

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
Recinto Universitario Rubén Darío
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina



Informe final de Investigación para Optar al
Título de Médico y Cirujano

Comportamiento de la Automedicación en los Adultos de 50 años y más que
acuden al Centro de Salud Benicio Gutiérrez del Municipio de Masatepe - Masaya
Enero a Septiembre 2016.

Autores.

Br. Andrea Celeste Méndez
Br. Gensi Daliana Martínez Rocha

Tutor

Dr. Eladio Meléndez MSSR
Responsable de Epidemiología HAJN

Octubre 2016

Dedicatoria

Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por el buen camino y darme fuerza para seguir adelante y no desmayar ante los problemas que se presentaban.

A **Silvia Méndez Salgado**, mi Madre por este nuevo logro, que con su amor indispensable, ha salido adelante sin importar los inconvenientes y ayudarme en los momentos más difíciles y con los recursos necesarios para ser quien soy.

A mi segunda Madre **Silvia Salgado Palacios**, por ser un apoyo y consejos para ser mejor persona.

A mi apreciado Tesoro **Zaid Jarquín Méndez**, por su comprensión y ser fuente de fortaleza e inspiración cada día de mi vida.

A mis Hermanos y Esposo **Isaac Jarquín González** por su apoyo incondicional en este camino.

Andrea Celeste Méndez.

Dedicatoria

A mis padres y familiares por el deseo de superación y amor que me han transmitido cada día , sabiendo guiar mi vida y brindándome sus esfuerzos y sacrificio por ofrecerme un futuro mejor.

Gensi Martinez Rocha.

Agradecimiento

Primeramente damos gracias a Dios por permitirnos llegar a este momento tan especial de nuestras vidas,

por los triunfos y momentos difíciles que nos han enseñado a valorar mas cada día.

A nuestros padres y familiares por ser los pilares fundamentales que nos han acompañado en nuestro trayecto estudiantil y durante toda la vida.

A nuestros esposos por su comprensión y por sus palabras de aliento en los momentos difíciles.

A nuestros docentes por sus enseñanzas brindadas.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada. Esta conducta impropia adopta la forma de un uso excesivo y peligroso para la salud humana. De cierta manera el concepto de la automedicación por estas circunstancias pone en peligro la salud de las personas, antes que se piense que son beneficiadas, retrasa el tratamiento correcto por que se enmascaran los síntomas. En el municipio de Masatepe es uno de los principales problemas que las autoridades de salud reconoce la falta o escases de medicamento de uso para las enfermedades crónica en el centro de salud. No podemos obviar que la automedicación en este municipio puede ser debido a un arraigo tradicionalista mágico religioso por la proximidad a los pueblos blancos de Nicaragua pero va más allá de uso de sustancia a base hierbas inocuas al uso de fármacos patentados mal usado. Ya se han encontrados daños evidentes por esta prácticas tradicionalista y el desuso de la medicina correspondiente a la enfermedades de base crónicas.

Hay pocos estudios o publicaciones que valoran la real magnitud del consumo de medicamento que haya sido recomendado por un personal entrenado tal como se menciona anteriormente bajo esta iniciativa de beneficio. Y la vez tampoco se ha realizado estudio que demuestren la práctica de la automedicación su frecuencia y las consecuencias de la misma en nuestro país y ninguna investigación se realizado en el municipio de Masatepe sobre la automedicación. Actualmente 3 de cada 4 adultos toman fármacos sin prescripción médica. Este problema genera el 5% de los internamientos hospitalarios y ocasiono cerca de 45,000 muertes. En países subdesarrollados incluyendo Nicaragua, las cifras de daños o consecuencia poco se conocen sus estadistas, ya que no hay reporte y estudios específicos sobre la auto indicación de medicamentos en la población

Se realizó estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo principal que determinar el comportamiento de la Automedicación en los Adultos de 50 años y más que acuden al Centro de Salud Benicio Gutiérrez del Municipio de Masatepe. Masaya. En enero a septiembre 2016.

Se constituyó para este estudio a través de fórmula para población finita una muestra de 293 adultos de 50 y más años del casco urbano del municipio de Masatepe de un total que se conoce que asiste a la consulta por movilidad y dispensarizados por enfermedades crónicas degenerativas. La información fue recolectada directamente de misma unidad de análisis es decir de las mismas personas de adultos mayores y de su familiar más cercano. El instrumento utilizado se elaboró a partir de otros estudios similares realizado en la región latinoamericana.

La información se procesó a través de medio electrónicos utilizando el programa computarizado de SPSS 22.0 PARA Windows donde se hicieron tablas de frecuencia y análisis de cruces de variables de interés como los elementos de la automedicación y el padecimiento de patología crónica o no.

Los resultados demuestran; El 79.9% de los adultos entrevistados tenían edades 50 a 60 años, siendo el 65.2% del sexo femenino. El estado civil que menciono el 52.6% fue unión de hecho estable seguido del 24.2% de casados, el 37.5% refirió ser católico y el 36.2% evangélico. El nivel de escolaridad alcanzado por el 49.1% fue primaria y dijeron 21.9% ser ama de casa. La indagación de las enfermedades que padecen 22.1% señalaron a la HTA, el 11.6% mencionaron a la DM tipo 2, el 8.8% padecen Artritis reumatoides. Se identificó que 96.9% es el total de paciente que toman algún medicamento que consideran útil para su salud sin necesidad que el medico lo recete. El 20.8% que corresponde casi el total de los adultos que mencionaron no tener algún enfermedad crónica realizan esta práctica. Los adultos señalaron que los medicamentos mayormente utilizados son los AINES solo o combinados con otros fármacos, en el primer caso lo usan el 16.3% consumido auto indicado por 12.9% de adultos que padecen alguna enfermedad. Y combinado con el uso de vitamina lo consumen el 23.2%, con el uso de antibiótico el 14.6% del total de los entrevistados.

Conclusión: La cantidad de medicina que más autonsumen es de 1 a 3 fármacos entre ellos analgésico, antibióticos, vitaminas y antigripales, caracterizado por una práctica subestimada de gravedad de la necesidad de consumo, relacionado también a la falta de confianza por los médicos las unidades llena y falta de tiempo para acudir a las unidades de salud.

ÍNDICE

	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	3
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
V. OBJETIVOS	8
Objetivo General	
Objetivos Específicos	
VI. MARCO TEÓRICO	9
6.1. Conceptualización de Automedicación	
6.2. Efecto adverso de los medicamento en adultos mayores	
6.3. Efectos colaterales de los medicamentos en el organismo	
6.4. Razones de la Automedicación	
6.5, Uso de Fármaco en el Anciano	
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	20
7.1 Tipo de Estudio.....	20
7.2 Área de estudio	20
7.3 Población de estudio.....	20
7.4 Operacionalización de variables	22
7.5 Técnica y Procedimiento	26
7.6 Cruce de variables	27
7.7 Aspectos éticos	27
VIII. RESULTADOS	28
IX. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	31
X. CONCLUSIONES	34
XI. RECOMENDACIONES	35
XII. BIBLIOGRAFÍA	36
XIII. ANEXOS.....	38

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada. La mitad de los pacientes no los toman correctamente. Esta conducta impropia adopta la forma de un uso excesivo y peligroso para la salud humana.

En un intento por aliviar la problemática de salud característica de las naciones subdesarrolladas, la OMS ha planteado un nuevo concepto: automedicación responsable. Esto representa la conducta del paciente para tratar sus enfermedades o síntomas con fármacos que han sido aprobados y están disponibles para la venta sin prescripción médica. (Ramirez , Larrubia , Escortell , & Martinez , 2006)

Desde tiempos antiguos los individuos han utilizado técnicas y procedimientos para su autocuidado –remedios caseros, yerbas medicinales o “purgas curativas”— por propia iniciativa o por consejos de otras personas, sin consultar al médico. En la actualidad, esas costumbres han caído en desuso con una variante: se automedican con fármacos de patente prescrito por personal inexperto.

Se consumen muchísimos medicamentos y se observan grandes diferencias entre las cantidades de medicamentos que existen, de un país a otro. En Francia se usan más de 50,000, en Alemania unos 30,000 medicamentos, en España 12,000, en Noruega sólo unos 3,000, en Brasil y Guatemala, más de 12,000, en Perú 20,000, etc... Pero no quiere decir que tantos sean necesarios. Muchos son copias de la misma fórmula farmacéutica y otras combinaciones que muchas veces son innecesarios e inútiles como; mejorar la mente, potenciadores sexuales, para adelgazar, entre otros. De cierta manera el concepto de la automedicación por estas circunstancias pone en peligro la salud de las personas, antes que se piense que son beneficiadas, retrasa el tratamiento correcto por que se enmascaran los síntomas, además del uso de polifarmacia puede generar reacciones indeseables y efectos adversos por interacciones entre varios fármacos. (Ara & Marchand, 2010)

Realmente la automedicación no es un problema particular de la población de Masatepe es obvio que es frecuente en todo el país y en muchos otros del continente Americano. Las

causas son múltiples, el comportamiento y la forma de autocuidado dependen del conocimiento que tenga cada individuo, es poco lo que se conoce sobre este tema en la región, y aunque se ha reivindicado el derecho a la salud a la población en general por parte del gobierno actual, todavía hay muchas brechas que vencer para garantizar la medicina por las diferentes dolencia o bien la consulta ya que es tanta la población que asisten a las unidades que la satura e impiden el acceso aquellos que realmente si la necesitan.

En el municipio de Masatepe es uno de los principales problemas que las autoridades de salud reconoce la falta o escases de medicamento de uso para las enfermedades crónica en el centro de salud. No podemos obviar que la automedicación en este municipio puede ser debido a un arraigo tradicionalista mágico religioso por la proximidad a los pueblos blancos de Nicaragua pero va más allá de uso de sustancia a base hierbas inocuas al uso de fármacos patentados mal usado. Yase han encontrados daños evidentes por esta prácticas tradicionalista y el desuso de la medicina correspondiente a la enfermedades de base crónicas.

II. ANTECEDENTES

A nivel Internacional

Estudio realizado sobre la automedicación en el Adulto Mayor, realizada en la Casa de Atención Integral al Adulto Mayor en la ciudad de Valencia Estado, Carabobo en abril de 2009; se encuentra en la línea de cuidados de enfermería para la promoción de estilos de vida saludable y prevención de riesgos en el adulto joven, maduro y mayor. El objetivo de esta investigación fue evaluar la automedicación en el adulto mayor. El trabajo estuvo enmarcado en un diseño descriptivo, de tipo no experimental. La población del estudio fue de 40 adultos mayores y la muestra de un 50% (20 Adultos Mayores).

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento tipo cuestionario el cual constó de 2 partes: Parte I: Datos sociodemográficos: edad, sexo, con quien vive, trabajo, pensión, ayuda económica, asistencia médica, consumo de medicamentos por su cuenta y cuáles eran los más utilizados. La parte II: estuvo conformada por veinticinco preguntas de escala de Lickert (siempre, algunas veces y nunca) correspondiente a la variable automedicación, arrojó una confiabilidad de 0.81 según Alfa de Crombach y validado por expertos.

Los resultados concluyen que el 40% de los adultos mayores se automedican. Un 25% se automedica para inducir el sueño y en un 5% efectos de exceso de sueño. En un 25% toman protectores gástricos, analgésicos y antiinflamatorios. Teniendo efectos como diarrea y estreñimiento en un 20% y 5%; enrojecimiento de la piel en un 5%. Se piensa que puede haber dependencia física y psicológica. Y la frecuencia de automedicación es cada 24 horas en un 15%. Los medicamentos más consumidos son: En el caso de los protectores gástricos el Omeprazol lo usaban el 15% y el antiinflamatorio fue Ibuprofeno en un 10%. (Boggio & Aranguren , 2009).

Otro estudio realizado López Denis y Moscoso fue para establecer la prevalencia y condicionantes asociadas al uso de medicamentos por cuenta propia por parte de los habitantes de Suba en Bogotá. A través de una muestra aleatoria. Se midieron variables demográficas y se indagó por problemas de salud relacionados con la automedicación

motivos para no consultar al médico y medicamentos consumidos durante las dos últimas semanas. Los resultados demostraron; Que la automedicación fue de 27,3% (IC 95 %, 19,2 % - 35,3 %) y la autoprescripción de 7,7% (IC 95%, 2,8 %-12,5 %). La afiliación al Sistema de beneficiarios de la Seguridad Social en Salud (OR=2,61 IC 95 % 1,4-4,8) está asociado con ésta conducta. No se encontró asociación con otras variables.

Los medicamentos más consumidos por automedicación son analgésicos 59,3%, antigripales 13,5% y vitaminas 6,8%. Los principales problemas por los cuales las personas se automedican son dolor, fiebre y gripa. Las principales razones que se mencionan para no asistir al médico son falta de tiempo 40% y recursos económicos 43%, además de otros argumentos como la percepción de que el problema es leve y la congestión en los servicios de urgencia. (López, Dennis, & Moscoso, 2009)

Otro estudio observacional descriptivo retrospectivo del consumo de medicamentos en el año 2005 -2006. El universo estaba constituido por 1360 pacientes pertenecientes al Sector la Victoria y la muestra de 70 ancianos mayores de 60 años. Se realizó una encuesta, utilizando la estadística descriptiva y frecuencia relativa, obteniéndose los resultados siguientes; Los motivos frecuentes de consumo de medicamentos fueron: dolores articulares en el 45.72%, en el caso de los insomnio que constituye la segunda causa más frecuente de consumo de medicamentos en el anciano, encontrando un total de 16 pacientes con dichos síntomas para un 22.86%. Nuestro estudio arrojó que 34 ancianos consumían más de tres medicamentos, para un 48.7% de la muestra estudiada. (Rodriguez , 2012).

Se realizó estudio en la clínica Notre Dame del Barrio Villa Adela Comayaguela. M.D.C. Francisco Morazán, Honduras en el periodo de Enero a Marzo 2011. Donde el propósito del estudio es conocer que tan frecuente es la medicación de los adultos mayores, porque lo hacen. Fue un estudio descriptivo donde se entrevistó 62 adulto mayores. Según el resultado el 66.0% reciben su atención médica de los hospitales y centro de salud público. El 100% son apoyados emocionalmente por sus hijos cuando se enferman. El 3.0% de los entrevistados son pensionados. El 95% de estos adultos padecen de alguna enfermedad crónica. Los fármacos que consumen el 21.0% antihipertensivo, 20.0% diurético, 19.0%

aspirina infantil, Calcio el 7.0%, Antivaricoso 6.0%, Dislipemiente 5.0%, Antiarrítmico 2.0% y el 2.0% fibras de colón. (Valladares, 2011).

A nivel nacional

Estudio realizado por Castro y Sánchez sobre Hábitos que inciden en la Automedicación en personas mayores de 20 años que habitan en el Barrio San Judas de la ciudad de Managua. En noviembre del 2012. Fue un estudio descriptivo la muestra estaba constituida por 97 personas que se entrevistaron que habitan en 10 calles que constituye el barrio. Los resultados demuestran que; el sexo femenino más 70.0% son las que se automedican en relación a los varones, que el problema de salud porque más se medican el 35.0% señalaron que era por gripe, El 31.0% de los entrevistados dijeron que se automedican por recomendación del personal de la farmacia. Los entrevistados dijeron el 24.3% que lo hacen porque pierden tiempo visitando al médico el 40.0% mencionaron por el hecho de estar sin empleo.

Se logra evidenciar que 42.0% de los entrevistados lo que más consumen son los analgésicos. (Castro & Sánchez , 2013).

Estudio sobre este tema en el municipio de Masatepe no se ha realizado según indagaciones hechas en instituciones formadoras es decir universidades y biblioteca del ministerio de salud así como en internet no está documentado este tema.

III. JUSTIFICACIÓN

Algunos autores aseveran que la autoprescripción se convierte en el primer nivel de atención de cualquier comunidad y la destacan como un factor constituyente de la política sanitaria, validándola como una práctica útil para disminuir la alta demanda de los servicios de atención en salud, principalmente en las dolencias menores, que demandan en las instituciones de salud un gran porcentaje de los recursos económicos y de la disponibilidad del personal, necesarios para la atención de enfermedades de mayor gravedad y severidad.

En los países desarrollados se ha fomentado a través de políticas y normas, la autoprescripción segura de medicamentos de venta libre como estrategia que beneficia los sistemas de salud, mejorando la accesibilidad, cobertura y calidad del servicio, aspecto que es respaldado por la declaración de Tokio de 1993 del papel del farmacéutico en los sistemas de salud, en el cual se establece que ésta –recomendación de medicamentos de venta libre- se puede desarrollar a través de un programa de Atención Farmacéutica, pero esto requiere de la existencia de personal idóneo, calificado y capacitado en las denominadas farmacias y droguerías. (López , Dennis, & Moscoso, 2009)

Hay pocos estudios o publicaciones que valoran la real magnitud del consumo de medicamento que haya sido recomendado por un personal entrenado tal como se menciona anteriormente bajo esta iniciativa de beneficio. Y la vez tampoco se ha realizado estudio que demuestren la práctica de la automedicación su frecuencia y las consecuencias de la misma en nuestro país y ninguna investigación se realizado en el municipio de Masatepe sobre la automedicación. Importa realizar una caracterización sobre el comportamiento que tienen los adultos con el auto uso de fármaco y a la vez identificar problemas relacionados con esta práctica inadecuada que de cierta manera ayudara a visibilizar el problema y establecer recomendaciones de regulación que tienen que efectuar las autoridades de salud a nivel local, proponer estrategias de intervención sustentadas basado en hallazgo identificados.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Las muertes por auto medicarse inadecuadamente no dejan de cesar en el mundo, de acuerdo con las estadísticas que se publican periódicamente. El número de defunciones por sobre dosis de medicamentos se ha incrementado en más de 148%, según recientes estudios de la FDA y la Universidad de California.

En Norte América se ha convertido en la primera causa de muerte accidental entre las personas de 45 a 54 años, sobrepasando el número de muertes por accidente de tráfico. Los datos también muestran que casi 7 millones de estadounidenses abusaron de medicamentos recetados en el 2007 más que de todas las sustancias ilegales juntas. El uso de tranquilizantes se incrementó en un 321% de 1995 al 2005.

Actualmente 3 de cada 4 adultos toman fármacos sin prescripción médica. Este problema genera el 5% de los internamientos hospitalarios y ocasiono cerca de 45,000 muertes en el año 2007. (Elvir, 2008). Muchos de los problemas de internaciones ocurren por sobre dosificación, generación de complicaciones por encubrimiento de verdaderos diagnósticos, la falta de repuesta al uso de antibiótico más comunes.

En países subdesarrollados incluyendo Nicaragua, las cifras de daños o consecuencia poco se conocen sus estadistas, ya que no hay reporte y estudios específicos sobre la auto indicación de medicamentos en la población, Hay una cierta preocupación ante este tema por parte del sistema de salud, llevando acabo la elaboración del plan estratégico nacional de promoción de uso racional de medicamentos. (MINSa - Nicaragua, 2011). Es notorio que en él se incluyen cifras de comportamientos de automedicación en otros países. En dicho plan, uno de los ejes de trabajo es la educación e información, pero como incidir sin establecer un diagnóstico de país. Por esta situación y reconociendo la evidencia de daño al que está expuesta la población con esta conducta que en un inicio se consideró adecuada trae efecto colaterales indeseable, esto aunque se realice en una pequeña población de Masaya permitirá visibilizar.

¿Cuál es comportamiento de la automedicación en los adultos de 50 años y más que acuden al Centro de Salud del Municipio de Masatepe - Masaya de enero a septiembre 2016?

V. OBJETIVOS.

Objetivo General.

Determinar el comportamiento de la Automedicación en los Adultos de 50 años y más que acuden al Centro de Salud Benicio Gutiérrez del Municipio de Masatepe. Masaya. Enero a septiembre 2016.

Objetivos Específicos.

- 1, Caracterizar Socio - demografiamente a la población estudiada.
2. Conocer los hábitos tóxicos y antecedentes patológicos personales de los incluidos en el estudio.
3. Identificar elementos de la automedicación en la población entrevistada según el padecimiento o no de enfermedades crónicas.

VI. MARCO TEORICO

Concepto de Automedicación

Diversos autores han reflexionado sobre la dificultad de la conceptualización de la automedicación. Etimológicamente la palabra está compuesta por el prefijo «auto» (motu proprio), y el lexema «medicación» (medicinas, fármacos). Así, el prefijo «auto» pretende indicar por propia iniciativa, sin mediar prescripción. No obstante, diversos estudios muestran cómo la decisión del individuo está influenciada significativamente por los consejos del personal sanitario. Surgen así las diferencias entre los distintos autores a la hora de considerar o no automedicación el tomar un medicamento por consejo del farmacéutico, del personal de enfermería, o incluso por haber sido prescrito por el propio médico en anteriores consultas.

En este sentido, un amplio porcentaje de los medicamentos que son consumidos por propia iniciativa han sido anteriormente recetados por el facultativo en circunstancias sintomáticas análogas.

Otro aspecto sobre el que existe divergencia de criterio es si debe considerarse automedicación el cambio de la pauta posológica, el retraso o adelantamiento del tratamiento o la supresión del mismo modificaciones todas ellas muy comunes en tratamientos prolongados. (Caamaño, Figueira , Lado , & Gestal , 2000).

La automedicación es una práctica frecuente en el mundo, aunque no se ha insistido en forma suficiente en el papel relevante de los consumidores en la elección y consecuente uso apropiado de los medicamentos. La automedicación en algunas sociedades se ha convertido en un problema de salud pública que tiene relación con el conocimiento inadecuado de la población, la deficiente cobertura, mala calidad de los servicios públicos, sistemas de control para acceder a medicamentos sin prescripción profesional y a la flexibilidad de quienes se encargan de dispensar el medicamento.

Las consecuencias de esta práctica son numerosas. El incremento en el riesgo de reacciones adversas, estos efectos negativos se ven aumentados en poblaciones donde es fácil tomar a la automedicación como una vía de tratamiento, como son los adultos mayores.

Son indiscutibles los beneficios terapéuticos que en los últimos tiempos se han logrado con una serie de fármacos realmente activos, pero de los que se abusa con frecuencia y especialmente los adultos mayores, debido a su pluripatología. Parece que los medicamentos que se toman corresponden a estados de salud poco graves (analgésicos, tranquilizantes, laxantes, etc.), o se trata de medicamentos prescritos con anterioridad y repetitivamente por el médico en el tratamiento de procesos crónicos o en evitación de factores de riesgo (p. ej., vasodilatadores).

Al respecto, cuando sitúa a este grupo etario como uno de los más propensos en automedicarse, “debido a que son mucho más vulnerables a enfermarse, generalmente consumen 2 a 3 veces más medicamentos que el promedio de la población, lo que aumenta el riesgo de sufrir interacciones medicamentosas sin mencionar el deterioro propio de la edad, que produce cambios en el organismo que pueden influir en la absorción, distribución, metabolización y excreción de los medicamentos.

También se hace alusión a los riesgos de automedicarse, como enmascaramiento de la enfermedad, agravamiento o prolongación de ésta, resistencia a los fármacos utilizados o llegar incluso hasta la dependencia”. Sin olvidar que no sólo puede ocurrir al consumir medicamentos, sino también al usar hierbas o mezclar estos dos tipos, lo que es muy común dentro de la población de estudio.

Efectos adversos de los medicamentos en los Adultos Mayores:

Se define efecto adverso como cualquier respuesta perjudicial, que no fuere buscada, y que aparece a las dosis empleadas en el hombre para el tratamiento, profilaxis o diagnóstico de las enfermedades. De igual manera se describe que: Al tomar más de un fármaco simultáneamente pueden producirse efectos de interacción medicamentosa, porque un fármaco puede alterar la farmacocinética del otro, disminuyendo o aumentando el resultado en los diferentes mecanismos de absorción, distribución, metabolismo o eliminación.

Es por ello, que la enfermera, al cuidar a un adulto mayor que esté tomando medicación, ya sea en el hospital, en un centro geriátrico, en un centro de salud o en el propio domicilio, debe estar alerta y valorar especialmente cualquier cambio en el comportamiento de este, o bien la aparición de cualquier signo indicador de que el tratamiento le está provocando algún efecto indeseable.

También es tarea de la enfermera informar al adulto mayor, sus familiares o personas próximas que los medicamentos pueden producir reacciones adversas y que, cuando ellos observen cambios en el estado o capacidades, es necesario que lo refieran a la enfermera o médico que lo atiende. Porque Enfermería es “La ciencia del cuidado profesional,” lo que significa que la enfermera guía el cuidado planificado de los seres humanos a través de un proceso intencional que abarca aspectos de la promoción y prevención de las enfermedades, proceso de salud-enfermedad y la muerte.

El “cuidar” la salud de las personas implica tener un amplio conocimiento y sustento teóricos de los fenómenos relativos a la salud y la enfermedad, que es generado desde la propia disciplina de enfermería, a través de sus modelos y teorías y también desde el aporte de las ciencias relacionadas con el cuidado de los seres humanos como la medicina, psicología, entre otras. Es por ello que se plantea que la posibilidad de sufrir reacciones adversas es mayor:

- a.- En los ancianos que en el adulto, incrementándose con la edad.
- b.- En aquellos ancianos que toman varios medicamentos a un mismo tiempo.
- c.- En las mujeres ancianas más que en los hombres, ya que en ellas se produce un mayor aumento de grasa total.
- d.- En los ancianos con poco peso.
- e.- En los ancianos con problemas de disminución de función renal, irrigación periférica, den especial perfusión cerebral, y ventilación pulmonar.

Efectos colaterales de los medicamentos en el organismo:

El efecto colateral hace referencia a la acción que posee un medicamento, además de su cualidad curativa, que no es el deseado o tiene carácter negativo. Un ejemplo conocido nos lo da el ácido acetilsalicílico, que tienen la finalidad de ayudar a eliminar dolor, fiebre e inflamación, pero que en exceso genera malestar estomacal. En efecto, estado de salud, historia clínica y antecedentes familiares pueden condicionar la efectividad y conveniencia de un tratamiento. (Boggio & Aranguren , 2009)

Razones de la Automedicación.

Cambios farmacocinéticos en el Envejecimiento: La respuesta al tratamiento en las personas de edad avanzada puede variar considerablemente con respecto a las personas jóvenes. Estos cambios son atribuibles a numerosos factores, tales como alteraciones en la absorción, en la capacidad para metabolizar fármacos, en el comportamiento de los receptores o por interacciones con otros medicamentos.

Los procesos farmacocinéticos que más se alteran con el envejecimiento son la distribución y eliminación (metabolismo y excreción). Debido a la hipoalbuminemia frecuente en los Adulto Mayores, muchos medicamentos que se unen a ella, aumentan su fracción libre (fenitoína, salicilatos, digoxina, warfarina, etc.) con el consiguiente riesgo de toxicidad. Por otra parte, el volumen de distribución de fármacos hidrosolubles tiende a disminuir (ej. digoxina, litio, amikacina) alcanzando concentraciones más altas a dosis terapéuticas utilizadas en personas más jóvenes.

El efecto de la edad en el metabolismo se debe principalmente a los cambios ocurridos a nivel hepático, en este sentido, a medida que avanza la edad, las reacciones enzimáticas de Fase I disminuyen más que las de Fase II y por lo tanto, aquellos medicamentos que requieren de reacciones de Fase I, verán disminuidas su biotransformación y podría haber acumulación de fármaco o de metabolitos activos.

Lo mismo ocurre con la excreción renal y la edad, ya que ella depende del flujo sanguíneo renal, de la filtración glomerular y reabsorción tubular, todos procesos que se enlentecen

con el transcurso de los años: se estima que a los 75 años puede haber una disminución de hasta el 50% del clearance de creatinina. Hepática, en este sentido, a medida que avanza la edad, las reacciones enzimáticas de Fase I disminuyen más que las de Fase II y por lo tanto, aquellos medicamentos que requieren de reacciones de Fase I, verán disminuidas su biotransformación y podría haber acumulación de fármaco o de metabolitos activos.

Uso de psicofármacos en el anciano;

Como ya se ha dicho, los Adultos Mayores presentan disminuido el metabolismo hepático de Fase I. Estas reacciones son necesarias para muchos fármacos de acción sobre el sistema nervioso central (SNC) (Ej.: carbamazepina, clozapina, antidepresivos tricíclicos, ácido valproico, anfetaminas, amitriptilina, benzodiazepinas, fluoxetina, risperidona, etc.) y por lo tanto, su metabolismo se encuentra disminuido en estos adultos.

Entre los cambios farmacodinámicos asociados a la edad se ha encontrado que disminuye la sensibilidad y densidad de receptores muscarínicos y dopamínicos D2, la actividad de enzimas del SNC a excepción de la monoaminoxidasa B, que la aumenta, la barrera hematoencefálica se hace más permeable permitiendo el acceso de medicamentos que en edades más tempranas no la atraviesan y disminuye la actividad de la P-glicoproteína que participa en el reflujo de algunos medicamentos en el cerebro, entre otros cambios.

Las benzodiazepinas (BDZ) lamentablemente son uno de los medicamentos más ampliamente utilizados a nivel mundial en los ancianos, frecuentemente se prescriben en forma desproporcionada a pesar de la abundante información que los relaciona con caídas, accidentes, alteraciones cognitivas y de conducta, hospitalizaciones e institucionalización.

Mientras mayor es la vida media del medicamento, mayor es el efecto residual, el riesgo de caídas y la incidencia de eventos adversos, por lo que si fuese imposible evitar el uso de una BDZ se recomienda aquéllas de vida media corta, teniendo presente que ellas no se encuentran exentas de riesgo, ya que a menor vida media, mayor riesgo de ocasionar dependencia y síndrome de abstinencia más agudo e intenso en el caso del cese brusco en su administración.

Las únicas BDZ que no son metabolizadas por reacciones de Fase I son lorazepam, oxazepam y temazepam, por lo que ellas no ven afectadas su farmacocinética con el envejecimiento. Zolpidem, zopiclona y zaleplon son hipnóticos no benzodiazepínicos que presentan ventajas sobre las BDZ, no tan sólo en relación a la farmacocinética, sino que también la farmacodinamia. Los 3 poseen vida medias cortas (zolpidem 2,5hrs, zopiclona 5hrs y zaleplon 1hr).

Zolpidem y zaleplon, actúan selectivamente sobre receptores benzodiazepínicos α_1 implicados en la sedación, pero no en los α_2 concentrados en zonas involucradas en la cognición, memoria y funcionamiento motor y todos respetan la arquitectura del sueño a diferencia de la BDZ, logrando con esto que el sueño inducido sea más fisiológico y por lo tanto, más reparador.

Uso de fármacos cardiovasculares.

En la mayoría de los Adultos Mayores puede esperarse que el tratamiento antihipertensivo prevenga consecuencias incapacitantes y fatales de la cardiopatía coronaria y de enfermedad cerebrovascular, logrando prevenir 1 evento cardiovascular por cada 19 pacientes ancianos hipertensos tratados. Entre los medicamentos ampliamente utilizados en los Adulto, se encuentran los diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), beta bloqueadores y antagonistas de canales de calcio.

Para el manejo de la hipertensión sistólica (HSA) o diastólica aislada se ha demostrado que tanto las dosis bajas de diuréticos como los betabloqueadores son útiles. De igual forma, para la HSA los antagonistas de canales de calcio dihidropirídínicos de acción prolongada han demostrado ser de mucha utilidad.

Los únicos cambios en el efecto de los IECA asociados al envejecimiento apuntan hacia los efectos secundarios, destacando que en los Adulto Mayores la incidencia de ortostatismo es más marcada, pero las cefaleas son mucho menos frecuentes que en personas más jóvenes.

Los Adultos Mayores poseen mayor sensibilidad a los antagonistas de canales de calcio tipo dihidropiridinas y por lo tanto, tienen un efecto mayor; sin embargo, este efecto es

inicial, pasajero y se presenta sólo en pacientes que no hayan recibido otras dihidropiridinas. Del grupo, al parecer amlodipino no presentaría diferencias en estos pacientes respecto de los pacientes más jóvenes; sin inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), beta bloqueadores y antagonistas de canales de calcio.

Para el manejo de la hipertensión sistólica (HSA) o diastólica aislada se ha demostrado que tanto las dosis bajas de diuréticos como los betabloqueadores son útiles. De igual forma, para la HSA los antagonistas de canales de calcio dihidropirídnicos de acción prolongada han demostrado ser de mucha utilidad.

Los únicos cambios en el efecto de los IECA asociados al envejecimiento apuntan hacia los efectos secundarios, destacando que en los Adultos Mayores la incidencia de ortostatismo es más marcada, pero las cefaleas son mucho menos frecuentes que en personas más jóvenes.

Sin embargo, es muy importante que una vez iniciado el tratamiento con este tipo de medicamentos se monitoricen eventos adversos en forma periódica sobre todo los primeros 3 meses desde iniciado el fármaco.

Los Adultos Mayores poseen menor afinidad tanto para los agonistas como antagonistas β -adrenérgicos, probablemente por una disminución de la actividad de proteína G citoplasmática o down regulation de receptores β a pesar de que poseen un clearance disminuido y una biodisponibilidad aumentada. La única excepción a esto la constituye el dilebalol que no muestra cambios en su respuesta en ancianos.

En el estudio COPERNICUS (Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival Study Group) se demostró que carvedilol disminuyó un 35% el riesgo de muerte en pacientes con insuficiencia cardiaca respecto al placebo (CI 95%, 19% v/s 48%, p 0,0014) y luego, el estudio MERIT-HF mostró que la protección de metoprolol no es diferente en ancianos comparado con adultos. Los estudios realizados con diuréticos son contradictorios en relación a la influencia que podría tener la edad en la respuesta farmacológica; sin embargo, coinciden en que las tiazidas a bajas dosis serían la recomendación en el manejo de la HTA solas o asociadas y los diuréticos de asa en insuficiencia cardiaca congestiva.

Uso de hipoglucemiantes orales;

Con la edad disminuye el control metabólico de la glicemia y su mantención se hace más difícil debido a la disminución de la sensibilidad a la insulina, así por ejemplo, se estima que en América la prevalencia de diabetes mellitus (DM) en mayores de 60 años es superior al 20%. Los objetivos de la terapia en ancianos con DM, debe incluir una evaluación de su estado funcional, esperanza de la vida, red social y apoyo financiero y sus propios deseos del tratamiento.

Una evaluación geriátrica integral antes de la instauración de cualquier terapia a largo plazo puede ayudar en la identificación de los problemas potenciales que considerablemente podrían perjudicar el éxito de una terapia específica. Los hipoglucemiantes también se metabolizan por Fase I y por lo tanto, ven afectada su metabolización, disminuye la excreción renal de metabolitos, con el riesgo de acumulación e hipoglicemia.

La hipoglicemia se asocia principalmente con los agentes seretagogos de insulina, más que con los insulino-sensibilizadores (metformina), meglitinidas (nateglinida, repaglinide), tiazolidenedionas (rosiglitazona, pioglitazona) e inhibidores de la α -glucosidasa (acarbose), aunque existen reportes de hipoglicemia en Adulto Mayor que reciben metformina, asociado a una mala utilización del medicamento.

Los pacientes poseen mayor riesgo y sensibilidad a la hipoglicemia, presentando menos síntomas neuroglucopénicos y adrenérgicos retardando así su detección. El riesgo de hipoglicemia con las sulfonilureas depende de las características farmacocinéticas que cada una posea, siendo mayores para aquéllas de acción lenta como la clorpropamida, glibenclamida y glipizida; de este grupo pareciera ser que glimepiride tiene menos riesgos en los ancianos.

Las meglitinidas presentan un mejor perfil de seguridad y a la fecha no se han encontrado diferencias farmacocinéticas ni farmacodinámicas de nateglinida en pacientes con clearance de creatinina de hasta 15ml/min. También podría utilizarse en pacientes con cirrosis

hepática sin requerir de ajuste. En un estudio multicéntrico que comparaba nateglinida con repaglinida se encontró que a las 16 semanas la frecuencia de hipoglicemia fue de 7% para repaglinida contra ningún evento para nateglinida.

Con las tiazolidinedionas se debe tener muchísimo cuidado en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva, puesto que aumenta la retención de líquido, por lo tanto, están contraindicadas en pacientes con insuficiencia cardiaca capacidad funcional III y IV, asimismo la rosiglitazona podría aumentar el riesgo cardiovascular. Sitagliptina es un nuevo medicamento utilizado en el manejo de DM tipo 2, útil en asociación a metformina o tiazolidinedionas.

Es un inhibidor potente, competitivo y reversible de la enzima dipetidil peptidasa IV. En estudios clínicos de Fase II, se encontró que sitagliptina es superior a placebo para el tratamiento de la diabetes tipo 2, pero con efectos similares a glipizida. Se han reportado pocos efectos adversos con este medicamento, pero éstos han sido infecciones respiratorias altas, cefaleas e hipoglicemia cuando se usa en asociación a metformina o pioglitazona. Como se excreta principalmente por vía renal en forma inalterada, debe realizarse un ajuste en pacientes ancianos de acuerdo a su función renal.

En resumen, no se recomienda el uso de glibenclamida en AM y la utilización de metformina debe realizarse con cuidado en pacientes con clearance de creatinina menor a 60 ml/min, puesto que es eliminada exclusivamente por vía renal. A la luz de los antecedentes disponibles a la fecha, nateglinida podría ser una buena opción para el manejo de la DM en ancianos y sitagliptina sola o en asociación a metformina, pueden ser alternativas viables en AM.

Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs)

En el anciano, existen diferencias en la percepción y respuesta al dolor, así por ejemplo, las personas AM poseen una respuesta reducida al dolor moderado, pero mayor sensibilidad al dolor severo.

En el mundo los AINEs son los medicamentos más comúnmente utilizados para el control del dolor y la inflamación. Éstos inhiben la enzima ciclooxigenasa (COX) y de esta forma interfieren en la conversión de ácido araquidónico a prostaglandinas, prostaciclina y tromboxano. Las prostaglandinas son un importante mediador del tono vascular, del balance hídrico, retención de sodio, de la velocidad de filtración glomerular, de la presión sanguínea y de la gastroprotección es por esta razón que su uso se asocia a efectos secundarios en estos mismos sistemas. Siendo el dolor un síntoma muy frecuente en los ancianos, la selección del medicamento debe tener siempre presente los efectos secundarios potenciales y los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados al envejecimiento. Los AINEs presentan mayores reacciones adversas en la población AM que en los adultos, sobre todo cuando son prescritos a pacientes frágiles.

Los inhibidores de la COX no son los medicamentos de primera línea en los ancianos, incluso su utilización se asocia con más irritación gastrointestinal que frecuentemente es prevenida o tratada con ranitidina o famotidina, incluyendo con esta prescripción un nuevo riesgo de iatrogenia ampliamente discutido en la literatura, por el efecto anticolinérgico que tiene en los ancianos. El uso de opiodes, a pesar de lo que se cree, es una buena opción en los AM; sin embargo, su efectividad, facilidad de dosificación y perfil de seguridad puede perderse si no se hace una buena selección y titulación del paciente, logrando con ello comprometer la funcionalidad del anciano innecesariamente. En general, el manejo farmacológico de dolor en los AM, debe respetar la escalera analgésica sugerida por la OMS, tipificar el dolor según sea somático, visceral o neuropático, dar crédito al relato del paciente y luego seleccionar el medicamento en consecuencia a lo anterior. (Arriagada, Jirón, & Ruiz, 2008)

Alertas sobre los riesgos de uso de medicamentos.

Algunos de los efectos graves relacionados a los medicamentos descritos son: depresión cardíaca provocada por el cloroformo en 1880, necrosis hepática por arsenicales en 1922, insuficiencia renal aguda por sulfanilamida en 1938, la tan grave y mencionada focomelia en los años 60 donde 621 recién nacidos nacieron con las manos y los pies unidos directamente de la cintura escapular y pelviana a modo de aletas. El adenocarcinoma

vaginal asociado al dietilestilbestrol en 1972 y en 2004 las trombofilias provocadas por el medicamento rofecoxib y finalmente una de las últimas advertencias el “riesgo inminente” de bacterias resistentes a medicamentos sobre todo identificada en hospitales hasta en un 60%. EU reporta 10 millones de muertes anuales por enfermedades resistentes a los medicamentos utilizados para curar enfermedades como la tuberculosis, malaria, cólera, diarrea y neumonía. La resistencia a medicamentos de uso frecuente como el trimetoprima-sulfametoxazol y ampicilina hasta en un 77%, lo que significa que de cada 100 pacientes enfermos 77 no se curarán con medicamentos de primera elección y más baratos, sobre todo en países pobres como Nicaragua. EU alerta sobre el riesgo de propagación internacional de la farmacorresistencia y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instituye la Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos en las Américas.(Sánchez, 2007).

Los errores de la Medicación.

Se pueden presentar desde que se prescriben hasta que se administran, se describe las características de este uso inadecuado como:

- a) la prescripción en exceso (cuando se prescriben y no son necesarias),
- b) omisión de la prescripción (cuando son necesarias y no se prescriben),
- c) dosis inadecuada (en exceso o defecto),
- d) duración inapropiada (tratamientos prolongados o muy cortos),
- e) selección inadecuada (cuando no hay concordancia entre la etiología y el espectro de cobertura de la droga),
- f) gasto innecesario (cuando se seleccionan drogas nuevas y caras existiendo drogas más antiguas, baratas y clínicamente efectivas),

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal.

7.2. Área de estudio

Se realizó en el Centro de Salud Benicio Gutiérrez ubicado en la zona central urbana del municipio de Masatepe departamento de Masaya, Este municipio está ubicado en las mesetas de los pueblos, en la llanura Adriana, a 53kms de Managua capital de la República de Nicaragua. Cuenta con 10 sectores territoriales y 14 comunidades rurales. Tiene una población actualmente de 37.903 habitantes. (Alcaldía Municipal de Masatepe, 2013)

7.3. Población de Estudio

Está constituida por toda la población de Adultos mayores de 50 años que vive en el área urbana de Masatepe. Se conoce según censo de los Equipo de Salud Familiar y Comunitaria (ESAFC) 2015 que hay 6.330 en total. En el centro hay registro que acuden 1.216 pacientes entre dispensarizado u otros que llegan por morbilidad general. Fue esta cifra la tomada en cuenta para calcular el número de individuos a estudiar (MINSA - Masatepe C/S Benicio Gutierrez , 2015).

MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula para población finita, la cual es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

DONDE:

n= Tamaño de la muestra a calcular.

N= Población finita, para nuestro estudio es 1.216 adultos de 50 años y más.

Z= Desviación estándar que corresponde al intervalo de confianza deseado, así para un 95% el valor de Z es 1.96.

p= A la proporción de casos con característica similares a estudiar, le asignamos un valor del 50% por que no existe un estudio preliminar previo en la región.

q= El complemento de p donde $p + q = 1$ por tanto $q = 0.5$

d= Se refiere a la precisión deseada en un estudio y deseamos una precisión de 5% que es igual a 0.05.

SUSTITUYENDO VALORES:

$$n = \frac{1216 \times (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}{(0.05)^2 \times (1215) + (1.96)^2 \times (0.5) \times (0.5)}$$

n= 293 Adultos de 50 años y más.

Muestreo

Del total de los adultos que se incluyeron fue al azar, que permitiera realizar el proceso de recolección de manera activa y rápida, la búsqueda fue domiciliar. Tomando en cuenta que hay 10 sectores en el municipio, por cada uno fueron entrevistados 29 a 30 en cada uno de estos, hasta completar el total que se previó.

Criterios de inclusión y exclusión:

- ✓ Se incluyeron los adultos mayores de 50 años y de más edad, de ambos sexos de manera voluntaria su participación.
- ✓ Que residían en el área urbana del municipio de Masatepe, Masaya.
- ✓ Con o sin actividad laboral remunerada.
- ✓ Sin importar credo religioso, etnia, estado civil y condición social.
- ✓ Sin importar si eran dependiente e independiente de su familia.
- ✓ En los casos que tuvieron imposibilidad de hablar el familiar más cercano fue quien brindo la información.

Criterios de exclusión:

Se excluyeron los adultos que no desearon participar, también los que en el momento de realizarle la entrevista desistieron de la misma o que no se concluyó con el llenado de la información y los que no cumplieron con los criterios de inclusión establecidos.

7.4.OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición	Dimensión	indicadores	Escala o valor
Objetivo No1				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.		años	50 a 60años 60 a 80 81y +
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujeres		Observación del fenotipo	Masculino Femenino
Estado Civil	Condición social de índole legal que puede tener una persona en relación a otra		Solo Acompañado	Soltero Divorciado Viudo Casado Unión de Hecho
Religión	Credo religiosos que profesa socialmente aceptable		Credo que afirma	Católico Evangélico Ninguna Testigo de Jehová
Escolaridad	Nivel Educativo formal que logra alcanzar el individuo hasta el momento de su existencia		Nivel alcanzado	Analfabeta Primariaincompleta Secundaria incompleta Universitario/a Técnico Bachiller
Trabaja actualmente	Profesión remunerada que desempeña actualmente que genera o no dependencia		Afirmación de realizar Relación de dependencia	Si No Dependiente No dependiente
Profesión	Oficio relaciona o no a su nivel académico o		Oficio que realiza o graduado	Agricultor Ama de c Comerciante

Pensionado	desempeño emperico Remuneración monetaria por cotizaciones realizada en su vida económicamente productiva		Remunerado pensionado	Ninguna Otras Si No
Objetivo No2				
Antecedentes	Se señalan los hábitos tóxicos, Antecedentes patológicos personales y familiares que tiene los adultos mayores así como el tiempo de padecer y en su familia quienes las presentaron	Hábitos tóxicos Patológicos personales crónicas/ tiempo de padecerla	Fuma Consumo Licos Consumo de café y te Uso de Drogas ilicitas HTA DM Tipo 2 Osteoartritis Cardiopatía Enf. Renales Epilepsia Trastorno Mentales Trastorno visuales y auditivos Gastrointesti nales Hipercolester olemia TB Pulmonar EPOC	Si No Si /No Menos de 1 años 1 a 10 años Más de 10 años
Fármacos	Esta relacionados a los antecedentes patológicos personales que lo han inducido a tomar medicamento		El tratamiento según patología	Antihipertensivo Antidiabéticos Antiepilépticos Antilipidemicos Antitrombotico Antipsicótico Antiulcerosos

	crónicamente			
Objetivo No3				
Elementos sobre la automedicación	<p>Todo lo que tienen que ver con el acto la búsqueda y el consumo así como efecto o daño que le provoque el consumo de uno o varios fármaco a la persona que lo hace bajo su propio criterio o de personal no de salud</p>		<p>Toma algún medicamento que Ud. Considera que le sirve para su salud sin necesidad que el medico se lo recete.</p> <p>Para qué tipo de molestias toma medicamentos sin necesidad de receta médica</p> <p>Acostumbra conseguir las medicinas que ya le han recetado anteriormente cuando tiene el mismo problema actual sin asistir al médico</p> <p>Qué tipo de medicamentos utiliza usted sin receta médica</p>	<p>Si No</p> <p>Fiebre Diarrea Tos Dolor de garganta Dolor de cabeza Malestar general Gripe Cólicos menstruales Insomnio Ardor y dolor estomacal Estreñimiento Afecciones en la piel Otros</p> <p>Si No</p> <p>Medicamentos para el dolor Medicamentos para la infección Medicamentos para la fiebre Medicamentos para la inflamación Medicamentos contra parásitos intestinales Medicamentos para alergia Medicamentos para la presión alta Medicamentos para la diabetes Anticonceptivos Vitaminas</p>

			<p>Se automédican</p> <p>Actualmente cuantos medicamentos tomas</p> <p>En el día como los consume</p> <p>Porque se ha automedicado</p> <p>Conoce los efectos adversos que le puede causar el medicamento que utiliza</p> <p>En qué lugar adquiere los medicamentos cuando se automedica</p> <p>Como sabe sobre la utilidad y forma del consumo de los medicamentos que ha utilizado</p>	<p>Otros</p> <p>frecuentemente poco frecuente raras veces</p> <p>Solo 1 2 a 3 3 a 5 6 y +</p> <p>Todo de una vez Con intervalo de horario diferente</p> <p>Porque la enfermedad no era grave. Porque le falta dinero para asistir al médico. Porque tiene el conocimiento suficiente para recetarse solo. Por le falta tiempo para acudir a un médico Porque vive muy lejos de un hospital Porque no confía en el médico Otros</p> <p>Si No</p> <p>Farmacias Establecimientos de salud Pulpería/ventas comunales Vendedores ambulante Son obsequiados por otra persona no medico Otros</p> <p>Anuncios en la TV Anuncio en la Radio Anuncio en el periódico Internet Amigos Familiares Otros</p> <p>Si</p>
--	--	--	---	--

			En algún momento que se auto medicado ha empeorado su salud	No
			Considera que la Automedicación no genera ningún daño a la Salud	Si No

7.5. Técnicas y Procedimientos:

Fuente de información

Fue primaria; recolectada directamente del adulto de 50 años o más o de sus familiares que participaron en el estudio.

Método e Instrumento

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se desean alcanzar, este contiene preguntas en su mayoría eran cerradas sobre datos generales, hábitos tóxicos y antecedentes patológico crónicos personales, los elemento de la automedicación. Se tomó como banco de preguntas otros instrumentos de estudios similares que se han realizado a nivel internacional y uno en Nicaragua, adecuando las preguntas a lenguaje y léxicos populares de Nicaragua utilizados en la población de la región en estudio.

Las preguntas cerradas en su mayoría permitieron realizar la entrevista dirigida de forma más rápida.

Validación del instrumento

Para validar el instrumento se requirió al menos un 10% de la muestra, se solicitó la participación de 29 adultos mayores para entrevistarlos en el centro de salud, observando que todos los ítems fueron llenados de manera satisfactoria sin inconveniente.

Procedimientos

Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes al visitarlos en su domicilio, una vez que se les explico la importancia del mismo y la forma en que iban a ser entrevistado y de qué manera respondían a cada preguntarealizada.

7.6. Plan de tabulación y análisis:

Una vez que se obtuvo la información mediante la ficha de recolección de la misma se elaboróuna base de datos en el programa SPSS 22.0 para Windows, donde posteriormente se establecieron análisis de frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de aquellas de interés para cumplir con los objetivos planteados.

7.7. Cruce de variables

1. Antecedentes de enfermedades crónicas degenerativas y el tiempo de padecerla
2. Elementos de la Automedicación según antecedentes de enfermedad crónica

7.8. Aspectos éticos:

La información recolectada fue utilizada con fines solo investigativos, los datos obtenidos se mantiene íntegros como los expusieron los adultos, además la información es exclusiva para fines académicos. Cabe destacar que la entrevista fue anónima, los resultados se darán a conocer a las autoridades de salud de Masatepe para que contribuya de alguna manera a mejora el acceso y las problemática de salud encontrada en este estudio.

VIII. RESULTADOS

El 79.9% de los adultos entrevistados tenían edades 50 a 60 años, siendo el 65.2% del sexo femenino. El estado civil que menciono el 52.6% fue unión de hecho estable seguido del 24.2% de casados, el 37.5% refirió ser católico y el 36.2% evangélico. El nivel de escolaridad alcanzado por el 49.1% fue primaria y dijeron 21.9% ser ama de casa, hay 19.1% que señalo ser comerciante. Solo el 8.5% reciben pensión de asegurado y actualmente el 33.4% trabajan (Ver Tabla 1).

El 79.9% de los adultos entrevistados dijeron no fumar y el 95.6% no consumen licor pero señalaron el 88.1% que tienen el habito de consumir café. La indagación de las enfermedades que padecen 22.1% señalaron a la HTA, el 11.6% mencionaron a la DM tipo 2, el 8.8% padecen Artritis reumatoides. (Ver tabla 2).

Al investigar el antecedente patológico como una sola patología sin asociarla fue evidente que; los adultos tenían 35.8% el padecimiento de HTA, donde el 21.8% señalaron tener menos de 10 años de padecerla y el fármaco que más usado por 19.1% la Enalapril. El 23.2% señalaron padecer de Diabetes Mellitus tipo 2, y el tiempo de padecerla refirió el mayor porcentaje que fue el 12.1% de menos de 10 años y toman para controlar los niveles de glicemia el 12.3% la metformine.

La artritis reumatoidea fue señalada el padecimiento por el 14.7% de los entrevistados, de estos el 11.3% tienen de 10 a 20 años de padecerla, del total que padecen el 13.9% toman ibuprofen para tolerar el dolor. El 3.8% señalo padecer de cardiopatía y el 2.7% refirió tener entre 10 a 20 años de padecimiento y el 1.4% toman verapamilo por esta patología. La enfermedades renales fueron señalada el padecimiento por el 2.0% de los adultos entrevistado con una antigüedad el 1.7% de padecerla, menos de 10 años y el 0.7% refirió aplicarse por los efecto que causa la enfermedad renal eritropoyetina. (Ver tabla 3).

La epilepsia fue señalada el padecimiento por 3.8% de los entrevistados con un inicio de su padecimiento de 1.4% de ellos de menos de 10 años y el mismo porcentaje entre 10 a 20 años, donde el 3.4% consumen carbamazepina para controlar las convulsiones. El 2.4%

refirieron padecer de trastorno visuales donde 1.4% lo padecen entre 10 a 20 años y los trastornos auditivos que refirieron padecerlo el 0.3% tiene menos de 10 años.

El 2.0% de los pacientes estudiados dijeron presentar enfermedades gastrointestinales desde 10 a 20 años mencionado por el 1.7% de ellos, el 2.0% lo que más toma para estos es omeprazol. Quienes dijeron presentar hipercolesterolemia fue el 2.7% de los entrevistado con menos de 10 años de padecerlo refirió el 2.4% y es la sinvastatina el fármaco que más toman dijeron el 2.0% de los entrevistados. La osteoporosis es padecida por el 3.1% de los entrevistado con menos de 10 años de padecerla dijo el 2.0%. El EPOC lo padecen 4.3% de los adultos entrevistados con 2.7% de padecerlo entre 10 a 20 años y el fármaco que más utilizan para este problema lo dijeron 2.4% fue la Beclometasona. (Ver tabla 4).

Se identificó que 96.9% es el total de paciente que toman algún medicamento que consideran útil para su salud sin necesidad que el medico lo recete. El 20.8% que corresponde casi el total de los adultos que mencionaron no tener algún enfermedad crónica realizan esta práctica, el resto de los que la realizan es el 76.1% de los que mencionaron algún padecimiento.

Se encontró que el 96.9% de los entrevistados acostumbra conseguir el medicamento que ya le han recetado anteriormente cuando tienen el mismo padecimiento actual sin asistir a consulta médica. (Ver tabla 5).

Los adultos señalaron que los medicamentos mayormente utilizados son los AINES solo o combinados con otros fármacos, en el primer caso lo usan el 16.3% consumido auto indicado por 12.9% de adultos que padecen alguna enfermedad. Y combinado con el uso de vitamina lo consumen el 23.2%, con el uso de antibiótico el 14.6% del total de los entrevistados. La molestia que más señalaron para el autoconsumo de medicamentos el 72.6% dijeron que es para cefalea, fiebre y gripes, esto fue referido por 55.6% de los que padecen alguna enfermedad y el 17.1% de los que no tiene patología alguna.

El 70.6% de los adulto mencionaron que es poco frecuente la automedicación, de ellos el 56.9% de los que padecen de alguna enfermedad. La cantidad de fármaco auto medicado por el 41.6% es de 1 a 3 fármacos mencionado por el 36.1% de los que tenían alguna

patología crónica degenerativa. El 38.9% de los adultos dijeron que los consumen en diferentes intervalos de horario diferentes en el día, en su mayoría lo dijeron el 31.7% de los adultos con alguna enfermedad. (Ver tabla 5 y 6).

Los adultos refirieron que la razón de la automedicación se debe a que en la enfermedad que estaban padeciendo no era grave lo dijeron el 56.3% de todos. Esta práctica realizada por el 40.6% de aquellos que padecen alguna enfermedad crónica. De todos los entrevistados, independientemente que padecen o no de alguna enfermedad crónica el 97.6% no conocen cuales son los efecto de los medicamentos que pueden auto consumir.

El 54.6% dijeron que obtienen el medicamento para el autoconsumo en la farmacia, señalado más por el 44.3% de los que padecen enfermedad crónica, este mismo grupo el 23.5% lo obtienen el medicamento de vendedores ambulante. De ellos el 77.5% dijeron que les informan cómo conseguirlo y como usarlo, por amigos y familiares.

Quienes han usado automedicación sin padecer enfermedad crónica el 1.4% en el momento de hacerlos sin embargo dijeron el 7.8% de este grupo que esta práctica de automedicación no genera ningún daño a la salud. Los mismo fue afirmado por el 30.3% de los que tienen alguna enfermedad. (Ver tabla 6 y 7).

IX. DISCUSIÓN

Tal como fue señalado por la OMS sobre las conductas impropia del uso excesivo de medicamento que pone en riesgo la salud humana, queda demostrado según los resultados de este estudio que la población de adultos de 50 años y más del municipio de Masatepe corren el riesgo de sufrir más daño que beneficio, quedo demostrado que más de 90.0% se auto medican por enfermedades que consideran no ser tan grave a pesar de consumir polifarmacias por diversas patología que más de 70.0% de los entrevistados padecen.

Actualmente se ha considerado un nuevo concepto a la automedicación de aquellos problemas realmente menos graves en los países en subdesarrollo donde hay limitaciones de los sistema de salud o por la carestía de la vida que les impide visitar los centro de salud aunque estos sean gratuito donde la dificultad es de acceso geográfico o de impedimento físico de la personas que lo requieren, el problema real de adicionar otros fármacos a los ya existente por otra patología, pueden generar interacciones medicamentosa y contraponerse a los efecto deseado de controlar enfermedades sensibles como la presión o diabetes. Donde producto de alteración en la distribución metabolización y excreción de los fármaco llevan a efectos indeseables.

Algunos medicamentos contienen en su prospecto la indicación de uso, pero no siempre en países como Nicaragua la población acostumbra comprar todo el medicamento y lo que realizan es consigue a granel los pocos fármacos para unos días de tratamiento sin poder tener acceso a las advertencias del producto. Y lo otro si se observa los resultados la mayoría de la población su nivel educativo es de primaria o solo lee y escribe e inclusive analfabeta. Lógicamente limita el nivel de comprensión y el sentimiento o percepción de riesgo sobre las advertencias de un producto aunque se describa.

Por otro lado tiene que ver con conductas repetitivas de eventos, si la mayoría utilizan la automedicación sin prescripción médica, únicamente hecha por recomendación de un amigo o un familiar y en vez de causarle daño o simplemente no genera ninguna sintomatología adversa refuerza la conducta de seguir usándolo y esta persona será otra más que lo recomiende a otro que sin saber a qué los expone también y comienza el consumismo sin control.

Desde tiempos antiguos los individuos han utilizado técnicas y procedimientos para su autocuidado –remedios caseros, yerbas medicinales o “purgas curativas”— por propia iniciativa o por consejos de otras personas, sin consultar al médico. En la actualidad, esas costumbres han caído en desuso con una variante: se automedican con fármacos de patente prescrito por personal inexperto, consumiendo según los resultados del estudios los AINES principalmente, y otros muy frecuente como los antibióticos, vitaminas, antialegicos o antigripales, antiparasitarios, ansiolíticos según ellos para regular el sueño, el peligro del autoconsumo se adiciona más a la combinación de muchos fármacos que no tiene efecto útiles como los antigripales,siendo muchas veces contraproducente.

Es importante señalar que el beneficio de estos fármacos mencionados puede quedar relegado al retraso del tratamiento correcto definitivo por que se enmascaran los síntomas de verdaderos daños que no son mejorados con analgésico como uno de los primeros en ser usados, se sabe que el principal síntoma es el dolor de cualquier enfermedad siendo la razón posible de amplio consumos de AINES y el reforzamiento del consumo subsiguiente como una medicina milagrosa, sin saber la persona que la enfermedades graves evoluciona de manera silenciadas. Y en los casos de antigripales es la contribución a los proceso neumónicos fatales muchas veces en estas edades.

La automedicación es un fenómeno que se practica desde siempre, en todos los países, independientemente del extracto social, etnia o raza, costumbre, creencias religiosas, nivel cultural, hábitos, etc. Los antecedentes de estudios realizado a nivel de la región latinoamericana como el que se realizó por Castro y Sánchez en el Barrio San Judas de la ciudad de Managua los resultados sobre el comportamiento de la automedicación en adultos mayores son iguales a que se ha encontrado en este estudio. Si esto es así puede deberse al mismo patrón de conducta relacionado a múltiples condicionantes que da el mismo resultado.

Se plantea la necesidad del descongestionamiento de las unidades de salud para aquellas enfermedades que puede ser tratada en casa con la automedicación, recomendado por la OMS esto da el aprovechamiento a las empresas farmacéutica para la publicación de sus productos medicinales de una manera desmedida, la falta de orientación y educación de los

sistemas de salud para promover buenas prácticas de consumo de medicamentos en nuestro país es algo que no se realiza. La población de adultos mayores es la más susceptible por el deterioro por los años vividos y expuesto a factores de riesgos predisponente de enfermedades degenerativa que a la vez no hay una educación continua para lograr controlarse y toma su fe en medicina que son propagandizadas como la solución al mal que aqueja, añadido a una convicción profunda de que el producto consumido le devolverá la salud, le aliviará sus males o sencillamente le salvará de la muerte. Es un proceso que actúa a nivel consciente, en las estructuras superiores del sistema nervioso central (SNC) a nivel cortical.

En resumen el que los resultados sean iguales en las diferentes regiones de los países que han realizados estos estudio es porque el origen de la automedicación tiene sus antecedentes, sin dudas, en la génesis de la especie humana y de la propia medicina como disciplina. Ambas tienen un tronco común. Son tres las condicionales indispensables para su práctica: el individuo con alteración en la salud, el facilitador o prestador y los medios o productos a utilizar.

Es necesario mencionar que el otro concepto de la automedicación que se da producto del consumo de medicina tomadas por prescripciones anteriores donde de igual manera el porcentaje es alto de los que se lograron entrevistar. Esto es una situación que el conocimiento limitado de los individuos permite que no reconozcan que una sintomatología puede ser por múltiples enfermedades y no ser la misma que anteriormente fue tratada, además que el uso de medicina especificar varía a las condiciones del estado de las enfermedades de base. Se sabe que conforme incrementa en edad se prescriben medicina con menos daños colaterales al hígado o los riñones o que no genere dependencia como los ansiolíticos, pero sin embargo estos son fármacos más caros que obliga al individuo continuar la medicina anteriormente prescrita así vemos que en el caso de este estudio los adultos siguen consumiendo más ibuprofeno metformine o diazapan

X. CONCLUSIONES

1. El hecho de ser más del 95.0% la población según este estudio que se automedican es obvio que las características más prevalecientes son entonces las más representativas de quienes acostumbran esta práctica. Tal como; las mujeres consumen más que los hombres, siendo estas ama de casa, entre los grupos de edades de 50 a 60 años, con baja escolaridad, que no tienen el beneficio de la pensión de asegurado.
2. De los antecedentes de los adultos entrevistados son pocos los que demostraron tener hábitos tóxicos como el fumado y el consumo de licor a diferencia de los que consumen café, y las patologías crónicas degenerativa que más padecen son HTA, DM tipo 2, Artritis Reumatoides y EPOC. Determinando que el 21.1% no tuvieron este tipo de enfermedad.
3. Las enfermedades crónicas degenerativas que fueron más evidentes tenían la DM tipo 2 y la HTA en su mayoría el padecimiento menor de 10 años con el consumo subsiguiente de Enalapril y Meftormine en el caso del padecimiento de Artritis el uso de Ibuprofen y en caso de EPOC Beclometasona.
4. Como práctica de la automedicación la gran mayoría lo que más consumen son los AINES seguido de antibióticos, vitaminas y antialérgicos, más para las cefaleas fiebres y gripes, aunque refirieron que esto es una práctica en la mayoría poco frecuente.
5. La cantidad de medicina que más autoconsumen es de 1 a 3 fármacos según a los señalados anteriormente, caracterizado por una práctica subestimada de gravedad de la necesidad de consumo, relacionado a las unidades llena y falta de tiempo para acudir a las unidades de salud.
6. Los fármacos que son auto medicados los consiguen en las farmacias recomendados por amigos y familiares y aunque no conocen las reacciones adversa que pueden causarles es lógico que la mayoría refirió no haber empeorado su salud

XI. RECOMEDACIONES

A nivel del MINSA Central.

Normar como obligatoriedad a las industria farmacéuticas sobre la publicidad de su producto el acompañamiento de las consecuencia del uso desmedidos del mismo y sobre todos la relación con las enfermedades más prevalentes en la población como HTA y DM tipo2.

Establecer normativas de regulación para las farmacias en el país, que el expendio de medicamento poco controlados sea más orientados a la población que no padecen de enfermedades crónicas degenerativas y acompañamiento de educación y orientación para la población de la tercera edad.

Garantizar como institución rectora cumplir con el compromiso de informar a la población sobre el uso de nuevas patentes de medicamentos nuevo y desmitificar las propagandas inadecuadas de los mismos, para mejorar el buen uso de la automedicación.

A nivel de la instituciones de salud de Masatepe.

Retomar el modelo de atención de salud familiar y comunitaria para acercar la atención a la población con enfermedades degenerativas o discapacitados que se maneja en el censo por lo menos 1 visita semanal que permita reducir el autoconsumo de medicina que pueden causarle daño a la salud.

A nivel de los trabajadores de salud.

En las unidades asistenciales que el médico o la enfermera realicen educaciones continuas donde incluyan los hábitos de autoconsumo de fármacos de forma responsable y adecuada. A la vez promover que el consumo de medicación para enfermedades crónicas degenerativa siempre tiene que ser valorado por un facultativo de la salud.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Alcaldía Municipal de Masatepe. (2013). *Ficha Municipal*. Masatepe.
- Ara, A., & Marchand, B. (2010). Buscando Remedio. En A. Ara, B. Marchand, & A. Nicaragua (Ed.), *Buscando Remedio* (6ta ed., págs. 61 - 66). Matagalpa, Nicaragua: MINSa, AIS,.
- Arriagada, L. R., Jirón, M. A., & Ruiz, I. A. (2008). http://redhcuch.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf. *Revista Hospitalaria Clínico Universitario de Chile.*, 309.
- Boggio, M., & Aranguren, D. (7 de Julio de 2009). <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1558/1/Automedicacion-en-el-adulto-mayor>. Recuperado el 19 de Agosto de 2015
- Caamaño, F. I., Figueira, A., Lado, E. L., & Gestal, J. O. (2000). La automedicación: concepto y perfil de sus «usuarios». *Gaceta Sanitaria*, 294.
- Castro, J. R., & Sánchez, E. G. (2013). *Habitos que inciden en la Automedicación en personas mayores de 20 años que habitan en el Barrio San Judas de Managua. Noviembre 2012*. Managua: UNAN - Managua. Dpto de Química.
- Diario Digital . (2010). Automedicación y su riesgo. *El Consumidor en línea* .
- El Nuevo Diario . (17 de Junio de 2013). ¿Consulta farmacéutica o automedicación?
- Elvir, M. N. (2008). *La Automedicación y sus Consecuencias como Problemática a Nivel Mundial. Estadísticas de Morbi-Mortalidad y Factores asociados* . Tegucigalpa : Universidad Nacional Autónoma de Honduras .
- López, J., Dennis, R., & Moscoso, S. (11 de 2009). <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v11n3/v11n3a12.pdf>. Recuperado el Agosto de 2015

- López, J., Dennis, R., & Moscoso, S. (2009). *Estudio sobre la Automedicación en una localidad de Bogotá*. Bogotá: Departamento de Farmacia, Universidad Nacional de Colombia. .
- MINSA - Masatepe C/S Benicio Gutierrez . (2015). *Censo de las Estadística de los equipos de salud familiar y comunitaria*. Masatepe.
- MINSA - Nicaragua. (2011). Plan Estrategico Nacional de Promoción del Uso Racional de Medicamento 2011 - 2013. En MINSA. Managua.
- Ramirez , D. P., Larrubia , O. M., Escortell , E. M., & Martinez , R. M. (Marzo de 2006). <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-la-automedicacion-responsable-publicidad-farmacologica-13085859>. Recuperado el 08 de 2015
- Rodriguez , R. (23 de 11 de 2012). <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4885/1/Farmacodependencia-en-el-adulto-mayor.html>. Recuperado el 18 de 08 de 2015
- Sánchez, A. M. (2007). La automedicación un riesgo para la salud . *Rev. de divulgación de la Universidad Michoacana de San Nicolas de Hidalgo* .
- Tello Vera , S., & Yoyera Puycan, A. (2005). *Factores asociados a la incidencia de la automedicación*. Chiclayo Perú .
- Valladares, M. M. (Julio de 2011). cepdfdoc.cies.edu.ni/digitaliza/t570/doc-contenido. Recuperado el Agosto de 2015

XIII. ANEXOS

Anexos 3

RESULTADOS

Tabla 1.

Características Generales de los adultos mayores que practican automedicación y Polifarmacia. Casco Urbanos del Municipio de Masaya. Enero a Septiembre 2016.

n = 293

Características Generales	Frec	%
Edad		
50 a 60 años	234	79.9
61 a 70	54	18.4
71 a 80	5	1.7
Sexo		
Femenino	191	65.2
Masculino	102	34.8
Estado Civil		
Unión de hecho estable	154	52.6
Soltero/a	41	14.0
Viudo/a	24	8.2
Divorciado/a	3	1.0
Casado/a	71	24.2
Religión		
Católica	110	37.5
Evangélica	106	36.2
Testigo de Jehová	7	2.4
Ninguna	70	23.9
Escolaridad		
Analfabeta	42	14.3
Solo lee y escribe	14	4.7
Primaria	144	49.1
Secundaria	58	19.8
Universitario	34	11.6
Técnico	1	0.3
Profesión u oficio		
Ama de casa	64	21.9
Comerciante	56	19.1
Mecánico	20	6.8
Carpintero	15	5.1
Albañil	11	3.8
Maestro	9	3.0
Ninguna	61	20.8
Otras	57	19.4
Reciben el beneficio de la pensión de asegurado		
Si	25	8.5
No	268	91.5
Trabajan		
Si	98	33.4
No	195	66.6

Fuente: Entrevista a los adultos mayores 50 años y más de Masatepe

Tabla 2.

Hábitos Tóxicos y antecedentes patológicos de los adultos mayores que practican automedicación y Polifarmacia. Casco Urbanos del Municipio de Masaya. Enero a Septiembre 2016.

n = 293

Hábitos Tóxicos	Frec	%
Fuman		
Si	59	20.1
No	234	79.9
Consumen Licor		
Si	13	4.4
No	280	95.6
Habito de consumir Café		
Si	258	88.1
No	35	11.9
Antecedentes enfermedades crónicas degenerativas		
Artritis reumatoides	26	8.8
Artritis reumatoides + otras	4	1.4
cardiopatías	8	2.7
Diabetes Mellitus tipo 2	34	11.6
Diabetes Mellitus tipo 2 + otras	11	3.8
Enf. Renal	6	2.1
Enf. Gastrointestinal	5	1.7
Epilepsia	6	2.1
EPOC	13	4.4
Hipercolesterolemia	8	2.7
HTA	65	22.1
HTA + Otras	14	4.7
HTA + Diabetes Mellitus tipo 2	24	8.1
Osteoporosis	7	2.3
Visual	6	2.1
No señalaron ninguna patología	62	21.1

Fuente: Entrevista a los adultos mayores 50años y más de Masatepe

Tabla 3.

Antecedentes de Enfermedades Crónicas degenerativas de los adultos mayores que practican automedicación y Polifarmacia. Casco Urbanos del Municipio de Masaya. Enero a Septiembre 2016.

n = 293									
Padecen o han padecido	Total		Tiempo de padecerla	Total		Fármaco que consume	Total		
	n	%		n	%		n	%	
HTA	105	35.8	<10 años	64	21.8	Atenolol	34	11.6	
			10 a 20	38	12.9	Enalapril	56	19.1	
			>20	3	1.0	Lozartan	15	5.1	
			No padecen	188	64.2	No padecen	188	64.2	No padecen
Diabetes	68	23.2	<10 años	36	12.1	Metformine	36	12.1	
			10 a 20	32	10.9	Glibenclamida	6	2.1	
						Insulina NPH	24	8.1	
			No padecen	225	76.7	No padecen	225	76.7	No padecen
Artritis reumatoides	43	14.7	<10 años	9	3.1	Ibuprofeno	41	13.9	
			10 a 20	33	11.3	No consumen	2	0.7	
			>20	1	0.3				
			No padecen	250	85.3	No padecen	250	85.3	No padecen
Cardiopatías	11	3.8	<10 años	3	1.1	Verapamil	4	1.4	
			10 a 20	8	2.7	Isosorbide	3	1.0	
						Carvedilol	1	0.3	
						Digoxina	2	0.7	
						No consumen	1	0.3	
			No padecen	282	96.2	No padecen	282	96.2	No padecen
Enfermedades Renales	6	2.0	<10 años	5	1.7	Eritropoyetina	2	0.7	
			10 a 20	1	0.3	Hierro/calcio	1	0.3	
						No consumen	3	1.0	
			No padecen	287	98.0	No padecen	287	98.0	No padecen
No padecen									

Fuente: Entrevista a los adultos mayores 50 años y más de Masatepe

Tabla 4.

Antecedentes de Enfermedades Crónicas degenerativas de los adultos mayores que practican automedicación y Polifarmacia. Casco Urbanos del Municipio de Masaya. Enero a Septiembre 2016.

Padecen o han padecido	Total		Tiempo de padecerla	Total		Fármaco que consume	Total	
	n	%		n	%		n	%
Epilepsia	11	3.8	<10 años	4	1.4	Carbamazepina	10	3.4
			10 a 20	4	1.4	Fenitoina	1	0.3
			>20	3	1.0			
			No padecen	282	96.2	No padecen	282	96.2
Trastornos visuales	7	2.4	<10 años	2	0.7			
			10 a 20	4	1.4			
			>20	1	0.3			
			No padecen	286	97.6	No padecen	286	97.6
Trastorno auditivo	1	0.3	<10 años	1	0.3			
			No padecen	292	99.7	No padecen	292	99.7
Enf. Gastrointestinal	6	2.0	<10 años	1	0.3	Omeprazol	5	1.7
			10 a 20	5	1.7	No consumen	1	0.3
			No padecen	287	98.0	No padecen	287	98.0
Hipercolesterolemia	8	2.7	<10 años	7	2.4	Sinvastatina	6	2.0
			10 a 20	1	0.3	No consumen	2	0.7
			No padecen	285	97.3	No padecen	285	97.3
Osteoporosis	9	3.1	<10 años	6	2.0	No consumen	9	3.1
			10 a 20	3	1.0			
			No padecen	284	96.9	No padecen	284	96.9
EPOC	14	4.8	<10 años	6	2.0	Ambroxol	1	0.3
			10 a 20	8	2.7	Beclometazona	7	2.4
						Bromhexina	5	1.7
						Salbutamos	1	0.3
			No padecen	279	95.2	No padecen	279	95.2

n = 293

Fuente: Entrevista a los adultos mayores 50años y más de Masatepe

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA. MANAGUA FACULTAD DE MEDICINA

Tema: Comportamiento de la Automedicación y Polifarmacia en los Adulto Mayores del Casco Urbanos del Municipio de Masaya. Enero a Septiembre 2016.

Nota: La información será recolectada por los mismos investigadores a través de entrevista estructura que se le hará a los adultos mayores

I. Datos generales.

- a. Edad. ____ años
- b. Sexo. M ____ F ____
- c. Estado civil. Casado ____ unión de hecho ____ Soltero ____ Viudo ____ Divorciado ____
- d. Religión. _____
- e. Escolaridad alcanzada. _____
- f. Trabaja actualmente. si/no ____ Es dependiente o Independiente _____
- g. Profesión que desempeña (ba). _____
- h. Reciben el beneficio de la Jubilación si/no ____

II. Antecedentes (Hábitos tóxicos y antecedentes patológico personales).

1. Fuma. si/no ____ desde cuándo? _____
2. Consume licor. si/no ____ desde de cuándo? _____
3. Consumo de Café/Té. _____
4. Ha usado algún tipo de droga de uso ilícito. si/no ____ desde cuándo? _____

Antecedentes patológicos	Marque x la que padece	Tiempo de padecerla	Fármaco que consume por enfermedad	Quien le indico el medicamento	Cada cuanto Se valorar por esta enfermedad
HTA					
Diabetes					
Artritis reumatoides					
Cardiopatías					
Enfermedades Renales					
Epilepsia					
Trastornos mentales					
Trastornos visuales					
Trastorno auditivo					
Enf. Gastrointestinal					
Hipercolesterolemia					
Osteoporosis					

Canceres					
TB Pulmonar					
EPOC					
Otras cuáles?					

III. **Elementos sobre la automedicación.** Marque de acuerdo a lo solicitado.

1. Toma algún medicamento que Ud. Considera que le sirve para su salud sin necesidad que el medico se lo recete. si/no ____
2. ¿Para qué tipo de molestias toma medicamentos sin necesidad de receta médica? Puede marcar más de una.
 - a) Fiebre ____ b) Diarrea ____ c) Tos ____ d) Dolor de garganta ____ e) Dolor de cabeza
 - f) Malestar general ____ g) Gripe ____ h) Cólicos menstruales ____ i) Insomnio ____ j) Ardor y dolor estomacal ____ k) Estreñimiento ____ l) Afecciones en la piel ____ m) Otros, especificar _____
3. Acostumbra conseguir las medicinas que ya le han recetado anteriormente cuando tiene el mismo problema actual sin asistir al médico. si/no _____
4. Qué tipo de medicamentos utiliza usted sin receta médica? Puede marcar más de una
 - a) Medicamentos para el dolor ____ b) Medicamentos para la infección ____ c) Medicamentos para la fiebre ____ d) Medicamentos para la inflamación ____ e) Medicamentos contra parásitos intestinales ____
 - f) Medicamentos para alergia ____ g) Medicamentos para la presión alta ____ h) Medicamentos para la diabetes ____ i) Anticonceptivos ____ j) Vitaminas ____ k) Otros, mencione: _____
5. Ud. se automédica; frecuentemente ____ poco frecuente ____ raras veces ____
6. Actualmente cuantos medicamentos tomas _____
7. En el día como los consume; Todo de una vez ____ Con intervalo de horario diferente ____
8. ¿Porque se ha automedicado? Marcar el motivo más importante para usted.
 - a) Porque la enfermedad no era grave. ____ b) Porque le falta dinero para asistir al médico. ____ c) Porque tiene el conocimiento suficiente para recetarse solo. ____ d) Por le falta tiempo para acudir a un médico. ____ e) Porque vive muy lejos de un hospital. ____ f) Porque no confía en el médico. ____
 - g) Otros motivos: _____
9. Conoce los efectos adversos que le puede causar el medicamento que utiliza. si/no ____

10. ¿En qué lugar adquiere los medicamentos cuando se automedica? a) Farmacias b) Establecimientos de salud c) Pulpería/ventas comunales d) Vendedores ambulante e) Son obsequiados por otra persona no medico e) Otros, menciónelos _____
11. Como sabe sobre la utilidad y forma del consumo de los medicamentos que ha utilizado. marque las que recuerde.
- a. Anuncios en la TV ____ b. Anuncio en la Radio ____ c. Anuncio en el periódico ____ d. Internet ____ e. Amigos ____ f. familiares ____ g. otros _____
12. En algún momento que se auto medicado ha empeorado su salud. si/no _____
13. Considera que la Automedicación no genera ningún daño a la Salud. si/no _____

¡Muchas Gracias!