá a la técnica de la encuesta. Para ello, se empleará un instrumento previamente diseñado (Cuestionario) con preguntas cerradas, con opciones dicotómicas, que serán aplicadas a los pacientes geriátricos atendido en el Centro de Salud I-3 “Comunidad Saludable” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

2.3.2. Instrumentos

Cada técnica presenta su respectivo instrumento, por ello, en el presente estudio se contará con los instrumentos como:

- Observación de análisis bibliográfico, el cual servirá para el recojo de la información de la literatura científica relevante a la variable en estudio.
- Observación de análisis de los datos; a través de ella, la investigadora realizara el análisis de los datos recogidos por el instrumento de la investigación.
- El Cuestionario, instrumento estructurado con preguntas cerradas y con opciones dicotómicas. El instrumento se aplicara a los pacientes geriátricos atendido en el Centro de Salud I-3 “Comunidad Saludable” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019, el cual permitirá el recojo de la

información sobre la prevalencia de las enfermedades geriátricas y su tratamiento farmacológico.

2.3.3. Validación del instrumento

La validación del instrumento fue hecha por el Q.F. William Alvarado Feijoo y el Q.F. Felipe Ortiz Coloma; quienes al revisar el instrumento y ver la coherencia lógica científica y a la vez observar la confiabilidad del instrumento, dieron la validación del mismo. (Ver apéndice N° 02).

2.3.4. Confiabilidad del instrumento

Para determinar la confiabilidad del instrumento que recoge los datos sobre las características demográficas y la prevalencia de diabetes, este se aplicó a un grupo piloto no constituyentes de la muestra en estudio, dicho grupo piloto lo conformaron 18 personas. La confiabilidad del instrumento se realizó a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach.

Alfa de Cronbach es utilizado para dar la confiabilidad a instrumento con respuestas politómicas, es decir aquella que presentan más de dos opciones de respuesta. El presente estudio, cuenta con un instrumento que tiene opciones de respuesta politómicas: Los valores dados a cada respuesta son:

- Sin opción o respuesta = 0
- a = 1
- b = 2
- c = 3
- d = 4
- e = 5

La fórmula para determinar el Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach fue:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left| 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right|$$

Donde:

- α = Alfa de Cronbach.
- k = número de preguntas o items.
- $\sum V_i$ = varianza de cada pregunta o items.
- $\sum V_{total}$ = Varianza de la suma total de las respuestas de cada entrevistado (grupo piloto).

Para determinar si el instrumento se aplica al presente estudio, se hizo uso de la siguiente escala:

NIVELES DE CONFIABILIDAD

Confianza Alta = 0,9 – 1,00

Confianza Fuerte = 0,76 – 0,99

Confianza Moderada = 0,50 – 0,75

Confianza Baja = 0,00 – 0,49

Tabla N° 01: Confiabilidad del instrumento – cuestionario.

N°	PREGUNTA									ΣTotal
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
1	3	1	4	1	3	4	3	2	4	25
2	1	1	4	1	2	1	5	1	2	18
3	1	1	4	2	1	1	3	1	1	15
4	1	1	3	1	1	4	0	1	0	12
5	4	2	5	2	1	4	3	2	4	27
6	1	2	3	1	1	4	1	1	1	15
7	3	2	5	2	2	4	5	2	4	29
8	1	2	3	1	1	3	1	1	1	14
9	2	2	3	2	2	6	5	2	3	27
10	1	1	5	2	1	4	1	1	1	17
11	4	2	3	1	3	5	5	2	4	29
12	2	2	3	2	4	2	1	1	2	19
13	1	1	5	2	3	4	3	2	4	25
14	1	2	1	1	1	4	1	1	1	13
15	3	2	4	2	2	3	1	2	3	22
16	1	2	3	2	2	3	1	1	2	17
17	5	2	5	2	3	4	1	2	4	28
18	4	2	3	2	3	4	1	2	4	25
\bar{x}	2.2	1.7	3.7	1.6	2	3.6	2.3	1.5	2.5	20.94
V_i	1.9	0.2	1.2	0.3	0.9	1.6	3	0.3	2	35.82

$\sum V_i$	=	11.40
V_{total}	=	35.82
K	=	9

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \times \left| 1 - \frac{\sum V_i}{V_t} \right| \rightarrow \alpha = \frac{9}{9-1} \times \left| 1 - \frac{11.40}{35.82} \right| \rightarrow$$

$$\alpha = 1.13 \times |1 - 0.32| \rightarrow \alpha = 0.77$$

Al observar el valor del Coeficiente de Confiabilidad de Alfa de Cronbach ($\alpha = 0.77$) y si observamos la tabla de los niveles de confiabilidad, podemos notar que el instrumento tiene una confiabilidad fuerte y por lo tanto puede ser aplicado en la muestra de la investigación.

2.4. Procesamiento y análisis de la información

7.4.1 Procesamiento

El procesamiento y análisis fueron realizados a través de:

- ✓ Tablas de frecuencia

- ✓ Figuras estadísticas.

7.4.2 Análisis

Los análisis de los resultados se harán a través de la herramienta de la Estadística:

- ✓ Mediana
- ✓ Desviación estándar
- ✓ Coeficiente de variación

Tanto el procesamiento como el análisis fueron procesados con EXCEL 2013 y el SPSS versión 20.

III. RESULTADOS

3.1. Determinación de los factores demográficos de pacientes con enfermedades geriátricas crónicas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

Tabla N° 02: Zona de Residencia.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Urbana	68	68,0	68,0
	Rural	32	32,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

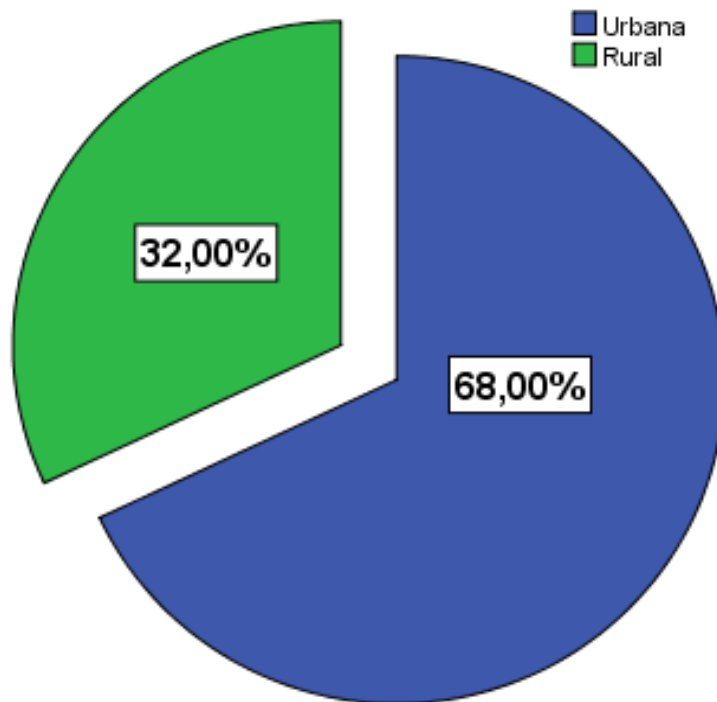


Figura N° 01: Zona de Residencia.

Interpretación: El 68% de la población en estudio, vive en zona urbana y el 32% vive en zona rural.

Tabla N° 03: Ingreso económico.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Ingreso	67	67,0	67,0	67,0
De 500 a 1000 Soles	3	3,0	3,0	70,0
De 1001 a 2000 Soles	28	28,0	28,0	98,0
Más de 2000 Soles	2	2,0	2,0	100,0
Válidos				
Total	100	100,0	100,0	

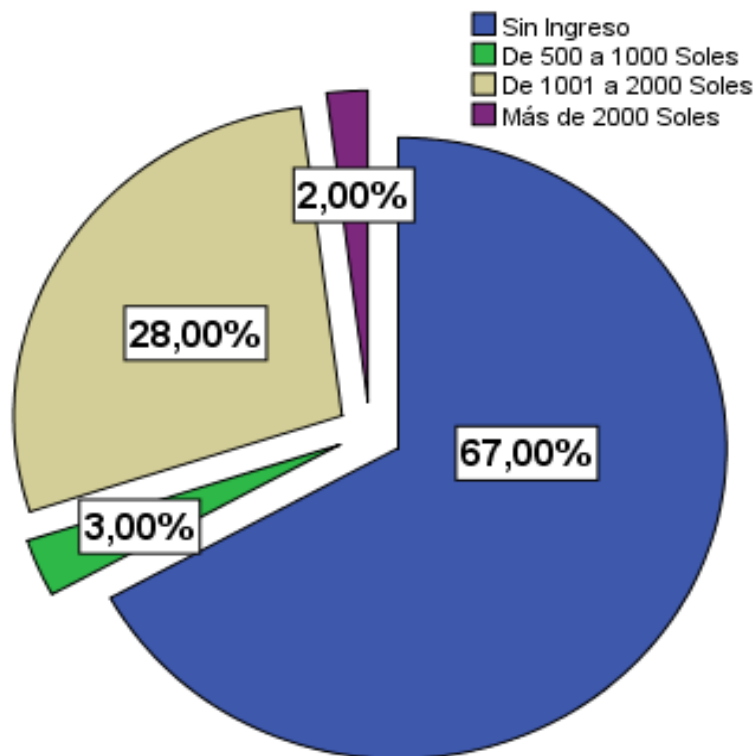


Figura N° 02: Ingreso económico.

Interpretación: El 67% de la población en estudio, no cuenta con ingreso económico; el 28%, su ingreso esta entre los 1000 a 2000 soles; el 3% tiene un ingreso de 500 a 1000 soles y el 2%, tiene un ingreso de más de 2000 soles.

Tabla N° 04: Edad.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	De 50 a 60 años	20	20,0	20,0
	De 61 a 70 años	32	32,0	52,0
	De 71 a 80 años	35	35,0	87,0
	De 81 a 90 años	12	12,0	99,0
	De 91 a 100 años	1	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

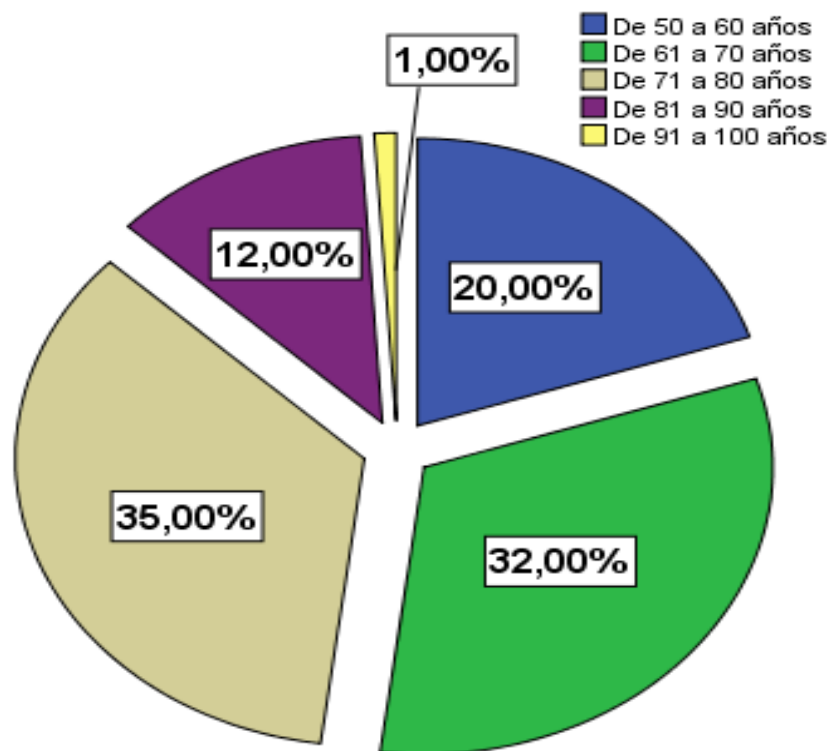


Figura N° 03: Edad.

Interpretación: El 35% de la población, tiene una edad de entre 71 a 80 años; el 32% la se encuentra entre 61 a 70 años; el 20%, su edad se encuentra entre 50 a 60 años; el 12%, su edad esta entre los 81 a 90 años y el 1%, su edad se encuentra entre 91 a 100 años.

Tabla N° 05: Sexo.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Femenino	55	55,0	55,0	55,0
Masculino	45	45,0	45,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

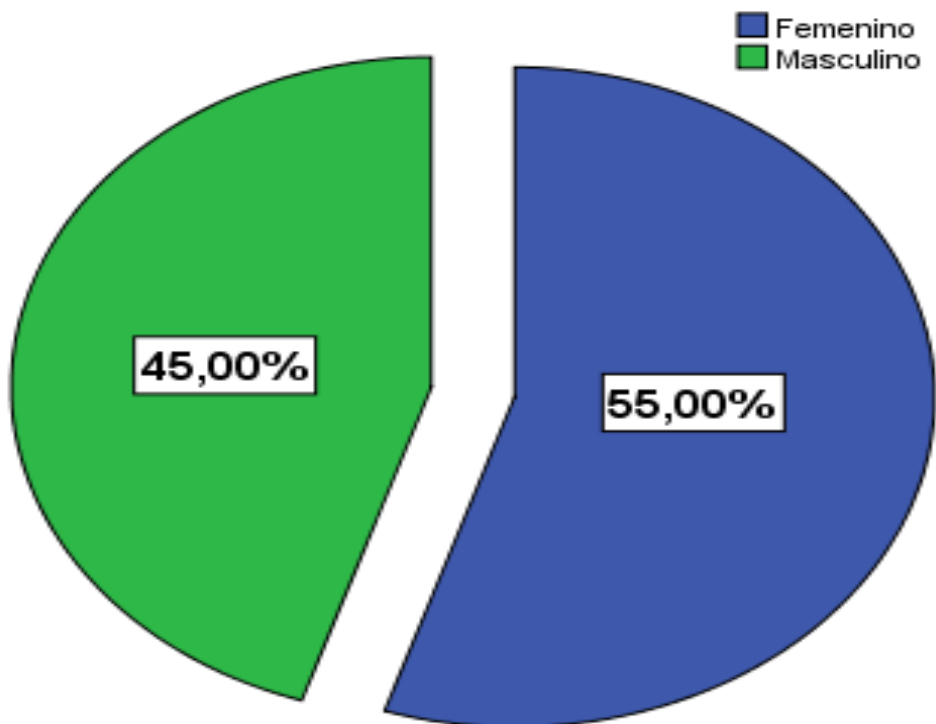


Figura N° 04: Sexo.

Interpretación: El 55% de la población en estudio es de sexo femenino y el 45% es de sexo masculino.

Tabla N° 06: Grado de instrucción.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primaria	48	48,0	48,0	48,0
	Secundaria	48	48,0	48,0	96,0
	Superior	4	4,0	4,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

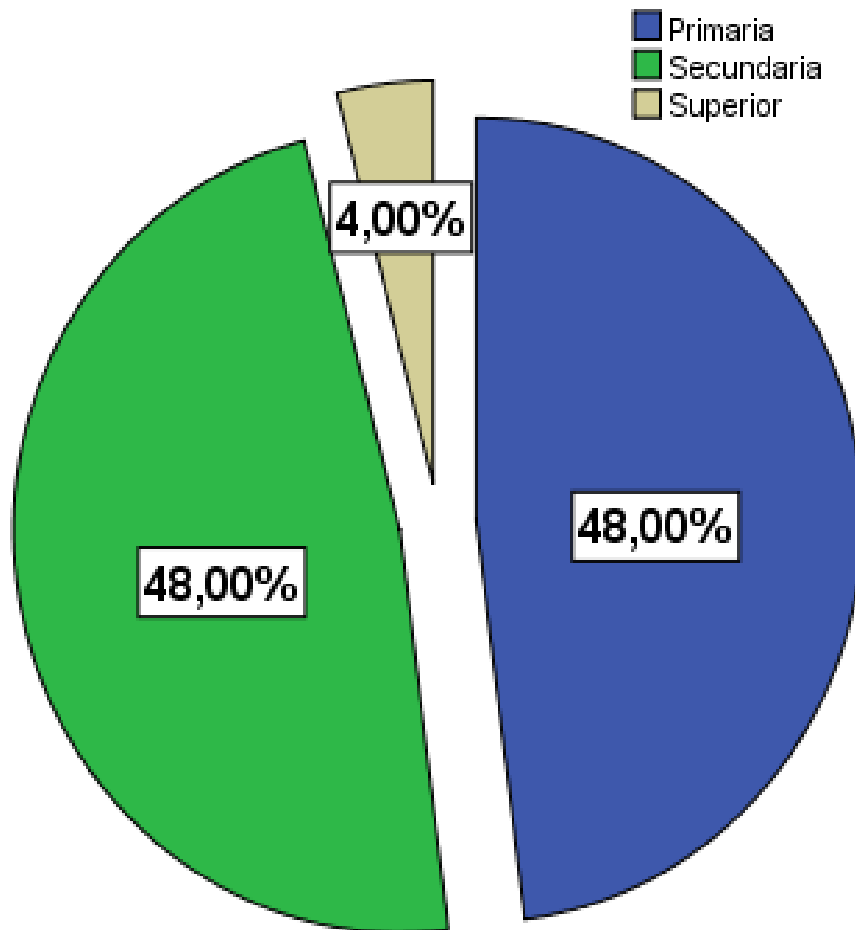


Figura N° 05: Grado de instrucción.

Interpretación: El 48% de la población, tiene estudios primarios; el 48%, tiene estudios secundarios y el 2% tiene estudios superiores.

Tabla N° 07: Ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ama de casa	30	30,0	30,0
	Independiente	17	17,0	47,0
	Dependiente familia	53	53,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0

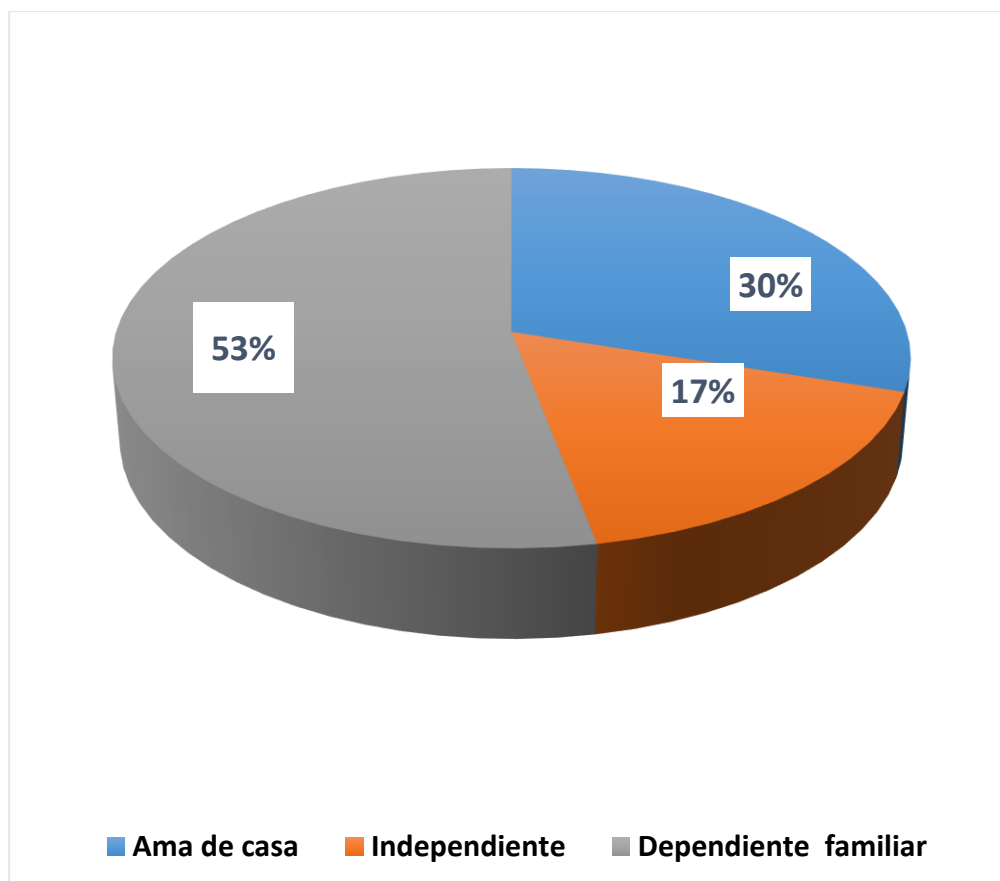
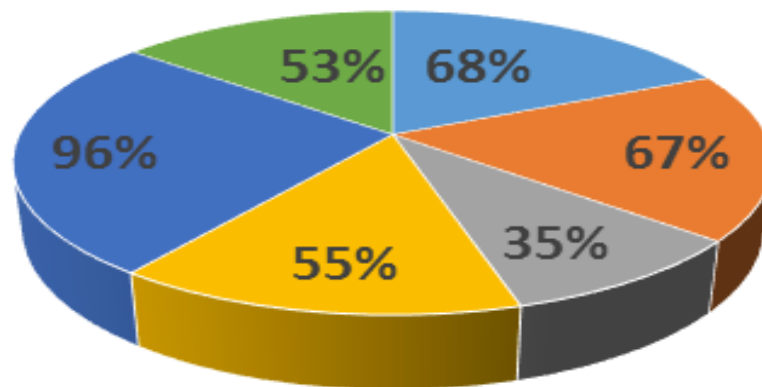


Figura N° 06: Ocupación.

Interpretación: El 53% de la población es trabajador dependiente; el 30% es ama de casa y el 17% es independiente.

Tabla N° 08: Resumen de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.

N°	Factores Demográficos	Frecuencia	Porcentaje
1	Zona de Residencia: Urbana	68	68
2	Ingreso económico: Sin Ingreso:	67	67
3	Edad: De 71 a 80 años	35	35
4	Sexo: Femenino	55	55
5	Grado de instrucción: Primaria/Secundaria	48	96
6	Ocupación: Dependiente familiar	53	53



- Zona de Residencia: Urbana
- Ingreso económico: Sin Ingreso:
- Edad: De 71 a 80 años
- Sexo: Femenino
- Grado de instrucción: Primaria/Secundaria
- Ocupación: Dependiente familiar

Figura N° 07: Resumen de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.

Interpretación: En la tabla y gráfico se observa que los factores demográficos de la población están representados por el 68% radican en zona urbano; el 67% no tiene ingreso económico; el 35% tiene edad entre 71 a 80 años; el 55% es de sexo femenino; el 96% estudio primaria y secundaria; y el 53% son trabajadores dependiente.

Tabla N° 09: Análisis estadístico de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.

Estadística descriptiva	
Cuenta	6.0
Mediana	61.0
Media	62.3
Desviación estándar	20.4
Coefficiente de variación	32.7
Máximo	96.0
Mínimo	35.0
Rango	61.0
Nivel de confianza)	95.0

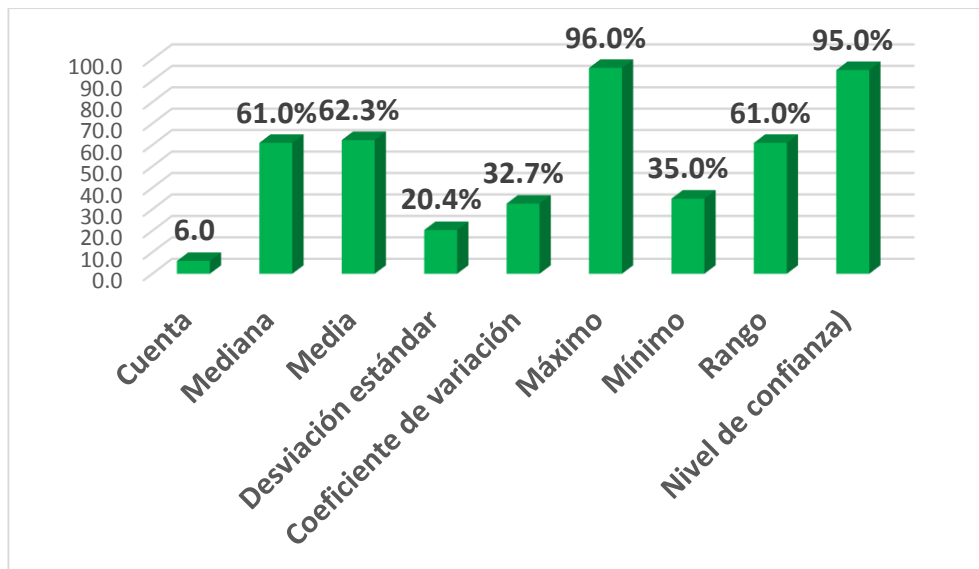


Figura N° 08: Análisis estadístico de los valores porcentuales representativos de los factores demográficos.

Interpretación: El análisis estadístico descriptivo señala que de 6 datos analizados, se tiene una mediana de 61.0%, una media de 62.3%, una desviación estándar de 20.4%, un coeficiente de variación de 32.7%, un valor máximo de 96.0% y mínimo de 35.0%, haciendo un rango de 61.0%. Todos estos datos analizados con un nivel de confianza del 95.0%.

3.2.Determinación la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

Tabla N° 10: Hipertensión Arterial.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	58	58,0	58,0	58,0
Válidos SI	42	42,0	42,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: La población en estudio señala que el 58%, no presenta hipertensión arterial y el 42%, si lo presenta.

Tabla N° 11: Cerebro Vascular.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	98	98,0	98,0	98,0
Válidos SI	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 98 % de la población, no presenta la enfermedad cerebro vascular, solo el 2% si lo presenta.

Tabla N° 12: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.

N°	Enfermedad Geriátrica Cardiovascular	Frecuencia	Porcentaje
1	Hipertensión Arterial	42	42
2	Cerebro Vascular	2	2
3	No presenta	56	56
Total		100	100

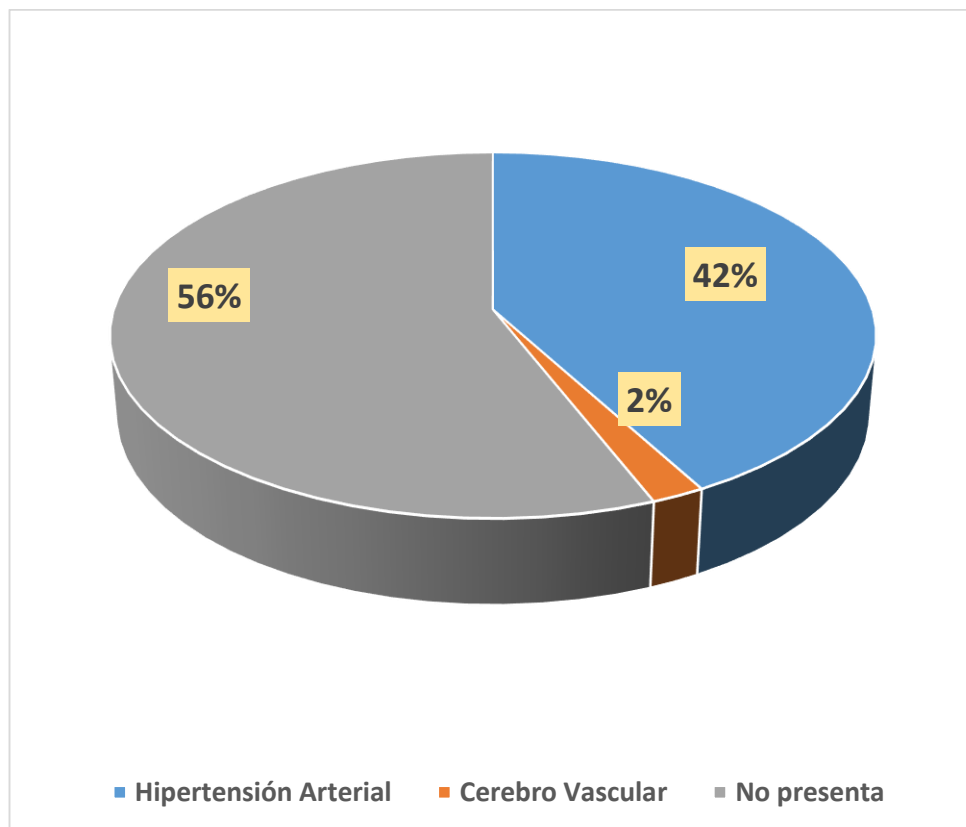


Figura N° 09: Prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.

Interpretación: El 42% de la población, presenta problemas de hipertensión arterial y el 2% cerebro vascular; haciendo una prevalencia de 44% de enfermedades geriátricas cardiovasculares, y el 56% de la población no presenta enfermedades geriátricas cardiovasculares.

Tabla N° 13: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.

Estadística descriptiva	
Cuenta	3
Mediana	42
Media	33.3
Desviación estándar	28.0
Coefficiente de Variación	84.1
Máximo	56
Mínimo	2
Rango	54
Nivel de confianza	95

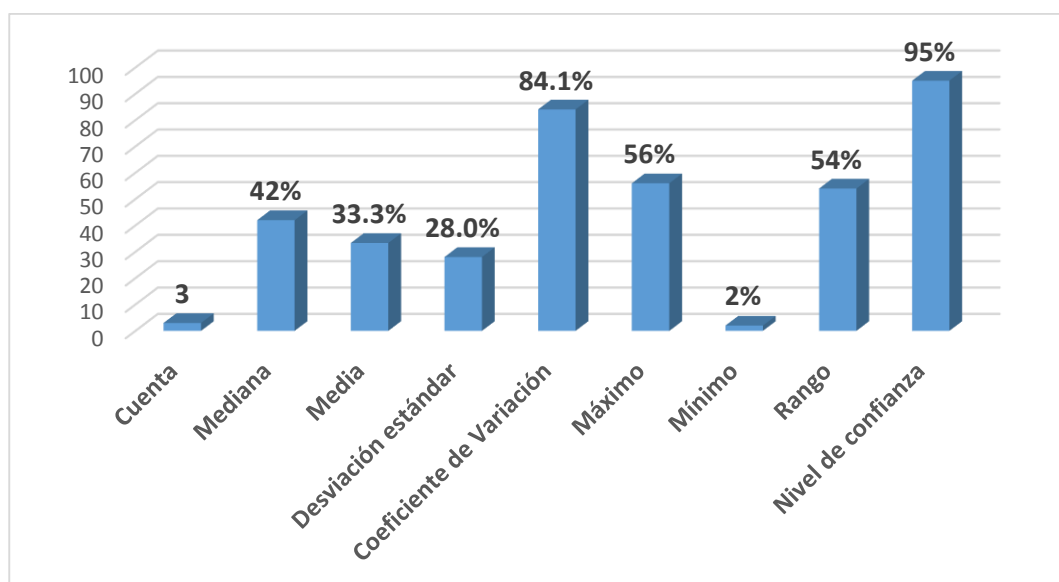


Figura N° 10: Análisis estadístico de la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares.

Interpretación: El análisis estadístico descriptivo señala que de 3 datos analizados, se tiene una mediana de 42%, una media de 33.3%, una desviación estándar de 28., un coeficiente de 84.1%, un valor máximo de 56% y mínimo de 2%, haciendo un rango de 54%. Todos estos datos analizados con un nivel de confianza del 95%.

3.3.Determinación la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019

Tabla N° 14: Diabetes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	81	81,0	81,0	81,0
Válidos SI	19	19,0	19,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: el 81% de la población en estudio, no presenta diabetes y el 19% presenta diabetes.

Tabla N° 15: Osteoporosis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	99	99,0	99,0	99,0
Válidos SI	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: el 99% de la población en estudio, no presenta osteoporosis y el 1% si lo presenta.

Tabla N° 16: Resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.

N°	Enfermedades Geriátricas Metabólicas	Frecuencia	Porcentaje
1	Diabetes	19	19
2	Osteoporosis	1	1
3	No presenta	80	80

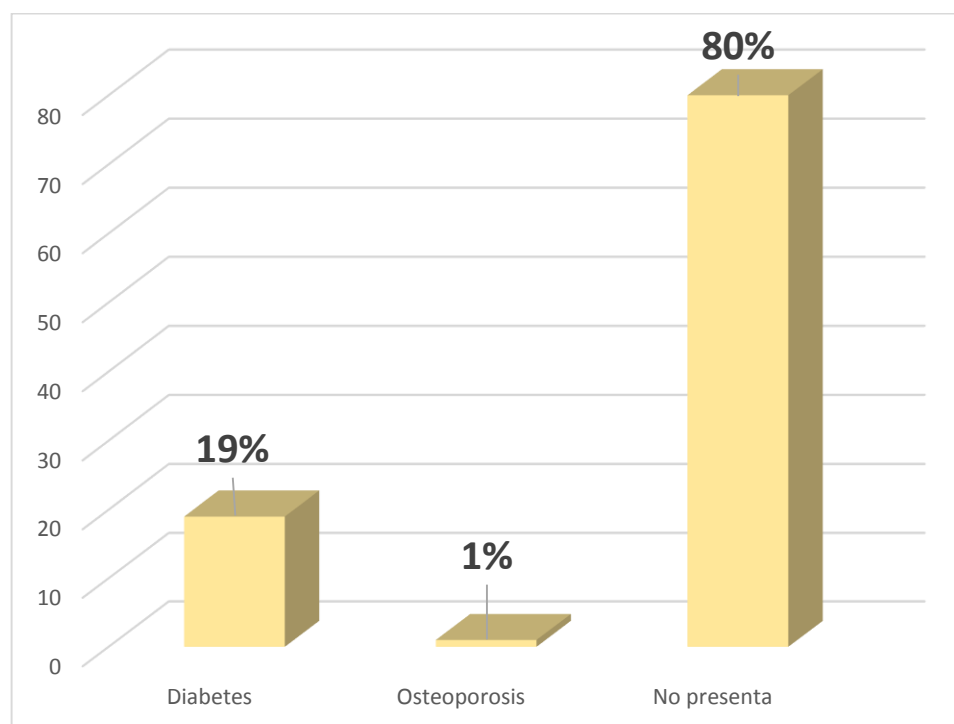


Figura N° 11: Prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.

Interpretación: De la población en estudio, el 19% padece de diabetes y el 1% padece de osteoporosis. El 80%, no presenta enfermedades geriátricas metabólicas.

Tabla N° 17: Análisis estadístico del resumen de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.

Estadística descriptiva	
Cuenta	3
Mediana	19
Media	33.3
Desviación estándar	41.4
Coefficiente de Variación	124.2
Máximo	80
Mínimo	1
Rango	79
Nivel de confianza	95

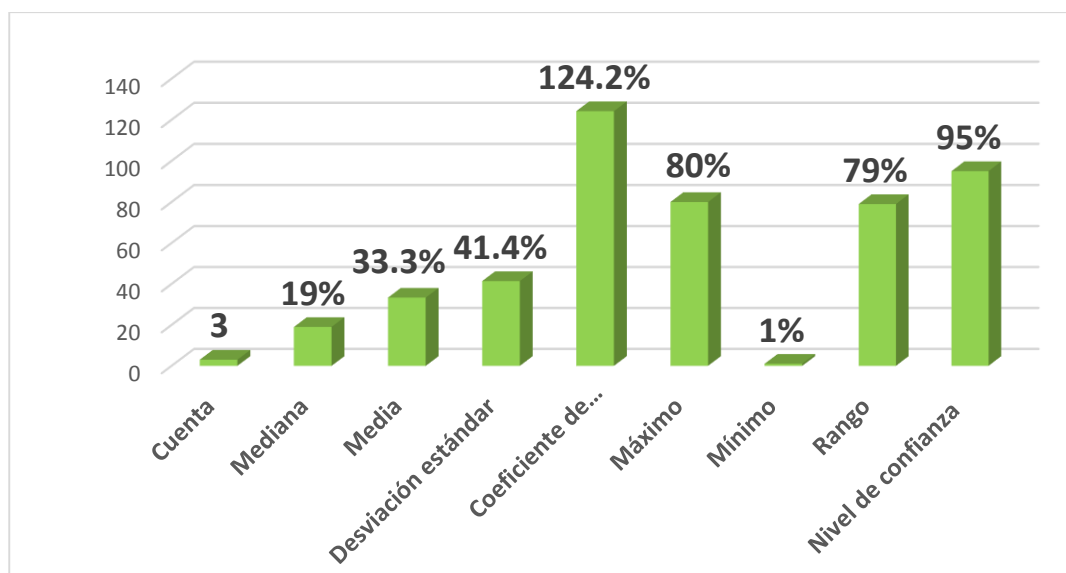


Figura N° 12: Análisis estadístico de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas.

Interpretación: El análisis de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas, señalan que de los 3 datos analizados, la mediana es 19%, la media 33.3%, la desviación de 41.4%, un coeficiente de variación de 127.2%, con un dato máximo de 80% y un mínimo de 1%, dando como rango 79%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%.

3.4.Determinación la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

Tabla N° 18: Artritis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	91	91,0	91,0	91,0
Válidos SI	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 91% de la población en estudio, no presenta artritis y 9% si lo presenta.

Tabla N° 19: Artrosis.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	99	99,0	99,0	99,0
Válidos SI	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: De la población en estudio, el 99% no presenta artrosis y el 1% si lo posee.

Tabla N° 20: Resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.

N°	Enfermedades Geriátricas Reumáticas	Frecuencia	Porcentaje
1	Artritis.	9	9
2	Artrosis.	1	1
3	No presenta	90	90

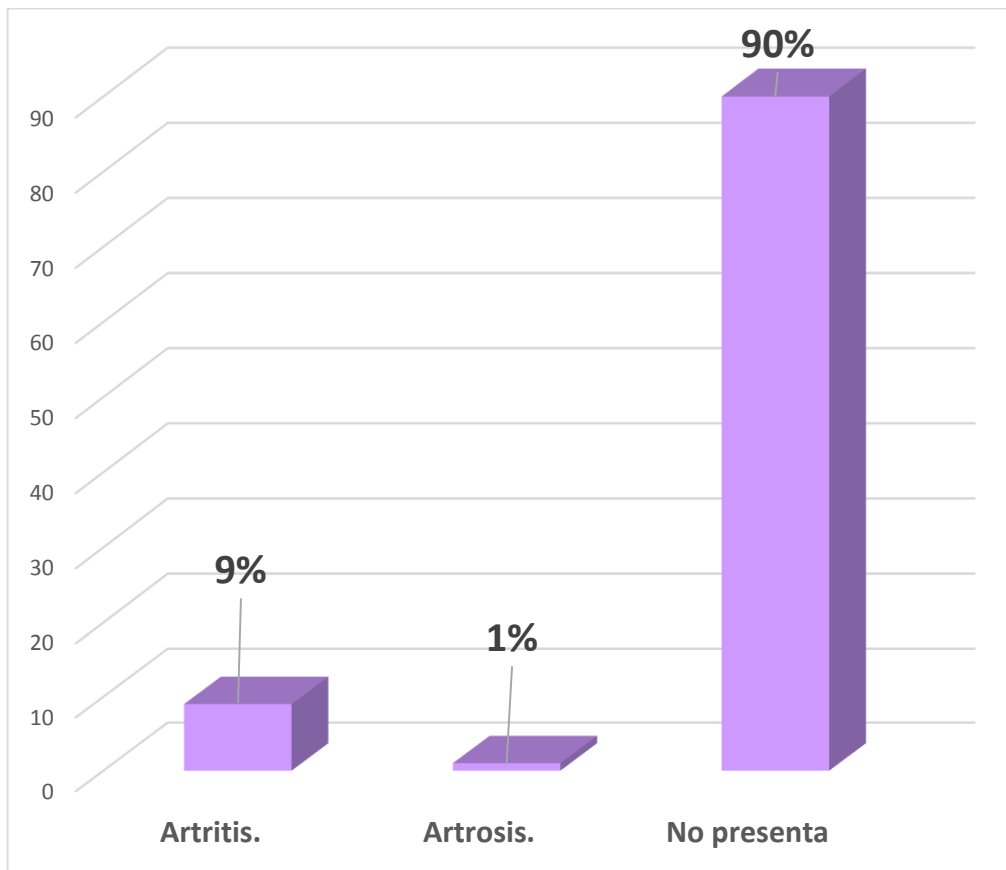


Figura N° 13: Prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.

Interpretación: El 9% de la población presenta artritis y el 1% presenta artrosis. El 90%, no presenta enfermedades geriátricas reumáticas.

Tabla N° 21: Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.

Estadística descriptiva	
Cuenta	3
Media	33.3
Mediana	9
Desviación estándar	49.2
Coefficiente de Variación	54.7
Máximo	90
Mínimo	1
Rango	89
Nivel de confianza	95

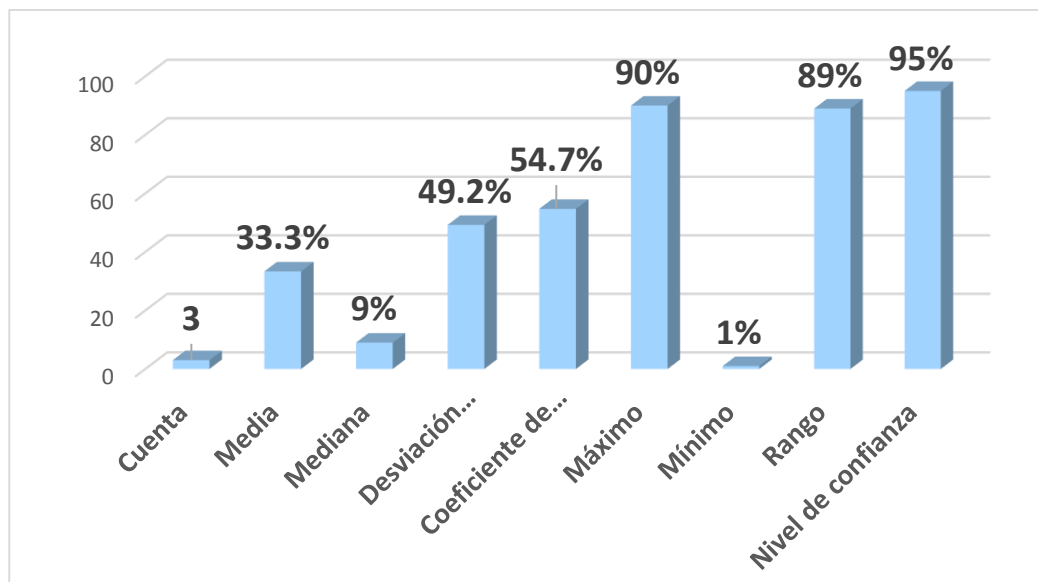


Figura N° 14: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas, señalan que de los 3 datos, la mediana es 9%, la media 33.3%, la desviación estándar de 49.2%, un coeficiente de variación de 54.7%, con un dato máximo de 90% y un mínimo de 1%, dando como rango de 89%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%.

3.5.Determinación la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

Tabla N° 22: Asma bronquial.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	98	98,0	98,0	98,0
Válidos SI	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 98% de la población en estudio, no presenta asma bronquial y el 2%, si lo presenta.

Tabla N° 23: Neumonía.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	98	98,0	98,0	98,0
Válidos SI	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 98% de la población no presenta neumonía y el 2% si lo presenta.

Tabla N° 24: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.

N°	Enfermedades Geriátricas Respiratorias	Frecuencia	Porcentaje
1	Asma bronquial	2	2
2	Neumonía	2	2
3	No presentan	96	96

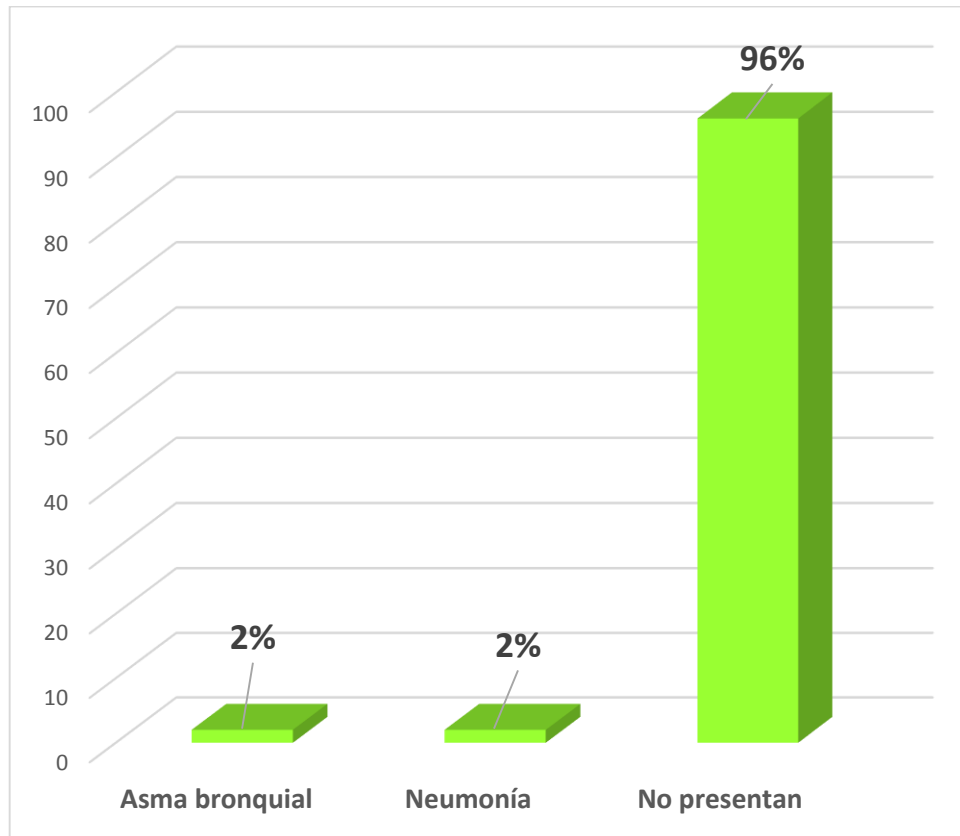


Figura N° 15: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.

Interpretación: El 2% de la población, presenta asma bronquial y el 2% presenta neumonía. El 96% no presenta enfermedades geriátricas respiratorias.

Tabla N° 25: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.

Estadística descriptiva	
Cuenta	3
Mediana	2
Moda	2
Media	33.3
Desviación estándar	54.3
Máximo	96
Mínimo	2
Rango	94
Nivel de confianza	95

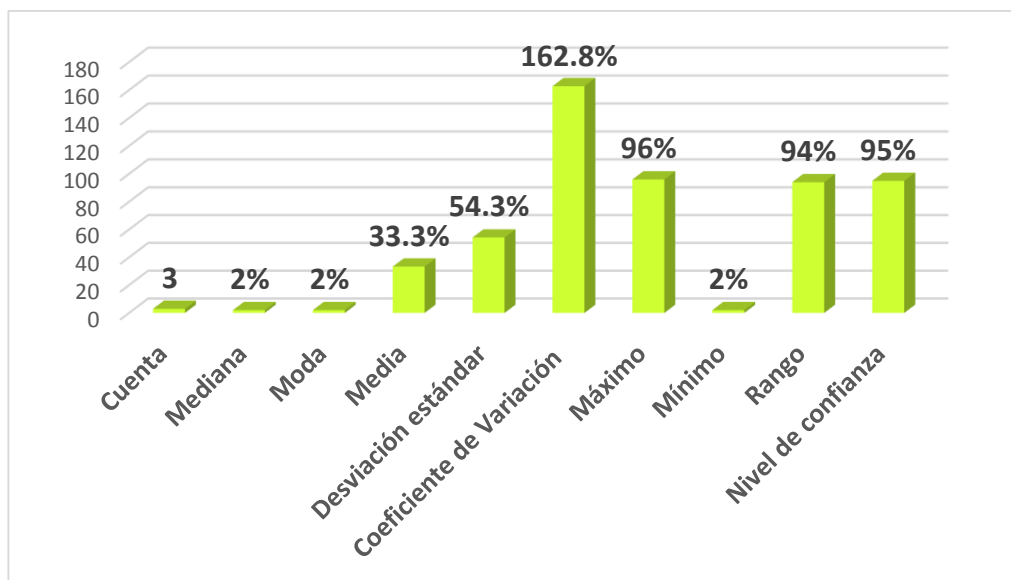


Figura N° 16: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias., señalan que de los 3 datos, la mediana es 2%, la moda 2%, la media 33.3%, la desviación estándar de 54.3%, un coeficiente de variación de 162.8%, con un dato máximo de 96% y un mínimo de 2%, dando como rango de 94%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%.

3.6.Determinación la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales en pacientes atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

Tabla N° 26: Demencia Senil.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	99	99,0	99,0	99,0
SI	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 99% de la población no presenta demencia senil, solo el 1% si lo presenta.

Tabla N° 27: Parkinson.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	99	99,0	99,0	99,0
SI	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 99% de la población no presenta Parkinson, el 1%, si lo presenta.

Tabla N° 28: Alzhéimer.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	99	99,0	99,0	99,0
SI	1	1,0	1,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 99% de la población en estudio, no presenta Alzheimer y el 1% si lo presenta.

Tabla N° 29: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.

N°	Enfermedades Geriátricas Neuronales	Frecuencia	Porcentaje
1	Demencia Senil	1	1
2	Parkinson	1	1
3	Alzhéimer	1	1
4	No presenta	97	97

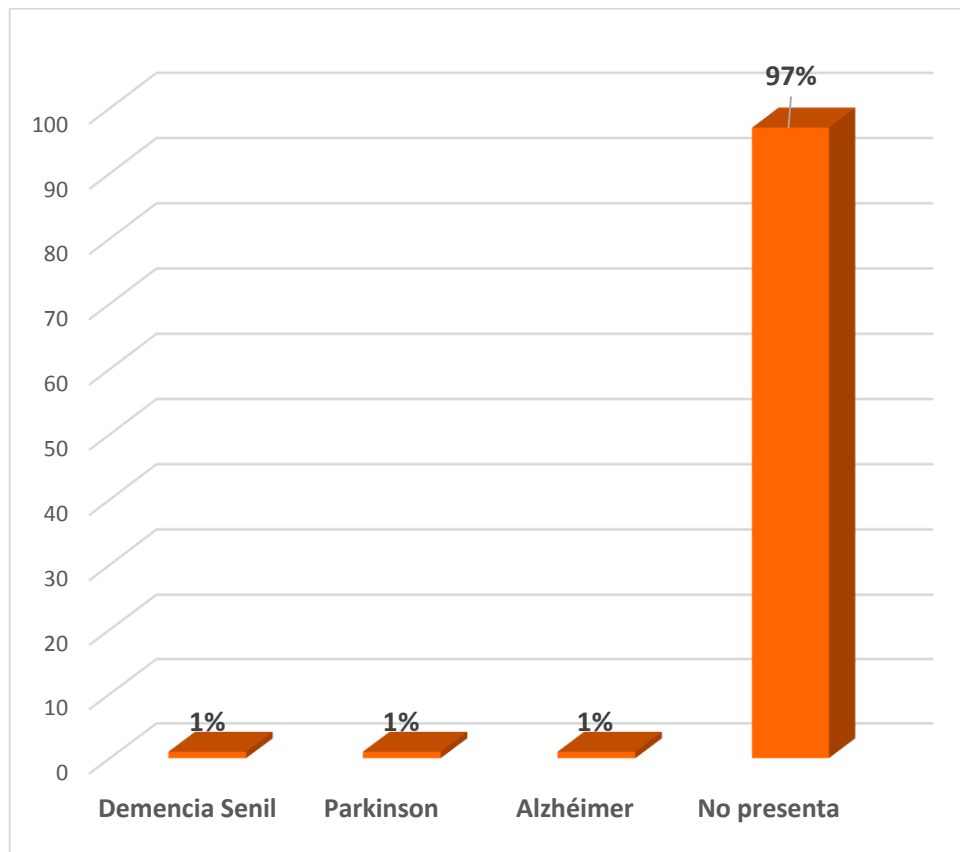


Figura N° 17: Resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.

Interpretación: La población en estudio el 1% presenta demencia senil, Parkinson y Alzheimer. El 97% no presenta enfermedades geriátricas neuronales.

Tabla N° 30: Análisis estadístico de los valores porcentuales del resumen de los valores porcentuales representativos de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.

Estadística descriptiva	
Cuenta	4
Mediana	1
Moda	1
Media	25
Desviación estándar	48
Máximo	97
Mínimo	1
Rango	96
Nivel de confianza	95

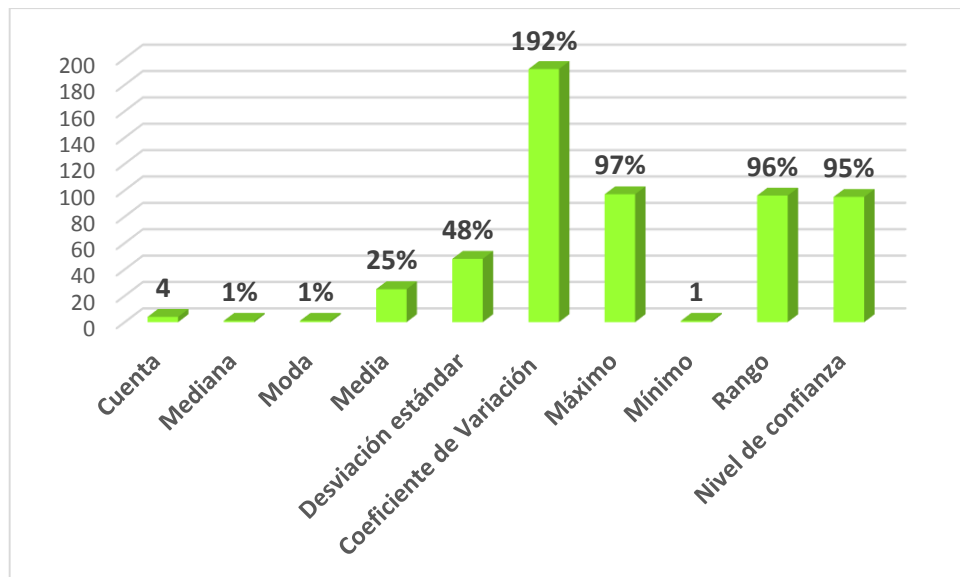


Figura N° 18: Análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales.

Interpretación: El análisis estadístico de los valores porcentuales de la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias., señalan que de los 4 datos, la mediana es 1%, la media 25%, la moda 1, la desviación estándar de 48%, un coeficiente de variación de 192%, con un dato máximo de 97% y un mínimo de 1%, dando como rango de 96%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%.

3.7.Determinación el tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas presentes en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019.

3.7.1. Identificación de las prescripciones médicas

Tabla N° 31: Medicamentos prescriptos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	9	9,0	9,0	9,0
	SI	91	91,0	91,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

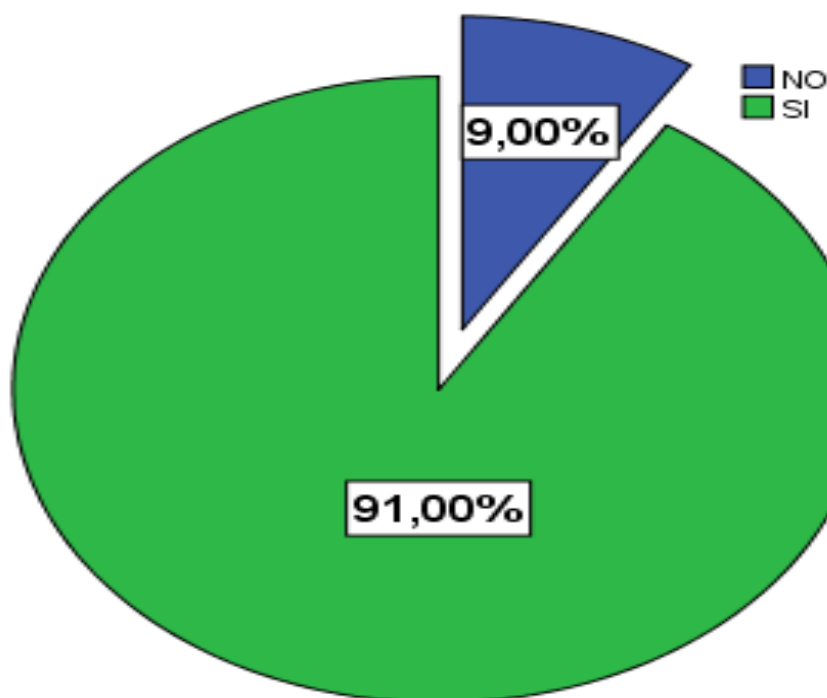


Figura N° 19: Medicamentos prescriptos.

Interpretación: Del total de medicamentos recetados, el 91% fueron prescripto y el 9% no fueron prescriptos.

3.7.2. Identificación del número de medicamentos del tratamiento farmacológico

Tabla N° 32: Mono medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	60	60,0	60,0	60,0
SI	40	40,0	40,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 40% de la población, tiene un tratamiento con mono medicamentos y el 60% no tiene.

Tabla N° 33: Di medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	63	63,0	63,0	63,0
SI	37	37,0	37,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 37% de la población, tiene un tratamiento con di medicamentos y el 63% no tiene.

Tabla N° 34: Tri medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	90	90,0	90,0	90,0
SI	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 10% de la población, tiene un tratamiento con tri medicamentos y el 90% no tiene.

Tabla N° 35: Tetra medicamento.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos NO	91	91,0	91,0	91,0
SI	9	9,0	9,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Interpretación: El 9% de la población, tiene un tratamiento con tetra medicamentos y el 91% no tiene.

Tabla N° 36: Resumen de los valores porcentuales representativos del número de medicamentos del tratamiento.

N°	Número de Medicamentos del Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
1	Mono medicamento	40	40
2	Di medicamento	37	37
3	Tri medicamento	10	10
4	Tetra medicamento	9	9

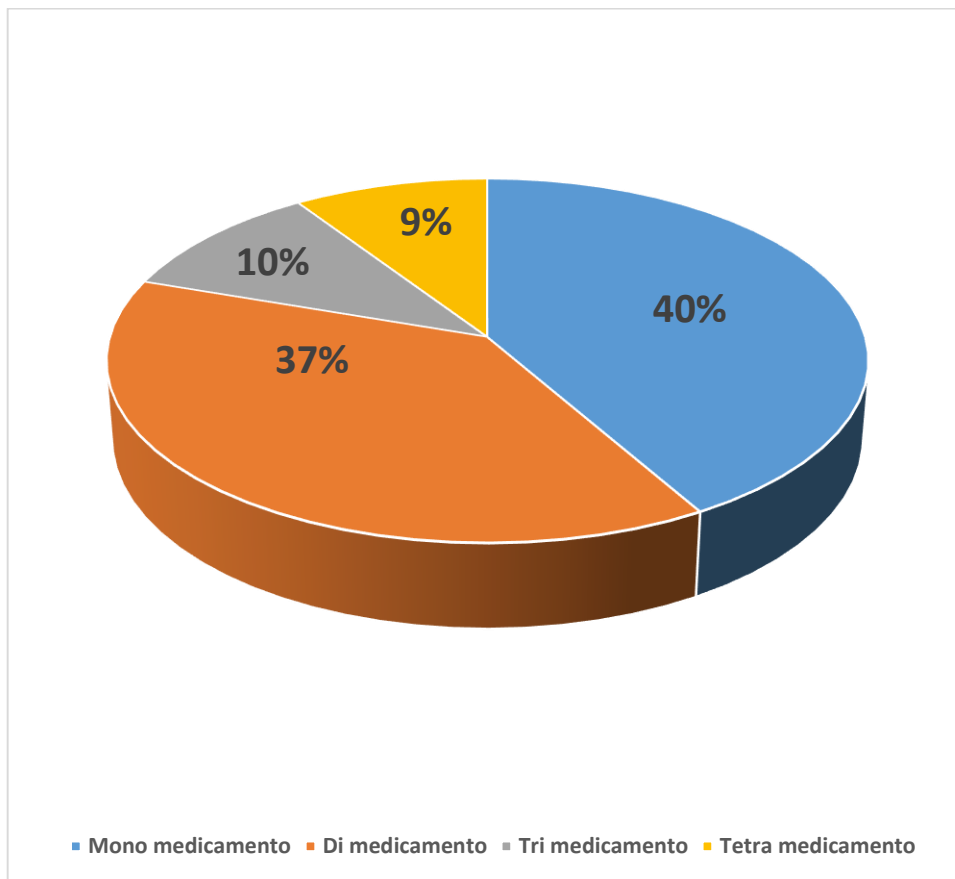


Figura N° 20: Valores porcentuales representativos del número de medicamentos del tratamiento.

Interpretación: El 40% es mono medicado en el tratamiento farmacológico de la población en estudio, el 37% es di medicado, el 10% es tri medicado y el 9% es tetra medicado.

3.7.3. Identificación de los medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades geriátricas

Tabla N° 37: Medicamentos utilizados en el tratamiento de las enfermedades geriátricas

N°	Medicamentos del Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	Omeprazol	4	4
2	Hidroxido de aluminio	2	2
3	Sulfato ferroso	1	1
4	Atorvastatina	15	15
5	Azitromicina	7	7
6	Paracetamol	13	13
7	Diclofenaco	12	12
8	Naproxeno	10	10
9	Dexametasona	12	12
10	Ranitidina	3	3
11	Calcio	1	1
12	Losartan	17	17
13	Sulfametoxazol/trimetroprima	8	8
14	Dimenhidrinato	4	4
15	Hiosina	15	15
16	Sales de hidratación	3	3
17	Metformina	14	14
18	Captopril	5	5
19	Amikacina	1	1
20	Amoxicilina	2	2
21	Glibencamida	2	2
22	Gemfibrozilo	2	2
23	Dextrometofano	3	3
24	Ibuprofeno	6	6
25	Penicilina	4	4
26	Ácido acetil salicílico	6	6
27	Enalapril	4	4
28	Ceftriaxona	4	4
29	Clorfenamina	3	3
30	Ciprofloxacino	2	2
31	Clotrimazol	2	2
32	Furosemida	2	2
33	Levofloxacino	2	2
34	Salbutamol	2	2
35	Prednisona	2	2
36	Dicloxacilina	2	2
37	Aciclovir	1	1
38	Metronidazol	1	1
39	Carbamazepina	1	1
40	Amlodipino	1	1
41	Cefadroxilo	1	1

Tabla N° 38: Medicamento más representativos del tratamiento de las enfermedades geriátricas.

Medicamentos de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Atorvastatina	15	15
Paracetamol	13	13
Diclofenaco	12	12
Dexametasona	12	12
Losartan	17	17
Hiosina	15	15
Metformina	14	14
Otros <10	104	51.47

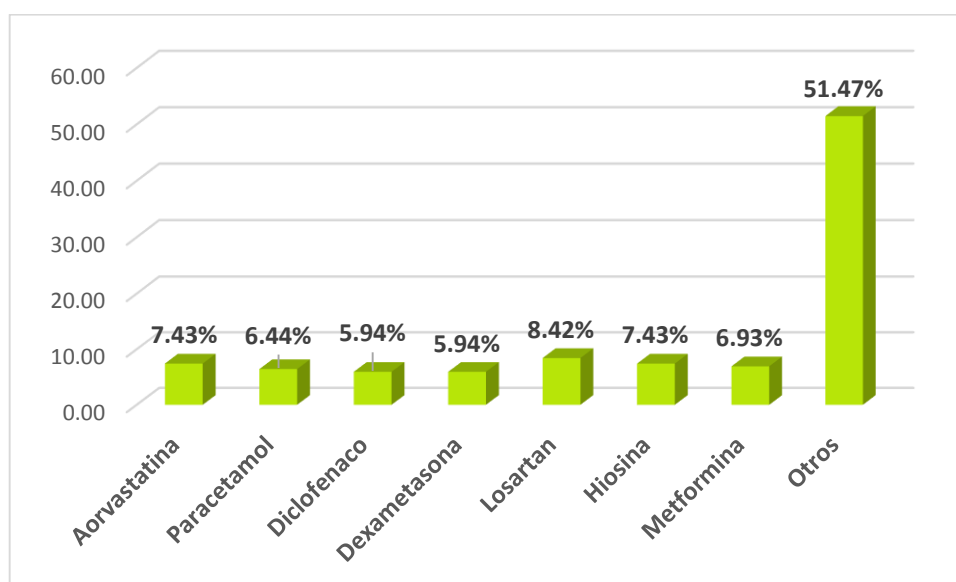


Figura N° 21: Medicamento más representativos del tratamiento de las enfermedades geriátricas.

Interpretación: En la tabla, se evidencia las frecuencias y porcentajes de los medicamentos usados en el tratamiento de enfermedades geriátricas, donde se observa que 7 son los medicamentos cuyas frecuencias están por encima de 10, y otros medicamentos cuyas frecuencias están por debajo de 10, representan el 51.47%.

3.7.4. Identificación de las dosis del tratamiento farmacológico en enfermedades geriátricas de la muestra en estudio

Tabla N° 39: Dosis

DOSIS			Frecuencia	Porcentaje
	Válidos	Perdidos		
30mg	100	0	3	3
5/10ml	100	0	2	2
300mg	100	0	1	1
20mg	100	0	13	14
500mg	100	0	8	8
50mg	100	0	14	13

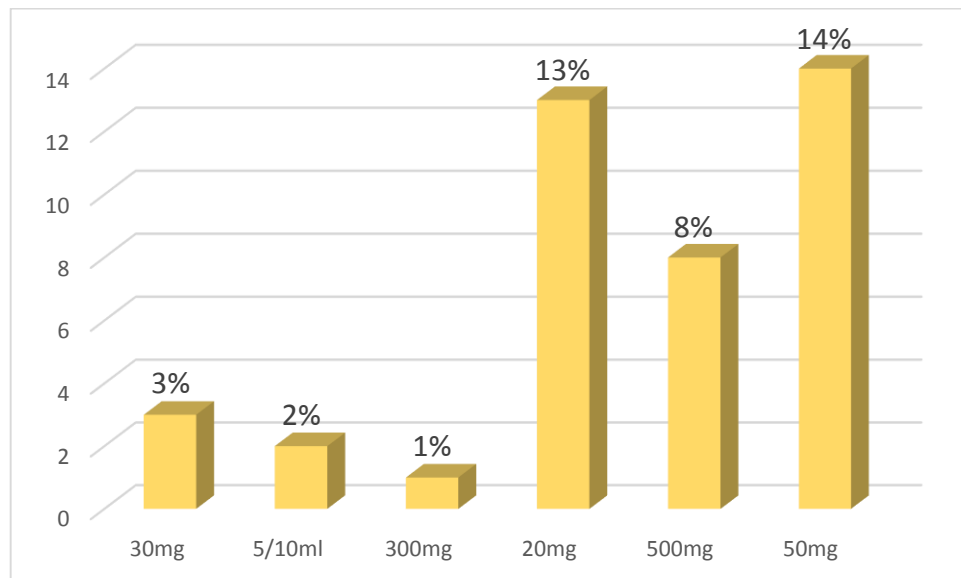


Figura N° 22: Dosis.

Interpretación: El 14% de la población de estudio, recibe una dosis de 50 mg, el 13% es dosificado con 20 mg, el 8% es dosificado con 500 mg y otras dosificaciones, representan el 5% de la población de estudio.

3.7.5. Identificación de las formas farmacéuticas de los medicamentos del tratamiento farmacológico en enfermedades geriátricas de la muestra en estudio

Tabla N° 40: Formas farmacéuticas de los medicamentos

Forma farmacéutica	N		Frecuencia	Porcentaje
	Válidos	Perdidos		
Suspensión	100	0	2	2
Tabletas	100	0	37	37
Polvo	100	0	0	0
Crema	100	0	0	0

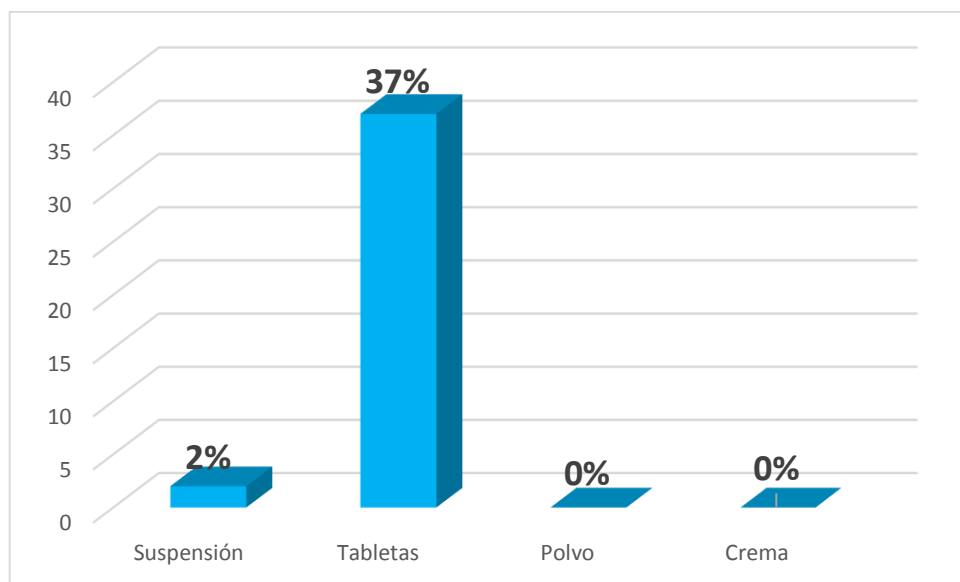


Figura N° 23: Formas farmacéuticas de los medicamentos.

Interpretación: El 37 % de la población en estudio, hace uso de tabletas como forma farmacéutica de los medicamentos y el 2% en suspensión.

3.7.6. Identificación de los intervalos de administración de los medicamentos del tratamiento farmacológico en enfermedades geriátricas de la muestra en estudio

Tabla N° 41: Intervalo de administración de los medicamentos.

Intervalo de Administración	N		Frecuencia	Porcentaje
	Válidos	Perdidos		
Cada 4 horas	100	0	0	0
Cada 8 horas	100	0	3	3
Cada 12 horas	100	0	36	36
Cada 24 horas	100	0	8	8

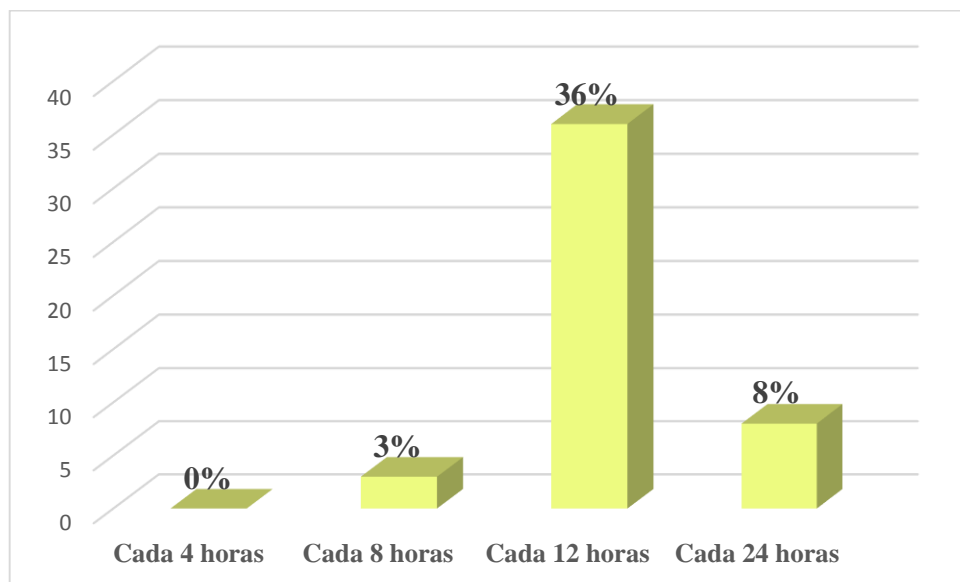


Figura N° 24: Intervalo de administración de los medicamentos.

Interpretación: El 36% de la población de estudio, se le prescribió los medicamentos con un intervalo de administración de cada 12 horas, El 8% cada 24 horas, y el 3% cada 8 horas.

3.7.7. Identificación de las vías de suministro de los medicamentos del tratamiento farmacológico en enfermedades geriátricas de la muestra en estudio

Tabla N° 42: Vías de suministro de los medicamentos.

	N		Frecuencia	Porcentaje
	Válidos	Perdidos		
Oral	100	0	39	39
Intramuscular	100	0	0	0
Intravenosa	100	0	0	0
Uguento	100	0	0	0

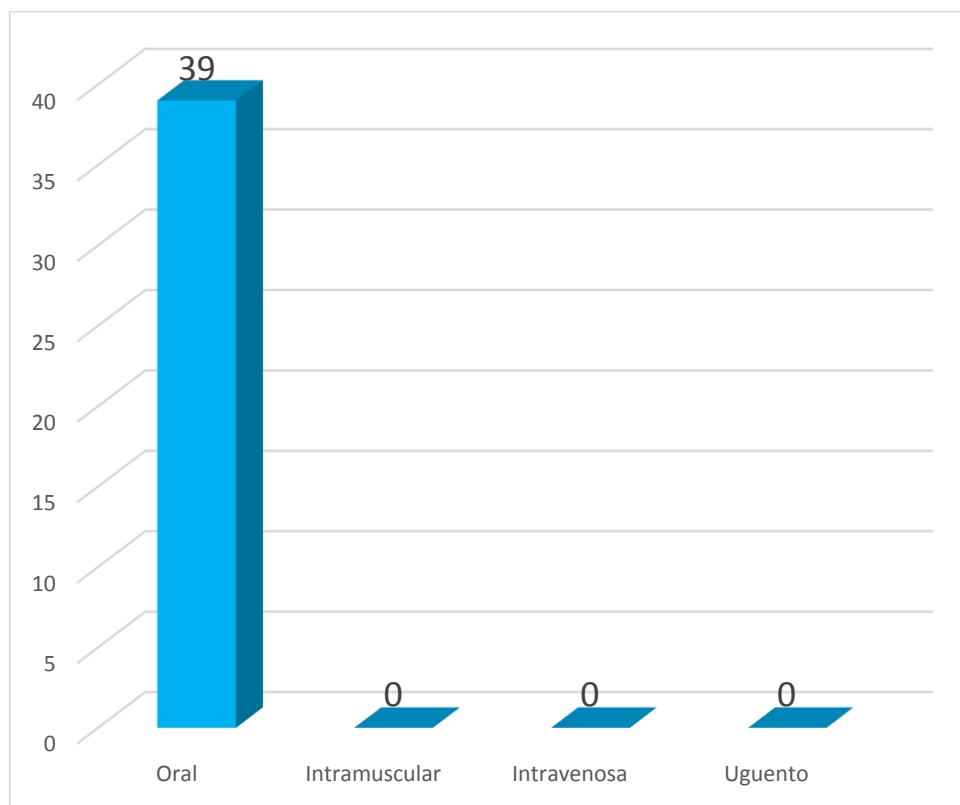


Figura N° 25: Vías de suministro de los medicamentos.

Interpretación: El 39% de la población en estudio, fue prescripta los medicamentos con vía de administración oral.

3.7.8. Identificación del tiempo de tratamiento de los medicamentos del tratamiento farmacológico en enfermedades geriátricas de la muestra en estudio

Tabla N° 43: Tiempo de tratamiento de los medicamentos.

Tiempo de tratamiento	N		Frecuencia	Porcentaje
	Válidos	Perdidos		
Hasta 7 días	100	0	18	18
Hasta 15 días	100	0	4	4
Hasta 30 días	100	0	14	14
Hasta 60 días	100	0	1	1
Más de 60 días	100	0	2	2

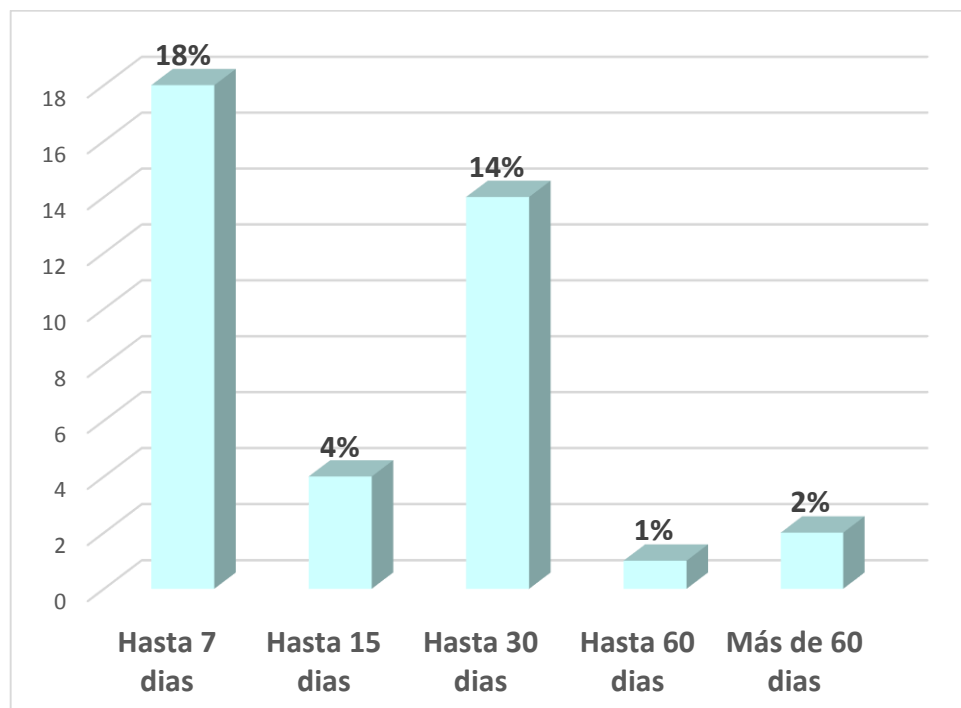


Figura N° 26: Tiempo de tratamiento de los medicamentos.

Interpretación: el 18% de la población en estudio, fue prescrito con un tiempo de tratamiento de 7 días, el 14% hasta 30 días, el 4% hasta 15 días, el 2% más de 60 días y por último el 1% hasta 60 días.

3.7.9. Resumen de las características del tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas presentes en pacientes del Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, durante los meses de abril a agosto del 2019, Sullana – 2019

Tabla N° 44: Resumen de las características del tratamiento farmacológico.

N°	características del tratamiento farmacológico	Frecuencia	Porcentaje
1	Medicamentos prescritos: Si	91	91
2	Numero de medicamentos: Polifarmacia	56	56
3	Medicamento representativo: Losartan	17	17
4	Dosis de tratamiento: 50 mg	14	14
5	Forma farmacéutica: Tabletas	37	37
6	Intervalo de administración: Cada 12 horas	36	36
7	Vía de suministro: Oral	39	39
8	Tiempo de tratamiento: Hasta 7 días.	18	18

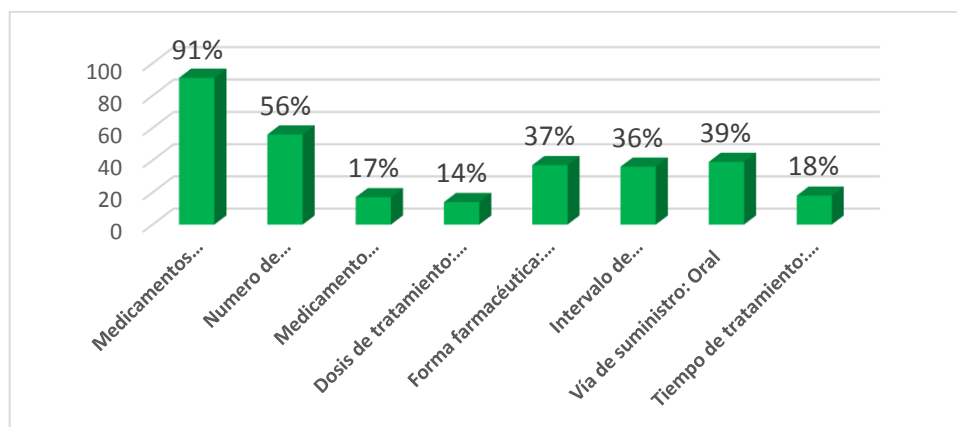


Figura N° 27: Resumen de las características del tratamiento farmacológico.

Interpretación: En la tabla y gráfico, se observa las características del tratamiento farmacológicos, observándose que el 91% de los medicamentos del tratamiento de las enfermedades geriátricas son prescritas; el 56% de las prescripciones son polifarmacias, el Losartan, es el medicamento con mayor frecuencia, representado por el 17%; el 14% del tratamiento farmacológico es dosificado por 50 mg., la forma farmacéutica es las tabletas con el 37%, el intervalo de administración, está representado por el cada 12 horas, con el 36%; La vía de suministro es el oral, representada por el 39% y por último el tiempo de tratamiento es hasta 7 días, representada por 18% de la población en estudio.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis

En las tablas del 2 al 7, se encuentran registrados los datos recogidos donde se señala las características demográficas, donde se puede señalar que la tabla 2, se registra que el 68% de la población en estudio, vive en zona urbana y el 32% vive en zona rural. En la tabla 03 se indica que el 67% de la población en estudio, no cuenta con ingreso económico; el 28%, su ingreso esta entre los 1000 a 2000 soles; el 3% tiene un ingreso de 500 a 1000 soles y el 2%, tiene un ingreso de más de 2000 soles. En la tabla 4, se indica que el 35% de la población, tiene una edad de entre 71 a 80 años; el 32% la se encuentra entre 61 a 70 años; el 20%, su edad se encuentra entre 50 a 60 años; el 12%, su edad esta entre los 81 a 90 años y el 1%, su edad se encuentra entre 91 a 100 años. En la tabla 5, se señala que el 55% de la población en estudio es de sexo femenino y el 45% es de sexo masculino. En la tabla 6, se indica que el 48% de la población, tiene estudios primarios; el 48%, tiene estudios secundarios y el 2% tiene estudios superiores. En la tabla 7, se indica que el 53% de la población es trabajador dependiente; el 30% es ama de casa y el 17% es independiente. El resumen de las características demográficas, se encuentra en la tabla 8, donde se registran las respuestas más representativas, señalando que el 68% radican en zona urbano; el 67% no tiene ingreso económico; el 35% tiene edad entre 71 a 80 años; el 55% es de sexo femenino; el 96% estudio primaria y secundaria; y el 53% son trabajadores dependiente. La tabla 9, indican los valores del análisis estadísticos de las características demográficas más representativas. La tabla indica que de 6 datos analizados, se tiene una mediana de 61.0%, una media de 62.3%, una desviación estándar de 20.4%, un coeficiente de variación de 32.7%, un valor máximo de 96.0% y mínimo de 35.0%, haciendo un rango de 61.0%. Todos estos datos analizados con un nivel de confianza del 95.0%. El valor del coeficiente de variación, al ser mayor que el 30%, nos señala que los datos no son muy representativos de la población, es decir son muy heterogéneos entre sí.

Con respecto a la prevalencia de enfermedades geriátricas cardiovasculares, la tabla 12 señala el resumen de ello, señalando que el 42% de la población, presenta problemas de hipertensión arterial y el 2% cerebro vascular; haciendo una prevalencia de 44% de enfermedades geriátricas cardiovasculares, y el 56% de la población no presenta enfermedades geriátricas cardiovasculares. La tabla 13 muestra los datos del análisis estadístico, donde se registra que de 3 datos analizados, se tiene una mediana de 42%, una media de 33.3%, una desviación estándar de 28., un coeficiente de variación de 84.1%, un valor máximo de 56% y mínimo de 2%, haciendo un rango de 54%. Todos estos datos analizados con un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación al ser basta mayor al 30%, nos da entender que los datos no son representativos de la población, es decir que son muy heterogéneos.

Los datos de la prevalencia de enfermedades geriátricas metabólicas, se encuentran registrados en las tablas del 14 al 17. En la tabla 16, se indica que el 19% padece de diabetes y el 1% padece de osteoporosis. El 80%, no presenta enfermedades geriátricas metabólicas. La tabla 17, señala los datos del análisis estadístico, señalando que de los 3 datos analizados, la mediana es 19%, la media 33.3%, la desviación de 41.4%, un coeficiente de variación de 127.2%, con un dato máximo de 80% y un mínimo de 1%, dando como rango 79%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación, al ser demasiado elevados, es decir que es superior al 30%, nos indica que los datos son demasiados heterogéneos y por lo tanto no son representativos de la población.

Sobre la prevalencia de enfermedades geriátricas reumáticas, las tablas 18 al 21, registran los datos recogidos de la población. En la tabla 20, se señala que el 9% de la población presenta artritis y el 1% presenta artrosis. El 90%, no presenta enfermedades geriátricas reumáticas. Estos datos indican que existe una prevalencia de 10% de enfermedades geriátricas reumáticas. La tabla 21, registra los datos del análisis estadístico, indicando que, de los 3 datos, la mediana es 9%, la media 33.3%, la desviación estándar de 49.2%, un coeficiente de variación de

54.7%, con un dato máximo de 90% y un mínimo de 1%, dando como rango de 89%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%. El valor del coeficiente de variación, al ser mayor que el 30%, nos indica que los valores son heterogéneos y que no representan a la población.

Las tablas 22 al 25, se registran los datos recogidos sobre la prevalencia de enfermedades geriátricas respiratorias. La tabla 24 señala que el 2% de la población, presenta asma bronquial y el 2% presenta neumonía. El 96% no presenta enfermedades geriátricas respiratorias. Estos datos señalan una prevalencia de 4% de enfermedades geriátricas respiratorias. La tabla 25, indican los valores del análisis estadístico, donde se ve que de 3 datos analizados, la mediana es 2%, la moda 2%, la media 33.3%, la desviación estándar de 54.3%, un coeficiente de variación de 162.8%, con un dato máximo de 96% y un mínimo de 2%, dando como rango de 94%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%. El valor de coeficiente de variación, al ser demasiado elevados, nos señala que los datos son muy heterogéneos y por lo tanto no son representativos de la población.

Así mismo, al referirse sobre la prevalencia de enfermedades geriátricas neuronales, en las tablas 26 al 30, se registran los datos recogidos. La tabla 29, señala que el 1% presenta demencia senil, el 1% Parkinson y 1% Alzheimer. Estos datos, dan una prevalencia del 3% en enfermedades geriátricas neuronales y el 97% no presenta. En la tabla 30, se registran los datos del análisis estadístico, donde se señala que de los 4 datos, la mediana es 1%, la media 25%, la moda 1, la desviación estándar de 48%, un coeficiente de variación de 192%, con un dato máximo de 97% y un mínimo de 1%, dando como rango de 96%. Todos estos datos fueron analizados con un nivel de confianza del 95%. El coeficiente de variación, tiene un valor muy elevado, señalando que los datos son demasiados heterogéneos y por lo tanto no representa a la población.

Por último, la identificación de las características del tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas, se encuentran registradas en las tablas 31 al 44.

En la tabla 44 se encuentra registrados el resumen de las características del tratamiento farmacológico de las enfermedades geriátricas, los valores registrados, son los más representativos de la población; en la tabla se señala que el 91% de los medicamentos del tratamiento de las enfermedades geriátricas son prescritas; el 56% de las prescripciones son polifarmacias, el Losartan, es el medicamento con mayor frecuencia, representado por el 17%; el 14% del tratamiento farmacológico es dosificado por 50 mg., la forma farmacéutica es las tabletas con el 37%, el intervalo de administración, está representado por el cada 12 horas, con el 36%; la vía de suministro es el oral, representada por el 39% y el tiempo de tratamiento es hasta 7 días, representada por 18% de la población en estudio.

4.2. Discusiones

Rebagliati, Runzer, Horruitiniere, Lavaggi, & Parodi (2012), en el estudio, señalan que la edad promedio fue de 78 años y el sexo predominante es masculino con el 61.9%; dentro de las características del tratamiento farmacológico, el 91.4% su tratamiento farmacológico es polifarmacia. Con respecto a la enfermedades geriátricas más prevalente, se encuentran la hipertensión arterial, con el 69.2%, estreñimiento con el 56,1%, diabetes mellitus tipo 2 con el 46,3%, malnutrición y caídas con el 35,2%, incontinencia urinaria con el 28% y hipotirodismo con el 16%. De estos resultados, la edad es compartida, con la edad de la población del presente estudio, los cuales en promedio tienen una edad de entre los 71 a 80 años; este resultados también es compartida con los reportes de Del Aguila, Schérmul, & Yabar (2014), donde señalan que la edad de su población de estudio es de 73 años. Con lo que respecta al sexo, en el presente estudio predomina el sexo masculino, muy por lo contrario a los resultados de Rebagliati, et al; pero, de igual resultado a lo que presenta Del Aguila, Schérmul, & Yabar (2014), quienes señalan que el sexo femenino es el predominante en su población de estudio.

Con lo referido a las enfermedades geriátricas más predominantes del presente estudio, son la hipertensión arterial, con una prevalencia del 42%, la diabetes con

el 19% y la artritis, con el 9%. Estos resultados son compartidos con los reportes de Rebagliati, et al, quienes señalan, como enfermedad con mayor prevalencia a la hipertensión arterial (69.2%) y a la diabetes (46.3%). En el mismo sentido, Quispe & Roncal (2013) reportan a la hipertensión arterial (20%) como una de las enfermedades más prevalentes y Del Aguila, Schérmul, & Yabar (2014), encontró dentro de sus resultados que la hipertensión arterial tiene una prevalencia de 26.7% en la población de estudio. Asimismo, Suarez & Chavarriaga (2014), señala que el 42.4% de su muestra de estudio, presenta hipertensión arterial y el 12.4% presenta diabetes. Guerrero & Yépez (2014), reportan que el 95% de su población en estudio, presente hipertensión arterial. Castillo (2015), reporta una prevalencia de 29% para hipertensión arterial, 21% para diabetes, 17% artritis y 13% osteoporosis; de estas enfermedades, la hipertensión arterial, la diabetes y la artritis son compartidas con los del presente estudio. Piñáñez & Re (2015), también señala a la hipertensión arterial (91%) y la diabetes (23%), como las enfermedades más prevalentes de su población estudiada. En el mismo sentido Morales, et al. (2016), reportan a la hipertensión arterial (55.6%) y la artrosis/artritis (34.7%), como enfermedades que presenta la población estudiada. Rivera (2017), señala que la prevalencia de hipertensión arterial es de 31.8%, diabetes 19.4% y el 10.6% presenta Alzheimer y Parkinson.

Estos estudios señalan que, las enfermedades geriátricas con prevalencia representativa de las diferentes investigaciones realizadas en poblaciones distintas, son la hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Las características del tratamiento farmacológico, de las enfermedades geriátricas de la población estudiada en la presente investigación y compartida con otras investigaciones, está dada por la polifarmacia (56%) y que el medicamento con mayor prevalencia en las prescripciones médicas es el Losartan, (17%). Resultados compartidos con Morales, et al. (2016), quienes señalan que el 51.9% consumen medicamentos para el sistema cardiovascular. Rivera (2017), señala que la frecuencia de pacientes con polifarmacia fue del 45,3% y que el fármaco con mayor prescripción son los antibióticos, medicamento que no es compartido

en el presente estudio. Flores & Molina, P. (2018), reporta que el 60.4% de la población estudiada, son prescriptos con polifarmacia.

V. CONCLUSIONES

5.1. Del objetivo general

Las enfermedades geriátricas más prevalentes están representadas por las enfermedades cardiovasculares y metabólicas, las características del tratamiento farmacológico están representadas por medicamentos prescritos, polifarmacia, Losartan como medicamento representativo, con una dosificación de 50 mg, tabletas como forma farmacéutica, con un intervalo de administración cada 12 horas, vía de suministro es el oral y 7 días de tratamiento.

5.2. De los objetivos específicos

Los factores sociodemográficos de los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro, están representadas por una población que radica en zona urbano; sin ingreso económico; la edad se encuentra entre los 71 a 80 años; de sexo femenino; con grado de instrucción de primaria y secundaria y, que son dependientes de su familia.

La prevalencia de la enfermedades geriátricas cardiovasculares es del 44% en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro.

La prevalencia de la enfermedades geriátricas metabólicas es del 20% en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro.

La prevalencia de la enfermedades geriátricas reumáticas es del 10% en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro.

La prevalencia de la enfermedades geriátricas respiratorias es del 4% en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro.

La prevalencia de las enfermedades geriátricas neuronales es del 3% en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro.

Las características del tratamiento farmacológico en los pacientes con enfermedades geriátricas, atendidos en el Centro de Salud “Comunidad Saludable I-3” del A.H. Luis Miguel Sánchez Cerro., están representados por: Los medicamentos del tratamiento de las enfermedades geriátricas son prescritas; las prescripciones son polifarmacias; el Losartan, es el medicamento más representativo; la dosificación por 50 mg; la forma farmacéutica son las tabletas; el intervalo de administración, está representado por el cada 12 horas; la vía de suministro es el oral y por último el tiempo de tratamiento es hasta 7 días.

VI. RECOMENDACIONES

Obtenidos los resultados y dadas las conclusiones se recomienda:

Dado que las patologías de mayor presencia en la población estudiada son hipertensión arterial (42 %) y diabetes (19 %), se recomienda que los profesionales de salud presten un mayor interés en capacitar y orientar a la población que acude a los centros de salud sobre los cuidados y dietas preventivas, con el fin de evitar futuras complicaciones a causa de estas patologías.

Los Químicos Farmacéuticos como profesionales de la salud y parte fundamental en la ayuda a mantener la salud de la población, se recomienda fortalecer la farmacia comunitaria y ayudar a entender a los pacientes sobre la importancia de llevar un tratamiento farmacológico correcto. Con estas acciones se evitarían interacciones medicamentosas desfavorables, disminución de la eficacia del tratamiento, automedicación, etc.

Promover la creación de centros de salud especializados en la atención de pacientes geriátricos, ya que en la provincia de Sullana no existen centros especializados para la atención de este tipo de pacientes.

Antes de iniciar terapia medicamentosa con pacientes geriátricos, en lo posible se deben realizar análisis clínicos y socioeconómicos, que ayuden a determinar su función renal y hepática, así como también determinar su estado general, para asegurar dosis necesarias con mejores resultados y a la vez caracterizar su estilo de vida.

Los pacientes geriátricos, por lo general suelen deprimirse frecuentemente, se recomienda a las autoridades competentes gestionar talleres de integración, donde estos pacientes puedan interactuar socialmente, con lo cual se mejoraría

su estado anímico y resultaría muy favorable para sobrellevar las patologías propias de la tercera edad.

Fomentar en los pacientes geriátricos, como en las personas que los tienen a su cargo, que es de vital importancia el consumo de alimentos naturales, ejercicios al aire libre, como también el consumo de agua en cantidad suficiente según sus requerimientos; con el fin de mantener un equilibrio saludable, fortalecimiento de huesos y músculos, así como la eliminación de toxinas perjudiciales para su salud.

Finalmente se recomienda, evitar en lo posible el uso de medicamentos en los pacientes geriátricos a menos que sea estrictamente necesario y siempre procurando que se administren las dosis efectivas mínimas.

VII. AGRADECIMIENTO

A Dios, por su amor y su bondad, que no tienen fin, que me permiten sonreír ante todos mis logros que son resultado de su ayuda, y cuando caigo y me pone a prueba, aprendo de mis errores y me doy cuenta de los dones, que están frente mío para que mejore como ser humano, y crezca profesionalmente.

A mi padre, por ser los principales promotores de mis sueños, gracias a ellos por su confianza y creer en mí, en mis expectativas. Por cada detalle y momento dedicado para aclarar cualquier tipo de duda que me surgiera, agradecerle por la caridad y exactitud con la que enseñó cada clase, discurso y lección.

A mi madre por estar dispuesta a acompañarme, en cada larga y agotadora noche de estudio, agotadoras noches en las que su compañía y la llegada de sus cafés era para mí como agua en el desierto; gracias a mi ella por siempre desear y anhelar siempre lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ávila, Fl. M. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. Revista El residente. 5(2): 49 – 54. México. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2010/rr102b.pdf>.
- Bailón, M. C. y Pilligua, J. K. (2013). Identificación de los factores de riesgos que influyen en los grandes síndromes geriátricos. “Centro de Atención del Adulto Mayor” Santa Elena. 2012- 2013. Universidad Estatal Península de Santa Elena. La Libertad – Ecuador. Recuperado de <http://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/1009/1/IDENTIFICACION%20DE%20LOS%20FACTORES%20DE%20RIESGOS%20DE%20LOS%20GRANDES%20SINDROMES%20GERIATRICOS.pdf>
- Bermúdez, R y Contreras, P. (2016). Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en adultos mayores con diabetes mellitus tipo II de una comunidad mexiquense. Universidad Autónoma del Estado de México. México. Recuperado de: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/66315/TESIS%20%284%29-split-merge.pdf?sequence=3>
- Castillo, A.B. (2015). Enfermedades de los ancianos como causas de abandono familiar. Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20CASTILLO%20GUAM%C3%81N.pdf>
- Castillo, D. M. (2015). Enfermedades de los ancianos como causas de abandono familiar. Universidad Nacional de Loja. Ecuador. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/13457/1/TESIS%20DANIELA%20CASTILLO%20GUAM%C3%81N.pdf>
- Castillo, R. M. (2011). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles en el adulto mayor con necesidad de prótesis total. Tesis para obtener el título de Cirujano Dentista. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/2806/Castillo_kr.pdf?sequence=1

- Melgar, F y Penny, E (2012), Geriatría y Gerontología para el médico internista. Ed. la Hoguera investigaciones. Recuperado de: https://www.smiba.org.ar/archivos/geriatria_gerontologia.pdf
- Del Aguila, C.M., Schérmul, L.A. y Yabar, P.D. (2014). Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud I - 3 San Juan (MINSA) Iquitos 2014. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Iquitos – Perú. Recuperado de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3544/Carlos_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Del Águila, C; Schermuly, L y Yabar, P. (2014), Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (MINSA) Iquitos 2014. UNAP. Perú. Recuperado de: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3544/Carlos_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ministerio de Salud. (2016). Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel. Perú. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>
- Flores, P.H. y Molina, P. (2018). Pluripatología, polifarmacia y prescripción potencialmente inadecuada en pacientes geriátricos en un servicio de hospitalización de agudos en el Hospital Geriátrico San José durante los meses de junio a setiembre del 2017. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. Recuperado de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/8662/Flores_chp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gallo, Fr.J., Giner, V., León, F., Mas, X., Medina, M., Nieto, E. Pérez, A y Varga, Fr. (2014). Osteoporosis Manejo: Prevención, diagnóstico y tratamiento. España. Recuperado de https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/03/Libro_Osteoporosis14_Def.pdf

- García, J. (2009). Estudio de prevalencia de uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores atendidos en atención primaria en salud. Universidad de Chile. Chile Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/qf-garcia_j/pdfAmont/qf-garcia_j.pdf
- Gimenez, S., Pulido, Fr.J. y Trigueros, J. (2008). Guía de Buena Práctica Clínica en Artrosis: Atención primaria de calidad. Ministerio de Salud y Consumo. España. Recuperado de https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_artrosis_edicion2.pdf
- Guerrero, N. y Yépez, M.Cl. (2014). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. Rev. Univ. Salud. 17(1): 121 – 131. Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Diccionario del Cáncer. EE.UU. Recuperado de <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/buscar?contains=false&q=+enfermedades+geri%C3%A1tricas>
- Luengo, C., Maicas, L., Navarro, J. y Romero L. (s.f.). Tratado de Geriátrica para residentes: Síndromes Geriátricos. Recuperado de https://www.google.com/search?biw=1366&bih=542&ei=exz7W__YGGKb5wLkxq-4Dw&q=concepto+de+enfermedades+geri%C3%A1tricas&oq=concepto+de+enfermedades+geri%C3%A1tricas&gs_l=psy-ab.3...20312.23846..24349...0.0..0.168.1864.0j12.....0....1..gws-wiz.....0i71j35i304i39j0i8i7i30j33i10.6S7BMVHQpUk
- Morales, A., Marcella, G., Yarce, E., Paredes, Y.V., Rosero, M. y Hidalgo, A. (2016). Condiciones médicas prevalentes en adultos mayores de 60 años. Rev. Acta Medica Colombiana. 41(1): 21 – 28. Colombia. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n1/v41n1a06.pdf>
- Nieves, E.R., Ponce, I., Medina, D. y Rangel, O. (2016). Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. Rev. Nure Inv. 13(1): 1 – 12. México.

- Orellana, S. (2007). Seguimiento farmacoterapéutico a pacientes ancianos hospitalizados en una unidad geriátrica de agudos. Universidad de Chile. Chile. Recuperado de http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2007/orellana_s2/sources/orellana_s2.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (2015), Informe Mundial del envejecimiento y de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- Mansilla, M. (2000), *Etapas del desarrollo humano*. Recuperado de: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v03_n2/pdf
- Piñáñez, M.Cl. y Re, M.L. (2015). Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay. Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. 2(2): 63-69. Paraguay. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/spmi/v2n2/v2n2a07.pdf>
- Quispe, M. y Roncal, R.Y. (2013). Estilos de vida y enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca, 2013. Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. Recuperado de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/575/T%20618.97%20Q6%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Quispe, M. y Roncal, R.Y. (2013). Estilos de vida y enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca, 2013". Universidad Nacional de Cajamarca. Perú. Recuperado de <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/575/T%20618.97%20Q6%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rebagliati, Cl., Runzer, f., Horruitiniere, M., Lavaggi, G. y Parodi, J. (2012). Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un Centro Geriátrico Militar. Rev Horiz Med. 12(2): 21 – 27. Perú. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3716/371637125004.pdf>

- Rivera, M. (2017). Características de la prescripción farmacológica en el adulto mayor hospitalizado en el hospital regional docente las mercedes Chiclayo, octubre 2016– Enero 2017. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/944/BC-TES-5725.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rivera, M.L. (2017). Características de la prescripción farmacológica en el adulto mayor hospitalizado en el Hospital Regional Docente las Mercedes Chiclayo, octubre 2016 – enero 2017”. Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Lambayeque – Perú. Recuperado de <http://repositorio.unprg.edu.pe/bitstream/handle/UNPRG/944/BC-TES-5725.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rueda, J. (2013). Terapia de los Sentidos como Tratamiento de la Agitación en Pacientes con la Enfermedad de Alzheimer. Universidad San Francisco de Quito. Ecuador Recuperado de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/2089/1/106922.pdf>
- Santino, G. (2014), Interacciones farmacológicas en ancianos hospitalizados utilizando programas informáticos. Universidad de Córdoba. Córdoba. Recuperado de http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/iraci_gabriel_santino.pdf
- Sociedad Española de Reumatología. (2017). Artritis reumatoide. España. Recuperado de https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/50_Artritis-Reumatoide_ENFERMEDADES-A4-v03.pdf
- Suarez, L.E. y Chavarriaga, M.C. (2014). Prevalencia de diabetes mellitus autoreportada y factores asociados en los adultos de 60-64 años de Medellín y Área Metropolitana, participantes en la encuesta nacional de demografía y salud y la encuesta de situación nutricional en Colombia del año 2010. Rev. CES Salud Pública. 5(1): 21-37. Colombia.
- Troncoso, J. (2018). Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Articulo-HTA-Jonathan.pdf>

Xolocotzi, D. (2014). Determinación de la prevalencia del síndrome de fragilidad en adultos mayores de 65 años de la UMF 1 Orizaba. Universidad Veracruzana. Recuperado de: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-David.pdf>

Zaintzea (s.f.). Guía para personas cuidadoras: Principales patologías geriátricas. Recuperado de https://www.busturialdeazaindus.eus/wp-content/uploads/2017/06/4.dependiente_patologia_geriatrica.pdf.

IX. ANEXOS Y APÉNDICES

9.1. Anexos

Anexo N° 01: Instrumento - Prevalencia de Diabetes.

**UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FILIAL SULLANA
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA**

Datos Generales

Zona donde Radica: Rural Urbana

Ingreso Económico: Sin ingreso S/. 500 a S/. 1000 S/. 1001 a S/. 2000
Más a S/. 2000

Edad: 50 a 60 años 61 a 70 años 71 a 80 años 81 a 90 años
91 a 100 años

Sexo: Masculino Femenino

Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Superior

Ocupación: Ama de casa Independiente Dependiente familiar

Código de Historia Clínica:

Prevalencia de enfermedades geriátricas				Prescripción	
Dimensión	Enfermedad	SI	NO	SI	NO
Cardiovasculares	1. Hipertensión Arterial				
	2. Cerebro Vascular				
Metabólicas	3. Diabetes				
	4. Osteoporosis				
Reumáticos	5. Artritis				
	6. Artrosis				
Respiratorias	7. Asma bronquial				
	8. Neumonía				
Neuronales	9. Demencia Senil				
	10. Parkinson				
	11. Alzheimer				
Otros					
Ninguno					
Número de medicamentos	1. Mono medicamento				
	2. Di medicamento				
	3. Tri medicamento				
	4. Tetra medicamento				

Anexo N° 03: Instrumento - Ficha Técnica de Análisis Bibliográfico.

N°	Título de la investigación	Autor	Año	Información Relevante Encontrada
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Anexo N° 02: Evidencias fotográficas

Foto N° 01: Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



Foto N° 02: Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



Foto N° 03: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



Foto N° 04: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



Foto N° 05: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



Foto N° 06: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.

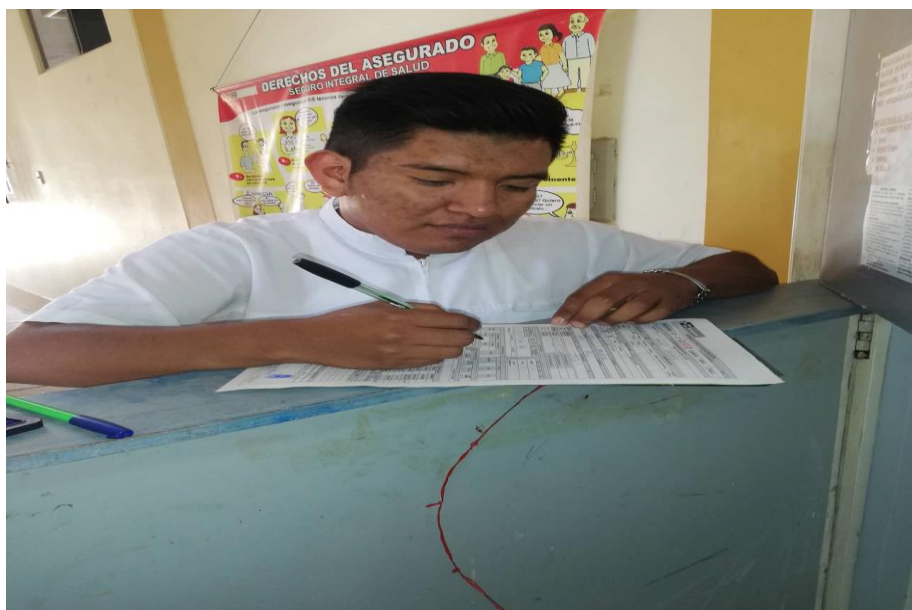


Foto N° 07: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.

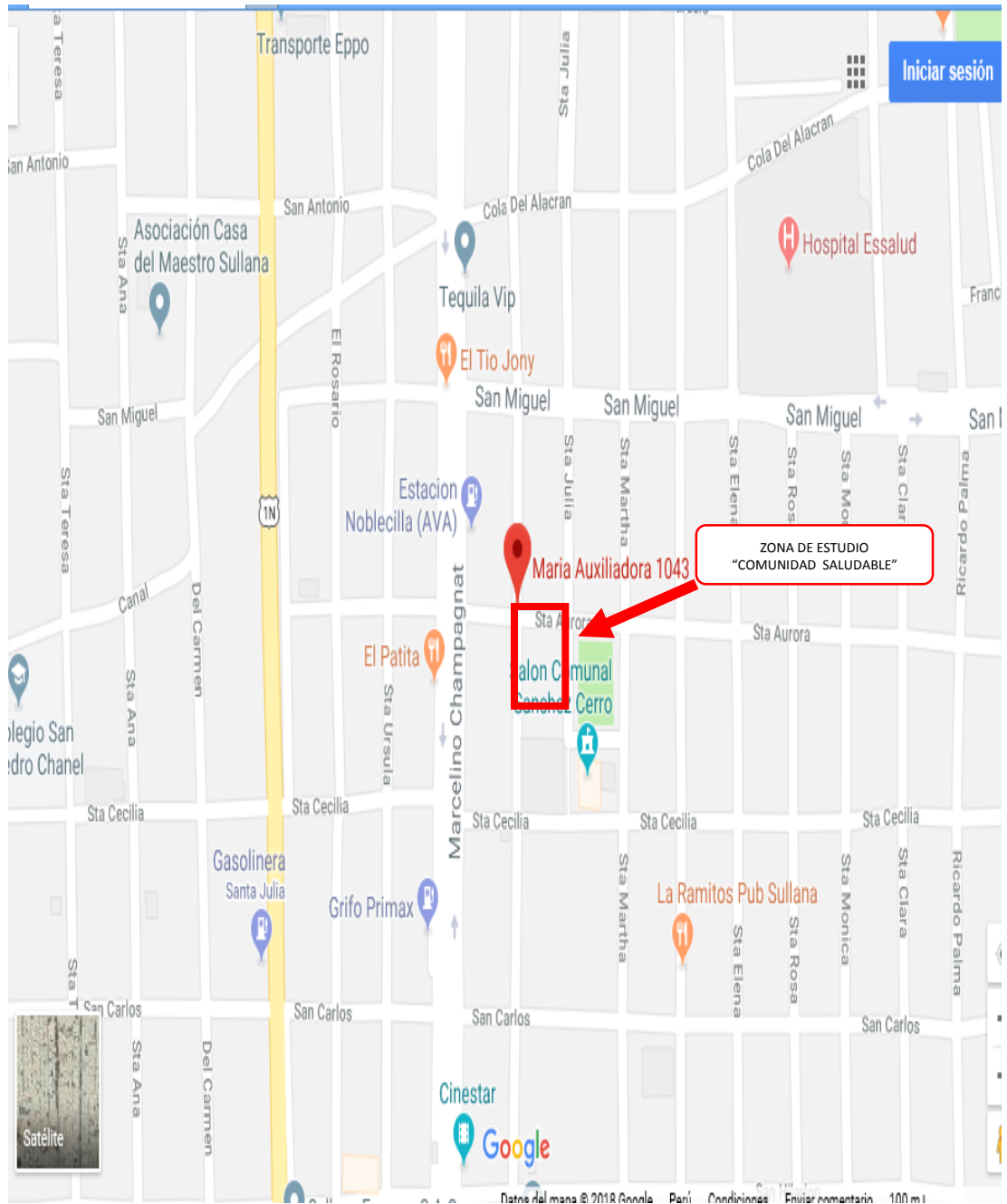


Foto N° 08: Aplicación del instrumento por parte del Investigador en el Frontis del Centro de Salud “Comunidad saludable”.



9.2. Apéndices

Apéndice N° 01: Ubicación geográfica del centro de salud I-3 “Comunidad Saludable”, Sullana.



Apéndice N° 02: Validación del instrumento.



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR ESPECIALISTA

“ENFERMEDADES GERIÁTRICAS Y SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD “COMUNIDAD SALUDABLE”, SULLANA, 2018 – 2019”

Br. Salcedo Vite, Carlos Enrique


ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		
VALIDEZ												
APLICABLE					X	NO APLICABLE						
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR:					DNI:				FECHA:			
Q.F. William Alvarado Feijoo					03677056				13-03-2019			
FIRMA:					TELEFONO:				e-mail:			
 Q.F. William Alvarado Feijoo CQFP 21577 SERVICIO FARMACIA					977220887				willferalfe@hotmail.com			



FICHA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR ESPECIALISTA

“ENFERMEDADES GERIÁTRICAS Y SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD “COMUNIDAD SALUDABLE”, SULLANA, 2018 – 2019”

Br. Salcedo Vite, Carlos Enrique

ÍTEM	CRITERIOS A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1	X		X		X		X		X			
2	X		X		X		X		X			
3	X		X		X		X		X			
4	X		X		X		X		X			
5	X		X		X		X		X			
6	X		X		X		X		X			
7	X		X		X		X		X			
8	X		X		X		X		X			
9	X		X		X		X		X			
ASPECTOS GENERALES										SI	NO	OBSERVACIONES
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										X		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X		
VALIDEZ												
APLICABLE					X	NO APLICABLE						
APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES												
VALIDADO POR:					DNI:			FECHA:				
Felipe Ortiz Coloma					42389091			13-05-14				
FIRMA:					TELEFONO:			e-mail:				
 F. FELIPE ORTIZ COLOMA DNI: 42389091 SULLANA, 10153					988563027			Focoortiz@metromail.com				

Apéndice N° 03: Cargo de recepción de la solicitud de permiso para ejecutar el proyecto de tesis en el Centro de Salud “Comunidad Saludable”.

“AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD”

SOLICITO: Autorización para la ejecución de Tesis para Obtener el Título Profesional de Químico Farmacéutico.

Señora Dra. Daniela Raquel Peña Valdivia
Jefa del Centro de Salud “Comunidad Saludable”.

Yo, Carlos Enrique Salcedo Vite , Identificado con DNI N° 46935776 , con domicilio legal Calle santa Úrsula N° 726 Urb. Santa Rosa , egresado de la Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica de la Universidad San Pedro, filial Sullana. Ante Ud. Con el debido respeto que se merece me presento y expongo:

Que, al haber culminado mis estudios y haber obtenido mi Grado de Bachiller y proseguir con la obtención de mi Título Profesional, para lo cual me es necesario realizar mi tesis titulada “Enfermedades geriátricas y su tratamiento farmacológico del centro de salud “Comunidad Saludable”, Sullana, 2018 - 2019”; por ello pido a usted me autorice y dé las facilidades para la ejecución y culminación de la misma.

Razón por la cual me dirijo a su digno despacho con la finalidad de contar con su apoyo y de esta forma culminar con éxito mi trabajo de investigación.

POR LO EXPUESTO:

A usted ruego se sirva acceder a mi solicitud.

Gracias que espero alcanzar de su respetable despacho.

Sullana, 12 de febrero del 2019


.....
Br. Carlos Enrique Salcedo Vite

