



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

## **“MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA”**

**“Caracterización de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020”**

### **Autores:**

- Bra. Chryssa Karellia Lazo Morales
- Bra. Jeiling Junieth Quintanilla Palacios

### **Tutor:**

Dr. Wilbert Daniel López Toruño  
Médico y Máster en Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
UNAN-Managua

Managua, Nicaragua Octubre 2021

## **Dedicatoria**

El presente trabajo investigativo lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y darnos fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí.

A nuestros hermanas (os) por estar siempre presentes, acompañándonos y por el apoyo moral, que nos brindaron a lo largo de esta etapa de nuestras vidas.

A todas las personas que nos han apoyado y han hecho que el trabajo se realice con éxito en especial a aquellos que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

## **Agradecimiento**

Agradecemos a Dios por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad, por darnos la sabiduría para poder realizar nuestro trabajo monográfico y terminarlo satisfactoriamente.

A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, al master Dr. Wilbert Daniel López Toruño tutor de nuestro proyecto de investigación quien ha guiado con su paciencia, y su rectitud como docente.

## **Opinión del Tutor**

La presente investigación titulada: "**Caracterización de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020**" elaborada por las **Bra. Chryssa Karellia Lazo Morales y la Bra. Jeiling Junieth Quintanilla Palacios**, contiene los elementos pertinentes y apropiados para el abordaje basal de la apropiación comunitaria de los datos actualizados de este programa tan importante como lo es el Programa en Atención a los Pacientes Crónicos o conocido como Dispensarizados.

Es importante destacar el esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud mediante el actual modelo de salud "MOSAFC" que permite abordar de manera integral la información sobre las diferentes patologías que se encuentran en las comunidades, principalmente en los grupos más vulnerables como son los adultos mayores.

En los últimos años se ha obtenido datos más actualizados al trabajo colaborativo de la comunidad organizada con el sector salud lo que permite brindar elementos oportunos para las intervenciones eficientes y eficaces, tal es el caso de los programas de dispensarizados que maneja el MINSA, en el que se lleva el control de cada uno de dichos pacientes.

Aprovecho para felicitar a las futuras colegas por el excelente trabajo realizado y las insto a seguir formándose académicamente para brindar una atención médica con mayor calidad y sobre todo humanismo y calidez humana.

---

**Wilbert López Toruño MD. MPH.**  
**Tutor Metodológico**  
**Máster en Salud Pública**  
**UNAN Managua**

## **Resumen**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es un gran problema de salud pública, las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Alrededor de 41 millones de personas mueren cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Y solo en la región de las Américas se calculan 5,5 millones las muertes por ECNT cada año. Es por ello que se realizó la presente investigación con el objetivo de determinar las características de los pacientes ingresados en el programa de crónicos tendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020. Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo, tomando a los 140 pacientes ingresados en el Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora durante el año 2020. Resultando que las edades predominantes fueron entre 51-60 años, femeninas, urbana, escolaridad primaria y amas de casa. La mayoría de los pacientes padecían de enfermedades Reumáticas, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II. En su mayoría tienen familiares con hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo II. En los hábitos tóxicos son personas sedentarias y consumen bebidas carbonatadas. La mayoría de los pacientes tiene entre 4-6 años de ser paciente crónico, toman ente 2-3 medicamentos, dentro de los medicamentos que más consumen se encuentran Ibuprofeno, Enalapril, Aspirina y metformina, un alto porcentaje de los pacientes acude a consulta y retira sus medicamentos en tiempo y forma. La condición de los pacientes está controlada con su tratamiento.

**Palabras claves:** Enfermedades Crónicas, Centro de Salud Jesús Zamora, HTA, DM

## ÍNDICE

Dedicatoria.....	<a href="#">i</a>
Agradecimiento.....	<a href="#">ii</a>
Opinión del Tutor.....	<a href="#">iii</a>
Resumen.....	<a href="#">iv</a>

### CAPITULO I: GENERALIDADES

1.1 Introducción.....	1
1.2 Antecedentes.....	2
1.3 Justificación.....	4
1.4 Planteamiento del Problema.....	5
1.5 Objetivos.....	6
1.6 Marco Teórico.....	7

### CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 23

### CAPITULO III DESARROLLO

3.1 Resultados.....	31
3.3 Análisis de los resultados.....	33
3.3 Conclusiones.....	36
3.4 Recomendaciones.....	37

### CAPITULO IV BIBLIOGRAFÍA

4.1Bibliografía.....	38
----------------------	----

### CAPITULO V: ANEXO

5.1 Instrumento de recolección de la información.....	40
5.2 Tablas y Gráficos.....	42

## **CAPITULO I: GENERALIDADES**

### **1.1 Introducción**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) es un gran problema de salud pública, las ECNT son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Alrededor de 41 millones de personas mueren cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. Y solo en la región de las Américas se calculan 5,5 millones las muertes por ECNT cada año.

La morbilidad y mortalidad por ECNT se incrementa prácticamente por años, no solo con el envejecimiento poblacional al aumentar la expectativa de vida, sino que se incrementa en edades muy activas de la vida.

Según las estadísticas de la OMS, las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones) son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ECNT. Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como: la urbanización rápida y no planificada, la generalización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. (OMS, 2017)

Datos recaudados por la Central Intelligence Agency (CIA), en Estados Unidos, desde 2008 y publicados hasta el 2015 por The World Fact Book (Libro Mundial de Datos), muestran un ranking de 191 países con el porcentaje de personas obesas por nación en el cual indican que América Central y el Caribe comprenden un territorio que se mueve entre el 34,70% y el 7,90% de personas obesas y concretamente, Nicaragua se ubica en el puesto número 81 a nivel mundial con una proporción de 22.20 personas obesas de cada 100. (Trincheraonline, 2015).

La presente investigación pretende obtener un panorama general de las características de los pacientes con diagnósticos de estas enfermedades que conforman el grupo más prevalente y mortal como son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora de Managua, durante el año 2020.

## 1.2 Antecedentes

### A nivel Internacional

En el 2018, Barrio-Cortes y colaboradores en su estudio “*Grupos de morbilidad ajustados: características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en Atención Primaria*” analizaron a 18,107 personas en un estudio observacional, descriptivo encontrando que la prevalencia de pacientes con al menos una enfermedad crónica fue de 54.4%, clasificándolos como alto riesgo (4.5%), medio riesgo (18.1%) y bajo riesgo (77.4%). La edad media fue de 55.7 años, mujeres (61.4%), el 3% estaba inmobilizado, el 61.2% tenía multimorbilidad, el 16.2% estaba polimedicado, sin embargo la edad mayor de 65 años, el sexo masculino, la inmovilidad, el número de enfermedades crónicas y los contactos con la Atención Primaria >7 fueron los factores asociados al alto riesgo. (Barrio-Cortes, y otros, 2020)

En el 2018, González-Rodríguez & Cardentey-García en su estudio “*Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores*” en donde se analizaron 348 adultos mayores mediante un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, encontrando que la mayoría es del sexo femenino, de 75 a más años y la hipertensión arterial es la enfermedad crónica más prevalente, la mayoría tenía antecedentes de ECNT en familiares de primer grado y el hábito de fumar seguido del sedentarismo y la obesidad prevalecieron en este grupo. (González-Rodríguez & Cardentey-García, 2018)

En el 2017, Vásquez-Revilla y colaboradores en su estudio “*Características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad crónica*” analizaron a 284 pacientes en donde la incidencia de enfermedad crítica crónica fue del 10%, la media de días de estancia en UCI fue de 17 días y los días de estancia intrahospitalaria fue de 45.9 días. La mortalidad fue de 18 al 28% en los pacientes con y sin enfermedad crítica crónica respectivamente. La mortalidad hospitalaria fue del 50% y egresaron del hospital el 32% de los pacientes crónicos. (Vásquez-Revilla, Rodríguez-Revilla, Raymundo-Aguilar, Gaytán-Sánchez, & Terrazas-Luna, 2017)



## **A nivel Nacional**

En el 2016, Baltodano en su tesis *“Factores de riesgo de Hipertensión Arterial en pacientes del Hospital Escuela Carlos Roberto Huembes en consulta externa de Empresa Médica Previsional en el periodo de abril 2013 – diciembre 2015”* analizó 225 pacientes (75 casos y 150 controles) demostrando que la Hipertensión fue predominante en hombres con un 53.3% y la edad promedio de 45.3 años y la procedencia geográfica el 100% fueron personas del área rural. (Baltodano-Martínez, 2016)

En el 2016, Rosales & Cajina, en su tesis *“Comportamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el Municipio de Rivas, I semestre 2015”*, analizó a 565 personas con Diabetes Mellitus Tipo 2, concluyendo que la prevalencia de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Municipio de Rivas fue de 14.92%. El rango de edades con mayor frecuencia de las personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 fue de 55-64 años de edad con un 29.2%, el sexo fue femenino con el 68% de los casos y la procedencia con mayor frecuencia fue la urbana con un 64%. Los métodos de diagnósticos fueron: Glucosa plasmática de ayunas o glucosa casual, Prueba de Tolerancia oral a la glucosa (PTOG), Hemoglobina glucosilada y Triglicéridos. (Rosales-López & Cajina-Reyes, 2016)

### 1.3 Justificación

**Originalidad:** Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

**Conveniencia institucional:** El Ministerio de Salud de Nicaragua, lleva el programa de crónicos en el cual se da atención oportuna a todos los pacientes con patología no transmisibles, siendo una de las primeras consultas de atención tanto primaria como a nivel secundario por lo cual esto constituye de interés el presente estudio.

**Relevancia Social:** Al ser las enfermedades crónicas no transmisibles un problema en salud pública en Nicaragua ocasionando severos resultados a nivel del sistema sanitario en cuanto a los costos de la atención, es importante tener caracterizado a estos pacientes es por ello que se vuelve un reto brindar una atención satisfactoria evitando oportunamente las complicaciones que se pueden generar por estas problemáticas.

**Valor Teórico:** Con el presente estudio se pretende aportar a la comunidad científica y al mundo académico y de los servicios de salud principalmente Centro de Salud Jesús Zamora, ubicado en el municipio de Managua, sobre las características principales de los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles

**Relevancia Metodológica:** La importancia y utilidad práctica de la investigación, es caracterizar a los pacientes del programa de crónicos atendidos en el centro de salud Jesús Zamora. Para tener un mejor control de estos pacientes y lograr establecer estrategias de intervención a futuro para evitar complicaciones por cualquiera de estas patología además de controlar la morbi-mortalidad por esta causa y sirva de fuente bibliográfica para futuras consultas investigativas,

## 1.4 Planteamiento del Problema

Las enfermedades no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año. Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2017)

Según el mapa de padecimientos de salud en el año 2020 las enfermedades crónicas representan unas de las consultas más frecuentes a nivel de Nicaragua se reportaron aproximadamente 622,162 pacientes con alguna de esta patología siendo las más comunes; Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades reumáticas, asma bronquial, enfermedades cardiacas, epilepsia, enfermedades renales entre otras. (MINSA-Nicaragua, Mapa de padecimientos de salud, 2020).

Es importante destacar que en el programa de enfermedades crónicas se lleva un seguimiento oportuno hacia estos pacientes sin embargo no se cuenta con investigaciones fundamentadas para poder obtener datos más adecuados y fidedignos, por lo cual se formula la siguiente pregunta de investigación

**¿Cómo son las características de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020?**

De igual manera se sistematizo el problema:

- ¿Cómo son las características sociodemográficas de los pacientes en estudio?
- ¿Cuál es el tipo de enfermedad crónica que padecen los pacientes?
- ¿Cuáles son los antecedentes patológicos personales y familiares en los pacientes crónicos?
- ¿Cuáles son los hábitos tóxicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos?
- ¿Cuál es la evolución y condición de los pacientes crónicos?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General**

- Determinar las características de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020.

### **Objetivo específico**

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.
2. Indagar el tipo de enfermedad crónica que padecen los pacientes.
3. Determinar los antecedentes patológicos familiares en los pacientes crónicos.
4. Identificar los hábitos tóxicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos.
5. Detallar la evolución y condición de los pacientes crónicos.

## **1.6 Marco Teórico**

### **Generalidades de enfermedades crónicas**

Las enfermedades crónicas, no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. El término, enfermedades no transmisibles se refiere a un grupo de enfermedades que no son causadas principalmente por una infección aguda, dan como resultado consecuencias para la salud a largo plazo y con frecuencia crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

Estas condiciones incluyen cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas. Muchas enfermedades no transmisibles se pueden prevenir mediante la reducción de los factores de riesgo comunes, tales como el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la inactividad física y comer alimentos poco saludables. Muchas otras condiciones importantes también se consideran enfermedades no transmisibles, incluyendo lesiones y trastornos de salud mental. (OPS-OMS, 2018).

### **Datos estadísticos a nivel Mundial**

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año.

Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. (OPS-OMS, 2018)

## **Datos a Nivel Nacional de las enfermedades crónicas**

Según el mapa de padecimientos de salud las enfermedades crónicas se han posicionado dentro de las primeras causas de consulta a nivel primario y secundario en orden de frecuencia la Hipertensión arterial se ubica en primera posición con un total de 231,361 pacientes diagnosticado en el 2020 y una tasa de 583.7 por cada 10,000 habitantes seguido de Diabetes Mellitus con 115,841 pacientes, Enfermedades reumáticas 88,157 pacientes, Asma Bronquial 50,385 pacientes, Enfermedad cardíaca 44,962, Epilepsia 29,761, Enfermedad renal crónica 21,465 pacientes, en menor proporción enfermedades psiquiátricas, enfermedad tiroidea, EPOC, Enfermedades inmunológicas y cáncer. (Mapa salud-MINSA, 2020)

## **Descripción del Programa de Crónicos de Nicaragua**

La atención integral a los pacientes con enfermedades crónicas en cada municipio es responsabilidad del Director Municipal.

Para la organización de la atención de estos pacientes en el municipio, el Director Municipal designará a un miembro de su equipo de dirección. Esta persona, atenderá la organización de los procesos de atención clínica directa, entrega de medicamentos, realización de exámenes de laboratorio, acciones de promoción de la salud y prevención de complicaciones y discapacidades con los enfermos, las familias y la comunidad. (MINSA-Nicaragua, 2012)

En cada establecimiento de salud cabecera de municipio (Centro de Salud Familiar u Hospital Primario), se cuenta con el censo de pacientes con enfermedades crónicas organizado por sector.

### **a. Atención clínica en el programa**

A todas las personas que tengan contacto con los servicios de salud Sistemáticamente se hará búsqueda y detección temprana de factores de riesgo de padecer enfermedades crónicas, realizándoles la medición antropométrica y el cálculo del índice de Masa Corporal, sus signos vitales con la adecuada interpretación de los mismos, así como las conductas de riesgo como fumado, toma de alcohol, sedentarismo, hábitos alimenticios.

Cada paciente con enfermedad crónica debe contar con su expediente clínico, el que debe ser llenado de acuerdo con las normativas.

Los pacientes deberán ser atendidos mensualmente por un miembro del Equipo de salud Familiar y Comunitario (ESAF), al menos cada dos meses por el médico general/servicio social y al menos cada 3 meses con el médico especialista, o según lo considere el especialista tratante. (MINSA-Nicaragua, 2012)

Cuando es atendido un paciente, se prescribe sus medicamentos para un mes en receta oficial que contenga:

- Unidad de Salud
- Nombre y apellidos del paciente
- Cédula
- No. de Expediente
- Señalar que es del componente de atención a pacientes con enfermedades crónicas con las siglas (APEC).
- Medicamento y su cantidad (en número y letras)
- Método de toma del medicamento
- Firma y código del médico (legible)

Se debe garantizar en forma organizada por sector, la realización de los estudios complementarios (laboratorio, ultrasonidos), en el centro de salud. En el caso de requerir ultrasonidos de mayor complejidad se garantizará las citas y en el caso de exámenes de laboratorio contemplados en la norma y que no se realizan en el Centro de Salud Familiar, se procurará el envío de muestras. (MINSA-Nicaragua, 2012)

Se organizarán equipos multidisciplinarios integrados por médicos generales y especialistas existentes en el municipio (internistas, pediatras) nutricionistas, psicólogos, trabajo social, entre otros, según su disponibilidad) quienes evaluarán a los pacientes cuando sea establecido su diagnóstico por primera vez y establecerán el seguimiento acorde con la necesidad del paciente.

A cada paciente se le entregará una tarjeta de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Se le explicará en forma clara a cada paciente la forma de tomar los medicamentos y las medidas de alimentación, ejercicio y hábitos saludables. Además, se les informará la fecha de la próxima cita, haciendo uso de la tarjeta de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas. (MINSA-Nicaragua, 2012)

Se entregará a cada paciente una tarjeta de la Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas, que apoye el reconocimiento de los pacientes y los procesos de atención. El personal de Farmacia al recibir la receta, procederá a entregar el medicamento en forma completa (un mes máximo) al paciente. Ubicando las recetas despachadas a pacientes con enfermedades crónicas (APEC) en un lugar separado para su fácil identificación.

**b. Acciones de promoción y prevención con las Familias y comunidad desde el sector.**

Las acciones de promoción y prevención con las Familias y comunidad en relación las enfermedades crónicas desde el sector las realizará el Equipo de Salud Familiar y Comunitaria integrado por personal de salud y su red comunitaria.

Caracterizar el sector de acuerdo a los principales factores de riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles con énfasis en niños, niñas y adolescentes, identificando la alimentación saludable y la actividad física que se están desarrollando en parques, plazas, escuelas y centros de desarrollo infantil de la comunidad, así como el riesgo del consumo de tabaco/alcohol. (MINSA-Nicaragua, 2012)

En las asambleas periódicas en cada sector con toda la comunidad dejar un espacio para reflexionar sobre factores de riesgos de enfermedades crónicas no transmisibles que incluyen el perjuicio del consumo de tabaco/alcohol, alimentación poco saludable y la importancia de la actividad física.

Formar círculos de pacientes con enfermedades crónicas en forma sistemática para facilitar lazos solidarios entre pacientes y construir relaciones de satisfacción, enriquecimiento espiritual, manteniendo de forma permanente el consejo a los pacientes y familiares.



Organizar caminatas con una duración mínima de 30 minutos diarios (seguidos o fraccionados a lo largo del día), recordando que antes de iniciar y al terminar los ejercicios o caminatas se debe realizar estiramientos del cuerpo para evitar lesiones y dolores musculares.

Coordinar con los círculos de adolescentes y los de pacientes crónicos la promoción de concursos, de actividades físicas, como baile, deportes a fin de propiciar buenos hábitos de salud, bienestar y prevenir la obesidad y fomentar estilos de vida saludable en edades tempranas. (MINSA-Nicaragua, 2012)

Identificar los pacientes con necesidades especiales, tomando de referencia el censo de pacientes con enfermedades crónicas, para programar actividades educativas con ellos y sus familias a fin de superar posibles barreras para su vida saludable.

Identificar el sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de enfermedades crónicas con los censos nutricionales en niños y niñas escolares y de la primera infancia, con participación de la juventud.

Asegurar desde el sector la aplicación de las vacunas a las personas que padecen enfermedades crónicas, con el fin de evitar las formas graves o complicaciones de Neumonías e influenza, acorde a las normas del programa ampliado de inmunización, tomando de referencia el censo de pacientes con enfermedades crónicas.

Realizar visitas en el domicilio a todo nuevo paciente con enfermedades crónicas realizando consejería acerca de la importancia de la toma de los medicamentos y la comprensión, aceptación y puesta en práctica de los consejos brindados para una vida más sana y desde ese momento acordará con él y su familia un plan de cuidado y cronograma de visitas. (MINSA-Nicaragua, 2012)

Visitar a pacientes con enfermedades crónicas en sus domicilios para recordarles la proximidad de sus citas médicas o de retiro de medicamentos para evitar olvido de citas y que se puedan complicar.

Visitar a pacientes que no asisten a sus consultas. Brindar atención y entrega de medicamentos en domicilio a los pacientes con impedimentos para deambular.

## **Enfermedades crónicas**

### **1) Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo modificable de mayor prevalencia en el mundo. Participa en el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular, en la morbimortalidad por eventos cardiacos, cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica, como riesgo continuo sin evidencia de umbral, hasta por debajo de 115/75 mmHg, por lo que la expectativa de vida de estos pacientes se encuentra reducida. (Agusti, 2006).

La hipertensión es el principal factor de riesgo para sufrir una enfermedad cardiovascular. Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta.

La hipertensión es prevenible o puede ser pospuesta a través de un grupo de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso corporal saludable. La OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública, la prevención de la hipertensión arterial a través de políticas para disminuir el consumo de sal, para promover la alimentación saludable, la actividad física y prevenir la obesidad. Promueve y apoya proyectos que facilitan el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión e impulsa la formación de recursos humanos en salud.

La HTA secundaria a procesos endocrinológicos o renales puede presentarse con una sintomatología más específica, a veces incluso bizarra, pero la HTA suele ser, durante muchos años, una enfermedad silenciosa. El primer síntoma, tras años de silencio clínico, puede ser una grave complicación cardíaca en forma de infarto o un accidente cerebral (ictus). Algunos pacientes pueden desarrollar algún tipo de sintomatología previa, en general poco expresiva, como cefalea, ruidos de oídos, sensación de inestabilidad o polaquiuria.

<b>TABLA 1. Clasificación de la presión arterial por niveles</b>			
<b>Grado</b>	<b>PAS</b>		<b>PAD</b>
<b>Óptima</b>	< 120		< 80
<b>Normal</b>	120-129	y/o	80-85
<b>Normal-alta</b>	130-139	y/o	85-89
<b>HTA de grado I</b>	140-159	y/o	90-99
<b>HTA de grado II</b>	160-170	y/o	100-109
<b>HTA de grado III</b>	< 180	y/o	< 110
<b>HTA sistólica aislada</b>	> 139		< 89

HTA: hipertensión arterial; PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica.

<b>TABLA 5. Medidas generales en el control de la hipertensión arterial</b>		
<b>Iniciativa</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Descenso de la PAS (en mmHg)</b>
<b>Pérdida de peso</b>	Mantener el IMC en 19-25%	5-20
<b>Restricción de la sal</b>	Tomar menos de 4 g de sal añadida	2-8
<b>Actividad física</b>	Realizar ejercicios aeróbicos durante más de 30 minutos al día	4-9
<b>Moderar el alcohol</b>	Tomar menos de 30 g al día	2-4
<b>Dieta DASH</b>	Alimentación rica en vegetales y pobre en grasas	8-14

IMC: índice de masa corporal.

La hipertensión es el principal factor de riesgo para muertes por enfermedades cardiovasculares. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en la mayoría de los países de las Américas, y son responsables del 30% de las muertes en la región. Un alto consumo de sal, bajo consumo de frutas y vegetales, uso nocivo del alcohol e inactividad física son los principales factores de riesgo para tener hipertensión. La presión arterial alta combinada con el uso de tabaco, obesidad, diabetes o colesterol alto, aumenta aún más el riesgo de tener una enfermedad cardiovascular. A menos el 30% de la población de las Américas tiene presión arterial alta, y en algunos países ese porcentaje llega hasta el 48%.

Las personas con menos recursos socioeconómicos tienden a tener más riesgo de padecer enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, y tienen menos acceso a la prevención o al tratamiento.

Cada año, millones de personas caen en la pobreza como resultado de los gastos en servicios de salud, vinculados a las complicaciones que les genera la hipertensión.

**Tabla de utilización de Medicamentos** (Normativa 051, 2010)

<b>Fármacos</b>	<b>Dosis (mg/día)</b>
<b>Diuréticos</b>	
Hidroclorotiazida	12.5-50
Espironolactona	25-50
Furosemida	20-80
Indapamida	1.25-2.5
Amilorida	5-10
<b>Bloqueadores alfa adrenergicos</b>	
Prazosin	2-20
Terazosin	1-20
<b>Bloqueadores beta adrenergicos</b>	
Atenolol	25-100
Propranolol	40-160
Metoprolol	50-100
<b>Alfa y beta adrenergicos combinados</b>	
Labetalol	200-800
Carvedilol	12.5-50
<b>Bloqueadores del calcio</b>	
Verapamilo	80-120
Diltiazem	180-420
Nifedipina de larga accion	30-60
Amlodipino	2.5-10
<b>IECAS</b>	
Lisinopril	10-40
<b>Antagonista de los Receptores de</b>	

## 2) Diabetes Mellitus tipo 2

La diabetes mellitus tipo 2 se considera un problema de salud pública mundial; el sobrepeso y la obesidad son los factores de riesgo más importantes asociados con inactividad física y alimentación inadecuada.

En el mundo existen 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus que se duplicarán para el 2030. Para ese año, en América Latina se calcula un incremento de 148 % de los pacientes con diabetes.

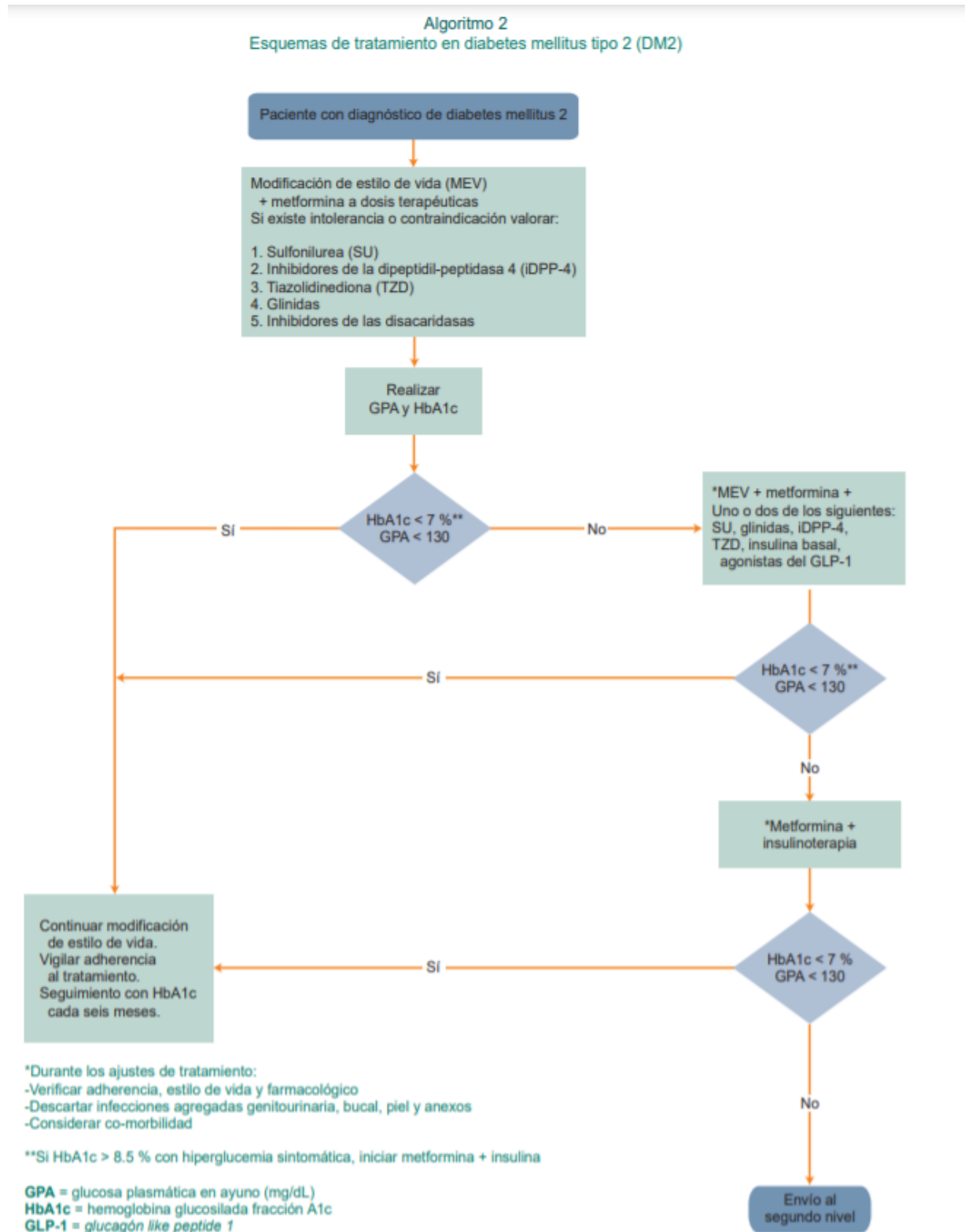
Los criterios bioquímicos de laboratorio convencionales para la confirmación del diagnóstico de diabetes son los siguientes:

- Hemoglobina glucosilada fracción A1c (HbA1c)  $\geq 6.5$  % (prueba estandarizada y realizada en el laboratorio).
- Glucosa en ayunas  $\geq 126$  mg/dL (con ayuno de por lo menos ocho horas).
- Glucosa en plasma a las dos horas  $\geq 200$  mg/dL luego de que se le haya aplicado una prueba de tolerancia oral a la glucosa al paciente (según la técnica descrita por la Organización Mundial de la Salud), por medio de la administración previa de una carga de glucosa anhidra de 75 g disuelta en agua.
- Hiperglucemia o glucemia  $\geq 200$  mg/dL. (IV)

### Tratamiento farmacológico

En pacientes con diabetes mellitus tipo 2, obesos o no, el tratamiento con metformina reduce de 1 a 2 % la HbA1c. Cuando hay obesidad, el uso de la biguanida se asocia con pérdida de peso (de 1 a 5 kg), sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. El riesgo de hipoglucemia en pacientes adultos mayores es más frecuente con el uso de sulfonilureas. Ante hiperglucemia posprandial, están indicadas las glinidas o inhibidores de la alfa-glucosidasa, o la insulina de corta o rápida duración. La acarbosa reduce la hemoglobina glucosilada entre 0.5 y 1 %; sus efectos gastrointestinales adversos son motivo de abandono del tratamiento. El riesgo de aumento de peso es similar al de las sulfonilureas, pero la hipoglucemia puede ser menos frecuente con nateglinida que con algunas sulfonilureas. En pacientes no controlados con sulfonilureas, agregar metformina es

más efectivo para el control glucémico que continuar con dosis máximas de sulfonilureas. (Gil-Díaz Velázquez et a, 2013).



### **3) Enfermedades reumáticas**

Las enfermedades reumáticas constituyen un importante problema de salud que afecta tanto a la población infantil como a la adolescente, en la cual se considera potencialmente grave. Se describen en la literatura cerca de 100 enfermedades que afectan a la niñez y la juventud con diferente intensidad. Sobresalen entre las enfermedades reumáticas más frecuentes en la población infantil la artritis idiopática, la espondilitis juvenil, la fibromialgia, el lupus eritematoso sistémico y la fiebre reumática (FR).

Algunos de los padecimientos reumáticos también afectan a la población adulta y a los adultos mayores e impactan fundamentalmente en la calidad de vida de los pacientes, ya que sus complicaciones y sus secuelas influyen en la funcionalidad e independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana. Algunas de estas personas requieren, incluso, del apoyo de personal sanitario o de un cuidador para satisfacer sus necesidades básicas. Esta demanda de cuidados y de atención sanitaria frecuente tiende a acrecentarse durante el proceso de envejecimiento.

La prevalencia, las consecuencias funcionales y el elevado impacto socioeconómico de las enfermedades musculo esqueléticas, las han convertido en un problema de salud pública en Estados Unidos de América y otros países desarrollados

En años recientes, una serie de estudios auspiciados por International League Against the Rheumatism, realizados en países con diferente nivel de desarrollo en América y Asia, mostraron que la magnitud de este impacto, tanto en prevalencia como en la generación de discapacidad parece ser global. En ellos se encontró que la prevalencia de dolor musculoesquelético no traumático en adultos varió entre 7 y 36 %, mientras que la prevalencia de discapacidad atribuible a patología musculoesquelético varió entre 1.4 y 10.4 %. En forma similar, la prevalencia de enfermedades reumáticas tales como los síndromes regionales, osteoartritis, artritis reumatoide, gota y fibromialgia presentaron variaciones relativamente sustanciales.

Estudio realizado en México muestra los siguientes datos:

**Cuadro I**  
Prevalencia de enfermedades reumáticas en 761 adultos de Cantamayec, Yucatán

Diagnóstico	n	Mujer/ hombre	Edad (x) años	Rango	Prevalencia (IC 95 %)
Síndrome					
de dolor regional	47	21/26	49	18 a 84	6.1 (4.5 a 7.9)
Osteoartritis	44	10/34	70	59 a 97	5.8 (4.1 a 7.5)
Artritis reumatoide	36	28/8	71	46 a 97	4.7 (3.2 a 6.3)
Lumbalgia	14	7/7	51	25 a 86	1.8 (1.0 a 3.0)
Fibromialgia	10	10/0	36	22 a 49	1.3 (0.6 a 2.4)
Gota	5	1/4	75	64 a 83	0.7 (0.2 a 1.5)

*IC 95 % = intervalo de confianza de 95 %*

Fuente: (Álvarez NJ, 2005)

### Tratamiento

La mayoría de los fármacos utilizados en Nicaragua son los AINES principalmente el ibuprofeno 400 mg y el diclofenaco 50 mg.

El paracetamol tiene un mecanismo analgésico diferente al de los AINE. Este fármaco proporciona una analgesia sin riesgo de gastrolesividad, nefrolesividad, cardiolesividad, anormalidades en la coagulación o alteraciones en la cicatrización y consolidación ósea que se presentan con los AINE. Dada su seguridad, este fármaco ha sido recomendado como primera línea de manejo para el tratamiento del dolor asociado con osteoartritis. A pesar de la benevolencia aparente del paracetamol se deben tener en consideración algunos aspectos. Su aclaramiento disminuye en el paciente anciano especialmente en el enfermo «frágil». Este factor sugiere que en esta población las dosis administradas deben ser menores a las recomendadas y algunos autores proponen no exceder los 2 gramos al día. (Covarrubias, Alvarado, & Templos, 2021).



#### **4) Asma Bronquial**

Asma se define según la guía GINA (*Global Initiative for Asthma*) 2014 como una enfermedad heterogénea caracterizada por inflamación crónica de la vía aérea que se manifiesta por historia de síntomas respiratorios como sibilancias, disnea, sensación de obstrucción torácica y tos, variables en el tiempo y en intensidad, además de limitación obstructiva variable o reversible de los flujos espiratorios. (Barría, 2015, )

El asma es una de las patologías crónicas más frecuentes, con aumento de la prevalencia en las últimas décadas. Según la ubicación geográfica varía entre el 1% y el 18% de la población. El estudio ISAAC (*International Study of Asthma and Allergies in Childhood*) reportó que la prevalencia de asma en América Latina se incrementa en un 0,32% por año (16,5 a 18,8%) en adolescentes y un 0,07% por año (19,9 a 21,4%) en escolares de menor edad. Aún no se dispone de estudios de prevalencia de asma bronquial en adultos en Chile. Según estudios extranjeros el asma severa afectaría el 5 a 10% de la población total de pacientes asmáticos, sin embargo, representa la mayor carga sanitaria por esta enfermedad

El asma es una enfermedad frecuente de fisiopatología compleja. El asma severa constituye aproximadamente el 5% de la población de asmáticos, sin embargo, representa un desafío clínico y una carga sanitaria importante. Estudios recientes demuestran la existencia de fenotipos en todo el espectro de gravedad. La eosinofilia en esputo y sangre ha demostrado utilidad como marcador de inflamación Th-2 y de respuesta clínica a esteroides, sin embargo, aún no existe mucho conocimiento sobre el asma no-eosinofílica. (Barría, 2015, )

Los tratamientos actuales en asma se enfocan a estrategias de terapia escalonada según severidad, pero en pacientes con asma severa se requiere también del manejo multidisciplinario de las comorbilidades y la determinación del fenotipo, para aplicar terapias más específicas. El desarrollo acelerado de nuevos tratamientos en asma severa como consecuencia del mejor conocimiento de los distintos fenotipos ha ampliado el arsenal terapéutico para un enfrentamiento personalizado y específico en los pacientes con asma severa. Dentro de los grupos farmacológicos se encuentran los corticoides y los antihistéricos los cuales son los más utilizados en Nicaragua.

## 5) Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de defunción en el mundo y se prevé que lo sigan siendo, debido al aumento de su prevalencia en los países con menos recursos y al envejecimiento de la población. Los cambios en la dieta resultan cruciales para explicar el escenario epidemiológico. La alimentación determina también la selección evolutiva de los individuos que poseen las variantes genéticas más apropiadas para sobrevivir en un entorno determinado.

Las enfermedades cardiovasculares son enfermedades del sistema circulatorio, de etiología y localización diversas. Se clasifican en cuatro tipos generales: enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades vasculares periféricas y otras enfermedades. Las dos primeras, las de importancia mayor en magnitud, son responsables de más del 60 por ciento de la mortalidad cardiovascular total. Suelen manifestarse como fenómenos agudos. Se deben, sobre todo, a la obstrucción de los vasos, que impide que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro y termina produciendo la muerte. (Corella & Ordovás, 2007)

Las enfermedades vasculares periféricas afectan a las arterias o a las venas que irrigan las piernas y los brazos. Provocan dificultades para la circulación de la sangre y comportan estrechamiento de los vasos, hinchazón y dolor. Pueden causar isquemia. Cuando afectan a las venas se forman coágulos (trombos) que dan lugar a trombosis venosa. Entre las “otras enfermedades cardiovasculares” destacan las cardiopatías congénitas y la cardiopatía reumática.

En la cardiopatía reumática se producen lesiones en el miocardio y en las válvulas del corazón, debidas a infecciones por bacterias del grupo de los estreptococos. Su frecuencia sirve de parámetro del grado de desarrollo de un país. En las naciones con bajo nivel económico y sanitario, la frecuencia de la cardiopatía reumática es mayor que en los más desarrollados, donde se ha conseguido un mayor control de las infecciones. . (Corella & Ordovás, 2007)

Dado que las enfermedades cardiovasculares guardan una estrecha relación con los factores socioeconómicos, su prevalencia varía según el momento histórico y el país. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades cardiovasculares constituyen hoy la principal causa de muerte en el mundo.

En 2002 fallecieron 16,7 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, el 30 por ciento de todas las defunciones. El primer lugar lo ocupó la enfermedad isquémica del corazón (7,2 millones de defunciones), seguida por las cerebrovasculares (5,5 millones). De los dos tipos de enfermedades cerebrovasculares, aunque con algunas variaciones según los países, la isquémica muestra mayor prevalencia; afecta hasta un 75 por ciento de los casos.

En la actualidad, más del 80 por ciento de las defunciones por enfermedades cardiovasculares se producen en los países de ingresos económicos bajos y medios; en los países más desarrollados, en cambio, la mortalidad por dichas enfermedades está descendiendo debido a la mejora de la asistencia sanitaria. En España, en 2004 las enfermedades cardiovasculares fueron todavía la primera causa de defunción: provocaron 123.867 muertes (el 33,3 por ciento del total). La enfermedad isquémica del corazón ocasionó el mayor número de defunciones. . (Corella & Ordovás, 2007)

## **6) Enfermedad Renal Crónica**

La ERC en el adulto se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (sedimento, imagen, histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal; o un filtrado glomerular (FG)  $< 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$  sin otros signos de daño renal. Las guías KDIGO han introducido a los trasplantados renales independientemente del grado de daño renal que presenten. Se considera el destino final común a una constelación de patologías que afectan al riñón de forma crónica e irreversible. Conlleva unos protocolos de actuación comunes y, en general, independientes de la enfermedad renal primaria. (Real, 2010)

## **7) Otras enfermedades crónicas**

En los años 2017, 2018, 2019 y 2020, las enfermedades crónicas más frecuentes en Nicaragua fueron: Epilepsia, enfermedades psiquiátricas enfermedades tiroideas, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades inmunológicas y los diferentes tipos de cáncer (MINSA-Nicaragua, Mapa de padecimientos de salud, 2020).

## CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

### 2.1 Tipo de estudio:

El enfoque de la investigación es cuantitativo. El estudio es observacional<sup>1</sup>, descriptivo<sup>2</sup> de tipo serie de casos<sup>3</sup>.

### 2.2 Área de estudio:

Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora, ubicado en el Departamento de Managua, Nicaragua.

### 2.3 Universo:

Todos los pacientes ingresados en el Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora durante el año 2020, cuyo dato según el registro de estadística es de 140 pacientes.

### 2.4 Muestra:

El tamaño de la muestra es igual al total de paciente registradas en el universo, es decir al 100% de la población en estudio, que equivale a 140 pacientes.

### 2.5 Muestreo o técnica muestral:

Se realizó un muestreo no probabilístico, debido a que seleccionaron los casos según los criterios de selección, que en esta ocasión fueron todos los registrados durante el año 2020.

### 2.6 Unidades de análisis:

Pacientes ingresados en el Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora durante el año 2020.

### 2.7 Criterios de selección:

---

<sup>1</sup> Es **observacional** ya que se sustenta en el uso de técnicas que permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención.

<sup>2</sup> Es **descriptivo**, ya que el investigador se limita a medir la presencia, características o distribución de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo.

<sup>3</sup> Las **series de casos** se definen como descripciones a profundidad de las condiciones clínicas de los pacientes y su tratamiento, que tienen como finalidad realizar un análisis y una descripción general de los antecedentes de un sujeto, su estado actual y su respuesta a la terapéutica.

**Criterios de inclusión:**

- ✓ Pacientes diagnosticados con alguna Enfermedad Crónica No Transmisibles (ECNT)
- ✓ Pacientes ingresados en el Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora de Managua.
- ✓ Expedientes clínicos completos

**Criterios de exclusión:**

- ✓ Pacientes referido de otra unidad asistencial
- ✓ Pacientes que no presenta evidencia diagnóstica de alguna Enfermedad Crónica No Transmisibles (ECNT)
- ✓ Expedientes clínicos incompletos o no encontrado al momento de la investigación.

**2.8 Variables del estudio:**

**Objetivo 1:** Describir las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

- Características sociodemográficas

**Objetivo 2:** Indagar el tipo de enfermedad crónica que padecen los pacientes.

- Tipo de Enfermedad Crónica

**Objetivo 3:** Determinar los antecedentes patológicos familiares en los pacientes crónicos.

- Antecedentes Patológicos familiares

**Objetivo 4:** Identificar los hábitos tóxicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos.

- Hábitos tóxicos

**Objetivo 5:** Detallar la evolución y condición de los pacientes crónicos.

- Evolución y Condición del paciente

## 2.9 Plan de recolección de la información

### ○ Fuente de obtención de la información:

La fuente de información es secundaria, obtenida de los expedientes clínicos de los pacientes en estudio.

### ○ Técnica de obtención de la información:

La técnica utilizada fue un cuestionario elaborado conforme a los objetivos de la investigación y previamente validado.

### ○ Método de recolección de los datos:

El método utilizado para la recolección de información será mediante la revisión directa de expedientes clínicos por parte de los investigadores, realizando la revisión de los 140 expedientes.

Para la realización de este proceso investigativo, se indagó sobre las líneas de investigación tanto de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua (UNAN Managua) principalmente de la Facultad de Ciencias Médicas, así como del Ministerio de Salud.

Se solicitó autorización por parte del MINSA para acceder a los expedientes y estadísticas del Programa de Crónicos del Centro de Salud Jesús Zamora del año 2020.

Posterior a la identificación y selección de los expedientes clínicos que se analizaron se procedió a validar la ficha de recolección de la información para posteriormente recolectar los datos pertinentes para el estudio investigativo. Cabe destacar que durante el momento de la recolección de la información se tomaron todas las medidas de bioseguridad, principalmente ante COVID 19 y las establecidas por el Ministerio de Salud de Nicaragua, como son el uso obligatorio de mascarilla, lavado de manos y el uso de alcohol, al igual que la distancia entre cada miembro del equipo y personal de salud involucrado.

## 2.10 Operacionalización de variables

Tabla 1: Características sociodemográficas

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Edad	Número de años transcurridos desde el nacimiento hasta el momento de la investigación	Años cumplidos	a) < 30 años b) 31 – 40 años c) 41 – 50 años d) 51 – 60 años e) > 60 años
Sexo	Conjunto de características fenotípicas del individuo	Fenotipo	a) Masculino b) Femenino
Procedencia	Departamento donde habita el participante en estudio	Departamento	a) Nombre del Departamento
Escolaridad	Nivel académico alcanzado por el participante del estudio hasta el momento de llenar el cuestionario	Nivel académico alcanzado	a) Analfabeta b) Primaria c) secundaria d) Universitaria
Ocupación	Actividad laboral que realiza el participante	Actividad laboral	a) Ama de casa b) Obrero c) Comerciante d) Agricultor e) Jubilado f) Otro
Religión	Fe o creencia religiosa que profesa el participante	Creencia religiosa	a) Católica b) Evangélica c) Otro



Tabla 2: Tipo de enfermedad crónica

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Tipo de enfermedad crónica	Patología crónica diagnosticada en el participante	Enfermedad crónica	a) Hipertensión arterial b) Diabetes Mellitus c) Enfermedades Reumáticas d) Asma Bronquial e) Enfermedad Cardíaca f) Epilepsia g) Insuficiencia renal crónica h) Enfermedad Tiroidea i) EPOC j) Cáncer k) Otra

Tabla 3: Antecedentes Patológicos Familiares

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Antecedentes Patológicos Familiares	Enfermedades diagnosticadas en la familia	Hipertensión arterial	a) Si b) No
		Diabetes Mellitus	a) Si b) No
		Enfermedades Reumáticas	a) Si b) No
		Asma bronquial	a) Si b) No
		Enfermedad Cardíaca	a) Si b) No
		Epilepsia	a) Si b) No
		Insuficiencia renal crónica	a) Si b) No
		EPOC	a) Si b) No
		Cáncer	a) Si b) No
		Otra	a) Si b) No

Tabla 4: Hábitos tóxicos

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Hábitos Tóxicos	Actividades o consumo de sustancias no saludables	Tabaquismo	a) Si b) No
		Alcohol	a) Si b) No
		Drogas	a) Si b) No
		Sedentarismo	a) Si b) No
		Consumo de bebidas carbonatadas (gaseosas)	a) Si b) No
		Consumo de comida rápida o chatarra (hamburguesas, hotdog, etc)	a) Si b) No

Tabla 5: Evolución y condición

Variable	Definición Operacional	Indicador	Valor
Evolución y condición del paciente	Características del seguimiento del paciente con enfermedad crónica	Tiempo con la enfermedad	a) < 1 año b) 1 – 3 años c) 4 – 6 años d) 7 – 10 años e) > 10 años
		Cantidad de medicamento	a) 1 b) 1 – 3 c) 4 – 6 d) 7 – 10 e) > 10
		Medicamento de consumo	a) Ibuprofeno b) Enalapril c) Ácido Acetilsalicílico (ASA) d) Metformina e) Beclometazona-Salbutamol f) Insulina g) Carbamazepina
		Retira su medicamento constantemente	a) Si b) No

		Acude a sus citas mensuales	a) Si b) No
		Condición del paciente	a) Controlado b) Descompensado c) Con Complicaciones

### 2.11 Proceso de validación del instrumento:

Dentro de los aspectos principales de una investigación está la confiabilidad y la validez de la información, es por ello que en el presente estudio planteamos los siguientes aspectos:

- a. **La validez de apariencia/interna:** se garantizó por medio de la revisión de expediente clínico de pacientes y uso de la ficha de recolección de datos, por los investigadores. El instrumento de recolección de información fue diseñado y adaptado por los autores, enriqueciéndose con los elementos encontrados en los expedientes clínicos.
- b. **La validez externa:** se obtuvo mediante el abordaje de todos los expedientes clínicos de pacientes que incluían la muestra de inclusión establecidos en el diseño metodológico. De igual manera se hizo un pilotaje previo para la validación de campo del cuestionario y se hicieron los cambios pertinentes para el mejor llenado del mismo.

### 2.12 Análisis de los datos y herramientas estadísticas utilizadas:

Para el proceso y análisis de la información, se utilizó el programa computarizado estadístico SPSS versión 20.0, el cual permitió la elaboración de una base de datos que incluía cada una de las variables en estudio. Una vez generada la base de datos se procedió a la digitación de cada uno de los valores encontrados por ítems, basado en los objetivos del estudio, por cada paciente.

### 2.13 Aspectos éticos:

La investigación se ejecutó de acuerdo a los tres principios universales de Investigación, descritos en el Informe Belmont: Respeto por las personas, Beneficencia

y Justicia. Estos principios se plantearon para orientar y garantizar que siempre se tenga en cuenta el bienestar de los participantes.

Cada uno de los procesos realizados para esta investigación se realizaron bajo la aceptación, supervisión, evaluación y autorización de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNAN Managua y el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa).

En la elaboración de esta investigación no existió conflicto de intereses, no se proporcionó financiamiento por parte del Hospital ni de la Universidad ni de ninguna empresa para la realización del estudio.

## CAPITULO III DESARROLLO

### 3.1 Resultados

El presente estudio titulado "Caracterización de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020", con una muestra de 140 expedientes se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **Características sociodemográficas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los pacientes se encontraban en rango de edad entre 51-60 años 38.6% (54), seguido entre 41-50 años 28.6% (40), mayor de 60 años 19.3% (27), entre 31-40 años 11.4% (16) y menor de 30 años 2.1% (3) (Ver anexo tabla 1).

El sexo predominante fue femenino en un 67.1% (94) y en menor proporción masculino 32.9% (46) (Ver anexo tabla 1).

La procedencia de los pacientes en su mayoría fue urbana 97.1% (136) y rural 2.9% (4) (Ver anexo tabla 1).

En cuanto a la escolaridad prevaleció primaria 65.7% (92), secundaria 26.4% (37), analfabeta 6.4% (9) y universitarios 1.4% (4) (Ver anexo tabla 1).

En la ocupación en su mayoría eran amas de casa 65% (91), seguido de comerciante 17.1% (24), obrero 10% (14), jubilado 5.7% (8), agricultor 0.7% (1) y otra ocupación 1.4% (2) (Ver anexo tabla 1).

#### **Enfermedad Crónica**

Dentro de las enfermedades crónicas que padecían los pacientes en su mayoría fueron Enfermedades reumáticas 69.3% (97), Hipertensión arterial 62.9% (88), Diabetes Mellitus tipo II 39.3% (55), Asma Bronquial 1.4% (23), Epilepsia 10% (14), Enfermedad cardíaca 4.3% (6), EPOC 2.9% (4) y Enfermedad Renal Crónica 0.7% (1) (Ver anexo tabla 2).

### **Antecedentes familiares patológicos**

En los antecedentes familiares se encontró que la mayoría tenía algún familiar con Hipertensión arterial 53.6% (75), Diabetes Mellitus tipo II 34.3% (48), Enfermedad Cardíaca 3.6% (5), Enfermedad renal crónica 3.6% (5), Asma Bronquial 2.9% (4), enfermedades reumáticas 2.1% (3), EPOC 2.1% (3), Epilepsia 1.4% (2) y los que no tenían ningún familiar con alguna enfermedad fueron 30.7% (43) (Ver anexo tabla 3).

### **Hábitos tóxicos**

En los antecedentes no patológicos el 64.3% (90) de los pacientes eran sedentarios, 64.3% (90) consumían gaseosas, 28.6% (40) comida rápida, 15 % (21) consumían tabaco, 10% (14) consumían alcohol y 1.4% (2) consumían drogas (Ver anexo tabla 4).

### **Evolución y condición**

El tiempo de ser paciente crónico en su mayoría tenían entre 4-6 años 62.1% (87), seguido entre 1-3 años 28.6% (40), entre 7-10 años 5.7% (8) y menos de 1 año 3.6% (5) (Ver anexo tabla 5).

En la cantidad de medicamentos que consumen diario el paciente en su mayoría son entre 2-3 medicamentos 75% (105), entre 4-6 medicamentos 21.4% (30) y 1 medicamento 3.6% (5) (Ver anexo tabla 6).

Dentro de los medicamentos que más consumen los pacientes en orden de frecuencia fueron; Ibuprofeno 66.4% (93), Enalapril 47.1% (66), ASA 42.8% (60), Metformina 30.7% (43), Insulina 20.0% (28), Beclometazona + Salbutamol 15% (21) y carbamazepina 10% (14) (Ver anexo tabla 7).

El 96% (135) retiraba en tiempo y forma los medicamentos y 4% (5) no lo realiza. El 92.1% (129) acude a sus citas mensualmente y 7.9% (11) no lo realizaba. (Ver anexo tabla 8).

Con respecto a la condición del paciente el 82.1% (115) estaba controlados, 14.3% (20) estaban descompensados y 3.6% (5) los pacientes presentaban alguna complicación (Ver anexo tabla 7).

### **3.3 Análisis de los resultados**

La investigación realizada con el título "Caracterización de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora, Managua durante el 2020", tomó una muestra de 140 expedientes obteniendo el siguiente análisis:

#### **Características sociodemográficas**

Con respecto a la edad, la mayoría de los pacientes se encontraban en rango de edad entre 51-60 años 38.6% (54), dato que coincide con el estudio de Barrio-Cortes (2018) que planteó que la edad media en su estudio fue de 55.7 años, al igual que el estudio de Rosales & Cajina (2016) quienes identificaron una edad de 55 a 64 años. Sin embargo, en otros estudios la edad predominante fue de 75 años (González & Cardentey, 2018) y en ocasiones de 45 años (Baltodano, 2016). Todo lo anterior en base al tipo de patología crónica. Lo que si se puede asumir que entre más edad mayor probabilidad de enfermedades crónicas se pueden presentar e inclusive aumenta la cantidad de patologías crónicas por persona.

Aunque la mayoría de la población en Nicaragua es del sexo femenino (ENDES, 2011/12) es importante destacar que la literatura internacional plantea que es este sexo el que presenta más riesgo de contraer una ECNT, también se puede asumir que son las mujeres quienes están más pendiente de su salud y visitan cotidianamente al médico. Tal y como lo ratifica Rosales & Cajina (2016), González & Cardentey (2018) y Barrio (2018), quienes en sus estudios también reflejaron el sexo femenino como predominante. En este estudio el 67.1% (94) fueron mujeres.

La procedencia de los pacientes en su mayoría fue urbana 97.1% (136), esto puede deberse a la ubicación geográfica de esta Unidad de Salud, lo que podría explicar la alta cantidad de pacientes catalogados geográficamente en la zona urbana. Aunque también hay estudios que reflejan una ligera asociación entre la población urbana con las enfermedades crónicas debido a los inadecuados estilos de vida como la mala nutrición y los hábitos tóxicos como el alcoholismo y el tabaquismo.

En cuanto a la escolaridad en el presente estudio prevaleció el nivel escolar de primaria con un 65.7% (92), lo que en algunos estudios (Rivera & Quezada, 2021) plantean cierta asociación como en el caso de la ERC quien reporta que aquellas personas que tienen un bajo nivel escolar (analfabetismo) muestran un aumento de más de 2 veces el riesgo de padecer ERC. También que el bajo nivel de escolaridad se ha relacionado con la falta de acceso a información pertinente para el auto-cuidado, como en la adherencia de estilos de vida saludables, principalmente en el caso de la Hipertensión Arterial (Maldonado, 2011).

En la ocupación en su mayoría eran amas de casa 65% (91), esto puede ser asumido desde el punto de vista que la mayoría de los pacientes se encontraban en rangos de edades superiores a los 50 años y del sexo femenino. Sin embargo vale la pena destacar que algunos estudios plantean el estrés laboral como un factor de riesgo para el desarrollo de una ECNT como la Hipertensión Arterial (Ponce y cols., 2019).

### **Enfermedad Crónica**

Dentro de las enfermedades crónicas que padecían los pacientes en su mayoría fueron Enfermedades reumáticas 69.3% (97), Hipertensión arterial 62.9% (88), Diabetes Mellitus tipo II 39.3% (55), siendo estas las enfermedades más frecuentes según las estadísticas nacionales del Ministerio de Salud de Nicaragua en su plataforma digital de MapaSalud (2020). De igual manera los estudios de González & Cardentey (2018) plantean la HTA como la principal ECNT. Cabe destacar que a nivel mundial tanto la Hipertensión Arterial (HTA) como la Diabetes Mellitus son las enfermedades crónicas más prevalentes.

### **Antecedentes familiares patológicos**

En los antecedentes familiares se encontró que la mayoría tenía algún familiar con Hipertensión arterial 53.6% (75), Diabetes Mellitus tipo II 34.3% (48). Al igual que los estudios de González & Cardentey (2018) que encontraron que la mayoría de sus participantes tenían antecedentes de ECNT en familiares de primer grado, también el estudio de Ponce y cols. (2019) que reveló que los antecedentes familiares es un factor de riesgo para padecer Hipertensión Arterial y otras enfermedades crónicas.



## **Hábitos tóxicos**

En los antecedentes no patológicos el 64.3% (90) de los pacientes eran sedentarios, lo que coincide con los estudios de Ponce y cols. (2018), Barrio (2018), Gonzalez & Cardentey (2018), Vásquez y cols. (2017), Baltodano (2016) y Rosales & Cajina (2016) donde la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo para el desarrollo o evolución de una Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de muerte más importante en todo el mundo.

## **Evolución y condición**

El tiempo de ser paciente crónico en su mayoría tenían entre 4-6 años 62.1% (87), lo que indica que los participantes del estudios son pacientes que llevan tiempo conviviendo con la enfermedad, lo que podría valorarse mediante un adecuado manejo de auto cuidado con el fin de evitar complicaciones, esto es corroborado ya que la mayoría de los pacientes se encontraban con diagnóstico de enfermedad crónica controlada.

En la cantidad de medicamentos que consumen diario el paciente en su mayoría son entre 2-3 medicamentos 75% (105), esto es frecuente en los pacientes crónicos ya que no solo tienen una enfermedad sino varias lo que los obliga a una poli medicación, tal y como lo reporta Barrio (2018) y González & Cardentey (2018) en sus respectivos estudios.

Dentro de los medicamentos que más consumen los pacientes en orden de frecuencia fueron; Ibuprofeno 66.4% (93), Enalapril 47.1% (66), ASA 42.8% (60). Tomando en cuenta que la mayoría tiene Enfermedad Reumática y que la edad es un factor para la presentación de diferentes manifestaciones dolorosas, es común encontrar datos de este medicamento en estos pacientes.

Los estudios que reflejan una consulta a tiempo y la toma adecuada de su medicamento indican que el paciente tendrá controlada su patología de base, tal y como lo refleja este estudio que plantea que el 96% (135) retiraba en tiempo y forma los medicamentos, que el 92.1% (129) acude a sus citas mensualmente. La responsabilidad del autocuidado ante estas enfermedades crónicas permitirá a los pacientes a no evolucionar en una complicación.

### 3.3 Conclusiones

- Dentro de las características sociodemográficas se encontró que prevalecieron los pacientes en edades entre 51-60 años, del sexo femenino procedencia urbana, escolaridad primaria y ocupación en su mayoría amas de casa.
- La mayoría de los pacientes padecían de Enfermedades Reumáticas, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II.
- En los antecedentes familiares patológicos se encontró que en su mayoría tienen familiares con hipertensión arterial y diabetes Mellitus tipo II.
- En los hábitos tóxicos se encontró que la mayoría son personas sedentarias y consumen bebidas carbonatadas.
- La mayoría de los pacientes tiene entre 4-6 años de ser paciente crónico, toman entre 2-3 medicamentos, dentro de los medicamentos que más consumen se encuentran Ibuprofeno, Enalapril, Aspirina y metformina, un alto porcentaje de los pacientes acude a consulta y retira sus medicamentos en tiempo y forma. La condición de los pacientes está controlada con su tratamiento.

### **3.4 Recomendaciones**

#### **Al Ministerio de Salud**

- Fortalecer los planes de prevención para las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) articulado con la comunidad organizada en las diferentes unidades de salud.

#### **Al Centro de Salud Jesús Zamora**

- Fortalecer los Programas de Crónicos mediante los clubes de pacientes con ECNT para promocionar el auto cuidado según el diagnóstico de cada enfermedad
- Fortalecer las campañas preventivas contra las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) mediante un estilo de vida saludable.

#### **A los pacientes y familiares**

- Asistir puntualmente a las citas médicas y al retiro de sus medicamentos en la unidad de salud correspondiente.
- Promover en los pacientes y sus familias estilos de vida saludables para evitar sus complicaciones.
- No tomar medicamentos que el médico tratante no recetó, no automedicarse.

## CAPITULO IV BIBLIOGRAFÍA

### 4.1 Bibliografía

- Agusti, R. (2006). Epidemiología de la Hipertensión Arterial. *Acta méd. peruana Lima* , v.23 n.2.
- Álvarez NJ, N. G. (2005). Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral en población adulta rural . *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* , 43(4):287-292.
- Barría, P. (2015, ). Asma severa en adultos: enfoque diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*, Pages 267-275.
- Corella, D., & Ordovás, J. M. (2007). Genes, Dieta y enfermedades cardiovasculares. *Investigación y ciencia* .
- Covarrubias, A., Alvarado, J., & Templos, L. (2021). Consideraciones analgésicas sobre el manejo del dolor agudo en el adulto mayor. *Rev Mex Anest*, 44(1).
- Garnage, W. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Lucha contra las ENT: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259351/WHO-NMH-NVI-17.9-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gil-Díaz Velázquez et a. (2013). Guía de práctica clínica Diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* , vol. 51, núm. 1, pp. 1-16.
- Hernández, R. F. (2014). *Metodología de la investigación*. México:: McGraw-Hill/Interamericana editores, s.a de c.v.
- Mapa salud-MINSA. (2020). *Ministerio de Salud*. Obtenido de Mapa de Padecimientos de Salud: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>

- Ministerio de Salud. (22 de Marzo de 2011). *Plan Nacional Integral de la atención al adulto mayor*. Obtenido de file:///C:/Users/albmo/Downloads/plan\_atencion\_adulto\_mayor\_2011.6733.pdf
- MINSA-Nicaragua. (2012). *Ministerio de salud de Nicaragua*. Obtenido de Guía para la organización de la atención a los pacientes crónicos: file:///C:/Users/albmo/Downloads/AtencinPacientes+conEnf+Cronicas.pdf
- MINSA-Nicaragua. (2020). *Mapa de padecimientos de salud*. Obtenido de Ministerio de salud: <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua/>
- Normativa 051. (Septiembre de 2010). *Protocolo de atención de problemas médicos más frecuentes en adultos*. Obtenido de Ministerio de Salud: file:///C:/Users/albmo/Downloads/N-051-Prot-Aten-Probl-Medicos-mas-Frec-Adultos.6024.pdf
- OMS. (2017). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- OPS-OMS. (2018). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de Enfermedades no transmisibles: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Pineda, E. y. (2008). *Metodología de la investigación*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Piura, J. . ((2012). ). *Metodología de la investigación científica. Un enfoque integrador*. . Managua: : 7ª ed.
- Real, C. (2010). Enfermedad renal crónica. *Accelerating the world's research.*, 28,02.

## CAPITULO V: ANEXO

### 5.1 Instrumento de recolección de la información



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

### Caracterización de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.

Ficha: \_\_\_\_\_ Expediente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### I. Características Sociodemográficas

1. **Edad:** < 30 años \_\_\_\_\_ 31-40 años \_\_\_\_\_ 41-50 años \_\_\_\_\_ 51-60 años \_\_\_\_\_ > 60 años \_\_\_\_\_
2. **Sexo:** Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
3. **Procedencia:** Urbano \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_
4. **Escolaridad:** Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Universidad \_\_\_\_\_
5. **Ocupación:** Ama de casa \_\_\_\_\_ Obrero \_\_\_\_\_ Comerciante \_\_\_\_\_ Agricultor \_\_\_\_\_ Jubilado \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
6. **Religión:** católica \_\_\_\_\_ evangélica \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

#### II. Tipo de enfermedad Crónica

7. Hipertensión arterial: \_\_\_\_\_
8. Diabetes Mellitus: \_\_\_\_\_
9. Enfermedades Reumáticas: \_\_\_\_\_
10. Asma Bronquial: \_\_\_\_\_
11. Enfermedad Cardíaca: \_\_\_\_\_
12. Epilepsia: \_\_\_\_\_
13. Insuficiencia renal crónica: \_\_\_\_\_
14. Enfermedad Tiroidea: \_\_\_\_\_
15. EPOC: \_\_\_\_\_
16. Cáncer: \_\_\_\_\_
17. Otra: \_\_\_\_\_

### III. Antecedentes patológicos Familiares

Patología	SI	NO
Hipertensión arterial		
Diabetes Mellitus		
Enfermedades Reumáticas		
Asma Bronquial		
Enfermedad Cardíaca		
Epilepsia		
Insuficiencia renal crónica		
EPOC		
Cáncer		
Otra		

### IV. Hábitos tóxicos

Hábitos	SI	NO
Tabaquismo		
Alcohol		
Drogas		
Sedentarismo		
Consumo de bebidas carbonatadas (Gaseosas)		
Consumo de comida rápida (Hamburguesa hot dog, etc.)		

### V. Evolución y condición

18. Tiempo en años de ser crónico: < 1 año \_\_\_\_ 1-3 años \_\_\_\_ 4-6 años \_\_\_\_ 7-10 años \_\_\_\_ > 10 años \_\_\_\_
19. Cantidad de Medicamentos que consumen diario: 1 \_\_\_\_ 1-3 \_\_\_\_ 4-6 \_\_\_\_ 7-10 \_\_\_\_ > 10 medicamentos \_\_\_\_
20. Medicamento de consumo según su patología:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
21. Retira su medicamento constantemente: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
22. Acude a sus citas mensuales: Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
23. Condición del paciente: Paciente controlado \_\_\_\_ Paciente descompensado \_\_\_\_  
Paciente con complicaciones por su enfermedad de base \_\_\_\_

## 5.2 Tablas y Gráficos

*Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.*

n=140

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje	
Edad	< 30 años	3	2.1
	31-40 años	16	11.4
	41-50 años	40	28.6
	51-60 años	54	38.6
	> 60 años	27	19.3
Sexo	Masculino	46	32.9
	Femenino	94	67.1
Procedencia	Urbano	136	97.1
	Rural	4	2.9
Escolaridad	Analfabeta	9	6.4
	Primaria	92	65.7
	Secundaria	37	26.4
	Universidad	2	1.4
Ocupación	Ama de casa	91	65.0
	Obrero	14	10.0
	Comerciante	24	17.1
	Agricultor	1	0.7
	Jubilado	8	5.7
	Otro	2	1.4

Fuente: Ficha de recolección de la información



**Tabla 2. Enfermedades crónicas que padecen los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	88	62.9
Diabetes Mellitus II	55	39.3
Enfermedad reumática	97	69.3
Asma Bronquial	23	16.4
Enfermedad Cardíaca	6	4.3
Epilepsia	14	10.0
Enfermedad renal crónica	1	0.7
EPOC	4	2.9

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 3. Antecedentes familiares patológicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Antecedentes familiares patológico	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	75	53.6
Diabetes Mellitus II	48	34.3
Enfermedad reumática	3	2.1
Asma Bronquial	4	2.9
Enfermedad Cardíaca	5	3.6
Epilepsia	2	1.4
Enfermedad renal crónica	5	3.6
EPOC	3	2.1
Ninguno	43	30.7

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 4. Hábitos tóxicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Antecedentes no patológicos	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	21	15.0
Alcohol	14	10.0
Drogas	2	1.4
Sedentarismo	90	64.3
Consumo de gaseosas	90	64.3
Consumo de comida chatarra	40	28.6

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 5. Tiempo de ser paciente crónico en los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Tiempo de ser paciente crónico	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	5	3.6
1-3 años	40	28.6
4-6 años	87	62.1
7-10 años	8	5.7

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 6. Cantidad de Fármacos que consumen los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Cantidad de Fármacos que consume	Frecuencia	Porcentaje
1 Fármaco	5	3.6
2-3 Fármacos	105	75.0
4-6 Fármacos	30	21.4

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 7. Tipo de Fármacos que más consumen los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Tipo de Fármaco	Frecuencia	Porcentaje
Ibuprofeno	93	66.4
Enalapril	66	47.1
ASA	60	42.8
Metformina	43	30.7
Beclometazona+ Salbutamol	21	15.0
Insulina	28	20.0
Carbamazepina	14	10.0

Fuente: Ficha de recolección de la información

**Tabla 8. Condición de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

Condición del paciente		Frecuencia	Porcentaje
Retira sus medicamentos	Si	135	96.0
	No	5	4.0
Acude a sus citas mensualmente	Si	129	92.1
	No	11	7.9
Paciente controlado		115	82.1
Paciente descompensado		20	14.3
Pacientes con complicaciones		5	3.6

Fuente: Ficha de recolección de la información

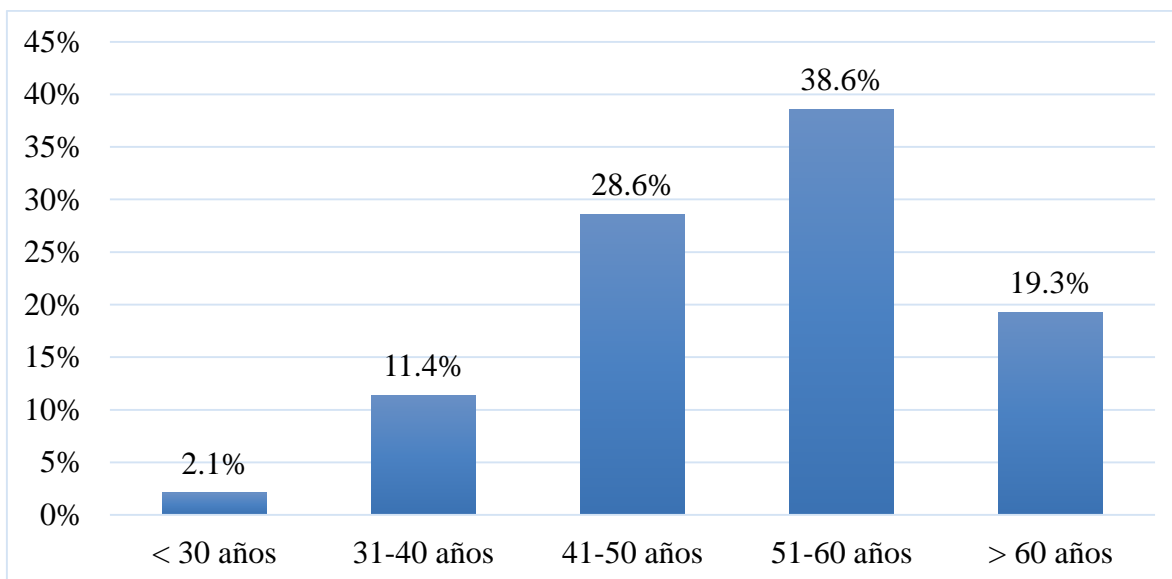
**Tabla 9. Consumo de gaseosas vs Condición de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**

n=140

		Condición de los pacientes						Total	
		Controlado		Descompensado		Con complicaciones			
		F	%	F	%	F	%	F	%
Consumo de Gaseosas	Si	73	63.5	15	75.0	2	40.0	90	64.3
	No	42	36.5	5	25.0	3	60.0	50	35.7
Totales		115	100	20	100	100	100	140	100

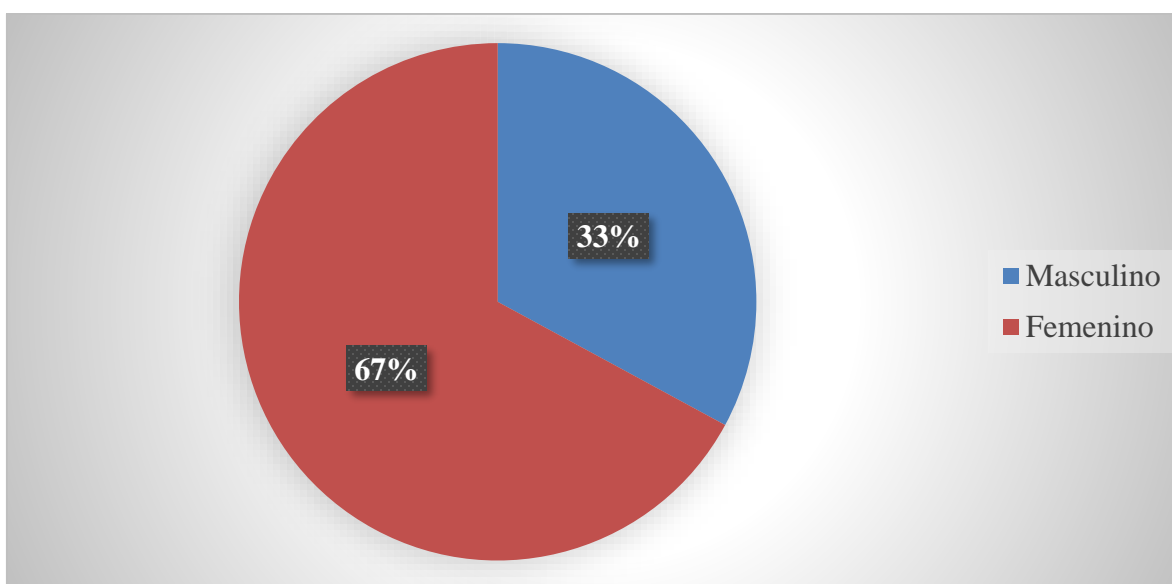
Fuente: Ficha de recolección de la información

**Figura 1. Edad de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



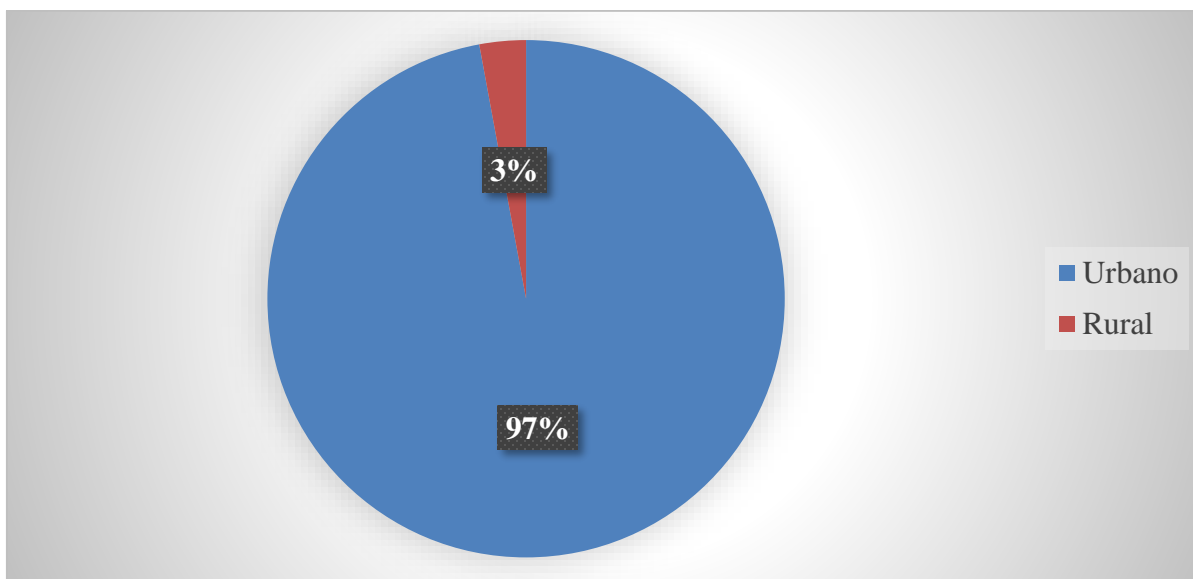
Fuente: Tabla 1

**Figura 2. Sexo de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



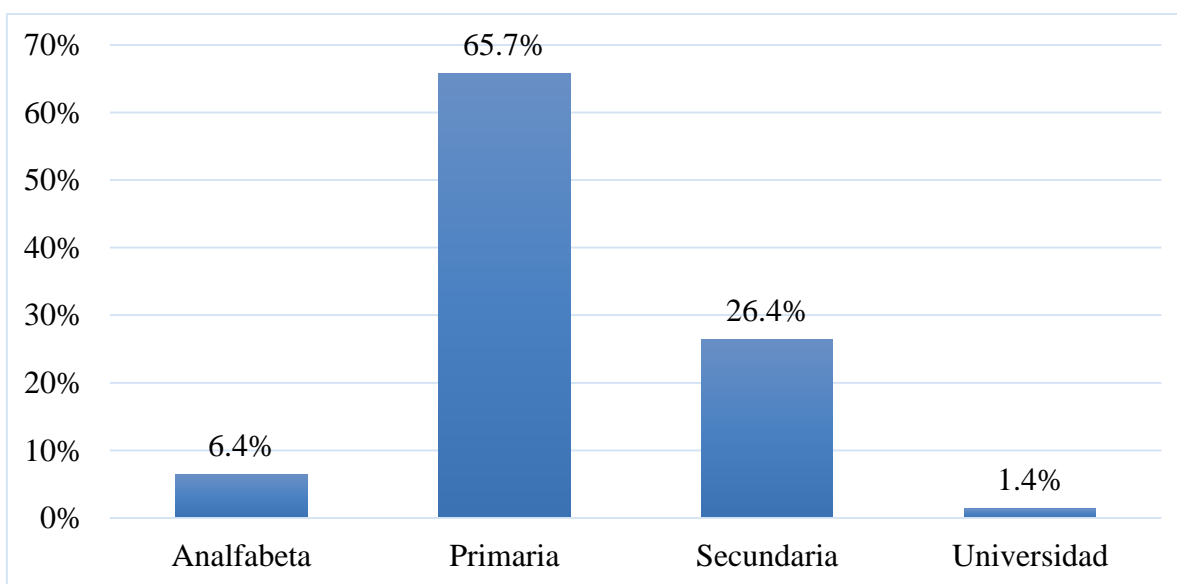
Fuente: Tabla 1

**Figura 3. Procedencia de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



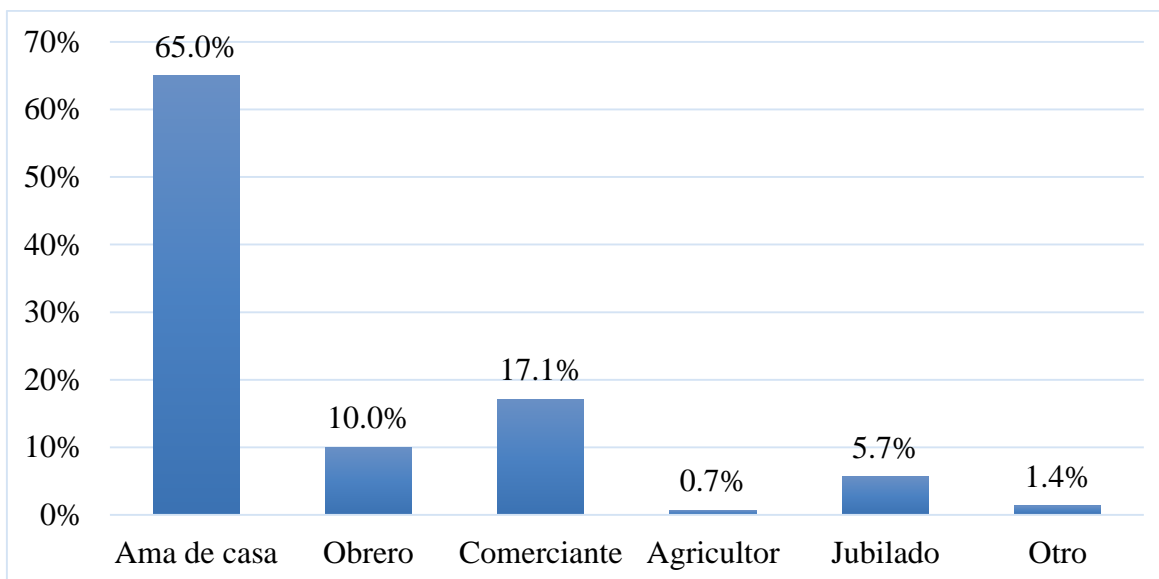
Fuente: Tabla 1

**Figura 4. Escolaridad de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



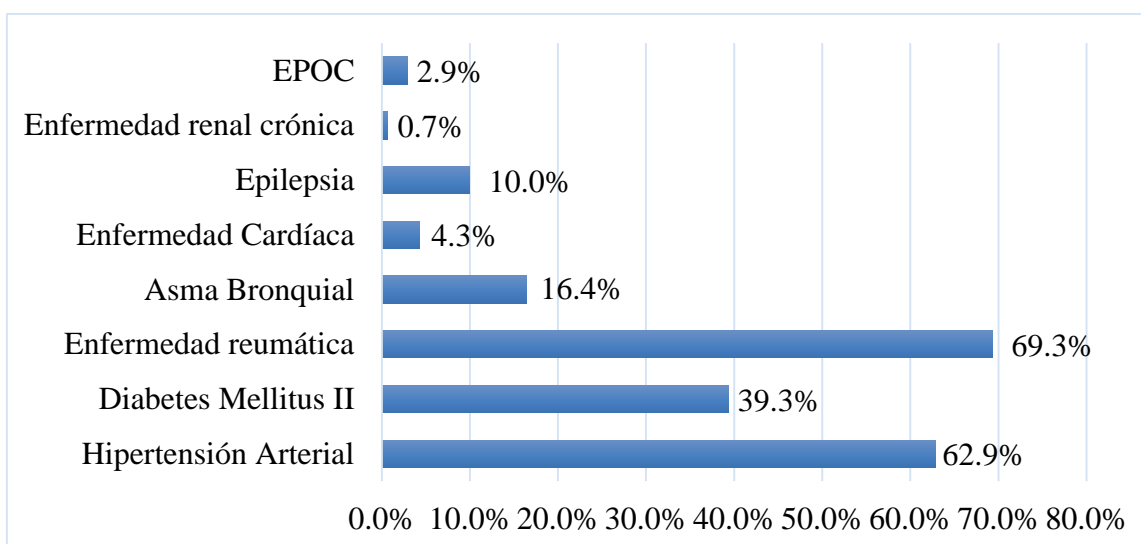
Fuente: Tabla 1

**Figura 5. Ocupación de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



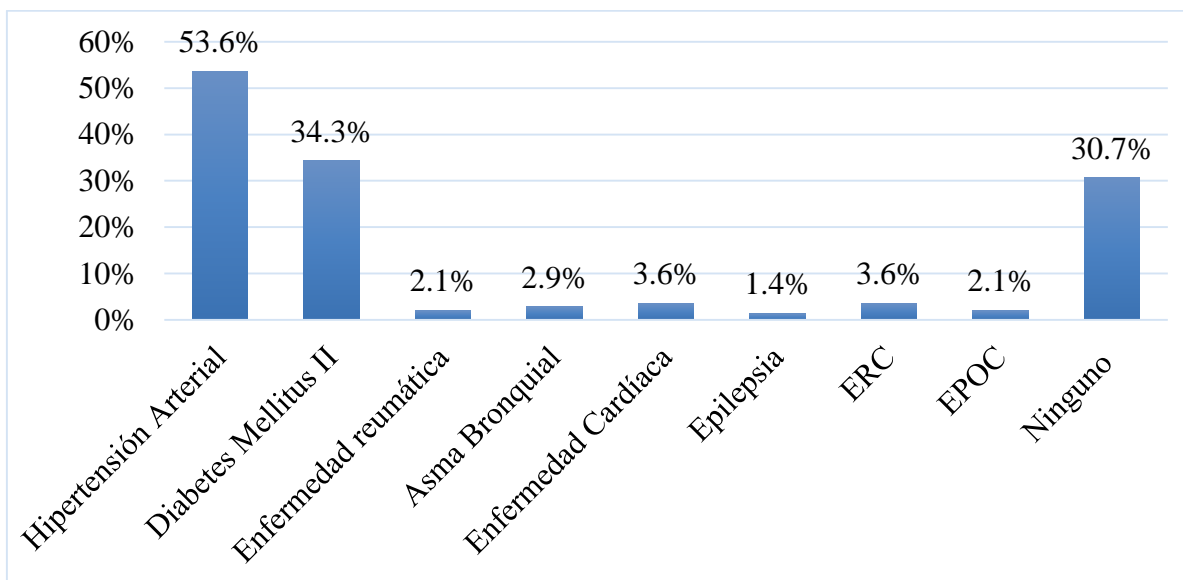
Fuente: Tabla 1

**Figura 6. Enfermedad que padecen de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



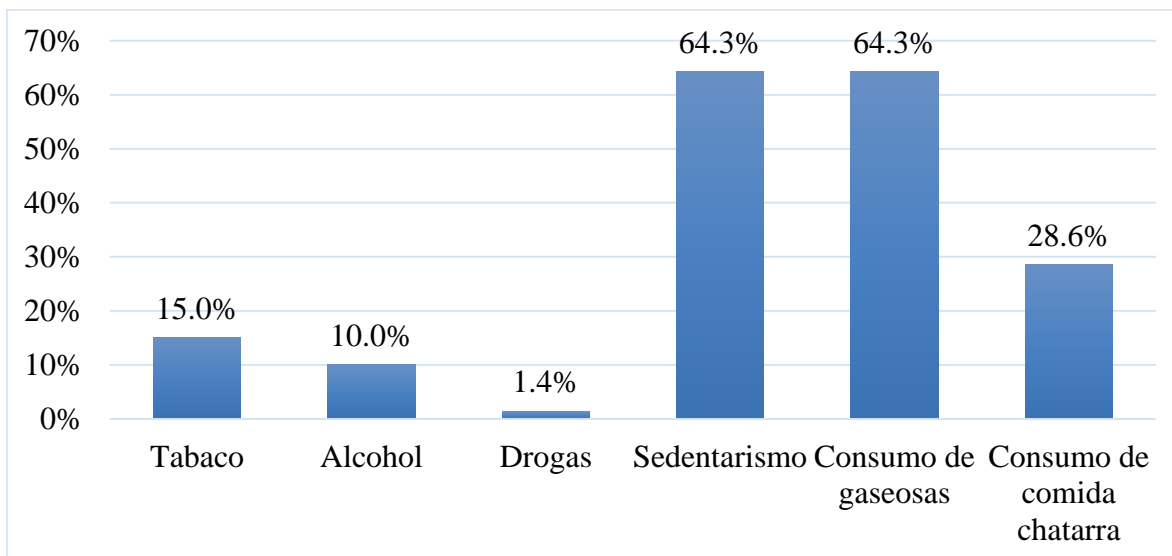
Fuente: Tabla 2

**Figura 7. Antecedentes familiares patológicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



Fuente: Tabla 3

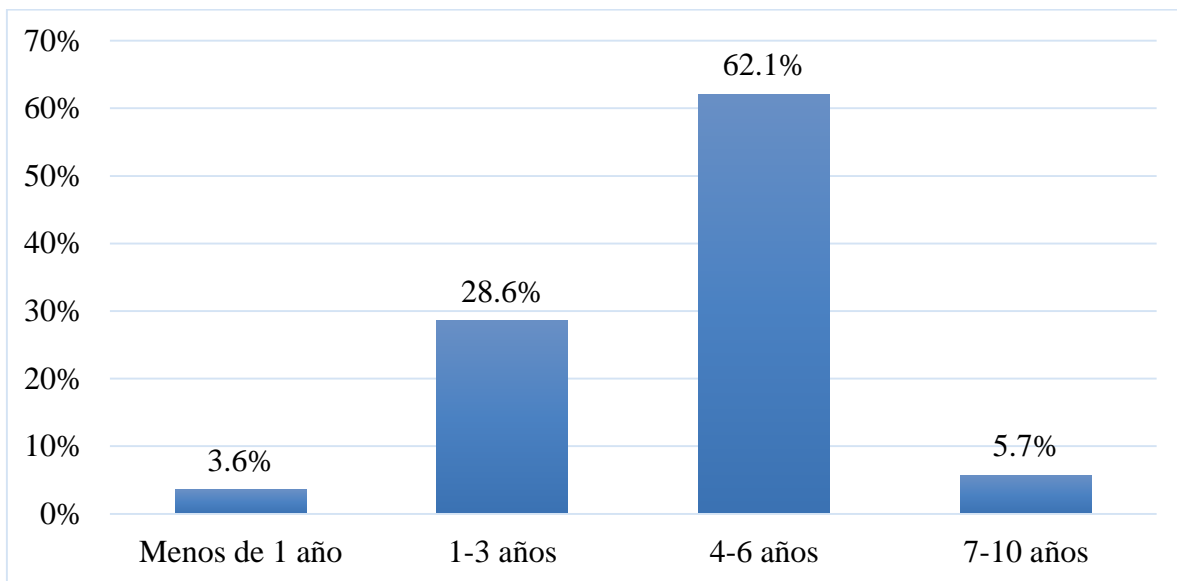
**Figura 8. Hábitos tóxicos de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



Fuente: Tabla 4

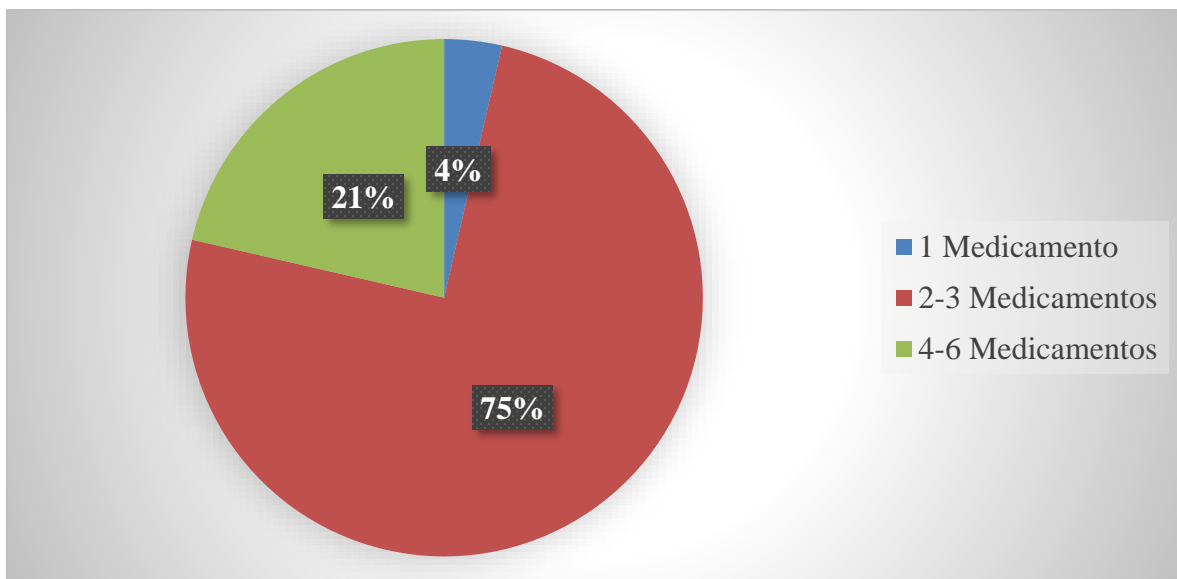


**Figura 9. Tiempo de ser crónico en los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



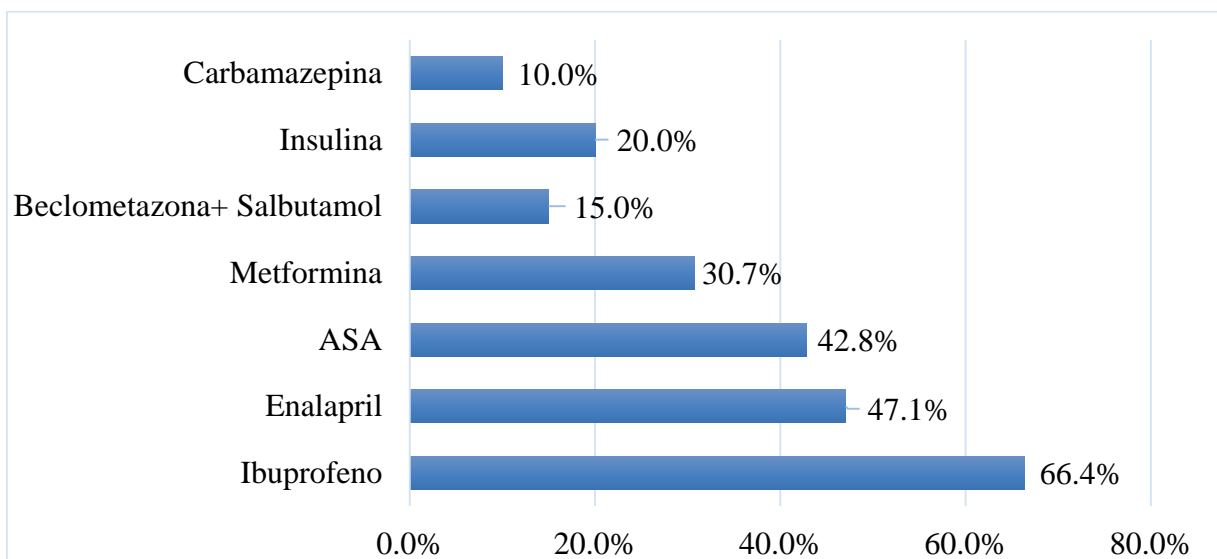
Fuente: Tabla 5

**Figura 10. Cantidad de medicamentos que consumen los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



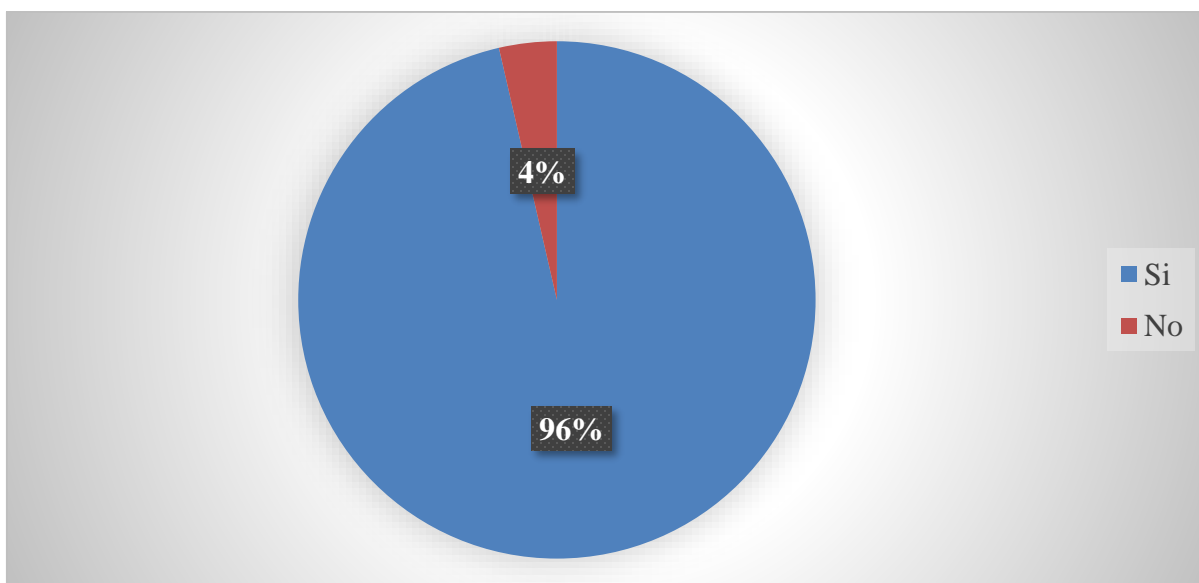
Fuente: Tabla 6

**Figura 11. Tipo de fármaco que más consumen los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



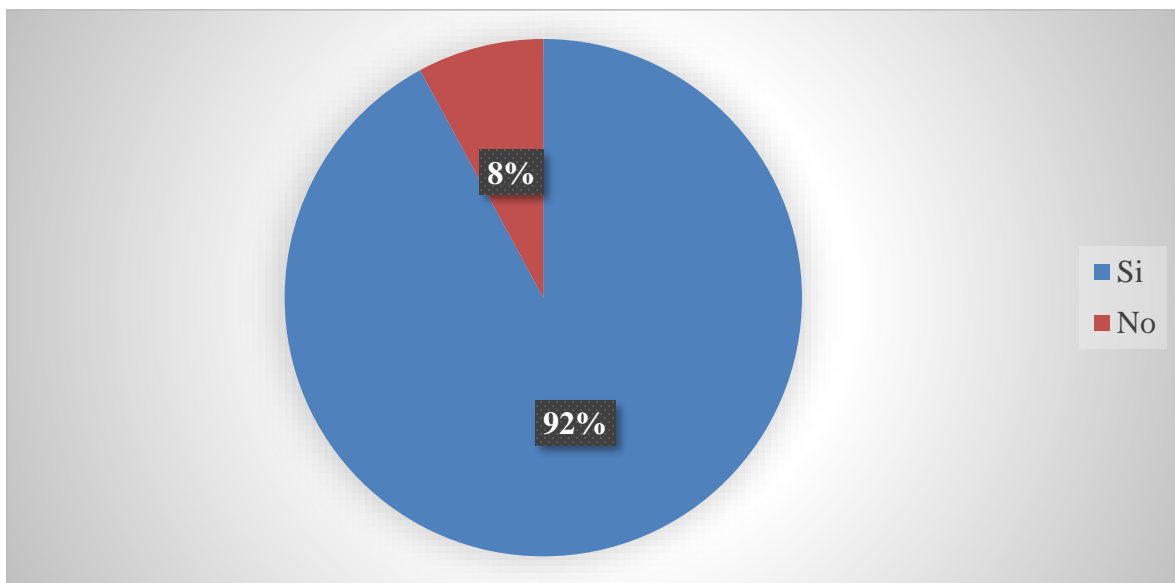
Fuente: Tabla 7

**Figura 12. Retiro de medicamentos constantemente por parte de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



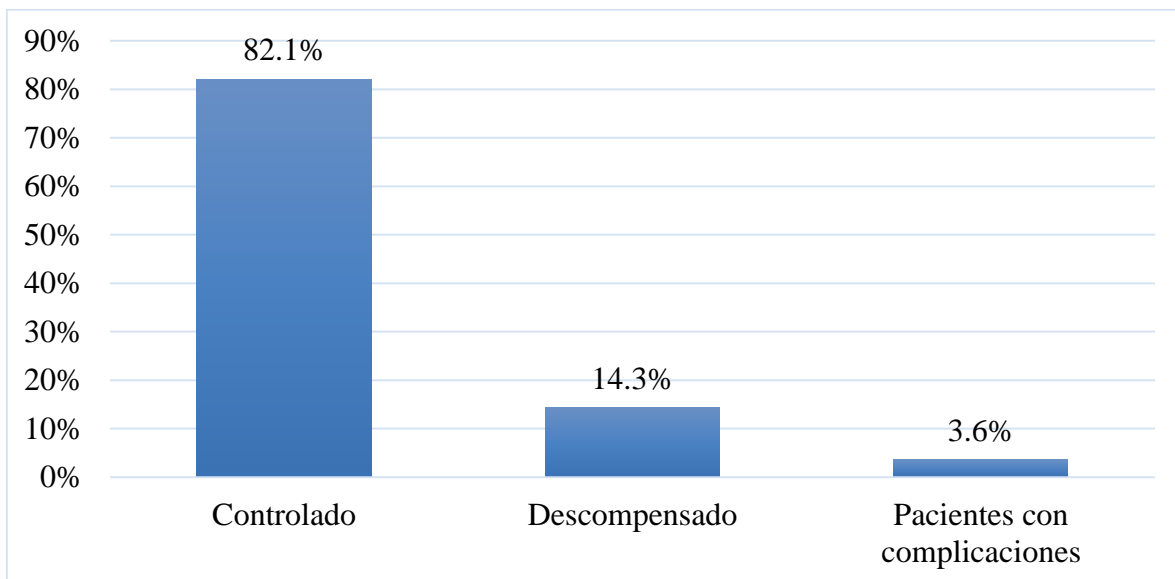
Fuente: Tabla 8

**Figura 13. Pacientes que acuden a sus citas mensualmente ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



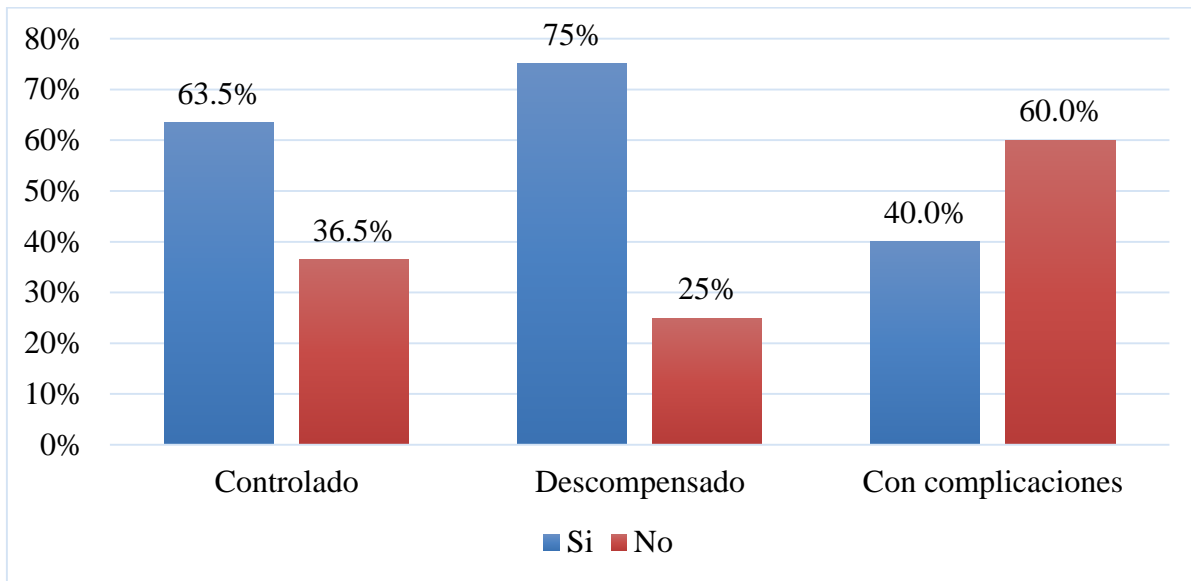
Fuente: Tabla 8

**Figura 14. Condición de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



Fuente: Tabla 8

**Figura 15. Consumo de gaseosas vs Condición de los pacientes ingresados en el programa de crónicos atendidos en el Centro de Salud Jesús Zamora durante el 2020.**



*Fuente: Tabla 8*