



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

RECIENTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Informe Final para optar al título de Doctor en Medicina y Cirugía General

**Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio
Waspán Sur, Distrito VI de Managua, Período Julio-Octubre del 2020**

Autores:

Br. Gissell Regina Reyes Briceño

Br. Yúrika Lucrecia García Rodríguez

Tutor: Dr. Humberto Urroz Talavera

Especialista en Medicina de Emergencia

Master en Docencia Universitaria e Investigación

Postgrado en Farmacología Clínica e Investigación Farmacológica

Managua, Nicaragua 2020

DEDICATORIA

A Dios, por su misericordia siendo nuestro guía y esperanza, a lo largo de nuestras vidas, ayudándonos a llegar hasta donde estamos, dándonos fortaleza y amparo en cada proyecto, con su bendición nos permite vencer las adversidades, haciendo de nosotras personas valientes y perseverantes en cada circunstancia presente en nuestras vidas.

A nuestras familias, porque han estado a nuestro lado, brindándonos su apoyo y consejos, para hacer de nosotras mejores personas, estableciendo en nosotras valores, principios y deseos de superación.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, agradezco a Dios por su infinita misericordia, por su bondad que se renueva cada día y por su fidelidad que trasciende más allá de todo, quien en medio de la adversidad me ha sustentado y me ha dado fuerzas para continuar.

A mis padres, Tomás Reyes y Esmelda Briceño que han sido un pilar fundamental en mi vida, mi motor para seguir adelante cada día y luchar por mis sueños, les agradezco por su sacrificio y esfuerzo para hacer de mí una persona de bien.

A mis hermanos, Yoselin y Wilmer Reyes por animarme y apoyarme incondicionalmente, por aconsejarme e impulsarme siempre a dar lo mejor de mí y aplaudir cada uno de mis logros.

A mis maestros por guiarme y contribuir en mi formación integral, especialmente al Dr. Humberto Urroz y cada uno de los que colaboraron para la realización de este estudio.

Agradezco también al Dr. Salvador Peña, Tomas Delaney, Carlos Siles, Simeón Rizo (q.e.p.d) y demás miembros de la promoción Gilberto Robelo Pereira del CCA por su gran estima para conmigo, por su apoyo y acompañamiento a lo largo de mis estudios de medicina.

Br. Gissell Regina Reyes Briceño

A Dios, por ser fuente de vida y conocimiento, por darme la fortaleza de seguir adelante cada día, con su bendito amor y misericordia.

A mi familia, por su amor abnegado y sacrificio, por su paciencia y apoyo en cada uno de mis proyectos, sin quienes no podría haber llegado tan lejos, siendo mi fuente de inspiración para continuar creciendo profesionalmente.

A mis maestros, por instruirme en mi formación académica y humana, en especial al Dr. Humberto Urroz y aquellos que colaboraron en la realización de este estudio.

A mis amigos, por el aprecio y apoyo brindado en este proyecto, por estar presentes en los momentos especiales de mi vida.

Br. Yúrika Lucrecia García Rodríguez

OPINIÓN DEL TUTOR

La automedicación se origina debido a varios factores como condiciones socioeconómicas, consejos o recomendación de familiares, amigos, o del personal de las farmacias y los anuncios y spots publicitarios que incentiva la toma de medicamentos sin una previa receta médica, siendo un fenómeno que causa innumerables problemas en la población, ha llegado a ser un factor importante en el ámbito de salud pública no solamente en nuestro país, sino que a nivel mundial. Siendo más afectados los extremos de la vida, en especial los adultos mayores debido al deterioro de las funciones metabólicas causadas por el envejecimiento fisiológico y su consecuente alteración en la farmacodinamia y farmacocinética.

Este siempre será un tema de actualidad en nuestro país mientras existan condicionantes de riesgo que pongan en peligro la vida de estos grupos de población. Es importante estudiar la automedicación en el adulto mayor porque permitirá tener una visión precisa de los factores que conllevan a estas personas a automedicarse.

Este fenómeno causa innumerables problemas en la población, ha llegado a ser un factor importante en el ámbito de salud pública afectando en especial los adultos mayores debido al deterioro de las funciones metabólicas causadas por el envejecimiento fisiológico y su consecuente alteración en la farmacodinamia y farmacocinética. Es por ello que las autoras del presente estudio las Bachilleres **Gissell Regina Reyes Briceño** y **Yúrika Lucrecia García Rodríguez** a las cuales felicito por la iniciativa de realizar un estudio innovador dejando el tradicionalismo como es los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM), relacionado con la automedicación y el esfuerzo invertido en este trabajo y de la misma manera la invito a continuar fortaleciendo el camino de la investigación científica, para hacer de Nicaragua un país mejor.

Dr. Humberto Urroz Calavera

Especialista en Medicina de Emergencia

Master en Docencia Universitaria e Investigación

Postgrado en Farmacología Clínica e Investigación Farmacológica

Ejecutivo de Docencia de Grado

UNAN Managua

RESUMEN

El **Objetivo** de este estudio fue Describir el Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, Período Julio-octubre del 2020.

Metodología: el presente es un estudio de utilización de medicamentos (EUM), de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo, con enfoque cuantitativo, la muestra estuvo constituida por 193 adultos mayores de un universo de 383 que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, con un margen de error del 5%, nivel de confianza 95% y heterogeneidad 50%. El muestreo probabilístico aleatorio simple, la fuente de información fue primaria a través de una encuesta, el Procesamiento de la información fue por medio del programa Microsoft Excel 2019 y la aplicación Google drives.

Resultados: La población en estudio, se encontró que el grupo etario que predominó fue de 60 a 69 años, de sexo femenino, casados, con religión católica, de educación primaria y no eran jubilados. Los hábitos tóxicos fue el consumo de café y té, mientras que la enfermedad crónica que predominó fue la hipertensión arterial crónica sin embargo la mayoría presentan múltiples patologías. La práctica de automedicarse, lo hacen con una frecuencia a veces en su mayoría, la cantidad de medicamentos que consumen a la vez es de 1 a 3 fármacos, se automedican cuando tienen malestar general, teniendo conocimiento de remedios para aliviar sus síntomas, la fuente de adquisición de los medicamentos es las farmacias, usaban medicamentos nuevamente al tener la misma molestia de salud, la fuente de obtención de información fue la televisión y lo hacían por decisión propia. El grupo farmacológico empleado para la automedicación fueron los AINES solos o combinados Las reacciones adversas medicamentosas presentadas fueron exclusivamente a reacciones adversas de tipo “A”, ante efectos secundarios no mostraron ninguna conducta para contrarrestar dichos efectos causados por los fármacos automedicados.

Palabras claves: Automedicación, Adultos mayores, RAM, medicamentos.

ÍNDICE

CAPÍTULO I: GENERALIDADES	8
1.1 INTRODUCCIÓN	9
1.2 ANTECEDENTES	11
1.2.1 A Nivel Internacional	11
1.2.2 A Nivel Nacional	14
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
1.5 OBJETIVOS	20
General:	20
Específicos:	20
1.6 MARCO TEÓRICO	21
1.6.1 Generalidades del adulto mayor	21
1.6.1.1 Definición de adulto mayor	21
1.6.1.2 Epidemiología del adulto mayor	21
1.6.1.3 Características del adulto mayor	23
1.6.2 Pluripatologías en el Adulto Mayor	24
1.6.2.1 Cambios Farmacocinéticos en el adulto mayor	26
1.6.2.2 Cambios farmacodinámicos en el adulto mayor	27
1.6.2.3 Cambios estructurales y funcionales en el adulto mayor	28
1.6.3 Automedicación	30
1.6.3.1 Factores predisponentes para el desarrollo de la automedicación	32
1.6.3.2 Fuentes de adquisición de los fármacos utilizados en la automedicación.	36
1.6.4 Fármacos utilizados en la automedicación por adultos mayores	37
1.6.5 Reacciones adversas medicamentosas	40
1.6.5.1 Clasificación de las Reacciones Adversas Medicamentosas.....	42
1.6.6 Implicaciones legales y papel de las autoridades	43
CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO	45
DISEÑO METODOLÓGICO	46
Tipo de estudio	46

Área de estudio	46
Universo	46
Muestra	46
Tipo de Muestreo	47
Probabilístico, aleatorio simple.	47
CRITERIOS DE SELECCIÓN	47
Criterios de Inclusión	47
Criterios de exclusión	47
DISTRIBUCION DE VARIABLES DE ACUERDO A OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	47
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	49
Método e instrumentos de recolección información	54
Procesamiento y análisis de información.....	55
Plan de tabulación y análisis	56
Aspectos éticos	57
CAPÍTULO III: DESARROLLO	58
RESULTADOS	59
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.	63
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES.....	67
CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
CAPÍTULO V: ANEXOS.....	73
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN	74
FICHA DE AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS MAYORES	75
MAPA DEL BARRIO WASPAN SUR	79
ADULTOS MAYORES DEL BARRIO WASPAN SUR	80
TABLAS DE RESULTADOS	81
GRAFICOS DE RESULTADOS	88

CAPÍTULO I: GENERALIDADES

1.1 INTRODUCCIÓN

La población de todos los países de las Américas se encuentra en proceso de envejecimiento, aunque en los distintos países envejece a velocidad y en momentos diferentes (He, Goodkind, & Kowal, 2016). La disminución de los indicadores de fertilidad y de mortalidad, fundamentalmente a edades tempranas de la vida, está dando lugar a una transición demográfica muy rápida en la región. (OMS, 2016)

Por lo tanto, el aumento en la prevalencia de adultos mayores, conllevará una transformación de los sistemas de salud, determinada por las demandas especiales de cuidados y servicios de salud específicos de este grupo de población.

Actualmente se considera que los adultos mayores son un grupo de riesgo en la automedicación, el esquema o situación de salud que caracteriza a este grupo poblacional es de pluripatologías y predominio de enfermedades crónicas. (Castellano, y otros, 2008)

En los últimos 10 años se ha dispuesto de más de 10,000 entidades farmacológicas; osea que se ha triplicado la cantidad de medicamentos de venta al público. La Agencia Reguladora de Medicamentos en el mundo (FDA) describe que la consecuencia de la automedicación es alarmante.

El origen de la automedicación suele ser, en primer lugar, la experiencia anterior, una prescripción médica previa similar para síntomas parecidos, indicación de farmacéuticos, consejo de familiares y amigos y, finalmente publicidad. (Queralt, 2016). La automedicación en los adultos mayores es un fenómeno que es más común de lo que miembros de los organismos de salud a nivel internacional y local, autoridades sanitarias, personal médico, de enfermería o cuidados generales y todos los actores de la sociedad piensan. En algunos casos es tomada como una conducta normal y que se ha vuelto cotidiana pues evita el paso, considerado costoso y molesto de acudir a un profesional de la salud. (Sánchez, 2008)

En el contexto actual la automedicación es un problema, debido al alto contenido de información en medios de comunicación, redes sociales y sitios web, por la situación de salud que transcurre mundialmente y a nivel local. En los barrios de la capital el fácil acceso a un sinnúmero de medicamentos representa una problemática que entraña riesgos a la salud que son poco conocidos por la población ya que inmediata, mediatamente o a la larga pueden tener connotaciones negativas. Por lo que en la presente investigación se pretende estudiar el comportamiento de la automedicación en los adultos mayores, siendo estos un grupo de edad altamente influenciado por el medio en el que conviven.

El presente documento, se presenta en calidad de informe final por lo que está estructurado en cinco capítulos:

- ✚ Capítulo I: es el de carácter de generalidades, que contempla desde la introducción hasta el marco teórico.
- ✚ Capítulo II: está compuesto por el diseño metodológico, que desglosa toda la estructura del diseño desde el punto de vista metodológico para la explicación de la realización del trabajo.
- ✚ Capítulo III: está destinado al desarrollo, en donde se aborda el sustento de lo que se realizó, desde el resultado y el análisis de estos hasta las conclusiones.
- ✚ Capítulo IV: es el material del cual se extrajo toda la información, dando como tal el enriquecimiento investigativo, siendo este el conjunto de referencia bibliográfica.
- ✚ Capítulo V: es información que soporta ideas al documento, teniendo una mejor perspectiva sobre el tema, la cual incluye instrumento de recolección de información, tablas frecuencia y porcentaje, entre otros, dando como tal los anexos.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 A Nivel Internacional.

En el año 2010; Mini, Rojas, Balabarca y otros, realizaron un estudio en el Centro de Salud “Juan Pérez Carranza” en Lima, Perú; con el título “Factores relacionados con la automedicación en adultos mayores” los resultados demostraron que el 58% de adultos mayores tenía entre 70 y 80 años; 35% usaba medicamentos sin receta médica, siendo los motivos en 37% la falta de dinero para ir al médico, 36% por influencia de los medios de comunicación, 18% por recomendación de amigos/familiares y 9% por antecedentes favorables de uso. Los problemas de salud para la automedicación, en 82% eran por problemas respiratorios, en 18% por problemas digestivos. (Mini, y otros, 2010)

En el año 2011 Valladares realizó un estudio con el título “Automedicación de los Adultos Mayores Clínica Notre Dame de Barrio Villa Adela Francisco Morazán, Honduras. Enero a marzo 2011” los resultados demostraron que la mayoría de adultos mayores pertenecía al sexo femenino, la edad encontrada fue de 60 a 64 años, el 71% estaba en unión libre, 18% casados, 6% viudos, 5% solos, así mismo un 58% no contó con nivel grado de educación, el 97% no recibe ningún tipo de pensión y el 95% padece de alguna enfermedad.

Con respecto a las molestias por las que se automedicaban las más frecuentes fueron: gripe y tos en un 23%, dolor osteomuscular 17%, gastritis 17% y los medicamentos que utilizaban para automedicarse los adquieren en los lugares cercanos a la residencia como pulperías 43%, mercados 29%, farmacias 9%. La información de la automedicación la obtenían de los siguientes medios: televisión 49%, radio 30%, periódicos 16%. Los efectos adversos reportados fueron ninguno en un 80%, ardor de estómago 8%, sueño 7%, náuseas y vómitos 1%. (Valladares, 2011)

En el año 2013; Salazar, Bello, Toledo y Otros, realizaron un estudio titulado “Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco” de los resultados obtenidos de la población general; 36.3% fueron hombres y 63.7% fueron mujeres.

El total de individuos automedicados fue 82.4%, al clasificar por sexo las mujeres mostraron una frecuencia de 64.3% y los hombres de 35.7%. En este grupo de sujetos los fármacos más utilizados fueron los analgésicos con 39.47%, el principal efecto desagradable fue el malestar estomacal (10.7%). (Salazar, y otros, 2013)

En el año 2014; Vergara, Armijo, Solís, Campalans y Moya, realizaron el estudio titulado “Automedicación en clubes de adulto mayor de Valparaíso” los resultados demuestran; que el 93.3% eran mujeres, el 67.8% era adultos mayores de 65 años, un 82.9% de los encuestados se automedicaba, los principales problemas de salud para automedicarse fueron aliviar síntomas como el dolor en 52.7% y los trastornos digestivos 15.75%. Un 49,3% de ellos declaró necesitar ayuda del personal de la farmacia comunitaria para elegir con qué medicamento automedicarse. (Vergara, y otros, 2014)

En el año 2015; Cárdenas, Castañeda y Lata, realizaron un estudio titulado “Automedicación en los Adultos Mayores que acuden a consulta en el Centro de Salud N° 4 Carlos Elizalde de la Parroquia Yanuncay, Cuenca, 2015” los resultados demuestran que de los adultos mayores participantes en el estudio el 62.7 % fue del sexo femenino y el 37.3 % de sexo masculino, de los cuales la mayoría estuvo en una edad comprendida entre los 65-70 años de edad con un 47.9 %. Un 53 % están casados, poseen instrucción primaria en un 64.5 %.

La prevalencia de la automedicación fue de 85.6%, dentro de las principales causas para la automedicación el mayor porcentaje 21.6 % refiere la falta de dinero y tiempo para ir al centro de salud, seguido por la confianza que tienen en los medicamentos y tratamientos ya conocidos con un 19.2 % y finalmente por la propaganda en los medios de comunicación señala el 14.3 % de los encuestados.

Los medicamentos más utilizados son los analgésicos con un 45.5 %, seguido por los antigripales 28.7 % y los antibióticos 14.4%. Estos medicamentos son adquiridos principalmente en 53.3% farmacias y 37.7% tiendas. Un 68.3 % indican que lo hacen para aliviar dolores osteomusculares y de cabeza. (Cárdenas, Castañeda, & Lata, 2015).

En el año 2017, Gonzaga realizó el estudio “Relación de factores determinantes y actividades de automedicación en adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos - Lima 2017” Se concluyó en relación a los motivos principales por los que adquieren directamente los medicamentos que 49% se automedica porque ya conoce sus remedios, 28% refiere que el medico receta lo mismo siempre y 23 % dice que la atención demora mucho. (Gonzaga, 2017)

En el año 2019, Molina y Morocho realizaron un estudio titulado “Automedicación en adultos mayores del Centro de Especialidades Central Cuenca, 2019” los resultados demuestran; predominio del sexo femenino con el 56.4%, el sexo masculino en 43.6%, la edad más frecuente de los adultos mayores en estudio oscila entre 75 y 84 años con un 56.4%, en cuanto a su instrucción predomino primaria con 52%, el 61.7% de los adultos mayores estan casados y representan a la religión católica en un 93.8%.

Todos los adultos mayores que participaron en el estudio padecen de enfermedades, las más comunes son: Hipertensión arterial con un 56.8% y Diabetes mellitus con un 34.4%. Un 42.7% consume café, un 5.7% fuma, el 4% consume alcohol y el 1.3% consume drogas. El 63,1% de los adultos mayores refieren automedicarse porque la enfermedad que padecen no es grave, un 13,7% por lejanía al hospital, el 8,9% por no tener dinero para acudir al médico, e igualmente el 8,9% alegan motivos de tiempo para la visita al médico.

La automedicación en esta población se debe a dolores corporales propios de la edad con un 34.5 %, gripe con un 18.5%, cefalea en un 15.5%, fiebre en un 11.3% y tos con un 10.7%. Los fármacos para la automedicación los adquieren principalmente en las farmacias en un 61,4%, y en menor medida en las tiendas con un porcentaje de 21,1%. La fuente de información es principalmente los familiares en un 54,2%, seguida en mucha menor proporción de los amigos con un 17,9% y los anuncios de TV en un 14,9%. (Molina & Morocho, 2019)

1.2.2 A Nivel Nacional.

En el año 2010, Lezama realizó un estudio titulado “Automedicación De la Población Mayor De 18 Años Del Municipio De Nindirí, Masaya Que Acudió A Farmacias Privadas, Marzo del 2010” los resultados obtenidos demuestran; en relación a los grupos de edad atendidos fueron el grupo etario de 18 - 35 años con un 50.7%, de 36 - 55 años con un 36.3%, de 56 - 85 años con un 13% , con respecto al nivel de escolaridad: universidad un 25.7 % , educación secundaria un 47%, primaria un 23.7 % ,y ningún grado de escolaridad con un 3.6 %.

Entre las reacciones adversas asociadas a la automedicación, las más frecuentes fueron: reacciones alérgicas con un 3.7 % , sobredosis con un 2 % e intoxicación en 1 % . En relación al grupo farmacológico con que la población se automedica predominó los analgésicos, antiinflamatorios, antipiréticos con un 48.7%. (Lezama, 2010)

En el año 2016, Méndez y Martínez realizaron un estudio titulado “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” los resultados demuestran que el 79.9% de los adultos entrevistados tenían edades 50 a 60 años, siendo el 65.2% del sexo femenino. El estado civil que menciona el 52.6% fue unión libre 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.

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 hábito de consumir café. La indagación de las enfermedades que padecen 35.8% señalaron a la Hipertensión arterial, el 23.2% mencionaron a la Diabetes mellitus tipo 2, el 14.7% padecen Artritis reumatoide, EPOC lo padecen 4.3% epilepsia 3.8% el 3.8% señalo padecer de cardiopatía, enfermedad renal 2% y un 2% enfermedades gastrointestinales.

Se identificó que 96.9% es el total de pacientes se automedican. 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.

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. El 70.6% de los adultos mencionaron que es poco frecuente la automedicación. La cantidad de fármaco automedicado por el 41.6% es de 1 a 3 fármacos.

La molestia que más señalaron para el autoconsumo de medicamentos el 72.6% dijeron que es para cefalea, fiebre y gripes. El 54.6% dijeron que obtienen el medicamento para el autoconsumo en la farmacia, el 23.5% lo obtienen el medicamento de vendedores ambulantes. (Méndez & Martínez, 2016)

En el año 2019, Silva y Zelaya realizaron un estudio titulado “Automedicación y factores asociados que motivan esta práctica en la población adulta de la ciudad de León” los resultados demuestran; que la prevalencia de automedicación es de 67.6%, siendo las edades de 41-60 años, donde el 62.2% corresponde al sexo femenino, siendo los principales motivos de salud que llevaron a las personas a automedicarse las enfermedades del tracto alimenticio y del metabolismo con un 68.7%, y los principales factores condicionantes de esta práctica eran visitas anteriores al médico con un 49.2%, seguida de las recomendaciones de amigos, familia y vecinos con un 22.6% y decisión propia en un 19.1%.

Se encontró que el grupo farmacológico más utilizado fue los AINES con un 26.2%, seguidos con un menor porcentaje de las hormonas, metabolismo y vitaminas 15.2% y antibióticos con un 8.2%; los medios que influyen más en la automedicación, son el televisor el cual muestra mayor incidencia en esta práctica con un 83%, seguido de internet 12%, la radio 5% y en menor medida el periódico con un 0.4%.(Silva & Zelaya, 2019)

1.3 JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores representan una población en riesgo, ya que están predispuestos a la aparición de enfermedades y presentan deterioro de sus capacidades cognitivas y funcionales, lo que los lleva a ser rápidamente influenciados por el medio a su alrededor y, por ende, a la automedicación.

Más del 40% de los adultos mayores se automedican de alguna manera; es decir, cerca de la mitad de los adultos mayores toman tratamientos que no son conocidos por sus médicos (Queralt, 2016). Se considera automedicación adquirir fármacos sin receta médica, recuperar medicación utilizada anteriormente, conseguir fármacos de círculos sociales cercanos, utilizar medicamentos acumulados en los domicilios, prolongar o interrumpir un tratamiento médico e incrementar o disminuir las dosis del tratamiento prescrito. (Loyola, Lima, & Uchoa, 2004)

La automedicación es un fenómeno que se ha practicado desde siempre, en todos los países, independientemente del estrato social, etnia, costumbre, creencias religiosas, nivel cultural, hábitos, entre otros. En los adultos mayores es con frecuencia el resultado de intentar aliviar problemas físicos y emocionales, siendo un fenómeno común, en el área de salud, trascendiendo municipios, provincias y fronteras, constituyendo una pandemia, como una entidad silenciosa. (Castillo, y otros,2015)

Actualmente debido a las condiciones nacionales relacionadas con la salud, se observa una disminución de consultas médicas, un aumento en la demanda de medicamentos e información variable circulando en muchos medios de comunicación, redes sociales y sitios web. Todo lo anterior ha llevado a la población a una tendencia no controlada de automedicación, sin tomar en cuenta el riesgo que esto conlleva para la salud, como lo son enmascaramiento de las enfermedades, reacciones adversas medicamentosas e incluso la muerte por uso inadecuado de estos.

Este estudio será de utilidad para promover en este grupo etario mejores prácticas de consumo, a través del uso racional y adecuado de los medicamentos, a fin de prevenir interacciones medicamentosas debido la utilización de fármacos por enfermedades crónicas y evitar efectos secundarios no deseados, mejorando de esta manera la calidad de vida de los adultos mayores, y a su vez beneficiando a sus familias y al sistema de salud en su conjunto.

El presente trabajo de investigación pretende fortalecer estrategias que permitan satisfacer las necesidades particulares de los adultos mayores. También será de beneficio para las residencias de cuidados mínimos de adultos mayores al contar con un estudio de referencia que pueda replicarse con cada uno de ellos, para perfilar la automedicación en estas instituciones.

Asimismo, debido a la escasez de estudios en el país que aborden la automedicación en los adultos mayores que habitan en los barrios de la capital, se pretende que el presente proyecto aporte a la actualización científica, continua y objetiva de esta línea de investigación en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN-Managua) permitiendo extender los horizontes en la realización de estudios que aborden esta línea de investigación.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido al deterioro morfológico y funcional de sus aparatos y sistemas los adultos mayores presentan diversos padecimientos crónicos que los hacen más propensos a la polifarmacia, errores de prescripción y a la automedicación. Ésta última ha sido considerada como una práctica muy extendida a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define automedicación como un elemento del autocuidado referido a la práctica por la cual las personas tratan sus dolencias y condiciones con medicamentos que son aprobados y disponibles sin receta médicas. (Castillo, y otros, 2015)

En Nicaragua la población actual entre hombres y mujeres con 60 años o más, equivale aproximadamente al 7% de la población total del país, según proyecciones de la Comisión Económica para América Latina, para mediados de este siglo ese número se duplicará (Galo Romero, 2018).

Se plantea la automedicación como un hecho alarmante en los adultos mayores, teniendo en cuenta los cambios anatómo-fisiológico de ser humano en esta etapa final de la vida, ya que consumen mayor cantidad de medicamentos, en muchas ocasiones sin una adecuada supervisión.

Dichos factores los hacen más vulnerables a las reacciones adversas, interacciones farmacológicas y efectos iatrogénicos. Por lo tanto, en nuestros días la selección y el uso seguro de medicamentos en adultos mayores revisten consideraciones especiales en el campo de la salud. Es por tal motivo que la presente investigación pretende estudiar:

¿Cuál es el Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio Waspan Sur, Distrito VI de Managua, Período Julio-Octubre del 2020?

De la pregunta anterior se derivan las siguientes Preguntas Directrices:

¿Cuáles son las características socio-demográficas de la población en estudio?

¿Cuáles son los hábitos tóxicos y enfermedades crónicas de la población en estudio?

¿Cuáles son los componentes ligados a la automedicación en los adultos mayores?

¿Cuáles son los grupos farmacológicos con que se automedican los adultos mayores?

¿Cuáles son las reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación en los adultos mayores?

1.5 OBJETIVOS

General:

Describir el Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio Waspan Sur, Distrito VI de Managua, Período Julio-octubre del 2020.

Específicos:

1. Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.
2. Conocer los hábitos tóxicos y las enfermedades crónicas de la población en estudio.
3. Identificar los componentes ligados a la automedicación en los adultos mayores.
4. Determinar los grupos farmacológicos con que se automedican los adultos mayores.
5. Clasificar las reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación en los adultos mayores.

1.6 MARCO TEÓRICO

1.6.1 Generalidades del adulto mayor

1.6.1.1 Definición de adulto mayor

La Primera Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, estableció que los adultos mayores incluyen a toda persona de ambos sexos con 60 años y más. A las personas adultas mayores las podemos encontrar en cualquier parte, pero no es en cualquier parte donde deberían estar. Vivir en la familia y en la comunidad es la mejor opción para envejecer mejor.

A lo largo de la historia, las personas pobres, abandonadas y sin familia viven en la calle o en algún centro de atención de la comunidad, del Estado u organismo de la sociedad civil. Sin embargo, en condiciones ideales, las personas deben seguir viviendo con su propia familia y en su propio hogar. (López Norori, 2019)

Además de los cambios biológicos, el adulto mayor también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al adulto mayor, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial. (OMS, 2018)

1.6.1.2 Epidemiología del adulto mayor

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. En el 2020, el número de personas de 60 años o más será superior al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de los adultos mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. La pauta de envejecimiento de la población es mucho más rápida que en el pasado.

Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico. Se vive más tiempo en todo el mundo. Actualmente, por primera vez en la historia, la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años.

Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015. Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todos los adultos mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. También aumenta rápidamente la pauta de envejecimiento de la población en todo el mundo. Francia dispuso de casi 150 años para adaptarse a un incremento del 10% al 20% en la proporción de población mayor de 60 años. Sin embargo, países como el Brasil, China y la India deberán hacerlo en poco más de 20 años. (OMS, 2018)

En Nicaragua la población actual de adultos mayores asciende aproximadamente a medio millón de personas, señala el médico gerontólogo Milton López Norori. “Ese medio millón de nicaragüenses, hombres y mujeres con 60 años o más, equivale aproximadamente al 7% de la población total del país”. Pero para mediados de este siglo ese número se duplicará, según proyecciones de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), porque para el año 2050 Nicaragua tendrá una población de 7.3 millones de habitantes, de los cuales 1.2 millones de personas tendrán más de 65 años de edad.

Amparo Brenes, docente del Departamento de Geografía, de la Facultad de Humanidades y Ciencias Jurídicas de la UNAN, señaló que en años recientes la esperanza de vida en el país ha incrementado, y eso requiere también que se apueste por la formación de los especialistas que atiendan al segmento poblacional de adultos mayores. “La esperanza de vida que nosotros tenemos ahorita es bastante alta, se aproxima a los 76 años, significa que hemos ido avanzando porque hay atención en la salud, más educación, jornadas, programas, hay políticas públicas, que nos han ayudado a elevar esa esperanza de vida, pero también para que se pueda tener activos y cuidar de mejor manera a nuestros adultos mayores, hay que tener el conocimiento socio-demográfico”, afirmó Brenes. (Galo Romero, 2018)

Las personas adultas mayores viven en la comunidad de dos maneras:

1. viviendo en el barrio y la comunidad con la familia, amigos o vecinos.
2. viviendo en servicios socio-sanitarios. Aquellos que viven con los primeros (familiares, amigos y vecinos) viven en su propio entorno, barrio o comunidad, con o sin casa propia; mientras aquellos que viven en servicios socio-sanitarios viven allí de manera temporal o permanente en hogares o residencias de ancianos (también llamados servicios de larga estadía o asilos de ancianos), centros de día y hospitales.

En Nicaragua, si sumamos el total de adultos mayores viviendo en todos los hogares de ancianos a agosto de 2019 nos da un total de 700 adultos mayores residentes que, al compararlo con el resto de la población adulta mayor nicaragüense, según proyección demográfica a 2017, representan solamente el 0.3% del total de adultos mayores nicaragüenses que están institucionalizados. Esta cifra contrasta con las obtenidas en Europa donde al menos un 3% viven en hogares de ancianos. (López Norori, 2019)

1.6.1.3 Características del adulto mayor

Entre las afecciones comunes del adulto mayor cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se aumenta la edad, aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

El adulto mayor se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. (OMS, 2018)

La salud, el dinero y el amor, constituyen tres necesidades elementales y básicas para llevar una vida con tranquilidad a lo largo de la vida y ello significa que todas las personas deben esforzarse por hacer realidad este objetivo, teniendo presente que durante el proceso de envejecimiento es donde generalmente más frecuentemente suceden los problemas de salud, los cambios de roles y funciones sociales, las pérdidas y también las ganancias.

Pérdidas y ganancias por cada dominio personal.

1. Físicas y corporales: existe una disminución de la reserva funcional y salud física, pero hay una adaptación y compensación. No todo está perdido.
2. Mental: deterioro cognitivo, pero hay entrenamiento cognitivo y de la memoria.
3. Social: muerte de familiares, amigos y amigas; sin embargo, cultiva nuevas amistades.
4. Finanzas: menos ingresos porque algunos dejan de trabajar por enfermedad o jubilación, se puede crear oportunidades mejorando ingresos creando cooperativas, sociedades y microempresas.
5. Espiritual: mayor sabiduría y reflexión para brindar consejería, mayor creencia y religiosidad
6. Salud: deterioro de los órganos internos y de los sentidos, pérdida de autonomía física, también hay aceptación y adaptación al cambio, comprender y tratar mejor la enfermedad, mayor información disponible.
7. Psicológico: para algunos, pérdida del “control” del entorno, desadaptaciones, conciencia de “pérdidas”, para otros, mejor afrontamiento a los problemas de la vida. Resiliencia (López Norori, 2019)

1.6.2 Pluripatologías en el Adulto Mayor

El concepto de pluripatología ha surgido de la necesidad de un abordaje más integral a una población de pacientes con dos o más enfermedades crónicas sintomáticas, en las que resulta difícil establecer los protagonismos, pues en general presentan un grado equivalente de complejidad, con similar potencial de desestabilización, dificultades de manejo e interrelaciones. Se trata, por tanto, de un concepto que se centra en el paciente desde un punto de vista global, y no en una enfermedad ni en el profesional que lo atiende.

Podría considerarse como un enfoque más dirigido que el término multimorbilidad, más genérico. El grupo de trabajo sugiere que se use la denominación paciente pluripatológico para hacer referencia a aquellos pacientes que presentan dos o más enfermedades, y también una especial susceptibilidad y fragilidad clínica.

Por lo que serviría para identificar desde aquellos pacientes que, como consecuencia de su enfermedad, presentan un riesgo elevado de caer en la cascada de la dependencia y la discapacidad, hasta aquellos que, aun sin dependencia franca, presentan diferentes enfermedades crónicas con síntomas continuos y agudizaciones frecuentes. (SEMI, semFYC, & FAECAP, 2013)

Este aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, conduce a un mayor consumo de medicamentos en comparación con el resto de la población y durante períodos más prolongados, por lo cual los eventos adversos medicamentosos (EAM), las reacciones adversas medicamentosas (RAM) y las interacciones medicamentosas potenciales (IMP) constituyen un reto para la atención sanitaria de este creciente grupo poblacional. (Perera, Rodríguez, & Ranero, 2017)

Alrededor del 80% de los adultos mayores padecen alguna enfermedad crónica, como diabetes, hipertensión, artrosis, insuficiencia cardíaca, etc. Además, muchos de los pacientes presentan varios procesos patológicos simultáneamente. Muchas enfermedades como hepatopatías, diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, insuficiencia cardíaca, broncopatías o insuficiencia renal, modifican por sí mismas la respuesta frente a los medicamentos. Por otro lado, los fármacos administrados para el tratamiento de dichas enfermedades pueden suponer un riesgo de interacciones y disminuir la respuesta terapéutica o potenciar la toxicidad.

El consumo de medicamentos en los adultos mayores es variable en función del nivel asistencial donde se realice el estudio, pero resulta alto en todos ellos. En el ámbito ambulatorio, el 85-90% de los adultos mayores toma como mínimo un medicamento, con una media que oscila entre 3 y 4, y en residencias de cuidados mínimos este número se incrementa a 4-8 fármacos. Son pocos los estudios que han intentado evaluar la calidad de los fármacos administrados a los adultos mayores. No obstante, un estudio realizado recientemente indica que el 27% de ellos recibe medicamentos que no deben prescribirse a adultos mayores, proporción que alcanza el 33% en residencias y 24% en el ámbito ambulatorio. (Velázquez, y otros, 2008)

1.6.2.1 Cambios Farmacocinéticos en el adulto mayor

El adulto mayor tiene modificado todas las fases de la farmacocinética, aunque la intensidad en cada fase es diferente. La cantidad de fármaco que alcanza el sistema de circulatorio tras la administración oral depende de la absorción gastrointestinal y de su metabolismo en su primer paso hepático. El aparato gastrointestinal del anciano sufre importantes modificaciones que pueden influir en la absorción, por ejemplo, disminución de la motilidad intestinal y vaciado gástrico, aumento del pH gástrico, disminución del flujo sanguíneo intestinal, etc. No obstante, estos cambios no influyen de una manera importante en la biodisponibilidad del medicamento, aunque en ocasiones pueden modificar la velocidad de absorción.

Ciertos medicamentos, antes de alcanzar la circulación sistémica, sufren el denominado efecto de primer paso (importante metabolismo hepático). En el adulto mayor se producen ciertas modificaciones hepáticas que dan lugar a una reducción de dicho efecto, con el consiguiente aumento que puede llegar a ser muy importante de la biodisponibilidad o cantidad total de fármaco absorbido, como ocurre en el caso del Verapamilo o del Clordiacepóxido, entre otros. La duración de un fármaco en el organismo depende del volumen de distribución del fármaco, de su metabolismo (principalmente hepático) y del aclaramiento (principalmente renal) o de alguna combinación de ambos. Todos ellos presentan modificaciones con el envejecimiento.

El volumen de distribución está determinado por el grado de Unión a las proteínas plasmáticas y por la composición corporal. Esta última cambia sustancialmente con el paso de los años. La proporción de tejido adiposo aumenta con la edad, lo que resulta en un incremento del volumen de distribución y, como consecuencia, en un aumento del tiempo que el fármaco permanece en el organismo; esto sucede con fármacos que actúan sobre el SNC, como los benzodiazepinas. Lo contrario ocurre con el agua corporal, que disminuye con la edad, produciendo una reducción del volumen de distribución e incrementando las concentraciones séricas de los fármacos hidrosolubles. (Velázquez, y otros, 2008)

Parte del fármaco presente en la sangre se encuentra unido a proteínas plasmáticas y parte en forma libre, siendo esta última la que presenta actividad farmacológica. La composición de dichas proteínas varía con la edad. Así, la albumina se encuentra disminuida, lo cual supone una disminución de fármacos con carácter ácido y, por lo tanto, un aumento de su forma libre.

De esta manera, con las mismas del efecto es mayor. La glicoproteína ácida es reactante de fase aguda que se incrementa con la edad, así los fármacos básicos que se unen a ella, tienen su fracción libre disminuida y, con la misma concentración de fármaco total, el efecto es menor.

El porcentaje de fármaco metabolizado por el hígado está determinado por la función hepática y por el flujo de sangre. Estos factores varían considerablemente en los adultos mayores, en general, la masa hepática disminuye con la edad, el número de hepatocitos funcionantes se reduce y además, el flujo sanguíneo empático se encuentra disminuido.

Las reacciones químicas que ocurren en dicho órgano pueden clasificarse en dos grupos: reacciones de fase I (oxidación, reducción) realizadas por el sistema microsomal, y reacciones de fase II (conjugación). Las primeras son más lentas en los adultos mayores debido a que se produce un declive de su función mientras que la segunda apenas se afecta. La excreción de los fármacos se lleva a cabo fundamentalmente a través de la vía renal. Conforme aumenta la edad, el riñón sufre modificaciones anatómicas y fisiológicas que determinan que la eliminación de los medicamentos sea más lenta. Posiblemente, éste sea el factor de mayor importancia en la acumulación de medicamentos en los adultos mayores. (Velázquez, y otros, 2008)

1.6.2.2 Cambios farmacodinámicos en el adulto mayor

Los factores farmacodinámicos que pueden determinar una respuesta alterada a los fármacos por parte de los adultos mayores son modificaciones, en los receptores aumento de la sensibilidad, disminución de la sensibilidad y disminución de números, en las modificaciones en los mecanismos homeostáticos: barorreceptores, quimiorreceptores, sistema inmunológico y centro termorregulador. Los fármacos, con unas pocas excepciones, alteran la función celular a través de interacciones a bajas concentraciones con macromoléculas específicas de los tejidos (receptores).

La unión del fármaco con su receptor produce, frecuentemente, la síntesis y liberación de moléculas intracelulares que presentan otras acciones sobre los procesos celulares (segundo mensajero). Se ha sugerido la posibilidad de que los cambios en los fluidos de las membranas celulares sean responsables de la respuesta alterada en la unión del receptor al segundo mensajero, modificando la difusión y la unión apropiada a proteínas a través de la membrana. (Velázquez, y otros, 2008)

Otros datos experimentales y clínicos sugieren cambio en el número de receptores que también podrían explicar la respuesta anómala de los adultos mayores a ciertos fármacos. La respuesta fisiológica a un fármaco incluye no sólo el efecto de este, sino también los mecanismos homeostáticos que se ponen en marcha en respuesta a dicho efecto. La disminución de la regulación homeostática que se produce con la edad también puede ser causa de efectos adversos. Uno de los receptores más ampliamente estudiados ha sido el receptor B- adrenérgico, el cual con el aumento de la edad, presenta una disminución de su afinidad por las catecolaminas, quizá debido a un aumento plasmático de estas. Por otra parte, se sabe que los adultos mayores son más sensibles a los fármacos psicoactivos.

En relación con los cambios homeostáticos los adultos mayores poseen una menor capacidad para excretar agua libre: así la administración de Hidroclorotiazida empeora esta excreción y aumenta el riesgo de hiponatremia dilucional, alteración que parece estar relacionada con una menor producción de prostaglandinas por el riñón. La hipotensión ortostática es frecuente en los adultos mayores y puede incrementarse con la administración de determinado fármaco. Su patogenia es multifactorial e incluye la disminución de la respuesta al barorreceptor, alteraciones de la actividad y respuesta simpática, alteración de la respuesta arteriolar y venosa y cambio en la regulación del volumen. (Velázquez, y otros, 2008)

1.6.2.3 Cambios estructurales y funcionales en el adulto mayor

1. Sistema circulatorio: aumenta poscarga e hipertrofia, sensibilidad diuréticos, volumen plasmático, rigidez de la aorta, resistencia vascular periférica e hipertensión arterial. Disminuye número células marcapasos, el tiempo llenado ventricular, la distensibilidad vascular, el gasto cardiaco, la sensibilidad barorreceptores, frecuencia cardiaca y taquicardia refleja.
2. Sistema respiratorio: aumenta espacio muerto alveolar, volumen pulmonar residual, diámetro vías respiratorias, riesgo infección. Disminuye fuerza la musculatura respiratoria, la elasticidad pulmonar, la capacidad vital forzada, el volumen espiratorio máximo en 1 segundo, el flujo espiratorio, la difusión CO y VO₂ máx y la saturación arterial de O₂.

3. Sistema endocrino: aumenta el péptido natriurético atrial, la insulina y el polipéptido pancreático, la norepinefrina, la secreción de vasopresina. Disminuye la tolerancia a la glucosa, la regulación del sodio, la regulación líquido extracelular, la aldosterona, la conversión tiroxina a triyodotironina, el metabolismo tiroxina, la actividad renina plasmática y los andrógenos y estrógenos.
4. Aparato digestivo: aumenta la hernia hiatal, el tiempo tránsito colónico, divertículos, estreñimiento y impactación fecal. Disminuye la amplitud contracción esófago, la producción de ácido gástrico, el flujo sanguíneo hepático y el metabolismo de medicamentos.
5. Sistema hematopoyético: aumenta la grasa medular y disminuye la cantidad de medula ósea activa.
6. Sistema inmune: aumenta la inmunidad humoral, la secreción interleucina 2, los linfocitos T supresores y el riesgo de infección. Disminuye los linfocitos T colaboradores y autoanticuerpos.
7. Sistema musculoesquelético: aumenta la masa grasa, las fibras de colágeno, la rigidez, deformidad (cifoescoliosis), la osteoporosis, las caídas, las fracturas y el riesgo de sarcopenia. Disminuye la masa ósea, la masa muscular, el número fibras musculares y la fuerza muscular.
8. Sistema nefrourológico: aumenta el volumen vesical residual, las contracciones vesicales no inhibidas y la capacidad concentración. Disminuye el filtrado glomerular, la secreción tubular renal, la capacidad de concentración y capacidad vesical.
9. Sistema nervioso: aumenta el acúmulo lipofuscina, el déficit cognitivo, la depresión, el síncope y glaucomas. Disminuye el flujo sanguíneo cerebral, el número neuronas *putamen* y *locus ceruleus*, los neurotransmisores (Acetilcolina y serotonina), el peso cerebral (5-7%), la visión, audición, olfato y gusto. (Ramos, y otros, 2015)

1.6.3 Automedicación

La automedicación puede entenderse como la expresión más actual de la siempre presente necesidad que tienen hombres y mujeres de velar por su propia salud. No obstante, y a diferencia de lo que sucede con otras formas de autocuidados, la automedicación tiene para buena parte de la población y para la mayoría de los médicos, connotaciones negativas. De hecho, a lo largo de los años se ha extendido la creencia de que los medicamentos son las armas terapéuticas de los médicos y, que sólo a éstos, corresponde su prescripción. (F. Caamaño, 2000)

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. (F. Caamaño, 2000)

Así, un estudio del año 1985 señala que el 50% de los enfermos crónicos no completa el tratamiento, el 42% autorregula su medicación y el 6% modifica sustancialmente la dosis. (Conrad, 1985). También se podría considerar automedicación la decisión del paciente de no tomar los medicamentos prescritos.

Otra forma de automedicación que Schalekamp dio en llamar «manipulación de la prescripción» engloba toda aquella prescripción que ha sido solicitada directamente por el paciente, prescripción que distintos autores han situado entre el 10% y el 14% del total. Esta cifra podría ser más elevada si se contabilizase la prescripción inducida indirectamente. (Zyl-Schalekamp, 1993)

Así, Carvajal et al, comprobaron que la demanda de medicamentos supone más de la mitad de las consultas que se atienden en atención primaria. Además, este mismo autor encontró que aproximadamente el 40% de estas consultas son para solicitar medicamentos que serán empleados por otra u otras personas distintas al solicitante, a las que el médico no tiene oportunidad de diagnosticar. (A.Carvajal, 1989)

En el mismo sentido apuntado por Schalekamp, Laporte et al, en un artículo publicado en Medicina Clínica en el año 1992 introducen el concepto de «automedicación con cargo a la Seguridad Social». (JR. Laporte, 1992) . De esta forma, los autores señalan el hecho de que muchos pacientes se dirigen al facultativo no para consultar, sino en busca de una receta para un fármaco que previamente y, por propia iniciativa, han comprado en la farmacia.

Por último, y desde otro enfoque, Figueras et al, en un estudio sobre los factores asociados a la automedicación en España define el concepto de automedicación indeseable. Para este autor el consumo de antiinflamatorios (para reumatismos), cardiotónicos, antibióticos, antidepresivos-tranquilizantes, hipolipemiantes e hipoglucemiantes está absolutamente desaconsejado siempre que no medie la prescripción facultativa. (Caamaño, Figueiras, & Gestal-Otero, 2000)

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la automedicación es un componente del autocuidado, el cual es definido como “el propio tratamiento de los signos y síntomas de enfermedad que las personas padecen, ha sido la forma más utilizada para el mantenimiento de la salud”. Es también “el cuidado que los individuos hacen de su propia salud y bienestar, incluyendo el que hacen a los miembros de su familia y a otros fuera de este ámbito”. Se considera la primera etapa o nivel de la atención en salud y se estima que resuelve cerca de 80-90% de los problemas de salud.

En un sentido amplio, la automedicación implica el consumo de cualquier tipo de medicamento, sin importar su origen (sintético, herbolario u homeopático), pero el acto de la automedicación abarca todo aquello que afecte la prescripción hecha por un médico, es decir, la adquisición, uso de medicamentos de casa u otro lugar, interrupción o prolongación de un tratamiento o el incremento y disminución de las dosis. Desde esa óptica la automedicación es un problema social practicado por un alto porcentaje de la población cada día, en todo el mundo y a veces incluso con la ayuda de un profesional de la salud. (Hernández, 2014)

La automedicación es posible debido a la existencia y disponibilidad al público de los medicamentos de venta libre o sin receta, llamados también OTC (“over the counter”). Los productos OTC requieren una comunicación directa con el consumidor para su venta, de ahí que las empresas productoras de OTC no sólo usen los medios publicitarios sino también tengan vendedores que distribuyen información en las farmacias organizando programas especiales dirigidos a vendedores de cadenas de farmacias o de establecimientos independientes. (G. Kregar, 2004)

Últimamente hay una tendencia en los países del primer mundo a liberar la venta de medicamentos con no menos de cinco años en el mercado, promoviendo así la automedicación responsable. Ésta constituye la práctica por medio de la cual los individuos reconocen en sí mismos enfermedades o síntomas y los tratan con medicamentos disponibles sin prescripción médica. Por ello, la dispensación de los medicamentos deberá ser restringida a las farmacias exclusivamente.

La facilidad del uso y de la libre disposición de los medicamentos de venta libre puede provocar no sólo errores en su aplicación sino también en el abordaje global de la enfermedad a la cual van dirigidos. En nuestro país, el paciente se automedica no sólo con los medicamentos de venta libre sino también con aquellos que se venden bajo prescripción médica. Esta conducta induce al uso irracional de los medicamentos. (G. Kregar, 2004)

1.6.3.1 Factores predisponentes para el desarrollo de la automedicación

La automedicación es un fenómeno que no tiene una sola causa en particular que lo produzca, sino que es la suma de una serie de factores lo que provoca que aparezca y se mantenga. (Sánchez, 2008)

A continuación, se citarán los que se consideran comunes:

1. Falta de tiempo para acudir a la consulta médica

La sociedad actual está gobernada por reglas de consumo y de desarrollo de la fuerza laboral en el que la actividad económica parecería estar por encima de todas las demás, incluso la salud. Esto no permite a las personas no solo de los estratos más altos sino de todos ellos, acudir en el momento oportuno a la consulta de un profesional de la salud lo que a su vez desencadena dos eventos, el diagnóstico tardío de un cuadro nosológico y la eventual dificultad de darle un tratamiento completo y adecuado. Por los factores mencionados es común que los usuarios acudan de forma más asidua a los autoservicios o expendios de medicamentos (farmacias) en busca de una pseudo-consulta para sus molestias por la flexibilidad de los horarios (Sánchez, 2008). En investigaciones realizadas por Tello y Yovera mencionan que el 80% de los medicamentos que se adquieren en las farmacias son para automedicación. (Tello & Yovera, 2005)

2. Factores socioeconómicos

En los últimos años el crecimiento económico ha tenido una detención sostenida que ha provocado que la capacidad adquisitiva de las personas en materias como salud, educación, alimentación y vivienda haya caído sustancialmente. La pobreza es uno de las resultantes de esta situación y la no disposición de recursos hace que los usuarios busquen una solución accesible para sus necesidades de salud siendo una de ellas la automedicación.

El desempleo es otro motivo por el cual no hay un adecuado acceso a la salud pues las prioridades de las personas cambian, siendo que en el país la tasa de empleo sufre una severa contracción dando paso al trabajador informal o temporal que no tiene un salario fijo.

La división de clases sociales que cada día es más patente en el país, hace que unos pocos ciudadanos concentren la mayoría de los recursos que existen, entre ellos la disposición de los servicios de salud. Estos se han concentrado en las zonas urbanas, por lo que para la población de los sectores rurales no están disponibles, al menos en la misma proporción y tiempo que para los habitantes urbanos. (Sánchez, 2008)

La falta de este y otros servicios básicos e inherentes en su necesidad a todos los seres humanos facilita la migración de personas de estratos rurales a las grandes ciudades formando los cinturones de miseria incrementando la pobreza de las zonas urbanas y a la larga del país.

Adicionalmente este aumento poblacional, hace que los ya limitados recursos que hay en el campo de la salud se agoten a mayor velocidad y no se igualen al crecimiento de la pirámide demográfica de una nación del tercer mundo, que tiene en su perfil procesos nosológicos infecciosos y adicionalmente los que se deben al aumento del desarrollo tecnológico de la sociedad. (Sánchez, 2008)

3. Factores culturales

La automedicación como se ha mencionado es un fenómeno multicausal, dentro de ellas se encuentra la cultura de las personas que responden a estímulos como la presión de grupo sobre todo del entorno familiar que provoca la búsqueda de soluciones rápidas cuando se desea solucionar un problema de desequilibrio entre salud y enfermedad.

Esto unido a la poca formación educativa de las personas, hace que no posean los suficientes elementos de juicio para discernir la información que se recibe de las fuentes más comunes (televisión, medios impresos y en los últimos tiempos Internet) la cual la mayoría de las veces es sesgada para conseguir el incremento de las ventas de los principios activos y no necesariamente la mejoría del usuario. Estas carencias causan que existan enunciados como “busca rápido alivio a esas molestias”, los que tienen un papel decisivo en la decisión final del usuario. (Gaceta, 1999)

Aunque los defensores de esta conducta señalan que cuando el usuario incurre en la automedicación, no se afecta a la fuerza laboral pues se da solución rápida a molestias que no son tan importantes con un mínimo costo. (Sánchez, 2008)

4. Factores ligados a la industria farmacéutica

La investigación y desarrollo de sustancias experimentales que deben seguir todo el proceso por el cual se convertirán en principios activos susceptibles de ser consumidos para lograr un efecto terapéutico en los seres humanos es largo y costoso, pero esto nunca ha sido un obstáculo para que la cadena de fabricación de dichos compuestos se detenga.

En las últimas dos décadas, la elaboración de sustancias activas se ha incrementado notablemente siendo que es uno de los mercados más rentables en la actualidad esto se traduce en la salida al comercio de varios productos cada año para su venta, aunque en algunas circunstancias son retirados al poco tiempo por fallas en la evaluación de sus procesos de metabolismo y los efectos secundarios que pueden provocar como el caso del Rofecoxib, analgésico antiinflamatorio no esteroideo de última generación asociado a procesos de isquemia cardiaca en pacientes geriátricos que lo consumieron de forma crónica. (Sánchez, 2008)

Mucho del poder de la industria farmacéutica recae en los ingentes presupuestos que tienen asignados a la publicidad de sus productos en todos los medios de información de los que disponen los usuarios. Se ha llegado a puntos en los cuales la publicidad de los principios activos está en todos los lugares, incluso en sitios de esparcimiento como parques o plazas.

Esta saturación de información hace que el usuario se decida por la primera sustancia que le informan o por la que recuerda en el momento de estar adquiriendo medicamentos, pudiendo estar no ser la mejor o más accesible de acuerdo a su presupuesto.

Este “bombardeo” de publicidad no es ajeno a nuestro continente, en algunos países como la República Argentina se han llevado a cabo estudios desde agosto de 2002, con avisos publicitarios emitidos por canales de TV abierta y en horario central de preferencia donde se concita la atención del grupo familiar, que proveen datos suficientes para alertar sobre la gravedad del problema de la automedicación a los profesionales médicos, los propios comunicadores sociales y medios, los laboratorios de especialidades medicinales, las asociaciones de consumidores y los organismos estatales encargados de garantizar la salud poblacional. (Dellamea & Drutman, 2003)

La utilización de los medios masivos de comunicación para la publicidad y mercado de ciertos fármacos han incrementado el uso de medicamentos por las personas de la sociedad llevando a un aumento creciente de la automedicación, lo que representa un problema de gran dimensión de salud pública del individuo, familia y comunidad. Los medicamentos que son sujetos a propaganda tienen que ser eficaces para aquellos síntomas que motivan su uso.

En la sociedad nicaragüense a medida que fueron apareciendo nuevas industrias farmacéuticas ofertando nuevos productos y utilizando todos los medios de comunicación, por ejemplo: Televisión, Prensa escrita, Radio, etc. Para propagandizar sus productos lo cual ejerce mucha influencia en la automedicación siendo dicha información más accesible, como en algunos casos más baratos para las personas de escasos recursos, para el alivio de ciertas enfermedades que son más frecuentes. (Morales, Martínez, & López, 2003)

El papel de la industria farmacéutica y su influencia en el fenómeno son claros, pero también pueden ser beneficiosos cuando se los asume con responsabilidad social, es decir cuando las empresas saben que su compromiso a largo plazo es con la sociedad en su conjunto y se alcanzan beneficios no necesariamente monetarios pero que si enriquecen el capital social de la misma. (Robbins & Coulter, 2005)

1.6.3.2 Fuentes de adquisición de los fármacos utilizados en la automedicación.

Los medicamentos son una herramienta fundamental en la terapéutica moderna, los que al utilizarse después de la aplicación de un método diagnóstico adecuado permiten la prevención, curación, atenuación y tratamiento de las enfermedades y sus síntomas. Sin embargo, cuando éstos se utilizan de manera inapropiada se convierten en una amenaza para la salud individual y colectiva, derivado de su falta de efecto, toxicidad o efectos no previstos y que van más allá de una relación riesgo-beneficio adecuada. (Ramos & Olivares, 2010)

En primer lugar los medicamentos que utilizan en la automedicación los adquieren de una prescripción médica previa similar para síntomas parecidos, en farmacias, familiares y amigos (Queralt, 2016). De esta manera, el error puede partir de diferentes lugares: de quien prescribe, al no comunicar adecuadamente al paciente objetivos, alcances y limitaciones del tratamiento instituido, de quien promociona, cuando hace énfasis en aspectos poco realistas o no bien demostrados del medicamento, del dispensador, cuando entrega un medicamento sin tomar en cuenta la responsabilidad que implica la receta profesional, la necesidad de información del paciente o las consecuencias que puede tener la autoprescripción y del usuario, que frente a una noticia, propaganda o comentario de conocidos, busca por diferentes medios incluida la autoprescripción, utilizar tal medicamento sin consultar previamente a opiniones autorizadas. (Ramos & Olivares, 2010)

1.6.4 Fármacos utilizados en la automedicación por adultos mayores

Los fármacos más implicados en la automedicación en adultos mayores son analgésicos y antiinflamatorios, laxantes, broncodilatadores, antiácidos, antibióticos y ansiolíticos. En estas categorías se incluyen tanto fármacos industriales como remedios herbales o tradicionales. Los síntomas por los que con mayor frecuencia se automedican los pacientes son dolor de cabeza, dolores osteomusculares, síntomas catarrales y gripales, molestias estomacales, estreñimiento, problemas de la piel e insomnio. (Queralt, 2016)

Dentro de los distintos grupos farmacológicos existentes hay algunos por los que los usuarios que incurren en la automedicación tienen predilección, no hay una relación directa entre el costo del principio activo y su demanda por los usuarios, más bien son las sustancias que tienen mayor difusión en los medios o los que tienen en el mercado algunas décadas como los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos, antigripales, antibióticos entre los principales. (Sánchez, 2008)

A continuación, se hará un breve recuento de cada uno de los grupos de principios activos antes mencionados:

1. Analgésicos antiinflamatorios no esteroideos

Es un grupo de principios activos que pertenecen a un solo grupo por las acciones que llevan cabo sobre las enzimas ciclooxigenasa 1 y 2 siendo que solo en años recientes se han desarrollado sustancias que actúan sobre la segunda que es el químico endógeno liberado por el sistema celular en respuesta a la inflamación.

Los fármacos de esta familia no comparten muchas características químicas, pero si la acción antes señalada y su composición, casi todos son ácidos. El primer principio en ser detectado proviene de la corteza del sauce, árbol que abundaba en Europa en el siglo XIX. El químico fue llamado salicina y al ser aplicado en personas con fiebre tenía efectos depresores del alza térmica (Goodman & Gilman, 2012). Por medio de procesos de refinación en 1875 se obtiene el principio activo de ácido acetil salicílico que es uno de los compuestos más populares en el mundo el día de hoy para los dolores de carácter inflamatorio.

Existen otros principios activos descubiertos con posterioridad como el diclofenaco sódico y su análogo el Diclofenaco Potásico, Naproxeno Sódico, Meloxicam, Nimesulide, entre otros. Todos ellos tienen las mismas acciones sobre el protoplasma vivo, disminuir la acción de las enzimas ciclooxigenasa 1 y 2 aunque cada uno de ellos difiere en la potencia, biodisponibilidad y dosis en la que deben ser administrados.

Las reacciones adversas más conocidas de esta familia de sustancias son las afectaciones de la mucosa gástrica por el efecto terapéutico que ejercen, aunque también afectan a la función renal, este efecto es discutido en la actualidad. Cuando su consumo se vuelve crónico en el caso de enfermedades degenerativas como la Artritis Reumatoidea existe el riesgo de la erosión de la mucosa gástrica y sangrado digestivo tanto alto como bajo.

A pesar de estos efectos muy documentados y señalados por las autoridades de control farmacológico del mundo, los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son de los productos de mayor venta al momento de la automedicación en los usuarios y de los más difundidos por los medios de comunicación colectiva. (Sánchez, 2008)

2. *Antigripales*

Esta serie de principios activos son a su vez una serie de combinaciones y mezclas farmacológicas que incluyen productos como Seudoefedrina, Paracetamol, Difenhidramina entre otros.

Estas formulaciones son efectivas en la disminución de los síntomas de los cuadros de síndrome gripal que es una infección de tipo viral desarrollada sobre todo en el epitelio de las vías respiratorias superiores.

A pesar de haber sido formulados hace ya casi cuarenta años, en un inicio en Estados Unidos como solución a las altas tasas de influenza tipo A, no han tenido mayores cambios en su formulación primaria. No son una alternativa terapéutica sino modificadora de los síntomas de la influenza con un efecto depresor en la intensidad de los mismos pero que no inhiben el desarrollo ni el curso del proceso en sí. En otras palabras sobre el agente viral no tienen efecto alguno. (Sánchez, 2008)

Por otro lado, tienen serias consecuencias si es que se utilizan a largo plazo, una de ellas que se relaciona directamente con la automedicación es el enmascaramiento de cuadros infecciosos sobre todo bacterianos lo que si requieren de un tratamiento prolongado con sustancias específicas y por períodos de tiempo claramente determinados. Entre los efectos secundarios más conocidos se encuentran la sedación y disminución del nivel de conciencia, el aumento de la presión arterial tanto en personas normotensas como hipertensas y sequedad de las mucosas bucal y nasal.

En realidad no tienen indicaciones de uso terapéutico pues no son de elección para la infección respiratoria de etiología viral, pero de la misma manera que los AINES tienen un amplio canal de difusión en todos los medios y en casi todas las naciones del mundo son medicamentos de “percha” es decir que se adquieren libremente sin receta y sin responsabilidad por los efectos adversos que se puedan presentar. (Sánchez, 2008)

3. *Antibióticos*

Los fármacos antibióticos son de los más usados a nivel mundial desde el descubrimiento de la penicilina por Fleming en el siglo pasado, los antibióticos se han desarrollado de forma exponencial pero de la misma forma han aparecido a veces con mayor velocidad que los nuevos compuestos fenómenos de resistencia bacteriana mediada por diferentes mecanismos. (Paterson & Yu, 1999) Compuestos activos como Beta-lactámicos, Sulfonamidas, Quinolonas entre otros, son adquiridos sin ningún control o regulación por lo que tampoco hay la vigilancia y seguimiento necesario de su efecto terapéutico y del cumplimiento del tiempo de administración.

El consumo de estos medicamentos siempre se debe hacer después de la prescripción por parte de un profesional médico que tenga los suficientes conocimientos para llegar a un diagnóstico apropiado y que posea la experiencia necesaria para de acuerdo al tipo de paciente que tiene en su práctica diaria y las características únicas de cada uno de ellos, indicar el antibiótico más efectivo pero al mismo tiempo el que provoque la menor cantidad de efectos secundarios. El usuario a su vez debe exigir de parte del profesional una receta médica con todos sus componentes (nombre y edad del paciente, fecha, denominación del principio activo, dosis a administrar, vía, nombre, código y número telefónico del médico) para adquirir el medicamento en lugares autorizados para su expendio.

El consumo por cuenta propia de antibióticos es elevado, en un estudio conducido en España por Pérez y Moratalla, estos investigadores observaron que los pacientes iniciaban un régimen terapéutico con los medicamentos que tenían en sus hogares entre ellos antibióticos recetados hace varios meses y algunos de ellos ya vencidos. (Pérez & Moratalla, 1994)

Esto era notable, aunque dichos compuestos no hubieran sido prescritos para ellos sino para otro familiar. No habían tomado precauciones por los posibles efectos secundarios o reacciones de sensibilidad alérgica que podían haberse presentado y solo acudieron a un médico cuando su auto prescripción no había tenido varios días después los efectos esperados.

También se pueden presentar otras consecuencias como la administración de antibióticos en procesos en los cuales no se justificaba su uso o en cuadros que no eran de tipo infeccioso en lo absoluto. Finalmente, un desenlace de los más importantes al usar este tipo de principios activos en la automedicación, es el aumento de los costos en la atención de salud. (Millar & Blue, 1994)

A pesar de estos eventos, los organismos de salud a nivel mundial luego de la Asamblea de Alma Ata en 1978 que abrió la reforma a la atención y el concepto mismo de salud enfocaron sus esfuerzos a la prevención y promoción, informando a los usuarios sobre los riesgos de varias conductas nocivas entre ellas la automedicación.

De este evento se han cumplido 30 años y el fenómeno de la automedicación ha aumentado en lugar de desaparecer volviéndose una amenaza para los estamentos de la Salud Pública en todo el mundo. (Sánchez, 2008)

1.6.5 Reacciones adversas medicamentosas

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que RAM es cualquier efecto perjudicial que ocurre tras la administración de un fármaco a las dosis normales utilizadas en la especie humana, para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o para la modificación de alguna función fisiológica.

Cada vez hay más pruebas de que las RAM son una causa frecuente, aunque a menudo prevenible, de enfermedad, discapacidad o incluso muerte, hasta el punto de que en algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad. Las RAM en los adultos mayores son una causa significativa de morbilidad, incrementan el número de ingresos hospitalarios, generan mayor tiempo de estadía hospitalaria, predisponen a la institucionalización y aumentan los costos sanitarios. (Perera, Rodríguez, & Ranero, 2017)

Cuando se toma a los adultos mayores como conjunto, resultan ser un grupo que consume muchos fármacos: el 70 % recibe al menos una prescripción anual. La mitad de ellos los toman de manera continuada, un cuarto depende de los medicamentos para sus actividades diarias y la media de utilización por paciente es de 2-3 fármacos. En residencias de adultos mayores, estos hechos se acentúan, de manera que en USA la media es de 7 fármacos por residente con el agravante de que las indicaciones de tanto fármaco no parecen muy claras: en un estudio, el 20% de los medicamentos era innecesarios, mientras que el 60% estaban prescritos sin un diagnóstico que los sustentase.

En cuanto a las RAM, su incidencia es 2-3 veces mayor que en el joven y posiblemente esté subestimada. Parece existir tendencia a comunicar menos las RAM con respecto a los jóvenes, y en no pocas ocasiones son achacadas a fenómenos del envejecimiento, al que mimetizan. No está claro el papel etiológico de la edad en la génesis de las RAM, aunque varios estudios son concordantes en no asignarle un efecto independiente. Se barajan otros factores como la polifarmacia, que se correlaciona linealmente con el número de RAM, la mayor severidad de las enfermedades y la pluripatología.

Además, los fármacos más implicados en RAM son consumidos por los adultos mayores en gran medida que los jóvenes, y la mayoría de ellos tienen un estrecho margen terapéutico.

Quizás por esto, los efectos adversos están habitualmente más relacionados con las dosis que con su idiosincrasia, sugiriendo que el adulto mayor se muestra más propenso a RAM como resultado de alteraciones en su farmacocinética y farmacodinámica. (Larrión, 1995)

Efectos adversos comunes en ancianos:

1. En los AINES los efectos adversos son: irritación gástrica, úlcera, nefrotoxicidad y los efectos clínicos se presentan como hemorragia, anemia, fallo renal y pueden disminuir la efectividad de los antihipertensivos.
2. Los Aminoglucósidos pueden conllevar fallo renal y por lo tanto un incremento en las concentraciones de otros fármacos.
3. Los Anticolinérgicos, las reacciones adversas pueden ser sequedad de la boca, disminución de la motilidad, confusión, sedación y los efectos clínicos por lo general son estreñimiento, retención urinaria, confusión y caídas.
4. Los Antipsicóticos las posibles reacciones son; sedación, discinesia, distonía, hipotensión y producir caídas, fracturas de cadera y confusión.
5. La Digoxina puede conllevar a una disminución de la conducción cardiaca, alteración gastrointestinal, produciendo arritmias, náuseas, anorexia.
6. Las Insulina la reacción adversa es la hipoglucemia, lo que produce confusión o caídas.
7. Los Opiáceos las reacciones adversas suelen ser sedación, disminución de la motilidad, produciendo estreñimiento y confusión. (Martín, Molina, Espinosa, & Yela, 2008)

1.6.5.1 Clasificación de las Reacciones Adversas Medicamentosas

Las RAM pueden ser leves, graves o incluso mortales, así como estar relacionadas o no con la dosis del medicamento.

En la actualidad existen 6 tipos de RAM:

1. Tipo A (Augmented): son aquellas reacciones cuyos efectos están relacionados con el mecanismo de acción del fármaco y por lo tanto son predecibles. Son el resultado de una respuesta aumentada a la dosis administrada debida a alteraciones farmacéuticas, farmacocinéticas o farmacodinámicas. Normalmente son dosis-dependientes y suelen desaparecer tras la reducción de la dosis. Producen baja mortalidad y alta morbilidad y son las reacciones adversas más frecuentes. Algunos ejemplos de RAM tipo A son las hemorragias producidas por anticoagulantes como la heparina, hipotensión por los antihipertensivos (IECA) y leucopenia y disminución en la resistencia a las infecciones con antineoplásicos e inmunosupresores como el Metotrexato.

2. Tipo B (Bizarre): son aquellas RAM no relacionadas con los efectos farmacológicos del fármaco y por lo tanto impredecibles. Raramente son dosis-dependientes y se producen con menos frecuencia que las de tipo A. Producen baja morbilidad y alta mortalidad y remiten tras la retirada del medicamento. El mecanismo que produce la RAM suele ser inmunológico (anafilaxia por Sulfamidas y Penicilinas) o las propias variaciones genéticas del paciente (hemólisis tras la administración de antipalúdicos en pacientes con déficit de la enzima eritrocitaria glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa).
3. Tipo C (Chronic): son aquellas que se producen como consecuencia de la administración de tratamientos largos y continuos. Son conocidas y predecibles y se producen por mecanismos adaptativos celulares. Algunos ejemplos son la farmacodependencia a Benzodiacepinas (Lorazepam), la nefrotoxicidad crónica por analgésicos y la discinesia tardía por neurolépticos (Sulpirida).
4. Tipo D (Delayed): son aquellas RAM que aparecen tiempo después de haber suspendido la medicación (días, meses o incluso años) en los pacientes e incluso en sus hijos. Algunas de ellas son la carcinogénesis por inmunosupresores (Azatioprina) y la teratogénesis por antineoplásicos, Talidomida y Tetraciclina.
5. Tipo E (End of treatment): corresponden a aquellas RAM que aparecen tras la supresión brusca del medicamento. Por ejemplo, las convulsiones por retirada brusca de anticonvulsivantes (Fenobarbital) y el insomnio como consecuencia de la suspensión abrupta de las Benzodiacepinas (Lorazepam).
6. Tipo F (Foreign): son aquellas reacciones originadas por agentes ajenos al principio activo del medicamento (excipientes, impurezas o contaminantes). (Avedillo Salas, 2018)

1.6.6 Implicaciones legales y papel de las autoridades

En Nicaragua existe la Ley de Medicamentos y Farmacias que controla el tipo de medicamentos que pueden ser sujetos a la publicidad (La Gaceta, 1998), limitándose ésta únicamente a los medicamentos de venta libre, pero no así protegiendo a los consumidores para que tengan una información adecuada y uso racional de los mismos.

En Nicaragua como consecuencia de los factores económicos, sociales, culturales, jurídicos entre otros, el acceso a los medicamentos esenciales está severamente limitado, además es importante mencionar la existencia de serias anomalías en la promoción farmacéutica y la publicidad en medios masivos de comunicación con abierta violación a la Ley 292 (*Ley de Medicamentos y Farmacias*) su reglamento y los criterios éticos de la promoción de medicamentos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Se puede pensar que esta es una conducta común en América Latina, pero la Organización Panamericana de la Salud ha dado los primeros pasos en procesos de legislación contra el aumento de la automedicación, uno de ellos es el Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Resistencia a los Antibióticos. En él se detallan los riesgos y las consecuencias del consumo de antibióticos de manera indiscriminada y se señalan soluciones en el corto plazo.

Son enfáticos en señalar que se deben diseñar e implementar normas legales y políticas tendientes a la racionalización del uso de antibióticos pero identifican también una dificultad en su estrategia: la falta de datos fidedignos que indiquen que principios activos adquieren los usuarios y quienes se los prescriben, con lo que se detienen las posibles intervenciones. (OPS, 1999)

Aunque la misma OPS/OMS tiene en sus postulados un principio que denomina automedicación responsable que se refiere principalmente al uso de medicamentos de libre acceso (los que no requieren de receta o prescripción para ser vendidos y que se mencionan vagamente en nuestra Legislación) y el de auto prescripción que es el uso indiscriminado de medicamentos sin indicación ni vigilancia facultativa. (Eroski, 2002)

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio

El presente es un estudio de utilización de medicamentos (EUM), de tipo descriptivo, observacional, de corte transversal, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.

Área de estudio

Barrio Waspán Sur ubicado en el distrito VI del municipio de Managua, cuenta con un espacio geográfico de aproximadamente 2 Km² con más de medio siglo de historia desde su fundación. Actualmente según datos obtenidos a través del centro de salud del barrio, en relación al número de personas que atiende, cuenta con alrededor de nueve mil habitantes, y sus límites son al Norte con el barrio Waspán Norte, al Sur con el barrio San Jacinto, al Este con el barrio Miguel Gutiérrez y al Oeste con el barrio Los Rieles.

Universo

Estuvo conformado por 383 adultos mayores, según datos obtenidos del departamento de estadísticas del Centro de Salud Silvia Ferrufino que atiende a la población del Barrio Waspán Sur.

Muestra

La muestra estuvo constituida por 193 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, con un margen de error: 5%, heterogeneidad del 50%, Nivel de confianza 95%

Ecuacion Estadistica para Proporciones poblacionales

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

n= Tamaño de la muestra

Z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada (fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población

Tipo de Muestreo

Probabilístico, aleatorio simple.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión

- ✚ Edad entre 60 - 89 años.
- ✚ Adulto mayor cuya residencia permanente se encuentre en el Barrio Waspán Sur.
- ✚ Adulto mayor que acepte participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- ✚ Deficiencia total auditiva.
- ✚ Adulto mayor con enfermedades neurovegetativas (Alzheimer, Parkinson).
- ✚ Adulto mayor con alteraciones cognitivas (amnesia, demencia, delirium).

DISTRIBUCION DE VARIABLES DE ACUERDO A OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Religión.
5. Escolaridad.
6. Jubilado.

Objetivo 2: Conocer los hábitos tóxicos y enfermedades crónicas de la población en estudio.

1. Hábitos tóxicos.
2. Enfermedades crónicas.

Objetivo 3: Identificar los componentes ligados a la automedicación en los adultos mayores.

1. Automedicación.
2. Frecuencia con que se automedica.
3. Cantidad de medicamentos que consume.

4. Síntomas por los que se automedica.
5. Razón por la que se automedica.
6. Medios o Lugar de obtención de medicamentos.
7. Reutilización de medicamentos por los mismos síntomas.
8. Fuentes de información.
9. Persona que propone automedicarse.

Objetivo 4: Determinar los grupos farmacológicos con que se automedican los adultos mayores.

1. Grupos farmacológicos.

Objetivo 5: Clasificar las reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación en los adultos mayores.

1. Tipo de RAM.
2. Conducta para mitigar las RAM.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo 1: Caracterizar socio-demográficamente a la población en estudio.			
Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta la edad cumplida en años actualmente.	Años	-60-69 -70-79 -80- 89
Sexo	Expresión fenotípica que caracteriza al individuo y lo diferencia entre hombre y mujer.	Genero	-Masculino -Femenino
Estado civil	Condición social de índole legal que puede tener una persona en relación a otra.	Relación conyugal	-Soltero -Divorciado -Viudo -Casado -Unión libre
Religión	Creencias o ideales espirituales.	Credo	-Católica -Evangélica -Testigo de Jehová -Ninguna
Escolaridad	Nivel educativo formal que logra alcanzar el individuo hasta el momento de su existencia.	Nivel académico	-Analfabeta -Primaria -Secundaria -Técnico -Universitario
Jubilado	Persona que, habiendo cumplido con su ciclo laboral o no, deja de trabajar por una razón, naturalmente, de edad.	Pensionado	-Si -No

Objetivo 2: Conocer los hábitos tóxicos y enfermedades crónicas de la población en estudio.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Hábitos tóxicos	Son todos aquellos datos del paciente relacionados al consumo frecuente de cualquier sustancia cuyos efectos nocivos son bien conocidos tanto en personas sanas como en personas que ya padecen una enfermedad de base.	Hábitos tóxicos referidos	-Tabaco -Alcohol -Café y té -Drogas ilícitas
Enfermedades crónicas	Son todos aquellos que investigan las enfermedades que ha padecido el paciente desde la infancia hasta la actualidad.	Patologías de base	-Hipertensión arterial -Diabetes mellitus -EPOC -Asma -Cardiopatía -Hepatopatía -Enfermedad renal -Enfermedades Gastrointestinales -Artrosis/Artritis

Objetivo 3: Identificar los componentes ligados a la automedicación en los adultos mayores.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Automedicación	Consumo de medicamentos por iniciativa propia o de terceros, sin prescripción médica.	Auto prescripción	-Si -No
Frecuencia de automedicación	Costumbre de consumir diversos medicamentos en el día.	Periodicidad	-Siempre -Casi siempre -A veces
Cantidad de medicamentos que consume	Se define como el total de fármacos que son ingeridos de manera simultánea.	Número de fármacos	1 2 3 4 5
Síntomas por los que se automedica	Es la referencia subjetiva u objetiva que da un individuo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o enfermedad.	Motivo de salud o molestias por las que toma medicamentos sin prescripción médica.	-Fiebre -Diarrea -Tos/gripe -Dolor de cabeza -Dolor articular -Malestar general -Insomnio -Ardor y dolor estomacal -Afecciones en la piel
Razón por la que se automedica	Motivo principal por lo que usted adquiere directamente los medicamentos.	Circunstancia	-No tiene tiempo de asistir al medico -La atención demora mucho -Ya conoce sus remedios -El médico receta lo mismo siempre

Medio o Lugar de obtención de medicamentos	Fuente a través de la cual los adultos mayores adquieren los medicamentos.	Origen de adquisición	<ul style="list-style-type: none"> -Farmacia -Pulpería -Supermercado -Tienda naturista -Mercados -Transporte público -Familiar
Reutilización de medicamentos por los mismos síntomas	Uso repetitivo de fármacos para el mismo problema de salud sin prescripción médica.	Rutina de medicación	<ul style="list-style-type: none"> -Si -No

Fuentes de información	Es un instrumento o forma de contenido sobre automedicación por el cual se realiza el proceso de información.	Tipo de fuente	-Anuncios en la TV -Farmacéutico -Internet -Personal de salud -Amigos -Familiares
------------------------	---	----------------	--

Persona que propone automedicarse	Sujeto que le recomienda consumir medicamentos sin prescripción médica.	Individuo que toma la iniciativa	-Vecino -Amigo -Familiar -Decisión propia
-----------------------------------	---	----------------------------------	--

Objetivo 4: Determinar los grupos farmacológicos con que se automedican los adultos mayores.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Grupo farmacológico	Se refiere al sistema de clasificación de los fármacos de acuerdo a su principio activo y mecanismo de acción.	Familia	-AINES -Antibióticos -Antihipertensivos -Hipoglucemiantes -Benzodiacepinas -Corticoesteroides -IBP/Antagonistas H ₂ -Antihistamínicos -Antiparasitarios -Vitaminas

Objetivo 5: Clasificar las reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación en los adultos mayores.

Variable	Definición	Indicador	Escala/Valor
Tipo de RAM	Efecto indeseado que sucede tras la administración de un medicamento a dosis terapéuticas, para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad y las derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de los medicamentos.	Categoría	-Reacciones tipo A -Reacciones tipo B -Reacciones tipo C -Reacciones tipo D -Reacciones tipo E -Ninguna
Conducta para mitigar las RAM	Proceder o postura que toma para contrarrestar los efectos adversos no deseados por los medicamentos.	Actitud	-Tratamiento casero -Acudió a la unidad de salud

Método e instrumentos de recolección información

La técnica utilizada fue a través de una encuesta, para esto la fuente de información es primaria, ya que se obtuvo la información directamente de los adultos mayores. Se procedió a elaborar un instrumento de recolección de información para ser aplicado de manera dirigida, con indicadores de acuerdo a los objetivos específicos que se desean alcanzar, este contiene preguntas cerradas sobre datos generales, hábitos tóxicos y enfermedades crónicas, componentes ligados a la automedicación, medicamentos utilizados y reacciones adversas medicamentosas.

Se tomó como referencia otros instrumentos de estudios similares que se han realizado a nivel internacional y nacional construyendo una ficha de recolección de datos acorde al grupo poblacional en estudio.

La prueba de pilotaje se realizó a 10 personas de la tercera edad con preguntas cerradas para determinar la validez y comprensión del instrumento, posterior a esto expertos en la materia y el tutor metodológico evaluaron de manera conjunta los resultados obtenidos y se realizaron las observaciones planteadas para garantizar que las preguntas son apropiadas para los adultos mayores, permitiendo aplicar el instrumento de forma más rápida, dirigiéndolo con las palabras más sencilla, adecuando las preguntas a lenguaje y léxico popular para el entendimiento de los adultos mayores, logrando alcanzar el objetivo del estudio, considerándose un instrumento viable y pertinente para un estudio de utilización de medicamentos.

Procesamiento y análisis de información

Se buscó información a nivel internacional, primeramente, luego se procedió a indagar sobre estudios nacionales sobre automedicación en pacientes geriátricos, investigando si existían estudios al respecto en barrios de la capital.

Posteriormente se buscó un tutor, el cual acepto apoyar la ejecución de este proyecto de investigación, y una vez aceptado se solicitó verbalmente cooperación a los líderes comunitarios para que brindaran la información que se ameritara y estos accedieron a asistir en lo que fuera necesario.

Se comenzó a buscar información para elaborar todo el contenido para la inscripción del tema, ya teniendo todos los elementos para la inscripción del tema, se procedió a inscripción del tema en la Facultad de Ciencias Médicas.

Luego se recibieron las observaciones y se aplicó la retroalimentación brindada, se procedió a trabajar con el protocolo de investigación. Dentro del protocolo de investigación se estableció un cronograma de trabajo, presupuesto de trabajo y así mismo se elaboró el instrumento de recolección de la información el cual fue validado científicamente en primera instancia por el tutor. Se corrigió según las recomendaciones asignadas por medio del tutor y se validó, una vez obtenida la valoración científica y la del campo con el visto bueno del tutor y llenado todos los requisitos que contempla el protocolo de investigación, se procede a inscribir en Decanatura de la Facultad.

Posterior a su aprobación se realizaron las retroalimentaciones recibidas y se procedió a aplicar el instrumento en el Barrio Waspán Sur del Distrito VI, en horario de lunes a viernes de 2:00 pm a 5:00 pm, se recopiló la información en un periodo de un mes, la cual fue obtenida de una muestra con un total de 193 adultos mayores.

El llenado de las encuestas fue procesado por medio de la plataforma Google Drive utilizada para digitar los resultados obtenidos casa a casa de una manera más sistematizada y organizada. Teniendo en cuenta el planteamiento del problema, las preguntas de investigación y una vez obtenida la información se procedió a elaborar la base de datos en el programa Excel versión 2019, incorporando las variables de manera individual y prosiguiendo a realizar la revisión, depuración y limpieza de los datos para proceder a la elaboración de las tablas simples, de frecuencias y porcentajes.

Teniendo en cuenta que los estudios descriptivos tienen por objeto describir la presencia, frecuencia, características y distribución de un fenómeno en una población determinada los resultados obtenidos del instrumento a partir de las variables del objetivo tres empezaron a trabajarse con un total de 175 adultos mayores de una muestra representativa de 193, pues la presencia del fenómeno en estudio (automedicación) estaba presente en este número de adultos.

Teniendo las tablas simples y de cruces de variable, se procedió a copiar y pegar las tablas en el programa de Word versión 2019, para mejorar la presentación de las misma, posteriormente se les dio formato de tablas presentables, agregándoles título, fuente y teniendo mejorado la presentación de las tablas se realizaron gráficos de barra y pastel, que expresaban el porcentaje de los resultados.

Plan de tabulación y análisis

Una vez elaboradas las tablas y los gráficos, se agregaron en el documento de Word versión 2019 del trabajo final en el acápite de anexos, se estableció análisis de frecuencias para todas las preguntas y cruces de variables de interés para cumplir con los objetivos planteados. Para analizar los datos se realizaron los siguientes cruces de variable:

- Edad /Automedicación
- Edad / Grupos farmacológicos
- Grupo farmacológico /Tipo de RAM

Se procedió a realizar los comentarios de acuerdo a los resultados y finalmente se analizaron los mismos resultados en contraste con los estudios encontrados en los antecedentes, comparando con cuales había coincidencia y con cuales diferencias y tratando de dar una explicación de dichos resultados, los cuales dieron salida a las conclusiones que se expresaron de manera puntual, siguiendo el orden de los objetivos específicos y dando respuesta al objetivo general, lo cual posteriormente fue de utilidad para las recomendaciones orientadas por estructura y finalmente se procederá a la presentación del informe en PowerPoint versión 2019, en la fecha estipulada por las autoridades académicas una vez sea entregado el informe final.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los participantes y de las personas responsables de su cuidado antes de realizar la encuesta, se les explicó la importancia del mismo y la estructuración de la encuesta, no forzando la información ni induciendo respuestas.

La autonomía para este estudio refleja que cada adulto mayor tiene el derecho de participar o no en la encuesta. La condición necesaria para que los adultos mayores puedan hacer valer su autonomía es el ejercicio de la libertad (independencia de influencias controladoras) en la toma de decisiones. Otro aspecto ético a tomar en cuenta en este estudio es el derecho al anonimato de los adultos mayores que brindaron información a través de sus respuestas en la encuesta. Los datos para obtener los resultados serán resguardados con privacidad y confidencialidad, beneficencia y justicia, siendo únicamente con fines académicos.

CAPÍTULO III: DESARROLLO

RESULTADOS

De un total de 193 adultos mayores encuestados, el grupo etario que predominó fue de 60 a 69 años 113(58.5%), seguido del grupo de 70 a 79 años 53(27.5%) y en menor frecuencia los de 80 a 89 años 27(14.0%). En relación al sexo predominó el sexo femenino 126(65.3 %), mientras que del sexo masculino fueron 64(34.7%). Con respecto al estado civil de los investigados la mayoría eran casados 77(39.9%), seguido de los solteros 64(33.2%), mientras que viudos 32(16.6%), y en unión libre 10(5.2%) e igualmente divorciados 10(5.2%). En lo concerniente a la religión la mayoría de los encuestados eran católicos 124 (64.2%), seguido de evangélicos 67(34.7%) y solamente testigos de Jehová eran 2(1.0%). Según el grado de educación cursaron primaria la mayoría 76(39.4%), seguido de secundaria 61(31.6%), educación universitaria 51(26.4%), y en menor frecuencia analfabetas 5(2.6%). Del total de encuestados eran no jubilados 108(56.0%) y jubilados solamente 85(44.0%). **(Ver tabla No. 1)**

En lo concerniente a los hábitos tóxicos la mayor parte consumen café/té 150(77.7%), seguido de los que ingieren alcohol 24(12.4 %) en menor frecuencia tabaco 19(9.8%). **(Ver tabla No. 2)**

Con respecto a los antecedentes patológicos personales se encontró que padecen enfermedades crónicas 146(75.6%) y no padecen ninguna enfermedad 47(24.4%). Dentro de las enfermedades crónicas predominantes corresponden a hipertensión arterial crónica 32(16.6%), seguido de hipertensión arterial crónica asociada a diabetes mellitus tipo 2 46(23.8%), hipertensión arterial asociada a otras patologías 15(7.8%), en menor frecuencia a Diabetes 11(5.7%), diabetes asociada a otras patologías 5(2.6%), artritis/artrosis 19(9.8%), cardiopatías 5(2.6%), cardiopatía asociadas a otras patologías 4(2.1%), enfermedades gastrointestinales 4(2.1%), EPOC asociado a otras patologías 3(1.6%) y enfermedad renal 2(1.0%) . **(Ver tabla No. 3)**

De la población de adultos mayores encuestados refirieron automedicarse 175(90.7%) y no automedicarse 18(9.3%). **(Ver tabla No. 4)**

Con respecto a la frecuencia con que se automedican, expresaron hacerlo a veces 107(61.1%), casi siempre 55(31.4%) y siempre 13(7.4%) **(Ver tabla No. 5)**.

En relación a la cantidad de medicamentos con que se automedican los que consume usualmente un medicamento eran 98(56.0%), 2 medicamentos a la vez 68(38.9%) y 3 medicamentos a la vez 9(5.1%). **(Ver tabla No. 6)**

Según los síntomas que se automedican, los adultos mayores que refirieron malestar general fueron 44(25.0%), ardor y dolor estomacal 24(13.7%), dolor de cabeza 24(13.7%), insomnio 16(9.1%), tos/gripe asociada a dolor de garganta 16(9.1%), fiebre asociada a malestar general 15(8.6%), dolor articular 14(8.0%), fiebre asociada a tos/gripe 13(7.0%), diarrea 5(3.0%), tos/gripe únicamente 2(1.1%) y afecciones de la piel 2(1.1%). **(Ver tabla No. 7)**

Con respecto al motivo por el cual se automedican, expresaron que ya conocen sus remedios 120 (69.6%), el medico receta lo mismo siempre 34(19.4%), la atención demora mucho 14(8.0%) y no tienen tiempo de asistir al médico 7(4.0%). **(Ver tabla No. 8)**

En lo concerniente al lugar o medio de obtención de los medicamentos refirieron conseguirlo en farmacias 129(73.7%), pulpería 26(14.9%), en el transporte público 8(4.6%), lo obtienen a través de un familiar 5(2.9%), en el mercado 5(2.9%) y tienda naturista 2(1.1%). **(Ver tabla No. 9)**

Los adultos mayores encuestados que acostumbran a conseguir las medicinas que ya les han recetado o han utilizado anteriormente cuando tienen el mismo problema de salud eran 108(61.7%) y refirieron no hacerlo 67(38.3%). **(Ver tabla No. 10)**

Con respecto a las fuentes de información sobre con que automedicarse refirieron obtener información a través de anuncios en la TV 58(33.1%), a través de familiares 39(22.3%), amigos 35(20.0%), internet 18(10.3%) y a través del personal de salud 10(5.7%). **(Ver tabla No. 11)**

En relación a quien le sugiere o recomienda automedicarse, lo hacen por decisión propia 123(70.3%), lo sugiere un familiar 38(21.7%), lo sugieren amigos 12(6.9%) y vecinos 2(1.1 %). **(Ver tabla No. 12)**

Con respecto al grupo farmacológico con que se automedican los adultos mayores, refirieron que los medicamentos frecuentemente usados son AINES solos 70(40.0%), combinados con vitaminas 12(6.9%), combinados con antibióticos 6(3.4%), combinados con antihistamínicos 6(3.4%), con IBP/Antagonistas H₂ 6(3.4%), antiparasitarios combinados con vitaminas 21(12.0%), IBP/Antagonistas H₂ 18(10.3), benzodiazepinas 15(8.6%), antibióticos 13(7.4%), analgésicos opioides 3(1.7%), antihipertensivos 2(1.1%), corticoesteroides 2(1.1%) y hipoglicemiantes orales 1(0.6%). **(Ver tabla No. 13)**

En relación a las reacciones adversas medicamentosas refirieron no haber manifestado efectos secundarios al automedicarse 127(72.6%) y los que presentaron reacciones adversas tipo “A” fueron 48(27.4%) (**Ver tabla No. 14**)

En lo que respecta a la conducta ante las Reacciones adversas asociadas a la automedicación se encontró que la mayoría no tomaron ninguna medida 44(91.7%) y solo 4(8.3%). contrarrestaron estos efectos con tratamiento caseros (**Ver tabla No. 15**)

Con respecto al cruce de variables entre la edad versus automedicación, los adultos mayores entre 60 y 69 años que refirieron automedicarse eran 105(54.4%) y no lo hacen 8(4.6%), entre las edades de 70 a 79 años se automedican 47(24.4%) y no lo hacen 6(3.4%), entre las edades de 80 a 89 se automedican 23(11.9%) y no lo hacen 4(2.3%). (**Ver tabla No. 16**)

De acuerdo al cruce de variables entre la edad versus grupo farmacológico de 70(40.0%) adultos mayores que utilizan solo AINES, corresponden a las edades comprendidas entre 60 a 69 años 45(25.7%), a las edades entre 70 a 79 años 19(10.9%) y a las edades comprendidas entre 80 a 89 años 6(3.4%). De 6(3.4%) que utilizan AINES combinados con antibióticos corresponden a las edades de 60 a 69 años 3(1.7%) e igualmente las edades de 70 a 79 años 3(1.7%). De 6(3.4%) que utilizan AINES más antihistamínicos, corresponden a las edades de 60 a 69 años 5(2.8%) y a las edades de 80 a 89 años 1(0.6%). De 6(3.4%) que utilizan AINES combinados con IBP/antagonista H₂, corresponden están entre las edades de 60 a 69 años 4(2.2%), en la edad comprendida entre 70 a 79 años 1(0.6%) e igualmente en la edad entre 80 a 89 años 1(0.6%). De 12(6.9%) adultos mayores que consumen AINES combinados con vitaminas, están entre las edades de 60 a 69 años 7(4.0%), corresponde a las edades entre 70 a 79 años 1(0.6%) y están en las edades de 80 a 89 años 4(2.3%).

De 21(12.0%) que utiliza antiparasitarios combinados con vitaminas, corresponden a las edades de 60 a 69 años 13(7.4%) y están entre las edades de 70 a 79 años 8(4.6%). De 18(10.3%) que utilizan IBP/antagonista H₂, están en las edades comprendidas entre 60 a 69 años 8(4.5%), entre las edades de 70 a 79 años 5(2.9%) e igualmente se encuentran en las edades de 80 a 89 años 5(2.9%).

De 15(8.6%) que hace uso de Benzodiazepinas corresponde a las edades de 60 a 69 años 8(4.6%), están en las edades de 70 a 79 años 3(1.7%) y se encuentran en las edades de 80 a 89 años 4(2.2%). De 13(7.4%) que consume antibióticos únicamente, corresponden a las edades de 60 a 69 años 7(4.0%), están en las edades de 70 a 79 años 4(2.3%) y se encuentran entre las edades de 80 a 89 años 2(1.1%).

De 3(1.7%) adultos mayores que utilizan analgésicos opioides, corresponden a las edades de 60 a 69 años 2(1.1%) y pertenece a la edad comprendida entre 70 a 79 años 1(0.6%). De 2(1.1%) que utiliza antihipertensivos, pertenece a la edad entre 70 a 79 años 1(0.6%) e igualmente pertenece a la edad entre 80 a 89 años 1(0.6%).

Los encuestados de la tercera edad estudiados utilizaron corticoesteroides, se encontraban entre las edades de 60 a 69 años 2(1.1%) que conforman el total de los que utilizan este grupo y de los que consumen hipoglicemiantes orales, se encuentra entre el rango de 70 a 79 años en su totalidad 1(0.6%). **(Ver tabla No. 17)**

En relación a las reacciones adversas medicamentosas de tipo “A” específicamente versus grupos farmacológicos, están asociadas a los AINES solos 14(29.2%), a las benzodiazepinas 7(14.6%), relacionadas a los que utilizan IBP/antagonista H₂ 7(14.6%), se asocian al consumo de antiparasitarios combinados con vitaminas 6(12.5%), de los que consumen analgésicos opioides todos han presentado alguna reacción adversa 3(6.3%), han presentado reacciones adversas asociadas a la combinación de AINES con vitaminas 2(4.2%), las reacciones adversas corresponden al consumo de AINES con antibióticos 1(2.1%) e igualmente para AINES combinados con antihistamínicos, AINES combinados con IBP/ antagonista H₂ y de los que utilizan corticoesteroides, cada grupo presentó 1(2.1%) de reacciones adversas de tipo A. **(Ver tabla No. 18)**

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.

En el presente estudio “Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-octubre 2020” se encuestaron 193 adultos mayores, de los cuales se demostró los siguientes resultados:

En cuanto a la edad de los adultos mayores en estudio, la mayoría se encontraba entre las edades de 60 a 69 años y predominó el sexo femenino, lo cual coincide con los datos recolectados por Cárdenas, Castañeda y Lata en 2015, donde demuestran que la mayoría de los adultos mayores participantes en su estudio estuvo en una edad comprendida entre los 65 a 70 años, de los cuales predominó el sexo femenino. Según el estado civil se evidencia en este estudio que en su mayoría estaban casados y poseían instrucción primaria, lo cual se relaciona con el presente estudio donde se encontró esta similitud. (Cárdenas, Castañeda, & Lata, 2015).

Con respecto a la religión se encontró que la mayoría son católicos, lo cual corresponde con el estudio realizado por Molina y Morocho (Molina & Morocho, 2019). Del total de adultos mayores encuestados en su mayoría no son jubilados lo cual guarda concordancia con el estudio realizado por Valladares. (Valladares, 2011).

En relación a los hábitos tóxicos, en el presente estudio se encontró que el mayor porcentaje de los encuestados consumen café/té, seguido de alcohol y en menor porcentaje tabaco, que se corresponde con el estudio de Molina y Morocho donde se encontraron hallazgos similares. (Molina & Morocho, 2019) .

En este estudio se encontró que del total de adultos mayores encuestados la mayoría padecen enfermedades crónicas, dentro éstas la hipertensión arterial crónica es la que más predomina, que coincide con la indagación de Méndez y Martínez sobre las enfermedades que padece la población en estudio, donde la mayoría señaló a la hipertensión arterial como la principal. (Méndez & Martínez, 2016)

De la población de adultos mayores encuestados, en su mayoría se automedican y según la frecuencia con que se automedican el mayor porcentaje refieren hacerlo a veces, lo cual está directamente relacionado con el estudio de Méndez y Martínez donde se identificó que la mayor parte del total de pacientes se automedican. De acuerdo al lugar o medio de obtención de los medicamentos en su mayoría refirieron conseguirlo en la farmacia, asimismo el mayor porcentaje de los encuestados acostumbra conseguir el medicamento que ya le han recetado anteriormente cuando tienen el mismo padecimiento actual sin asistir a consulta médica, lo que guarda relación con este estudio. (Méndez & Martínez, 2016)

De acuerdo a los síntomas que se automedican, en el presente estudio predominó el malestar general, seguido de dolor y ardor estomacal, dolor de cabeza e insomnio como principales molestias de salud, lo cual difiere en orden de prevalencia con los datos obtenidos en los estudios revisados.

En relación a las circunstancias que les motivan a automedicarse que este caso fue que ya conocen sus remedios lo cual concuerda con el estudio realizado por Gonzaga. (Gonzaga, 2017). Según las fuentes de información sobre la automedicación en su mayoría obtienen información a través de anuncios en la TV, seguido de familiares, amigos, e internet, en contraste al estudio de Silva y Zelaya donde los medios que influyen más en la automedicación son la televisión, seguido de internet, la radio y en menor medida el periódico.

De acuerdo a quién le sugiere o recomienda automedicarse, en su mayoría lo hacen por decisión propia, seguido de sugerencia de un familiar, amigos y en menor porcentaje vecinos, en contraste a lo encontrado en el estudio de Silva y Zelaya donde predomino las visitas anteriores al médico, seguida de las recomendaciones de amigos, familia y vecinos con un y en menor medida decisión propia. (Silva & Zelaya, 2019)

Según el grupo farmacológico con que se automedican los adultos mayores, predominó el grupo de los AINES solos seguido de estos mismos combinados con otros fármacos, lo cual guarda relación con el estudio de Silva y Zelaya. (Silva & Zelaya, 2019)

Es importante mencionar la frecuencia con que son combinados los grupos farmacológicos empleados por los adultos mayores en la automedicación, puesto que existen diversas interacciones entre fármacos que pueden entrañar un daño a la salud que puede pasar desapercibido o enmascarar otras enfermedades. Merece la pena señalar que el uso de benzodiazepinas en este grupo etario, evidenciado en este estudio creando farmacodependencia física y psíquica, no es tan inusual a diferencia de los estudios de referencia y que algunos fármacos de la familia de los Inhibidores de la Bomba de Protones como el Omeprazol debido a su metabolismo interactúan con otros fármacos, como algunas benzodiazepinas aumentando y potenciando de esta manera sus efectos y toxicidad en el organismo.

Las reacciones adversas medicamentosas presentadas por el grupo de adultos mayores en estudio fueron en su totalidad de tipo “A”. Las reacciones de esta categoría se caracterizan por ser predecibles, dependientes de la dosis y están relacionadas al mecanismo de acción del fármaco. Entre éstas se encuentran; náuseas, vómitos, acidez estomacal, dolor de cabeza, somnolencia, mareos, diarrea, hipoglicemia, lo cual coincide con los hallazgos encontrados al respecto en los estudios de Valladares y Salazar donde las reacciones más comunes pertenecen a esta categoría.

CONCLUSIONES

1. En relación a las características sociodemográficas se identificó que en su mayoría eran adultos mayores entre las edades de 60 a 69 años, del sexo femenino, estado civil de casados, religión católica, con escolaridad primaria y no eran jubilados.
2. Los hábitos tóxicos que presentaban los adultos mayores en estudio era principalmente consumo de café y té, con respecto a las enfermedades crónicas más frecuentes en este grupo etario lo más común fue la hipertensión arterial crónica aislada o asociada a otras patologías, la población estudiada se caracteriza por la presencia de pluripatologías.
3. En correspondencia a la práctica de automedicarse, lo hacen con una frecuencia a veces en su mayoría, la cantidad de medicamentos que consumen automedicados a la vez es de 1 fármaco, el síntoma principal por el que se automedicaban era malestar general, los motivos de automedicación en su mayoría fue porque refieren conocer sus remedios para aliviar sus síntomas, los fármacos que utilizan los consiguen en las farmacias, la mayoría recupera medicamentos que ya les habían recetado o ya habían usado anteriormente cuando tenían la misma molestia de salud, la fuente de obtención de información fue la televisión y se automedicaban por decisión propia.
4. Los grupos farmacológicos más empleados para la automedicación fueron los AINES solos o combinados.
5. Las reacciones adversas medicamentosas presentadas fueron exclusivamente reacciones adversas de tipo “A”, los adultos mayores que manifestaron estos efectos secundarios no mostraron ninguna conducta para contrarrestar dichos efectos causados por los fármacos automedicados.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud:

- ✚ Promocionar el uso racional de los medicamentos y farmacovigilancia a través de la capacitación del personal sanitario, dispensadores de farmacias y líderes comunitarios, destacando las consecuencias negativas de la automedicación en la salud y estilos de vida.
- ✚ Realizar un estricto monitoreo en la venta de antibióticos y otros fármacos que a pesar de no ser de venta libre como los benzodiacepinas están siendo dispensados sin prescripción médica.

A las farmacias:

- ✚ Proporcionar adecuada información de forma verbal a los adultos mayores sobre el correcto uso de los medicamentos y las posibles reacciones adversas asociadas a los mismos, abstenerse de ofertar fármacos fuera de listado de medicamentos de venta libre, así mismo confirmar que las recetas médicas sean prescriptas por personal de salud autorizado.

A la comunidad:

- ✚ Acudir periódicamente al seguimiento de sus patologías de base a la unidad de salud, reservándose el derecho de utilizar medicamentos sin prescripción médica o anteriormente prescritos sin previa información por personal de salud autorizado.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua:

- ✚ Promover a través del Programa de Prácticas Médicas Comunitarias la educación a la población más vulnerable a la automedicación sobre los riesgos que conlleva el uso inadecuado de los medicamentos tomando como referencia la alta prevalencia de esta práctica en los adultos mayores.
- ✚ Fomentar la investigación en los estudiantes de la Facultad Ciencias Médicas para realizar estudios de utilización de medicamentos en adultos mayores, enriqueciendo sus conocimientos en relación a este grupo vulnerable a desarrollar Reacciones Adversas Medicamentosa.

CAPÍTULO IV: BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avedillo Salas, A. (2018). *Colegio Oficial Farmacèuticos Zaragoza*. Obtenido de <https://cofzaragoza.org/reacciones-adversas-a-medicamentos-y-la-importancia-de-notificarlas/>
- Caamaño, F., Figueiras, A., Lado Lema, E., & Gestal-Otero, J. (2000). *La automedicación: concepto y perfil de usuarios*. Santiago de Chile.
- Caamaño, F., Figueiras, A., & Gestal-Otero, J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. En *European Journal Epidemiology* (págs. 19-26).
- Cárdenas, F., Castañeda, J., & Lata, H. (2015). *Automedicación en los Adultos Mayores que acuden a consulta en el Centro de Salud N° 4 "Carlos Elizalde" de la Parroquia Yanuncay, Cuenca*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Carvajal, A., Sánchez, A., & Garrido, R. (1989). Demanda de medicamentos en el consultorio de Seguridad Social Atención Primaria.
- Casas Vásquez, P., Ortiz Saavedra, P., & Penny Montenegro, E. (2016). *ESTRATEGIAS PARA OPTIMIZAR EL MANEJO FARMACOLÓGICO EN EL ADULTO MAYOR*. Perú: Rev Peru Med Exp Salud Publica.
- Castellano, P., Miranda, A., Sojo, G., Perea, E., García, J., & MD., S. (2008). *Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria*. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532013000300002
- Castillo, J., & Urbina, J. (Junio 2019). *Historia y vida del barrio Waspan Sur DistritoVI de Managua 1950-2016*. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-MANAGUA. Castillo, E., Román, D., Acosta, R. d., Castro Jiménez, G., & Duvergel Rigondeaux, V. (15 de septiembre de 2015). *Revista Médica Electrónica Portales Medicos*. Recuperado el 16 de julio de 2020, de Revista Médica Electrónica Portales Medicos: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/automedicacion-adulto-mayor/>
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: Another look at compliance. En *Social Science & Medicine* (págs. Vol 20, 29-37).
- Dellamea, A., & Drutman, J. (2003). Publicidad de medicamentos: Derecho a la salud o incitación al abuso y automedicación. *III Congreso de Periodismo Médico*. Buenos Aires, Argentina.
- Encalada C, O. J. (2014). *Prevalencia y Factores asociados a la Automedicación con AINES en Adultos Mayores en las Parroquias Urbanas de Cuenca*. Ecuador: Universidad de Cuenca.
- Eroski, F. (2002). *Automedicación responsable: el paciente, protagonista del cuidado de su salud*. Obtenido de <http://revista.consumer.es/web/es20020101/salud/>
- Gaceta, U. (1999). *Los peligros de la automedicación*. Buenos Aires, Argentina.

- Galo Romero, H. (28 de febrero de 2018). Se requieren más especialistas en adultos mayores. *El Nuevo Diario*, págs. <https://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/managua/457075-se-requieren-mas-especialistas-adultos-mayores/?view=amp>.
- Goodman, & Gilman. (2012). *Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 12a Edición. McGraw Hill Interamericana S.A.
- Gonzaga, R. (2017). *Relación de factores determinantes y actividades de automedicación en adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico, Chorrillos - Lima 2017*. Lima.
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. (2016). *An angling world: 2015. International Population Reports*. Washington, D.C: U.S: Government Publishing Office.
- Hernández, A. (2014). *Farmacología General. Una guía de estudio*. McGraw Hill Interamericana S.A.
- Kregar, G., & Filingier, E. (2004). *¿Qué se entiende por automedicación?* Buenos Aires, Argentina.
- La Gaceta, D. O. (1998). Ley N°. 292: Ley de Medicamentos y Farmacias. *Normas Jurídicas de Nicaragua*. Managua, Nicaragua.
- Laporte, J., & Castel, J. (1992). El médico ante la automedicación. En *Medicina Clínica* (págs. 414-416). Barcelona.
- Larrión, J. L. (1995). *Boletín Información Farmaterapéutica de Navarra. volumen 3 , n°1 (febrero 1995) Algunos aspectos de Farmacoterapia en Geriatría*. Navarra: Servicio de Medicina Interna.
- León, O., & Montero, I. (2003). *Métodos de investigación en psicología y educación*. Madrid: McGraw Hill.
- Lezama, C. (2010). *Automedicación De la Población Mayor De 18 Años Del Municipio De Nindirí, Masaya Que Acudió A Farmacias Privadas, Marzo del 2010*. Managua: UNAN-MANAGUA.
- López Norori, M. (2019). *El adulto mayor en la familia y la comunidad*. Managua, Nicaragua: Editorial Universitaria, UNAN-Managua.
- Loyola, A., Lima, M., & Uchoa, E. (2004). Bambuí Project: a qualitative approach to self-medication. *Cad Saúde Pública*, 1661-1669.
- Martín, A., Molina, A., Espinosa, G., & Yela, G. (2008). *La farmacoterapia en el paciente anciano*. Guadalajara: Boletín farmacoterapéutico de Casilla.
- Méndez, A. C., & Rocha, G. D. (2016). *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*. Masaya: UNAN – MANAGUA .
- Millar, L., & Blue, L. (1994). Physician awareness of prescription drugs costs: A missing element of drug prescription and adversity. *Family Practice Magazine*, 33-36.
- Mini, E., Rojas, L., Balabarca, C., Espinoza, P., Marín, H., Quispe, F., y otros. (2010). *Factores relacionados con la automedicación en adultos mayores*. Lima, Perú.

- Molina, A., & Morocho, K. (2019). *Automedicación en adultos mayores del Centro de Especialidades Central Cuenca, 2019*. Cuenca-Ecuador: UNIVERSIDAD DE CUENCA.
- Morales, G., Martínez, R., & López, R. (2003). *Causas que inciden en la automedicación con medicamentos y plantas medicinales en las mujeres del Reparto Primero de Mayo Territorio Mántica Berio de la Ciudad de León en los meses agosto-octubre 2003*. Nicaragua: UNAN-León.
- OMS. (5 de febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 7 de julio de 2020, de Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
- OMS, (. M. (2016). *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: Proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra. Obtenido de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-so.pdf
- OPS, (. P. (1999). *Prevención y Control de la Resistencia a los Antimicrobianos en las Américas*. Washington DC.
- Paterson, D., & Yu, V. (1999). Extended spectrum beta-lactamases: a call for improved detection and control. *Infectious Disease Clinic*.
- Perera Díaz, E., Rodríguez Rivera, L., & Ranero Aparicio, V. (2017). *Reacciones adversas medicamentosas (RAM) en personas mayores*. Habana, Cuba: Calle G y 27, Municipio Plaza de la Revolución.
- Pérez, M., & Moratalla, G. (1994). Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Revista de Atención Primaria*. Madrid, España.
- Queralt, M. (03 de Noviembre de 2016). *Salud CANALES MAPFRE*. Recuperado el 24 de Junio de 2020, de Salud CANALES MAPFRE: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/gerontologia/la-automedicacion/>
- Ramos, G., & Olivares, G. (2010). USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS: UNA TAREA DE TODOS. En *Contenidos e Información del Uso Racional de Medicamentos para el personal técnico de salud*. (pág. 1 y 4). Santiago de Chile: MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. SUBSECRETARIA DE SALUD PÚBLICA. DIVISIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES Y PROMOCIÓN. DPTO. POLÍTICAS FARMACÉUTICAS Y PROFESIONES MÉDICAS. .
- Ramos, P., Álamo, C., María, C., Gil, P., López, J., Lozano, I., y otros. (2015). *Guía de buena práctica clínica en GERIATRÍA, FARMACOLOGÍA Y ENVEJECIMIENTO. LOS MEDICAMENTOS EN LAS PERSONAS MAYORES*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.
- Robbins, S., & Coulter, M. (2005). Capítulo 5 Responsabilidad social y ética administrativa. En *Administración* (págs. 134-137). DF. México: Pearson Educación.

- Salazar, J., Bello, L., Toledo, A., Añez, R., González, L., Rojas, y otros. (2013). *Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco*. Caracas, Venezuela: Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica.
- Sánchez, F. (2008). *Determinación de las razones y diferencias en automedicación entre una parroquia urbana y una parroquia rural del Distrito Metropolitano de Quito*. Quito, Ecuador.
- SEMI, semFYC, & FAECAP. (2013). *DESARROLLO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN PACIENTES CON COMORBILIDAD Y PLURIPATOLOGÍA*. Madrid, España: Multimédica Proyectos, S. L. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP).
- Silva Duarte, Y. Y., & Zelaya Barrantes, D. A. (2019). *Automedicación y factores asociados que motivan esta práctica en la población adulta de la ciudad de León*. León: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León.
- Tello, S., & Yovera, A. (2005). *Factores asociados a la incidencia de automedicación y al nivel de conocimientos de sus complicaciones en mayores de 18 años del Distrito de Chiclayo-Perú*. Obtenido de Base de Monografías "monografias.com": <http://www.monografias.com/trabajos27//automedicacion/automedicacion.shtml>
- Valladares, M. (2011). *Automedicación de los Adultos Mayores Clínica Notre Dame de Barrio Villaadela Francisco Morazán, Honduras. Enero a Marzo 2011*.
- Velázquez, Lorenzo, P., Moreno, A., Lizasoain, I., Leza, J., Moro, M., y otros. (2008). *Farmacología básica y clínica*. 18a edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Vergara, W., Armijo, J., Solís, G., Campalans, E., & Moya, Y. (2014). *Automedicación en clubes de adulto mayor de Valparaíso*. Valparaíso, Chile: Revista Chilena, Salud pública.
- Viveros Madariaga, A. (2001). *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*. Santiago de Chile: Publicacion de las Naciones Unidas.
- Zyl-Schalekamp, V. (1993). Self-medication in three Orange free state communities. En *South African Medical Journal* (págs. Vol 83, 345-346).

CAPÍTULO V: ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta carta de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes. La presente investigación es conducida por estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-Managua, la meta de este estudio es describir el Comportamiento de la Automedicación en Adultos Mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, Período Julio-Octubre del 2020.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una encuesta. La participación en este estudio es totalmente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. El resultado obtenido a través de las encuestas se almacenará en una base de datos que solo estarán disponibles para los investigadores. A cada encuesta se le asignará un código omitiendo datos de identificación para asegurar su confidencialidad.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si algunas de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Gracias por su participación.

Estoy de acuerdo en la forma en que se codificarán los resultados obtenidos de manera que no revele mi identidad y que estas solo sean usadas para el presente estudio.

Fecha

Firma del participante

Nombres del investigador

Firmas del investigador



FICHA DE AUTOMEDICACIÓN EN ADULTOS MAYORES

Ficha# _____

Esta encuesta tiene como propósito evaluar el comportamiento de la automedicación en adultos mayores del barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020. No se le pregunta su nombre, para que usted se sienta seguro o segura que se le proporcionara confidencialidad de los datos brindados, puede responder con total calma y confianza a las preguntas que se le presentaran. Agradecemos de antemano su valiosa cooperación para responder esta encuesta.

En el caso de los ítems a continuación descritos, se marcarán con una X y responda las preguntas las cuales serán completadas según su información.

I- Datos generales.

1- Edades:

- 60-69 _____
- 70-79 _____
- 80- 89 _____

2- Sexo:

- Masculino _____
- Femenino _____

3- Estado civil:

- Soltero _____
- Divorciado _____
- Viudo _____
- Casado _____
- Unión libre _____

4- Religión:

- Católica _____
- Evangélica _____
- Testigo de Jehová _____
- Ninguna _____

5- *Escolaridad alcanzada:*

- Analfabeta _____
- Primaria _____
- Secundaria _____
- Técnico _____
- Universitario _____

6- *Jubilado:*

- Si _____
- No _____

II- Hábitos tóxicos y enfermedades crónicas

1- *Hábitos tóxicos:*

Usted ha consumido alguna de las siguientes sustancias:

- Tabaco _____
- Alcohol _____
- Café y té _____
- Drogas ilícitas _____

2- *Enfermedades crónicas:*

- Padece de alguna de las siguientes enfermedades:
- Hipertensión arterial _____
- Diabetes mellitus tipo 2 _____
- EPOC _____
- Asma _____
- Cardiopatía _____
- Hepatopatía _____
- Enfermedad renal _____
- Enfermedades Gastrointestinales _____
- Artrosis/Artritis _____

III- Componentes ligados a la automedicación

1- *¿Toma Ud. algún medicamento que considera ventajoso para su salud sin necesidad de prescripción médica?*

- Sí _____
- No _____

1- *Si su respuesta a la pregunta anterior es Sí ¿Con frecuencia Ud. se automedica?*

- Siempre _____
- Casi siempre _____
- A veces _____

2- *Regularmente cuando Ud. se Automedica, toma a la vez:*

- Solo un medicamento ___
- 2 medicamentos ___
- 3 medicamentos ___
- 4 medicamentos ___
- 5 medicamentos ___

3- *¿Para qué síntomas o molestias ha utilizado esos medicamentos?*

- Fiebre ___
- Diarrea ___
- Tos/gripe ___
- Dolor de cabeza ___
- Dolor articular ___
- Malestar general ___
- Insomnio ___
- Ardor y dolor estomacal ___
- Afecciones en la piel ___

6- *Entre los motivos principales por los que Ud. adquiere directamente los medicamentos están:*

- No tiene tiempo de asistir al medico ___
- La atención demora mucho ___
- Ya conoce sus remedios ___
- El medico receta lo mismo siempre ___

7- *Dónde adquiere esos medicamentos:*

- Farmacia ___
- Pulpería ___
- Supermercado ___
- Tienda naturista ___
- Mercados ___
- Transporte público ___
- Familiar ___

8- *¿Acostumbra conseguir las medicinas que ya le han recetado o ya ha utilizado anteriormente cuando tiene el mismo problema actual sin asistir al médico?*

- Sí ___
- No ___

9- *¿De dónde adquiere información para auto medicarse?*

- Anuncios en la TV ___
- Anuncio en la Radio ___
- Farmacéutico ___
- Internet ___
- Amigos ___
- Personal de salud ___
- Familiares ___

10- ¿Quién le sugiere o recomienda automedicarse?

- Vecino ____
- Amigo ____
- Familiar ____
- Decisión propia ____

IV- Grupos farmacológicos

1- Grupo Farmacológico al que pertenece el/los medicamentos utilizados:

- AINES (Acetaminofén, Ibuprofeno, Diclofenac, Aspirina) ____
- Analgésicos opioides (Tramadol) ____
- Antibióticos (Amoxicilina, Azitromicina, Ciprofloxacino, Trimetoprim sulfametoxazol, etc.) ____
- Antihipertensivos (Captopril, Enalapril, Losartán, Valsartán, etc.) ____
- Hipoglucemiantes orales (Metformina, Glibenclamida) ____
- Ansiolíticos (Lorazepam, Clonazepam, Alprazolam) ____
- Corticoesteroides (Prednisona, Hidrocortisona, Dexametasona) ____
- IBP/Antagonistas H2 (Omeprazol, Ranitidina) ____
- Antihistamínicos (Loratadina, Difenhidramina) ____
- Antiparasitarios (Mebendazol, Albendazol, etc.) ____
- Vitaminas (Complejo B, etc.) ____

V- Reacción adversa medicamentosa

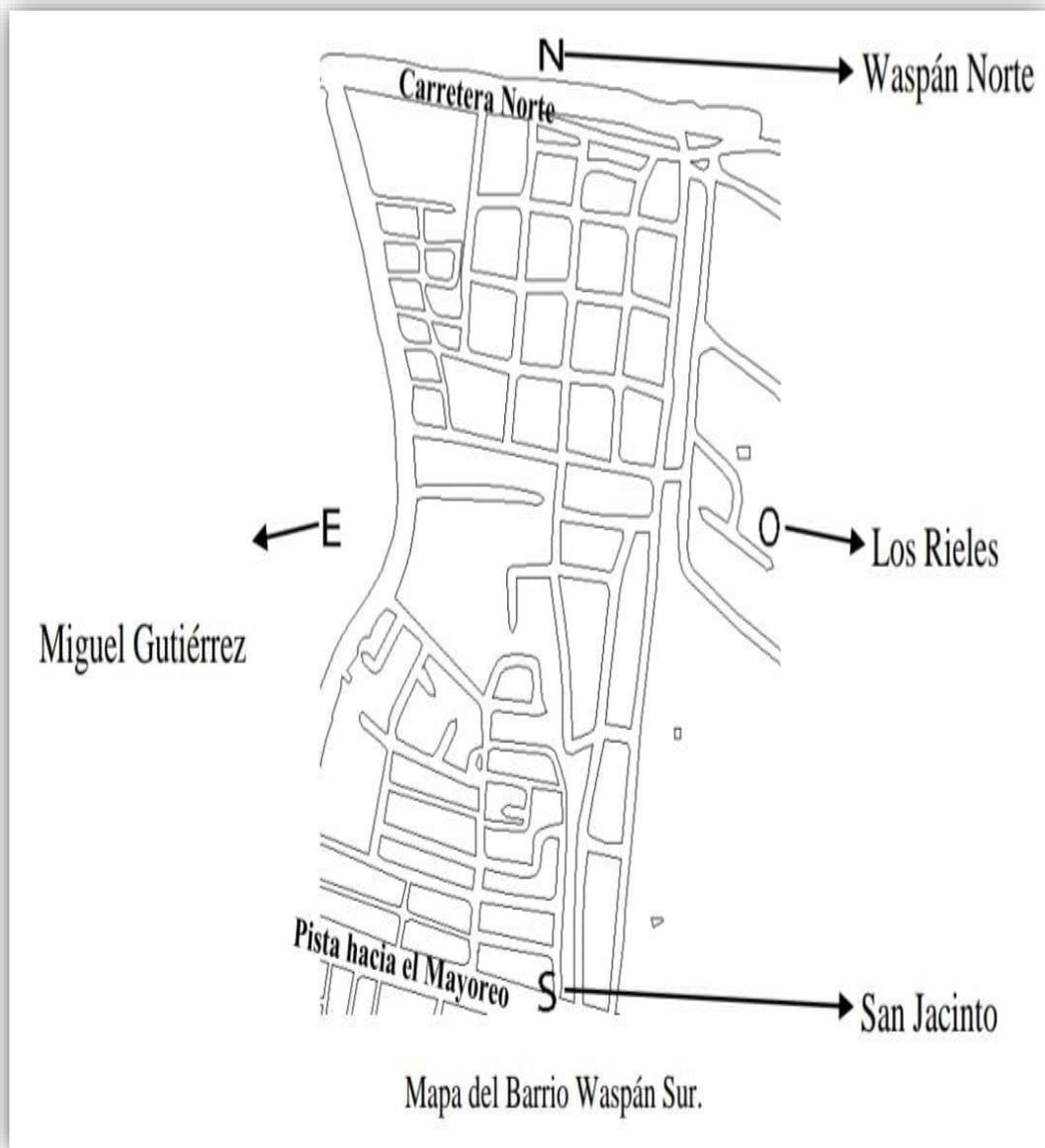
1- ¿Ha Ud. presentado algunos de estos síntomas al ingerir esos medicamentos?

- Reacciones adversas de tipo “A” (náuseas, vómitos, acidez estomacal, dolor de cabeza, somnolencia, mareos, diarrea, hipoglicemia) ____
- Reacciones adversas de tipo “B” (erupciones cutáneas, caída del cabello, pérdida de la pigmentación de la piel) ____
- Reacciones adversas de tipo “C” (aumento de peso, retención de líquidos, debilidad muscular) ____
- Reacciones adversas de tipo “D” (carcinogénesis) ____
- Reacciones adversas de tipo “E” (síndrome de abstinencia) ____
- Ninguna ____

2- De qué manera ha contrarrestado Ud. ¿Las reacciones adversas medicamentosas presentadas al automedicarse?

- Tratamiento casero ____
- Acudió a la unidad de salud ____
- Ninguno ____

MAPA DEL BARRIO WASPAN SUR



(Castillo & Urbina, Junio 2019)

ADULTOS MAYORES DEL BARRIO WASPAN SUR



Fuente: Equipo de Investigación



Fuente: Equipo de Investigación



Fuente: Equipo de Investigación

TABLAS DE RESULTADOS

Tabla No 1

Características sociodemográficas de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

N°193

Edad	Frecuencia	%
60-69	113	58.5
70-79	53	27.5
80- 89	27	14.0
Sexo	Frecuencia	%
Femenino	126	65.3
Masculino	67	34.7
Estado civil	Frecuencia	%
Casado	77	39.9
Divorciado	10	5.2
Soltero	64	33.2
Unión libre	10	5.2
Viudo	32	16.6
Religión	Frecuencia	%
Católica	124	64.2
Evangélica	67	34.7
Testigo de Jehová	2	1.0
Escolaridad	Frecuencia	%
Analfabeta	5	2.6
Secundaria	61	31.6
Primaria	76	39.4
Universitario	51	26.4
Jubilado	Frecuencia	%
No	108	56.0
Si	85	44.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 2

Hábitos tóxicos de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-October 2020

Hábitos tóxicos	Frecuencia	%
Alcohol	24	12.4
Café/té	150	77.7
Tabaco	19	9.8
Total	193	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No3

Enfermedades Crónicas de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-October 2020

Enfermedades Crónicas	Frecuencia	%
HTA	32	16.6
HTA + DM2	46	23.8
DM2	11	5.7
HTA asociada a otras patologías	15	7.8
DM2 asociada a otras patologías	5	2.6
Artritis/artrosis	19	9.8
Enfermedad Renal	2	1.0
Enfermedades Gastrointestinales	4	2.1
EPOC asociado a otras patologías	3	1.6
Cardiopatía	5	2.6
Cardiopatía asociada a otras patologías	4	2.1
Subtotal	146	75.6
Ninguna	47	24.4
Total	193	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 4

Hábito de automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-October 2020

Automedicación	Frecuencia	%
Si	175	90.7
No	18	9.3
Total	193	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 5

Frecuencia de automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Frecuencia de automedicación	Frecuencia	%
A veces	107	61.1
Casi siempre	55	31.4
Siempre	13	7.4
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 6

Cantidad de medicamentos con que se automedican los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Medicamentos tomados simultáneamente	Frecuencia	%
Solo un medicamento	98	56.0
2 medicamentos	68	38.9
3 medicamentos	9	5.1
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 7

Síntomas que se automedicación los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Síntomas que se automedican	Frecuencia	%
Ardor y dolor estomacal	24	13.7
Diarrea	5	3.0
Dolor de cabeza	24	13.7
Fiebre, Malestar general	15	8.6
Fiebre, Tos/gripe	13	7.0
Insomnio	16	9.1
Malestar general	44	25.0
Tos/gripe	2	1.1
Tos/gripe, Dolor de garganta	16	9.0
Afecciones de la piel	2	1.0
Dolor articular	14	8.0
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 8

Motivo por el que se automedican los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Motivo por el que se automedica	Frecuencia	%
El medico receta lo mismo siempre	34	19.4
La atención demora mucho	14	8.0
No tiene tiempo de asistir al medico	7	4.0
Ya conoce sus remedios	120	68.6
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 9

Lugar o medio de obtención de los medicamentos con que se automedican los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Lugar o medio de obtención	Frecuencia	%
Farmacia	129	73.7
Pulpería	26	14.9
Transporte público	8	4.6
Familiar	5	2.9
Mercados	5	2.9
Tienda naturista	2	1.1
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 10

Reutilización de medicamentos para automedicación de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Reutilización de medicamentos	Frecuencia	%
No	67	38.3
Si	108	61.7
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 11

Fuentes de información respecto a la automedicación de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Fuentes de información	Frecuencia	%
Amigos	35	20.0
Anuncios en la TV	58	33.1
Familiares	39	22.3
Farmacéutico	15	8.6
Internet	18	10.3
Personal de salud	10	5.7
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 12

Quién le sugiere automedicarse a los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Quién le sugiere/recomienda automedicarse	Frecuencia	%
Amigo	12	6.9
Decisión propia	123	70.3
Familiar	38	21.7
Vecino	2	1.1
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 13

Grupos de fármacos con los que se automedican los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Grupos farmacológicos	Frecuencia	%
AINES	70	40.0
AINES, Antibióticos	6	3.4
AINES, Antihistamínicos	6	3.4
AINES, IBP/antagonista H ₂	6	3.4
AINES, Vitaminas	12	6.9
Analgésicos opioides	3	1.7
Antibióticos	13	7.4
Antihipertensivos	2	1.1
Antiparasitarios, Vitaminas	21	12.0
Benzodiacepinas	15	8.6
Hipoglucemiantes	1	0.6
Corticoesteroides	2	1.1
IBP/antagonista H ₂	18	10.3
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 14

Reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Reacciones adversas medicamentosas	Frecuencia	%
Ninguna	127	72.6
Reacciones adversas de tipo "A"	48	27.4
Total	175	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 15
Conducta ante las RAM asociadas a la automedicación de los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Conducta ante las RAM presentadas	Frecuencia	%
Ninguna	44	91.7
Tratamiento casero	4	8.3
Total	48	100.0

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 16
Edad versus automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Edad	Automedicación			
	Si		No	
	FR	%	FR	%
60-69	105	54.4	8	4.6
70-79	47	24.4	6	3.4
80-89	23	11.9	4	2.3
Total	175	90.7	18	9.3

Fuente: Ficha de recolección de información

Tabla No 17
Edad versus grupos farmacológicos utilizados en la automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Grupos farmacológicos	Edad					
	60-69		70-79		80-89	
	FR	%	FR	%	FR	%
AINES	45	25.7	19	10.9	6	3.4
AINES combinados con antibióticos	3	1.7	3	1.7	-	-
AINES combinados con antihistamínicos	5	2.9	-	-	1	0.6
AINES combinados con IBP/Anti H2	4	2.3	1	0.6	1	0.6
AINES combinados con vitaminas	7	4.0	1	0.6	4	2.3
Analgésicos opioides	2	1.1	1	0.6	-	-
Antibióticos	7	4.0	4	2.3	2	1.1

Fuente: Ficha de recolección de información

Continuación tabla 17

Edad versus grupos farmacológicos utilizados en la automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Grupos farmacológicos	Edad					
	60-69		70-79		80-89	
	FR	%	FR	%	FR	%
Antihipertensivos	1	0.6	1	0.6	-	-
Antiparasitarios asociados a vitaminas	13	7.4	8	4.6	-	-
Benzodiacepinas	8	4.6	3	1.7	4	2.3
Corticoesteroides	2	1.1	-	-	-	-
Hipoglicemiantes orales	-	-	1	0.6	-	-
IBP/Antagonistas	8	4.6	5	2.9	5	2.9
Total	105	54.4	47	24.4	23	11.9

Fuente: Ficha de recolección de información

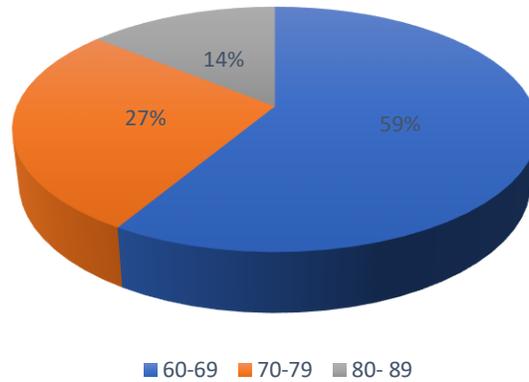
Tabla No 18

RAM presentadas versus grupos farmacológicos utilizados en la automedicación en los adultos mayores del Barrio Waspán Sur, Distrito VI de Managua, período Julio-Octubre 2020

Grupos farmacológicos	Reacciones adversas tipo "A"	
	Frecuencia	%
AINES	14	29.2
AINES, Antibióticos	1	2.1
AINES, Antihistamínicos	1	2.1
AINES, IBP/antagonista H ₂	1	2.1
AINES, Vitaminas	2	4.2
Analgésicos opioides	3	6.3
Antibióticos	5	10.4
Antiparasitarios, Vitaminas	6	12.5
Benzodiacepinas	7	14.6
Corticoesteroides	1	2.1
IBP/antagonista H ₂	7	14.6
Total	48	100.0

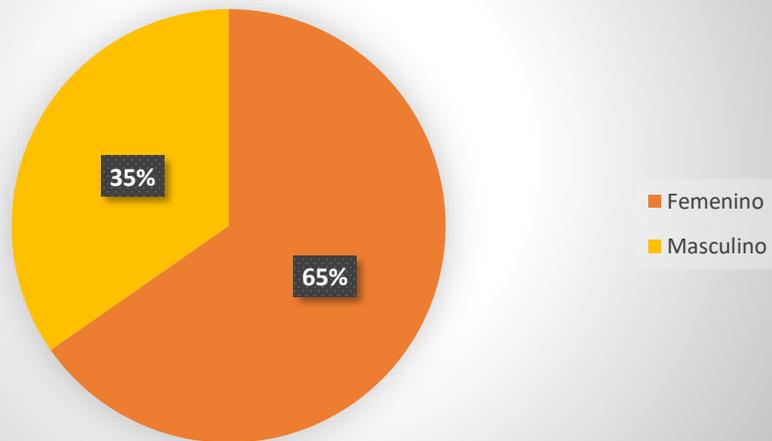
Fuente: Ficha de recolección de información

Gráfico 1: Edad de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



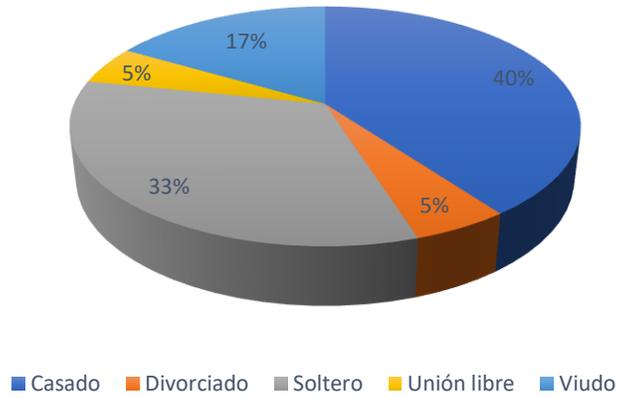
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 2: Sexo de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



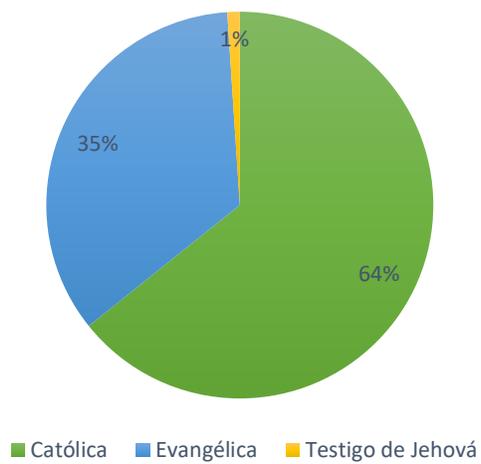
Fuente: Tabla No 2

Gráfico 3: Estado civil de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



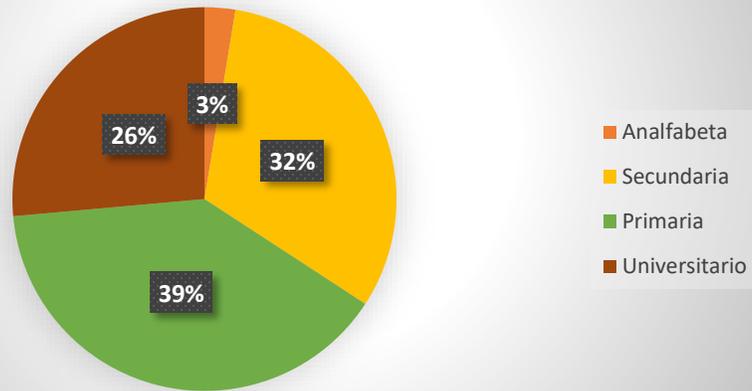
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 4: Religión de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



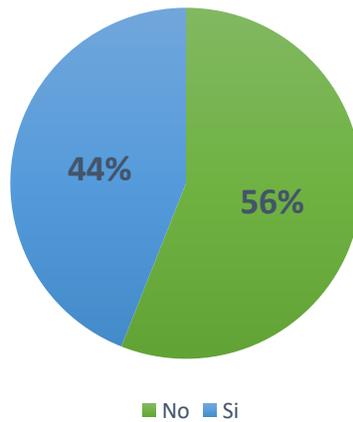
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 5: Escolaridad de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



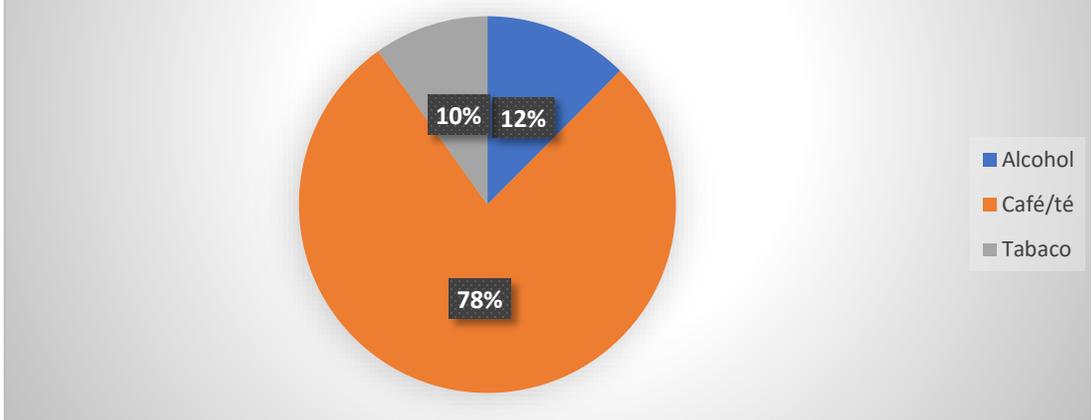
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 6: Jubilación de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



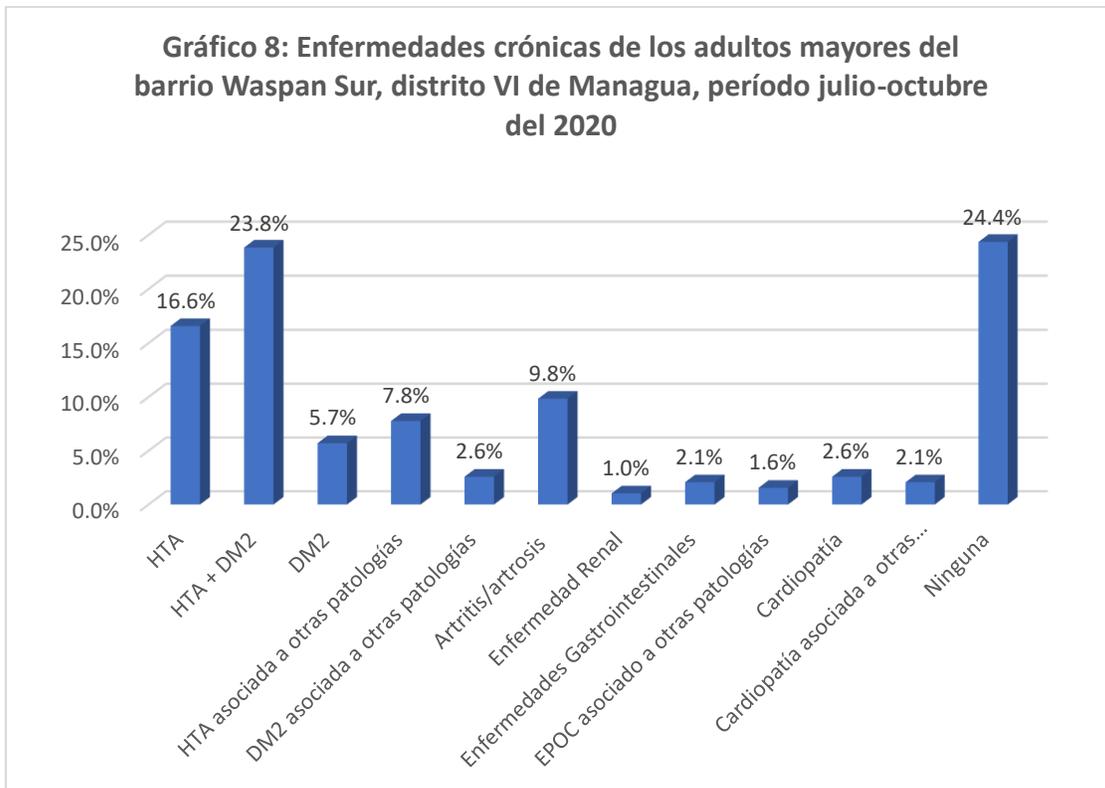
Fuente: Tabla No 1

Gráfico 7: Hábitos tóxicos de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



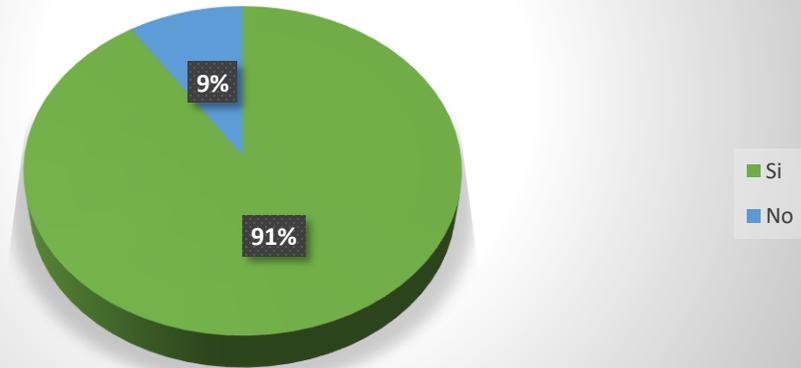
Fuente: Tabla No 2

Gráfico 8: Enfermedades crónicas de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



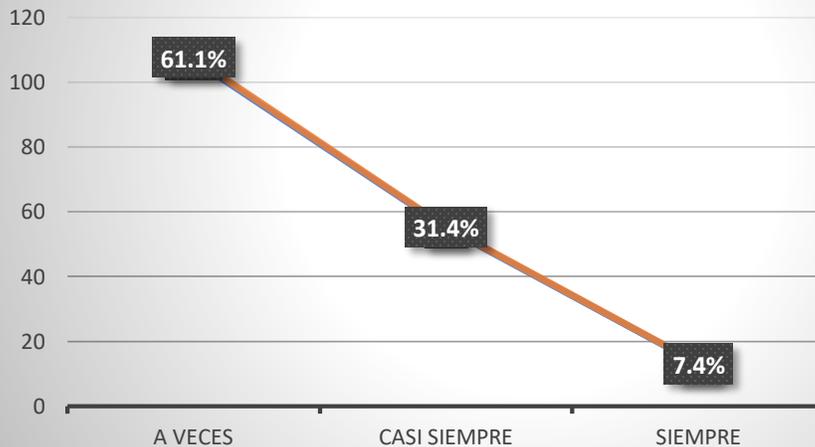
Fuente: Tabla No 3

Gráfico 9: Hábito de automedicación en los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



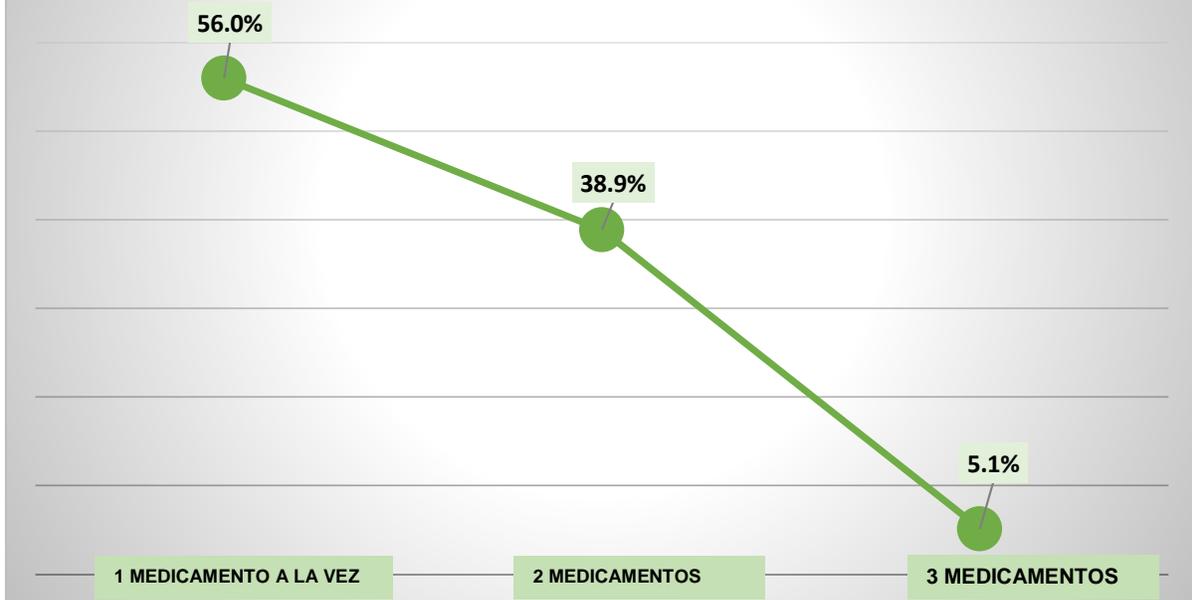
Fuente: Tabla No 4

Gráfico 10: Frecuencia de automedicación en los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



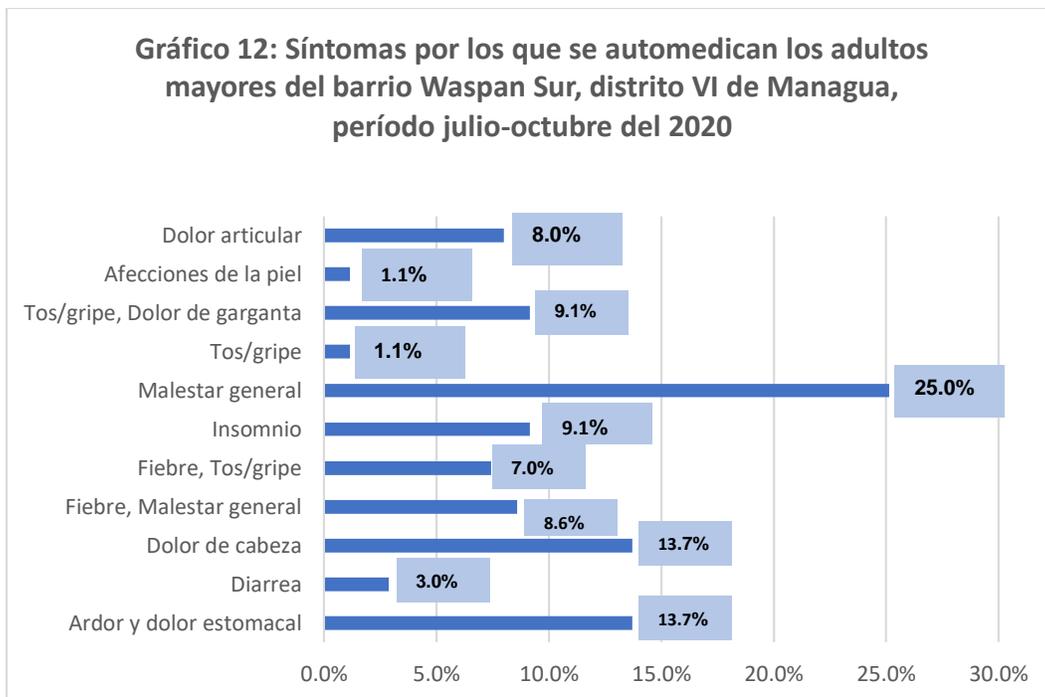
Fuente: Tabla No 5

Gráfico 11: Cantidad de medicamentos usados en la automedicación de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



Fuente: Tabla No 6

Gráfico 12: Síntomas por los que se automedican los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



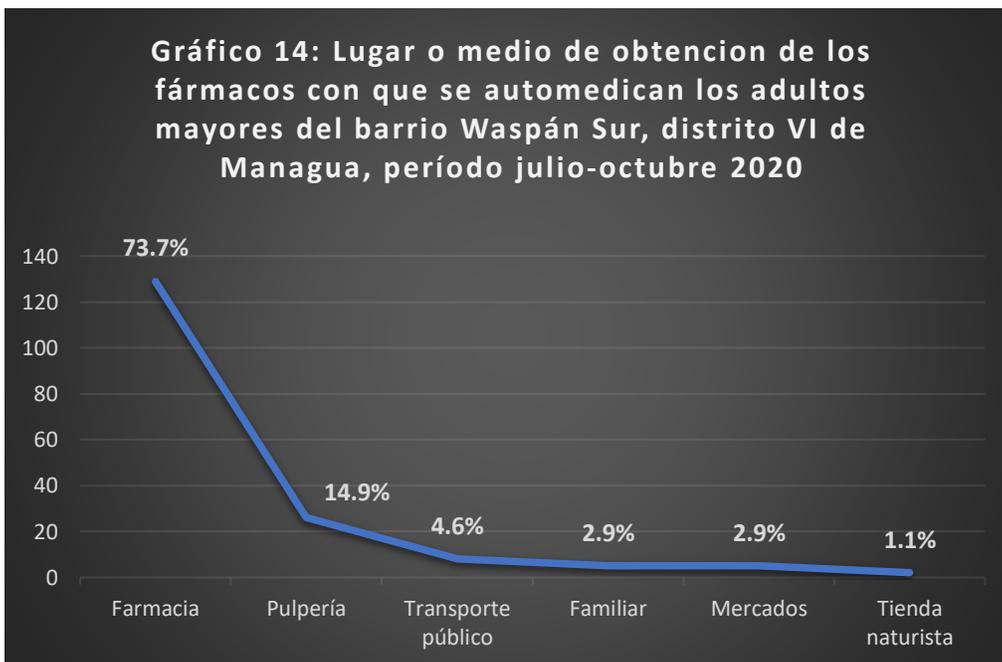
Fuente: Tabla No 7

Gráfico 13: Razón por la que se automedican los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



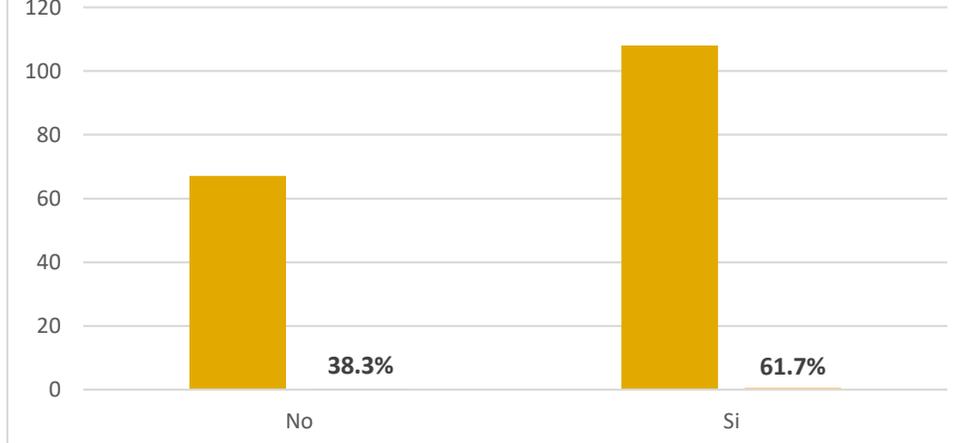
Fuente: Tabla No 8

Gráfico 14: Lugar o medio de obtención de los fármacos con que se automedican los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



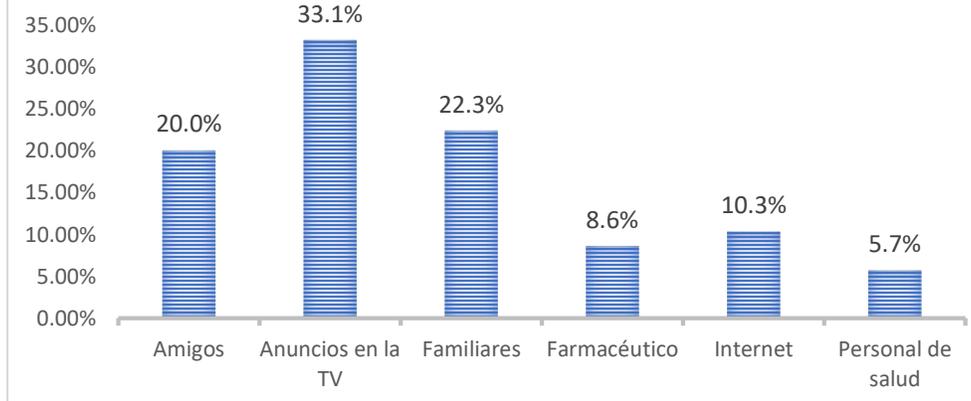
Fuente: Tabla No 9

Gráfico 15: Reutilización de medicamentos por los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



Fuente: Tabla No 10

GRÁFICO 16: FUENTES DE INFORMACION RESPECTO A LA AUTOMEDICACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO WASPÁN SUR, DISTRITO VI DE MANAGUA, PERÍODO JULIO-OCTUBRE 2020



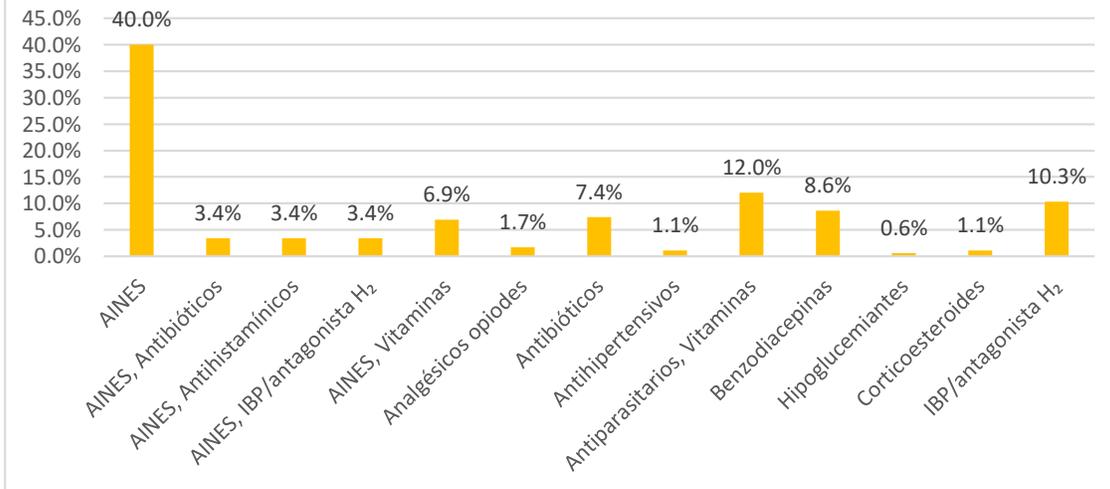
Fuente: Tabla No 11

Gráfico 17: Quién les sugiere automedicarse a los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



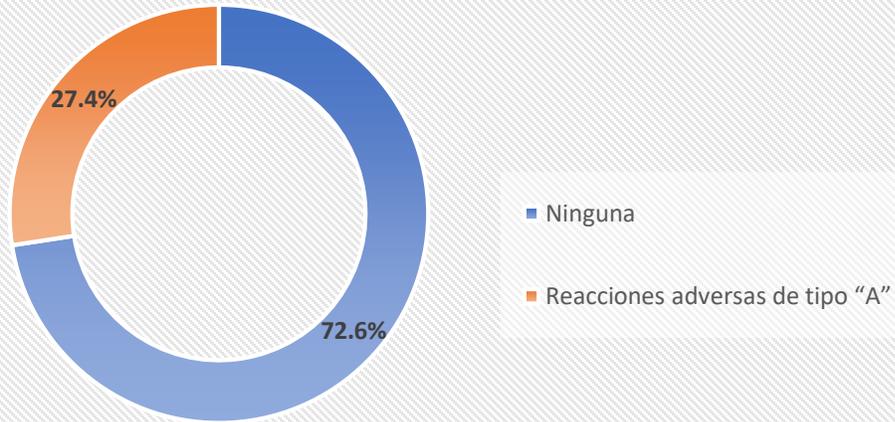
Fuente: Tabla No 12

Gráfico 18: Grupos farmacológicos utilizados en la automedicación de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



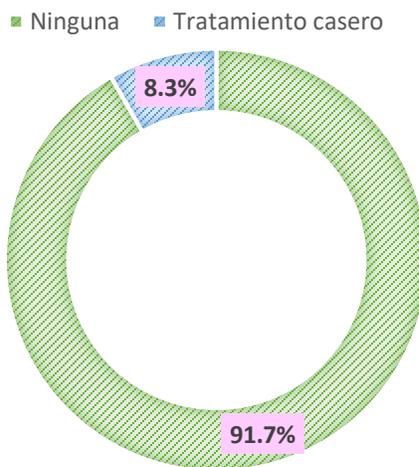
Fuente: Tabla No 13

Gráfico 19: Reacciones adversas medicamentosas asociadas a la automedicación de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



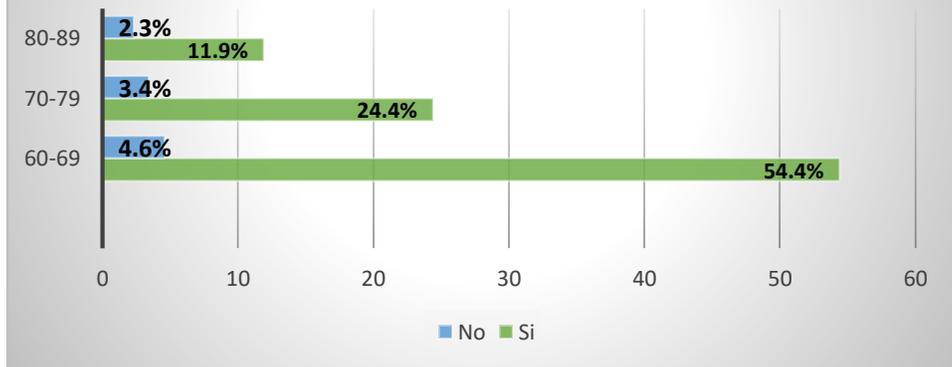
Fuente: Tabla No 14

GRÁFICO 20: CONDUCTA ANTES LAS RAM PRESENTADAS POR LOS ADULTOS MAYORES DEL BARRIO WASPAN SUR, DISTRITO IV DE MANAGUA, PERÍODO JULIO-OCTUBRE 2020



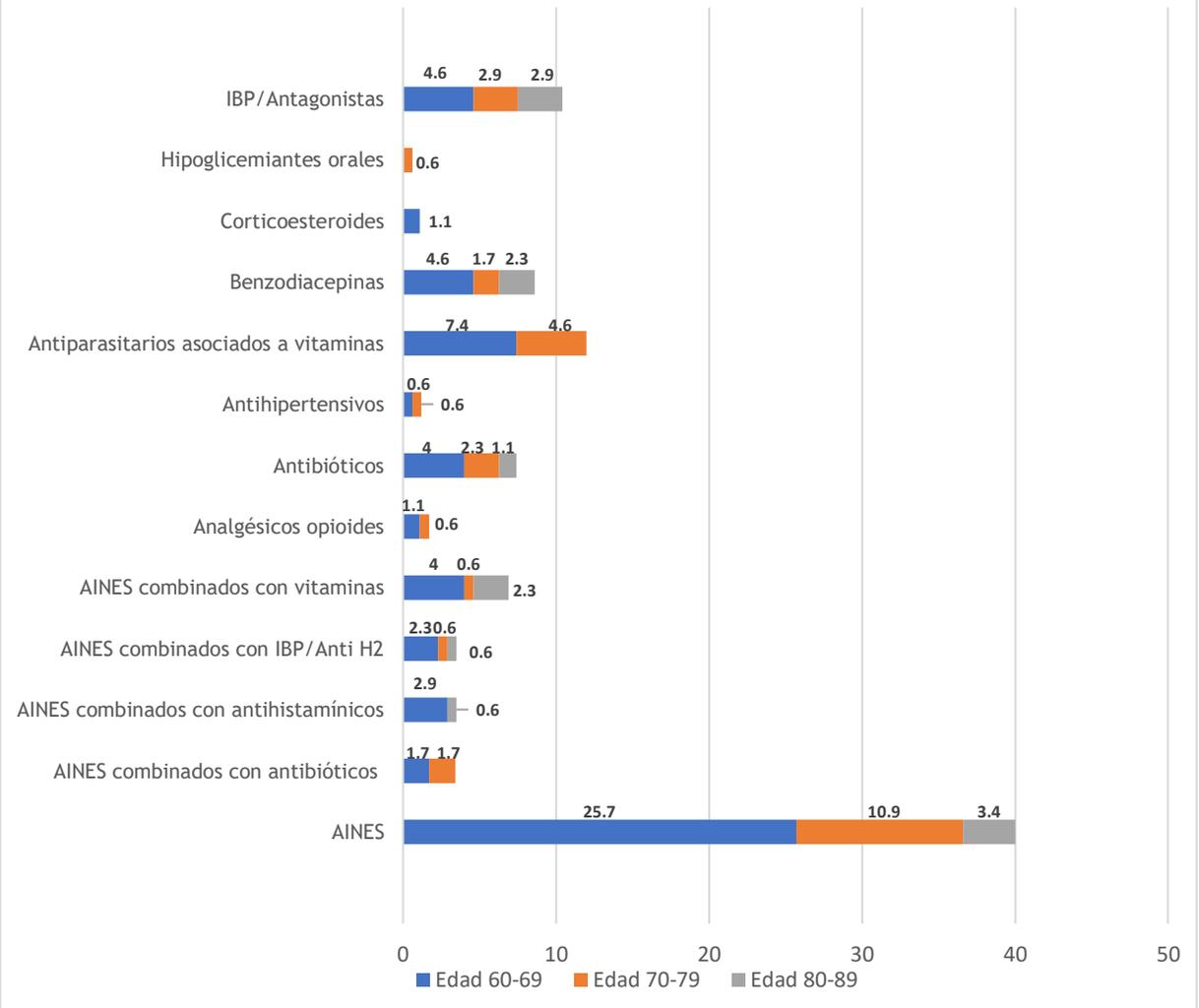
Fuente: Tabla No 15

Gráfico 21: Edad versus hábito de automedicación de los adultos mayores del barrio Waspan Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre del 2020



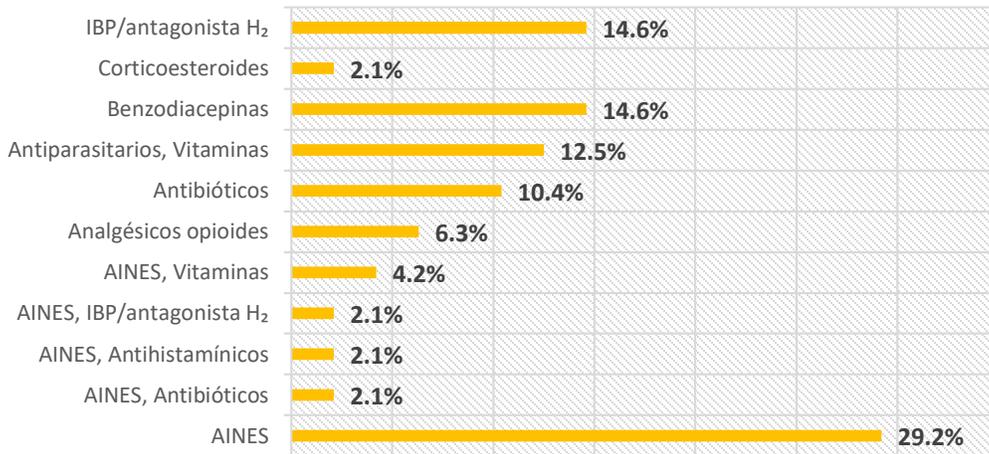
Fuente: Tabla No 16

Gráfico 22: Edad versus grupos farmacológicos utilizados en la automedicación de los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



Fuente: Tabla No 17

Gráfico 23: Reacciones adversas tipo “A” versus grupos farmacológicos utilizados en la automedicación de los adultos mayores del barrio Waspán Sur, distrito VI de Managua, período julio-octubre 2020



Fuente: Tabla No 18