

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN-LEÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MEDICINA**



**Tesis monográfica para optar al título:
Doctor en Medicina y cirugía.**

Perfil de uso de medicamentos en los habitantes mayores de 65 años en el Barrio Emir Cabezas Lacayo del municipio de León, Junio del 2006.

Autor:

Br. Máximo Yeretc Balladares Silva.

Tutor:

**Dr. Byron Muñoz Antón.
Profesor titular de farmacología Clínica.**

León, Octubre 2006.

“A la libertad por la Universidad”

Resumen

En este estudio se describió el uso de medicamentos en una población de ancianos mayores de 65 años de edad, en un sector urbano de la ciudad de León, durante el mes de Junio del año 2006.

Esta clasificado como un estudio descriptivo de corte transversal (Estudio de utilización de medicamentos), cuantitativo de consumo. En el cual se analizaron 51 encuestas realizadas a 51 ancianos mayores de 65 años que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión para el presente estudio.

Se encontró que la población geriátrica de 60- 75 años y del sexo femenino representó el mayor porcentaje de participación, con un nivel de escolaridad en el 49% que correspondía a estudios de primaria incompleta y solo un 9% estudios técnico-superiores.

De acuerdo a sus actividades laborales en esta población, más de la mitad se dedicaba a actividades poco remuneradas y una pequeña proporción se beneficiaba de los sistemas de pensión por jubilación.

Según los encuestados el uso de medicamentos estaba justificado por un diagnóstico previo efectuado por personal de salud (Artritis, HTA y Diabetes Mellitus), y un tercio de estos ancianos los tomaban por razones inespecíficas (uso transitorio de fármacos por síntomas menores: tos, cefalea e insomnio) a sus patologías de base.

El grupo farmacológico de mayor uso en este estudio fueron los Aines, al igual los antihipertensivos y combinaciones (Difenhidramina-Pseudoefedrina, Diclofenac-vitaminas neurotropas), siendo los fármacos de origen comercial los de mayor uso y la prescripción médica la fuente de adquisición de medicamentos en esta población.

Se propone la realización de futuros trabajos encaminados a conocer las causas del consumo de fármacos en poblaciones (municipios y comunidades) con un mayor número de ancianos y la relación existente entre el tratamiento de los síntomas con el uso crónico de los fármacos, sin obviar la dependencia de este grupo y su entorno familiar.

Palabras Claves: Perfil, Medicamentos, Ancianos.

Opinión del tutor

El suscrito profesor de farmacología clínica y tutor del trabajo monográfico **“Perfil de uso de medicamentos en los habitantes mayores de 65 años en el Barrio Emir Cabezas Lacayo del municipio de León, Junio del 2006”** considera que en la relación del mismo se han cumplido los requisitos necesarios para que dicho trabajo sea sometido a consideración del tribunal examinador que la facultad de Ciencias médicas considere y a su vez sea defendido por el sustentante ante dicho tribunal como requisito para hacerse acreedor al título de “ Doctor en Medicina y Cirugía ”.

Durante la realización del presente trabajo el autor mostró mucho interés y capacidad científica-técnica por lo cual considero se encuentra apto para la defensa exitosa de esta investigación.

Los resultados y conclusiones a los que llega el autor pueden ser de utilidad como aporte al estudio de una área tan sensible y vulnerable como es la terapéutica farmacológica en los ancianos, con la finalidad de contribuir aportando datos que sirvan a la toma de decisiones pertinentes y con la consecuente mejora de la calidad de atención sanitaria en beneficio del anciano Nicaragüense.

Dr. Byron Muñoz Antón.
Profesor titular de Farmacología Clínica.

Dedicatoria

- ❖ *Al Padre, Hijo y Espíritu Santo de Dios, quienes son los únicos dignos de toda honra, gloria, alabanza y adoración “Nadie mas que ellos”.*

- ❖ *A mis Padres y Hermanos mis razones de superación.*

- ❖ *A todos los señores(as) que facilitaron la realización de este trabajo verdaderos constructores de la formación de profesionales.*

- ❖ *A todos, con gran amor, gracias.*

Agradecimiento

Agradezco a mi **Padre celestial**, a su hijo amado **Jesucristo**, de quien toma nombre toda familia en la tierra y en los cielos y quien tiene nombre que es sobre todo nombre, al **Espíritu Santo de Dios**; quienes me regalan la vida y me proveen de salud y de los medios necesarios para la realización de este trabajo, requisito indispensable para la obtención de mi título profesional. Señor no tengo como pagarte, pero te entrego mi corazón y mi obediencia como mi mejor adoración.

A mis Padres **Saúl Balladares Berrios y Karina Silva Manzanares** a quienes amo tanto y con quienes estoy agradecido eternamente, pues son mi apoyo y aliento en el camino que he decidido tomar, por la disciplina y por el respeto que me enseñan para establecer metas y lograr cumplirlas en mi vida.

A mis hermanas **Juana Francisca Balladares y Nadia Karina Balladares Silva** quienes son un regalo de Dios a mi vida y un ejemplo de superación personal y familiar, a quienes deseo imitar en sus logros y expresarles siempre no solo con palabras sino también con hechos mi grande y sincero amor.

A **Marlon Saúl Balladares Silva** mi hermano amado con quien durante nuestra infancia dedicada al trabajo por las grandes necesidades económicas de la familia, logramos en medio de tanta inmadurez, meditar sobre la importancia del estudio y el trabajo para poder obtener estabilidad en nuestra familia, "Te amo con todo mi Corazón".

A mi Pastor **Oscar Danilo Zapata Cortés** hombre esforzado y temeroso de Dios quien es mi padre espiritual a quien amo y por quien tengo tanto respeto; deseo con un corazón sincero que Dios le bendiga con grandes bendiciones espirituales y económicas en su familia y en la congregación.

ÍNDICE

	Número De Página
Introducción.....	1-2
Antecedentes	3-4
Justificación.....	5-6
Objetivos	7
Marco Teórico	8-24
Material y Método.....	25-27
Conceptualización y Operacionalización de Variables	28
Resultados	29-39
Discusión y Análisis.....	40-43
Conclusiones.....	44
Recomendaciones.....	45
Bibliografía	46-47
Anexos	48
Encuesta	49-50
Clasificación del grupo farmacológico	

I. Introducción

La actitud de la salud pública ante el fenómeno mundial del envejecimiento de la población, despierta el interés de las especialidades académicas y de los servicios de salud, a causa del incremento del número de ancianos, en cantidades cada vez más crecientes en especial en los países en desarrollo y sobre todo en América Latina y el Caribe; fenómeno en parte causa de la disminución de las tasas de fecundidad y también al aumento en la esperanza de vida de las poblaciones. Por lo tanto la internacionalización del estudio del envejecimiento y la coordinación internacional conlleva a la creación de medidas encaminadas al mantenimiento de la salud del anciano en todo el mundo. (1,2)

La polifarmacia (Problema Capital de la Geriátrica) corresponde a un fenómeno relacionado con la práctica médica y especialmente a la relación médico-Paciente Geriátrico, la cual representa una de las principales preocupaciones de las autoridades médicas internacionales, y que además despierta el interés de los científicos, líderes políticos, familia y la comunidad en general, por sus efectos adversos que conducen al incremento de las hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones a la muerte del adulto mayor.(3)

La automedicación induce a la polifarmacia “prescripción por varios médicos”, los efectos desagradables relacionados con su práctica como: costes, reacciones adversas, mal uso de medicamentos causan un efecto negativo por la intensidad y el carácter devastador que ocasiona en los individuos de la tercera edad. La polifarmacia por lo tanto posee suficientes implicaciones sobre la morbilidad y mortalidad en los ancianos. (3)

Nicaragua no es la excepción, posee una población socio-demográficamente joven, lo cual influye en las estrategias de salud del país que se implementan y relacionan con la prevención sanitaria, dirigiendo sus esfuerzos para la atención del binomio Madre-Hijo y mujeres embarazadas, pero con muy poca inclusión de

la atención del anciano y sus patologías dentro de todo un enfoque multidisciplinario. (4)

La poca accesibilidad a los servicios de atención sanitaria y el poco seguimiento supervisado del uso de medicamentos en este grupo de pacientes, constituye un verdadero problema de salud pública para nuestros ancianos; por lo que la asociación de la polifarmacia y la polipatología, sumados al dolor crónico se asocian con la prescripción potencialmente inadecuada en nuestro país y lo relaciona con riesgos innecesarios tales como: RAM (reacciones adversas medicamentosas), y efectos tóxicos por sobredosis relativa, descuidos, interacciones medicamentosas, etc...(4)

Podemos por lo tanto concluir, que el aumento en el número de las personas de la tercera edad en la población mundial, a consecuencia del desarrollo socio-económico y del desarrollo de las ciencias en particular, convierte la senilidad en un problema de salud pública. La deshumanización en la atención del anciano y su poca participación en la toma de decisiones respecto a su salud, establece la necesidad de conocer no solamente sus múltiples padecimientos, sino también el uso de fármacos en esta población, con el fin de mejorar su calidad de vida y favorecer su re inserción a la vida familiar.

II. Antecedentes

Mantener un buen estado de salud en los ancianos según las Naciones Unidas representa un desafío especial tanto para los líderes políticos, sociales y de salud encargados de la creación de políticas que los afectan. La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982 establece los 60 años como el límite inferior de la etapa del envejecimiento. (2)

En EE.UU. el número de personas mayores de 65 años y más constituía para 1988 el 12.4% y se calcula que esta proporción aumentará en un 14% en el año 2010 hasta llegar a un 22% para el 2030. El cuidado de estas personas que padecen más enfermedades y secuelas psico-sociales complicadas, suponen una demanda extraordinaria para los servicios de salud tradicionales, ocupando un 40% de las hospitalizaciones en EE.UU. y el 30% de las prescripciones con recetas, además el 40% de utilización de fármacos, que representa un 30% del billón de dólares al presupuesto sanitario y más del 65% del presupuesto federal de salud americano. (2,5)

En 1980, América Latina y el Caribe, presentaban 6.4% de personas mayores de 65 años y se calcula que para el 2000 incrementará al 7.1%, al extenderse esta proyección para el 2025, el 10.8% estará representado por este grupo poblacional, concluyendo que estos países experimentarán en el futuro cercano un aumento del número total de habitantes mayores de los 60 años y más. (2)

En 1985 la OPS (Organización Panamericana de la Salud) y colaboradores publicaron las directrices para mejorar la atención integral en salud del anciano, planteando estrategias para mejorar la calidad de atención por el personal de la salud a este grupo etéreo. (4)

Para 1990 Brows y Castleden reportaron un 15% de reacciones médicas medicamentosas en ancianos por uso inapropiado de medicamentos; al igual en EE.UU. y el Reino Unido el 55% de adultos mayores de 65 años consumen de 1 a

3 fármacos/anciano/día; 26% de 4 a 6 fármacos y solo un 19% de 7 a más medicamentos.(4)

Stewart y Cooper (uK) en 1994, demostraron el uso de 2 a 6 fármacos en ancianos con prescripción médica y una asociación de 1 a 3 medicamentos sin esta, evidenciando la automedicación. (4)

Baca Guzmán y colaboradores, en el 2003 en Nicaragua, reflejaron que la automedicación representaba un problema de salud pública con un 20% de automedicación en el departamento de León, donde el 83% de los consumidores adquieren fármacos por influencia de la publicidad a través de los diferentes medios de comunicación y con predominio en el consumo de fármacos por el género femenino. (6)

En el 2004 en el departamento de Juigalpa y Chontales, según Báez Miranda, las mujeres representaban el 90.41% del consumo de fármacos en las zonas urbana y rural de este departamento con un 15.83% de consumidores sin prescripción médica. (7)

Nicaragua por lo tanto no cuenta con un sistema para el seguimiento de la correcta prescripción médica, un 34% de las adquisiciones de fármacos son a causa de la automedicación, siendo los analgésicos, fármacos para patologías gastrointestinales, laxantes, benzodiazepinas y polivitaminas representantes del mayor consumo en este país. (8)

Concluimos que existen pocos estudios sobre el uso de fármacos por la población anciana nicaragüense con una elevada prevalencia de enfermedades asociadas al envejecimiento, despertando de esta forma el interés de su estudio a consecuencia del alto costo que genera al sistema de salud nacional.

III. Justificación

Nicaragua en la actualidad cuenta con 5,4 millones de habitantes, es una población predominantemente joven, el grupo de 15 a 60 años representa el 53,8% y el de mayores de 60 años representa el 4,6%. El 58,3 % de la población vive en las áreas urbanas y el 50,2 % pertenece al sexo femenino. La tasa de crecimiento demográfico del país es en la actualidad de 2,6%, la que es considerada una de las más altas de América Latina.

Entre los determinantes de la salud de los y las nicaragüenses, la pobreza es el más importante; la pobreza representa el 45.8% de la población total, de ésta, el 15,1% vive en extrema pobreza. La pobreza en Nicaragua se encuentra focalizada principalmente en la zona rural (cinco veces más alta que en la urbana) y existen evidencias que su distribución territorial tiene repercusiones muy serias en la situación de salud de la población.

En lo que respecta a la educación sanitaria de la población y sus prácticas, se reconoce que aún existe un déficit importante de conocimientos sobre cómo prevenir la mayor parte de los problemas de salud, lo que se traduce en hábitos y costumbres poco saludables; esta situación asociada a la pobreza y la incidencia de los factores ambientales y climatológicos, contribuyen a la aparición de problemas de salud prevenibles, frente a los cuales la población está más inclinada a su manejo curativo que preventivo, esto conlleva a la búsqueda de servicios médicos, servicios alternativos existentes en las comunidades o por la vía de la automedicación.

La tasa de mortalidad masculina sigue siendo superior a la femenina especialmente en los departamentos de Managua, León, Chontales y Granada. Por grupos de edad, la mortalidad general muestra que es el grupo de mayores de 50 años. Los departamentos del pacífico tienen las proporciones más altas en los adultos mayores en comparación con el resto del país.

La proporción de personas de la tercera edad se viene incrementando en los últimos años; para 1998 los motivos de consulta más importantes en este grupo etáreo en los servicios de atención de consulta externa del MINSA fueron: enfermedad hipertensiva, artritis reumatoide, infección de vías urinarias, neumonía y otras enfermedades infecciosas. En el año 2002 el primer motivo de consulta estuvo representado por la enfermedad hipertensiva, seguida por la artritis reumatoide.

En Nicaragua existen pocas estrategias encaminadas al mejoramiento de la prescripción médica en la población anciana, acentuadas por políticas que favorecen el libre comercio de fármacos, sin la intervención de programas de evaluación de la calidad y adecuación de los fármacos según su eficacia, seguridad y bajo costo para su utilización por la población en general. Pocos estudios sobre automedicación en ancianos y otros que valoran aspectos de morbi-mortalidad y uso en pacientes atendidos en hospitales con antimicrobianos asociados con factores como la edad.

Por lo tanto, ante esta problemática del uso y tipo de prescripción médica en ancianos en atención primaria en salud, el presente trabajo pretende evaluar el impacto sobre el uso de medicamento en esta población.

Propósito práctico: El Objeto de estudio en el presente trabajo es contribuir con la población científica en la atención primaria, hospitalaria y estudiantil) de Ciencias Médicas, proporcionando información sobre como están utilizando los medicamentos y sus repercusiones sobre la salud de los ancianos, fomentando la realización de nuevos estudios sobre la problemática en este grupo considerado muy especial y de esta forma lograr la mejora continua de la atención de la población Nicaragüense.

IV. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Describir el uso de medicamentos en la población mayor de 65 años, en el Barrio Emir Cabezas Lacayo del municipio de León durante el mes de Junio, 2006.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar a los ancianos involucrados en el estudio según edad, sexo, escolaridad y actividad laboral.
2. Conocer grupo farmacológico, nombre del fármaco según su nombre Genérico y/o comercial, número de fármacos respecto a su uso crónico o agudo y motivo de uso.
3. Establecer la fuente de adquisición de medicamentos utilizados por la población en estudio.

V. Marco Teórico:

El tratamiento farmacológico de los ancianos plantea un sin número de problemas, frecuentes interacciones complejas, afrontando tres perspectivas principales:

5.1.1 El paciente: Estos se definen por la múltiple morbilidad de los ancianos que los obliga a consumir mayor cantidad de fármacos, suponiendo un mayor riesgo de sufrir reacciones adversas nocivas, sumado al incumplimiento del régimen farmacológico y sus errores en la administración por la edad, a consecuencia de la confusión que ocasiona el uso de múltiples fármacos (fallos de memoria, pérdida de la visión, y destrezas manuales, etc.) (10)

Sin embargo la principal causa del incumplimiento de los regímenes farmacológicos se relaciona con la familia del paciente al no entender el hacer de la atención al anciano. El comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los fármacos son frecuentes en este grupo de edad, la pérdida de la capacidad de reserva y la reducción del control homeostático aumentan la vulnerabilidad de los ancianos a los fármacos.

La probabilidad de que en el tratamiento influya el consumo de medicamentos caducados o recomendados por personal no calificado, la automedicación con sustancias de venta sin receta es mayor en los pacientes de edad avanzada. (10)

5.1.2 El médico: La formación inadecuada conduce a la ignorancia de las numerosas diferencias existentes entre los ancianos y la población más joven en lo que respecta al tratamiento farmacológico. La prescripción corresponde al médico conocedor de esta materia, al decidir si trata un síntoma y cual debe quedar temporalmente sin tratar (establecer un orden de prioridades).

La diversidad de trastornos origina el prescribir un buen número de medicamentos y los problemas se incrementan al tener que decidir si usar un fármaco para tratar los efectos secundarios de otros fármacos.

5.1.3 Los fármacos:

- Alteraciones de la farmacocinética y farmacodinámica del fármaco.
- Interacciones entre medicamentos, más frecuentes al ser mayor el número de medicamentos administrados.
- Efectos fisiológicos de la edad y la propia enfermedad.

5.2 Influencia de la edad en la acción del fármaco:

Se necesita el conocimiento de la respuesta del fármaco y su comportamiento en esta población mayor de 65 años, estrechamente relacionados a las funciones fisiológicas y/o los procesos patológicos en los ancianos. Otros factores son la sensibilidad o densidad de los receptores sobre los que actúan los fármacos o la integridad de los mecanismos homeostáticos fisiológicos, además de la propia enfermedad, más importantes con los medicamentos que presentan estrecho margen terapéutico. (10)

Problemas de la absorción, distribución, metabolismo hepático, eliminación presistémica y excreción renal (farmacocinética), en las personas de edad avanzada, las modificaciones gastrointestinales que alteran la absorción del fármaco (aumento del pH gástrico, reducción del flujo sanguíneo intestinal secundario a disminución del gasto cardíaco y alteraciones del tiempo de vaciamiento gástrico y de la motilidad gastrointestinal). Existe pérdida de la masa de tejido magro y del contenido de agua corporal (principalmente en varones) y reducción de la albúmina plasmática. (10,14)

En la aparición del efecto farmacológico de un medicamento influyen en gran medida el índice de absorción y el modo de distribución, la duración del efecto depende de la tasa de eliminación, por la degradación metabólica en el hígado, para la obtención de

metabolitos más polares y menos activos, o por excreción renal del fármaco original o de sus metabolitos.

En los pacientes ancianos la disminución del flujo sanguíneo hepático unido a la reducción de su metabolismo, es el factor responsable del menor aclaramiento y eliminación de fármacos. (10)

Los efectos del envejecimiento sobre la función renal ejercen influencia considerable en la eliminación de algunos fármacos. La función renal de los ancianos disminuye junto con el flujo sanguíneo renal, de modo que a los 65 años existe una reducción de la tasa de filtración glomerular del orden del 30%. El paciente anciano es propenso al deterioro renal inducido por deshidratación, ICC, hipotensión y retención urinaria, o patología renal intrínseca (nefropatía diabética o Pielonefritis) capaz de modificar más el manejo de los fármacos por el riñón, por lo que se aconseja reducir la dosis de fármaco respecto a su función de excreción renal.

La disminución de la eficacia de los mecanismos homeostáticos forma parte del proceso de envejecimiento, la menor capacidad para compensar las acciones de los fármacos, en consecuencia mayor vulnerabilidad a los efectos adversos (hipotensión postural inducida por fármacos, hipotermia inducida por fármacos, caída, etc.). Mantener la función intelectual normal, glicemia y control neurológico de funciones de la vejiga e intestinos. (10)

Los ancianos sufren varios procesos patológicos, registrándose alteraciones farmacodinámicas o farmacocinéticas derivadas de las propias dolencias o complicaciones concomitantes como: nutrición inadecuada, anemia e insuficiencia de la circulación hepática, renal, cardíaca o periférica.

5.3 Reacciones adversas a los medicamentos:

Una reacción adversa a los medicamentos es cualquier efecto nocivo o no deseado inducido por un fármaco al administrarse en la dosis habitual.

Los ancianos corren este riesgo debido al alto consumo de medicamentos (18%), añadiendo que son más sensibles a efectos perjudiciales a consecuencia de las alteraciones farmacodinámicas y cinéticas, pérdida de la capacidad de reserva y la reducción del control homeostático. Otra causa es el incumplimiento deficiente de las prescripciones comunes en las personas de edad avanzada.

Las reacciones adversas en el anciano contribuyen a la morbilidad y abandono del tratamiento, 10 - 20% de los ingresados al departamento de Geriátrica padecen los efectos secundarios, principal causa de ingreso, ejemplo de estos fármacos son los diuréticos, psicotrópicos, digitálicos, AINEs y antiparkinsonianos. Las RAD graves aparecen frecuentemente a las dos semanas siguientes al inicio del tratamiento o aumento de la dosis. Los trastornos más frecuentes pasan inadvertidos en los pacientes de edad avanzada de carácter cognoscitivo (demencia), depresión y el parkinsonismo, que pueden acelerar y/o agravarse por acción de los medicamentos. (10)

Las reacciones adversas se pueden evitar con fármacos seguros y eficaces, asociados a principios sensatos de prescripción como empleo de dosis reducidas, observación frecuente del paciente y evitar el uso excesivo de fármacos. Alrededor del 25% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias son mayores de 65 años, este grupo recibe la tercera parte de las prescripciones médicas al igual que al internamiento de los asilos y presentan deterioro de sus reservas funcionales y homeostáticas como resultado de múltiples enfermedades asociadas al envejecimiento. (15)

Los ancianos reciben 60% de las recetas prescritas en todo el mundo, usando vitaminas, tratamientos naturistas, homeopáticos y otros.

El 5% de los pacientes hospitalizados que recibe un antibiótico presentan alguna reacción adversa y 20% de los pacientes que requieren atención médica presentan historia de reacciones adversas a algún antibiótico. (15,16)

5.4 La publicidad y el abuso de medicamentos:

La publicidad como fuerza económica importante beneficia al consumidor y al comerciante. En Nicaragua posee mayor influencia sobre el consumidor principalmente en el área de consumo de medicamentos. (6)

Las empresas transnacionales usan y abusan de todos los medios de comunicación (Televisión, Radio y Prensa, etc.), induciendo a la automedicación al punto que el consumidor solicita dicho medicamento con la escasa información enunciada. La automedicación es un problema de salud pública por los daños asociados y ocasionados en la salud del individuo, la familia y la comunidad. (6)

5.4.1 Todo fármaco expuesto a propaganda debe cumplir con:

1. Ser eficaz ante los síntomas que orientan su uso
2. De fácil uso (sin manipulación compleja)
3. Fiable (efectos beneficiosos y percibidos de forma rápida y notoria).
4. Amplio margen terapéutico.
5. Posología cómoda (facilita el cumplimiento terapéutico). (6)

Sin duda la meta de las empresas farmacéuticas es la venta de sus productos farmacológicos, proporcionando información incompleta y favoreciendo el abuso exagerado de fármacos, pudiendo provocar reacciones graves. En Nicaragua la publicidad esta regida por leyes que establecen el tipo de medicamentos que pueden ser sujeto a publicidad y otros que promueven el uso racional de estos (información sobre beneficios y riesgos de productos farmacéuticos). (6)

5.4.2 Prescripción de los medicamentos:

Esta debe de estar sujeta a personas adecuadas (médicos, odontólogos y farmacéuticos).

La selección de un medicamento consta de: definir el diagnóstico, especificar el diagnóstico terapéutico, conocer la efectividad de los fármacos a utilizar, elegir un fármaco específico según los criterios de eficacia, seguridad, conveniencia y coste del tratamiento. (19)

5.4.3 Eficacia: Capacidad para modificar favorablemente un síntoma, el pronóstico o curso clínico de una enfermedad.

5.4.4 Seguridad: Corresponde al conocimiento de los efectos indeseables consecuencia directa de su mecanismo de acción. (19)

5.4.5 Conveniencia: Se relaciona con las características de cada paciente con un efecto rápido favorable para tratar su patología (contraindicaciones).

5.4.6 Coste: Se refiere al coste de un fármaco en uso para el paciente que se trata.

La cinética de cada fármaco debe de ser comparada con la de otros en relación a la absorción, distribución, metabolismo y excreción. El 50% de los pacientes no toman los medicamentos que se les prescriben de manera correcta, sino de forma irregular o no los toman en absoluto, las razones frecuentes son que los síntomas han cesado, apareciendo efectos indeseables, el fármaco no se percibe como efectivo o que la pauta de dosificación es complicada para el paciente sobre todo para personas de edad avanzada. (19)

5.5 Una correcta prescripción debe incluir:

- Nombre, dirección y teléfono del prescriptor
- Fecha
- Nombre Genérico del fármaco y potencia
- Formas farmacéutica y cantidad total
- Instrucciones y advertencias

- Nombre, dirección y edad del paciente
- Firma o iniciales del prescriptor. (19)

Para mejorar la adhesión del paciente al tratamiento se necesita de la prescripción de un tratamiento bien seleccionado, asociado a una buena relación médico-paciente que involucre el tiempo suficiente para brindar toda la información, instrucciones de uso y las posibles reacciones adversas del uso inadecuado de los fármacos prescritos. (19)

5.5.1 Aspectos para la correcta prescripción :

- a) Fármaco necesario
- b) Cambios a obtener con el uso de dicho fármaco.
- c) Fármaco para obtener el cambio.
- d) Concentración adecuada en el sitio de acción por el período adecuado.
- e) Efectos beneficiosos y perjudiciales por dicho fármaco.
- f) Si compensa el beneficio contra el riesgo.

5.6 Uso de los medicamentos:

1. Curativo: Eliminar las enfermedades.
2. Supresivo: eliminar síntomas, mantener la salud.
3. Preventivos: Inmunizaciones, anticoncepción, etc. (6)

Las Reacciones adversas medicamentosas son causa del 1-3% de las consultas generales y responsables del 3% de las hospitalizaciones a emergencias, con una incidencia en los pacientes hospitalizados 20-30% y causa de prolongación de su estancia intrahospitalaria en un 2-10%.

Los factores predisponentes son: mayores de 60 años, el sexo femenino, historia de RAM, enfermedades hepáticas y/o renales; dentro de los fármacos

frecuentemente implicados destacan los digitálicos, diuréticos, potasio, AINES, tranquilizantes y los corticoides. (6)

5.7 Polimedición: Se refiere a la utilización de múltiples fármacos bajo prescripción o no por un mismo paciente, esta ha sido identificada como el principal factor en cuanto a la seguridad de los medicamentos: reacciones adversas, interacciones y falta de cumplimiento.

Los ancianos utilizan más medicamentos, y durante períodos más prolongados que los más jóvenes, esto es debido, fundamentalmente, a que padecen más síntomas y enfermedades que estos. (4)

5.8 Automedicación: Consiste en la administración de sustancias medicamentosas sin prescripción médica para tratar una enfermedad, responsable a su vez de muchas enfermedades, serio problema en los países desarrollados y países en vías de desarrollo con impacto sobre las áreas económica y de salud. (4,7)

En Nicaragua la automedicación, representan un problema de salud pública. El consumo empírico está representado por un 20% con predominio del sexo femenino. Las dos formas frecuentes de adquisición de medicamentos en nuestro país está dada por la prescripción médica (personal capacitado) y la automedicación. (7)

En la automedicación participan factores de índole cultural, costumbres, creencias educacionales y comerciales. La educación sobre medicamentos es un desafío a compartir entre las autoridades sanitarias, ONG, personal de salud, industrias farmacológicas, políticas, educacionales y consumidores basado en la convicción de la validez de los conceptos de medicamentos esenciales y su uso racional. (7)

El uso racional de medicamentos involucra la necesidad de recetar un fármaco solo si es necesario (esencial o indispensable), eficiente (riesgo –beneficio), preciso y si es

un fármaco de fácil acceso; toma verdadera importancia ante la elevada oferta de medicamentos su elevada actividad biológica, fármaco con poca o nula actividad y sus múltiples combinaciones.

Es notorio que la promoción comercial oculta los riesgos sobre el uso inadecuado de los medicamentos al brindar poca información sobre las reacciones adversas que pueden provocar, además la deficiente formación académica de los profesionales (actitud de los prescriptores y dispensadores) de la salud, la legislación y el patrón socio-cultural son ampliamente utilizados por la economía de libre mercado para facilitar el comercio ilícito de medicamentos, incrementado la automedicación. (7)

El consumo de medicamentos sin prescripción médica es alto a nivel mundial y tiende a incrementarse en los países industrializados donde el uso de fármacos y la latrogénia son factores de riesgo para la salud. Según la OMS en Canadá el 50% de la población tomaba medicamentos sin prescripción médica. La OPS afirma que el consumo excesivo inadecuado plantea problemas costosos y perturbadores en los países industrializados. (8)

De uso común en los ancianos, los analgésicos, suplementos vitamínicos, medicamentos gastrointestinales, antitusígenos y preparados para el resfriado se citan en la literatura entre los medicamentos más frecuentemente utilizados. (4,12)

Los medicamentos sin receta pueden interaccionar significativamente con otros medicamentos prescritos, situación que se puede ver complicada si consumen alcohol.

5.8.1 Ignorancia del objetivo de la medicación:

Se relaciona con el uso de medicamentos en los ancianos, no catalogados como abuso o mal uso de los medicamentos, por desconocimiento por parte del paciente de los propósitos u objetivos buscados con la terapéutica, causando problemas a la hora de incorporar nuevos medicamentos a su tratamiento, pues el paciente de edad

avanzada puede tener dudas si se trata de la medicación antigua o nueva, o si es remplazada una nueva por la antigua.

5.8.2 La automedicación adquiere auge a nivel mundial debido a:

1. Transición de la población hacia una mayor edad.
2. Uso de medios masivos y globales de comunicación.
3. Cambios de patrón de las patologías y la demanda creciente para mejorar la calidad de vida.

5.8.3 Los signos y síntomas menores tratados con productos de automedicación:

- a. Resfriados y gripes
- b. Tos
- c. Dolor de garganta
- d. Infecciones nasales recurrentes
- e. Ulceras bucales
- f. Dispepsias y mala digestión
- g. Estreñimiento
- h. Vómitos y diarrea
- i. Hemorroides
- j. Quemaduras solares
- k. Verrugas
- l. Dolor leve a moderado (cefalea, picadura de insectos, eczema, etc.) (8)

5.9 Problema de prescripción :

1. Cualitativos: Fármaco inadecuado en cuanto a eficacia, riesgo/ beneficio.
2. Cuantitativos: Dosis insuficiente o potencialmente tóxicos.
3. Económicos: Costo para el paciente, gasto innecesario y pautas de tratamientos inadecuados. (7)

5.10 Elementos para solucionar los problemas de uso de medicamentos:

- I. Lista básica racional de medicamentos.
- II. Leyes de registro y aseguramiento de la calidad de medicamentos.
- III. Programación, adquisición, distribución y disposición de los medicamentos.
- IV. Producción local de los medicamentos.
- V. Mejora de educación de pregrado y postgrado en materia de medicamentos.
- VI. Información científica sobre eficacia y seguridad de los medicamentos. (7)

Los medicamentos esenciales son los que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la población en sus diferentes formas, calidad, costos y uso racional. En el mercado mundial existen aproximadamente 20.000 moléculas de fármacos diferentes. (8)

5.11 Medicamentos frecuentemente implicados como causa de interacciones entre los ancianos:

1. Analgésicos, Antiinflamatorios
2. Antiepilépticos
3. Antidepresivos
4. Antihistamínicos
5. Agentes cardiovasculares (antiarrítmicos, Antianginosos)
6. Ansiolíticos e hipnóticos
7. Diuréticos
8. Antagonistas del calcio
9. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs).
10. Antidiabéticos orales
11. Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES). (4)

5.12 Recomendaciones generales para la prescripción que se hacen al anciano:

- ❖ Evaluar en forma minuciosa al paciente para identificar todas las alteraciones que podrían beneficiarse con tratamiento farmacológico, que se afectarían por el tratamiento o que influirían en la eficacia de la terapéutica.
- ❖ Tratar las enfermedades sin medicamentos en la medida de lo posible.
- ❖ Conocer la farmacología de los medicamentos que se prescriben.
- ❖ Considerar en que forma podría influir el estado clínico de cada paciente en la farmacología del medicamento.
- ❖ Evitar las posibles interacciones farmacológicas adversas.
- ❖ Para los medicamentos o sus metabolitos activos cuya eliminación principal es renal, utilizar una fórmula o normograma para aproximar los cambios relacionados con la edad en la función renal y ajustar las dosis de forma correspondiente.
- ❖ Si existe alguna duda acerca de la dosis, iniciar con las más bajas y aumentar en forma.
- ❖ Las concentraciones del fármaco en sangre suelen ser útiles para vigilar varios posibles efectos tóxicos frecuentes en los ancianos.
- ❖ Ayudar a garantizar el acatamiento al tratamiento al prestar atención al daño de la función intelectual, disminución auditiva y deficiencia visual cuando se instruye a la persona y se clasifican las prescripciones.
- ❖ Vigilar al paciente geriátrico con frecuencia para verificar el acatamiento, efectos farmacológicos y toxicidad.(4,13)

5.13 Peligros potenciales de algunos medicamentos comúnmente empleados en el tratamiento de los ancianos:

Agentes Anticolinérgicos: Los antiparkinsonianos, antihistamínicos H1 (difenhidramina), antidepresivos tricíclicos, antiespasmódicos gastrointestinales y algunos antipsicóticos (Clorpromazina) pueden ser causa de múltiples efectos

adversos entre los ancianos: sequedad bucal, retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, confusión y psicosis. (4,12)

Agonista Alfa-Adrenérgicos de acción central (Metildopa, clonidina, etc.):

Estos medicamentos provocan frecuentemente la aparición de efectos adversos como: resequedad bucal, congestión nasal y sedación que a menudo limitan su utilización en pacientes geriátricos.

Analgésicos Narcóticos: Los ancianos son más susceptibles de los efectos de todos los analgésicos opiáceos. Por lo que se deben utilizar dosis bajas para evitar la sedación, confusión y depresión respiratoria.

Antagonistas Alfa-adrenérgicos de acción central (prazodina, terazonina, doxazonina, etc.): Pueden provocar hipotensión ortostática, por lo que se debe usar dosis pequeñas (hora sueño) y si es necesario incremento gradual de las dosis. (4,12)

Antagonista del Calcio: El estreñimiento es frecuente, sobre todo el Verapamilo, aparecen reacciones adversas como: rubefacción, edema periférico y cefalea; especialmente cuando se administran antagonistas del calcio derivados dihidropiridínicos. Se deben de vigilar los niveles de Potasio. La administración de diuréticos ahorradores o de suplementos de potasio, se debe de interrumpir antes de iniciar el tratamiento con antagonistas del Calcio.

Anticoagulantes Orales: Se incrementa la sensibilidad en los ancianos a estos fármacos, por lo que se debe de supervisar los niveles plasmáticos alcanzados y la aparición de posibles hemorragias.

Antidepresivos tricíclicos: La depresión supone un grave problema de salud en geriatría, los antidepresivos tricíclicos se asocian a un mayor riesgo de efectos

adversos significativos entre los ancianos incluyendo sedación, hipotensión postural, efectos Anticolinérgicos y confusión. Los fármacos con mayor potencial son la amitriptilina, doxepina, imipraminas) no deben ser utilizados en estos pacientes. (4,12)

Antieméticos: Los derivados de las fenotiacidas poseen efectos sedantes y Anticolinérgicos, pudiendo producir confusión, hipotensión ortostática, visión borrosa, sequedad de boca y retención urinaria.

Antihistamínicos H2: Con algunos de estos agentes (Cimetidina, Ranitidina) se observa una disminución de la aclaramiento en ancianos, que indica la necesidad de usar menores dosis, las dosis estándar en ancianos de edad avanzada produce cuadros de confusión. (4,12)

Antiinflamatorios no Esteroideos (Aines): Son causa de irritación y hemorragia gastrointestinal, debe utilizarse con precaución en pacientes con antecedentes de úlcera péptica, cualquiera de estos agentes puede ser nefrotóxico (20% Pacientes de alto riesgo), que a menudo aparecen durante los primeros días de tratamiento. Sus efectos adversos son: retención de sodio y de líquidos, hiperpotasemia (pacientes usando diuréticos ahorradores de potasio, IECAs o con Insuficiencia Renal), IRA (Pacientes con ICC, Síndrome Nefrótico, Cirrosis Hepática con ascitis o hipovolemia).

Existen evidencias de aparición de nefrotoxicidad al tratarse con AINEs en pacientes con IR leve (secundaria a Hipertensión o Diabetes). Estos fármacos inhiben la broncodilatación mediada por la acción de las prostaglandinas porque pueden precipitar la aparición de broncoespasmo en individuos predispuestos. (4,12)

Antipsicóticos: Los antipsicóticos comparten muchos de los efectos adversos sedantes, Anticolinérgicos, hipotensores y cardiotónicos asociados a algunos de

los antidepresivos tricíclicos. La aparición de cuadros extrapiramidales (parkinsonismo) es el efecto adverso mas frecuente asociado a la utilización en los ancianos.

Betabloqueantes: Estos fármacos están dotados de efectos inotrópicos negativos que pueden empeorar la insuficiencia cardiaca en pacientes que presentan la función sistólica disminuida. En pacientes diabéticos, sobre todo en los tratados con insulina, la acción de los Betabloqueantes puede prolongar los episodios de hipoglucemia; además suprime la taquicardia, uno de los signos precoces de hipoglucemia.

Benzodiazepinas: Son medicamentos frecuentemente sobreutilizados en los pacientes geriátricos, diazepam, flurazepam y clordiazepóxido, entre otras presentan una vida media larga y metabolitos activos de vida media prolongada, pudiendo acumularse en los ancianos.

Las benzodiazepinas de vida corta (lorazepam, oxazepam y temazepam) producen con mayor frecuencia efectos de rebote como ansiedad e insomnio. En los pacientes de edad avanzada, se recomienda benzodiazepinas de vida media intermedia (bromazepam) dado que estas no parecen sufrir modificaciones en su farmacocinética como consecuencia del envejecimiento. (4,12)

Corticoesteroides: Su uso prolongado tiene efectos perjudiciales para los ancianos, incluyendo: osteoporosis, cataratas, aumento de riesgo de glaucoma, pérdida de potasio, atrofia muscular y el aumento de los niveles de glucosa.

Digoxina: La incidencia de reacciones adversas a la Digoxina (nauseas, vómitos, arritmias, debilidad y confusión) aumenta con la edad. A causa de la disminución del aclaramiento del fármaco en este grupo de edad, ocasionando un estrechamiento del margen de seguridad por estar muy próximas a las concentraciones plasmáticas terapéuticas y las tóxicas. El efecto adverso más

grave asociado al uso de este fármaco es la aparición de alteraciones en el ritmo cardíaco. (4,12)

Diuréticos: A consecuencia del déficit de los mecanismos homeostáticos, en las personas de edad avanzada, existe un mayor riesgo de deshidratación e hipotensión postural. Todos los diuréticos pueden causar o agravar la incontinencia urinaria, hipotensión ortostática y estreñimiento. Los diuréticos tiazídicos pueden causar pérdida de potasio, sodio y magnesio y pueden aumentar los niveles de glucosa y ácido úrico.

En los ancianos se deben dar dosis bajas de 6,5 a 12.5 hasta 25mg/día de hidroclorotiazida o clortalidona; los efectos antihipertensivos adicionales que se consiguen utilizando dosis mayores son mínimos, existiendo mayor riesgos de aparición de efectos adversos metabólicos. Las tiazidas pueden provocar retención de calcio, debiendo emplear con cuidado los suplementos de este mineral (500 a 800 mg/día). (4,12)

Los diuréticos del asa (furosemida, bumetazida, etc.) ocurren en el caso contrario al promover la excreción de calcio; con lo que en pacientes de edad avanzada, se precisa la administración de suplementos de calcio (1000 a 1500 mg/día).

Los diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona, triamteno y amilorida, etc) aunque con menor potencia que las tiazidas pueden provocar hiperpotasemia en pacientes con alteraciones en la función renal o que estén bajo tratamiento con IECAs y al administrarse junto a suplementos de potasio o sustitutivos de la sal. (4,12)

Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECAs): Existe un potencial de aparición de reacciones adversas: hiperpotasemia, especialmente en pacientes mayores con Insuficiencia Renal; o en combinación con diuréticos

ahorradores de potasio. Se debe vigilar los niveles plasmáticos de electrolitos y creatinina, durante las dos primeras semanas tras iniciar tratamiento.

Laxantes: El estreñimiento es un problema frecuente entre los ancianos, como consecuencia de cambios dietéticos, deficiencia digestiva de fluidos e inmovilidad. Puede agravarse con la administración de fármacos que reducen la motilidad gastrointestinal, como ocurre con los antiácidos, codeína y agentes Anticolinérgicos. El anciano debe evitar el uso de laxantes estimulantes (fenolftaleína, bisacodilo), por el riesgo de desarrollo de dependencia. (4,12)

Levodopa: La dosis a administrar se establece de forma individual en cada paciente. Su uso se asocia con frecuencia a vértigos e hipotensión postural, además en el anciano puede causar confusión y psicosis.

Nitratos/nitroglicerina: Aparece con frecuencia cefalea, pudiendo causar la falta de cumplimiento del tratamiento, en ancianos se describe la hipotensión tras las comidas que puede aumentar el riesgo de síncope y caídas en estos pacientes.

Al tratar a un grupo de pacientes, el médico a cargo debe seleccionar un grupo de medicamentos al que se estar familiarizado, tomando en consideración su forma terapéutica, pauta de administración y duración del tratamiento. (4,12)

VI. Material y Métodos:

1. Tipo de estudio:

El presente estudio es descriptivo de corte transversal, clasificado según los estudios de utilización de medicamentos (E.U.M), como un estudio cuantitativo de consumo, el cual valora la cantidad y tipo de medicamentos utilizados por una población en una determinada región. (19)

En este estudio se analizó el consumo de medicamentos en adultos mayores de 65 años, en un barrio de la ciudad de León "Emir Cabezas Lacayo", durante el mes de Junio del presente año 2006.

2. Área de estudio:

León está ubicado en la franja del pacífico, su extensión territorial es de 878 kilómetros cuadrados, con una altitud de 109.23 metros sobre el nivel del mar; su población estimada es de 208.60 habitantes por kilómetro cuadrado y una tasa de crecimiento del 4.7%. (5,9)

Este sector se encuentra limitado al:

Norte: Reparto Mario Quants y Reparto Carlos Fonseca.

Sur: Barrio Julio Canales y Residencial Guadalupe.

Este: Barrio Guadalupe

Oeste: Reparto Walter Ferreti y Reparto Brisas de Acosasco.

Este sector está aledaño al centro de la ciudad, consta de 19 manzanas urbanizadas y con todos los servicios Básicos (Servicio Eléctrico, Agua Potable y Pluviales, Tren de Aseo, etc.)

3. Población de estudio y Unidades de análisis:

La población de estudio fueron todos los adultos mayores de 65 años que habitaban en el Barrio Emir Cabezas Lacayo durante el mes de Junio del 2006. La población estimada por El Cids era de 1336 habitantes de todas las edades, con una población de 64 ancianos mayores de 65 años. (22)

Las unidades de análisis fueron todos los pacientes ancianos, los cuales se determinaron de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión que se establecieron para ser incluidos en el estudio.

3.1 Criterios de inclusión:

- a) Todos los ancianos mayores de 65 años que utilicen medicamentos independientemente de su origen de prescripción.
- b) Pacientes que deseen colaborar con información útil para el estudio.
- c) Información obtenida por familiares a cargo del paciente anciano con limitaciones audiovisuales e incapacidad sensorial.

3.2 Criterios de exclusión:

- a) Datos de medicamentos en que no se pueda comprobar la información brindada o bien sea ambigua o dudosa.
- b) Paciente que no desea participar en el presente estudio.
- c) Pacientes con incapacidad sensorial y limitaciones audiovisuales.

4. Muestra:

La población muestra por tratarse de una población pequeña para este sector, se obtuvo información del 79% (51) de los ancianos, considerando que su población total era de 64 ancianos mayores de 65 años. (22)

5. Método de recolección de la información:

La información se recopiló a través de una ficha de datos (encuesta), diseñada para la obtención de la información pertinente y que cumplía con los objetivos propuestos para el estudio.

Para la recolección de datos se utilizó como fuente primaria la entrevista personal del adulto mayor de 65 años y se apoyó de fuentes secundarias con las recetas médicas, el conocimiento sobre uso de medicamentos de acuerdo a su patología y el nombre del fármaco según fuera genérico o comercial.

La Clasificación de grupos de edad se utilizó durante la evaluación del uso de medicamentos por la población en estudio:

- ❖ Anciano Joven: 61-75 años
- ❖ Anciano de Mediana Edad: 76 a 85 años
- ❖ Anciano Viejo: mayor de 85 años. (21)

6. Grupos farmacológicos:

Se analizó el tipo de medicamentos usados de acuerdo al motivo de uso y grupo farmacológico propuesto por el formulario Terapéutico Nacional de Nicaragua, 2005. (12)

7. Análisis Estadístico:

Los datos se analizaron en una base de datos para obtener tablas de contingencia (frecuencia y porcentaje), utilizando el programa estadístico (SPSS versión 10).

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	ESCALA/ INDICADOR	
EDAD	Número de años de vida desde el nacimiento hasta la fecha de inicio de estudio	61-75 años 76-85 años Mayor de 85 años de edad	Porcentaje según grupo de edad
SEXO	Características fenotípicas que diferencian al hombre de la mujer.	Femenino Masculino	Porcentaje según el sexo
ESCOLARIDAD	Nivel de preparación académica obtenida para cada individuo en estudio	Analfabeta Alfabeto Primaria Incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Técnico Universitario	Porcentaje de los pacientes que ingresaron al estudio
ACTIVIDAD LABORAL	Actividad a la que se dedica el encuestado y que le genera ingresos para su autosostenimiento	Ama de casa Vendedor Técnico mecánico Profesional Jubilado(pensionado) Desempleado Otros	Porcentaje de individuos o pacientes entrevistados
USO CRÓNICO DE FARMACOS	utilización continua de medicamentos por un periodo mayor de un mes	Si No	Porcentaje de uso crónico de medicamentos
NOMBRE DE FARMACOS DE USO CRÓNICO	Según la utilización será la denominación común internacional utilizada crónicamente	Nombre del compuesto según la denominación internacional común	Frecuencia de uso de medicamento usado de manera crónica
GRUPO FARMACOLOGICO	Según la farmacología y/o mecanismo acción al que pertenece	Clasificación según formulario terapéutico nacional	Frecuencia y porcentaje de prescripción según grupos farmacológicos
FARMACO DE USO AGUDO	Medicamento utilizado por el paciente por un periodo menor de 10 días	nombre del fármaco	Porcentaje del medicamento usado por el paciente
NOMBRE DEL MEDICAMENTO	De acuerdo al medicamento Generito o comercial	Genérico Comercial	Porcentaje d prescripción: medicamentos según nombre Generito y Comercial
NUMEROS DE MEDICAMENTOS	Cantidad de medicamento utilizados por el paciente durante el periodo de estudio	Según valores numéricos convencionales	0 medicamentos 1-2 medicamentos 3-4 medicametos 4-5 medicamentos 6 o más medicamentos
MOTIVO DE USO DE UN FARMACO	Causa o razón de uso de un fármaco por parte del paciente anciano	Si No	Sintomático Patología diagnosticada por personal médico Profilaxis Ninguna

RESULTADOS

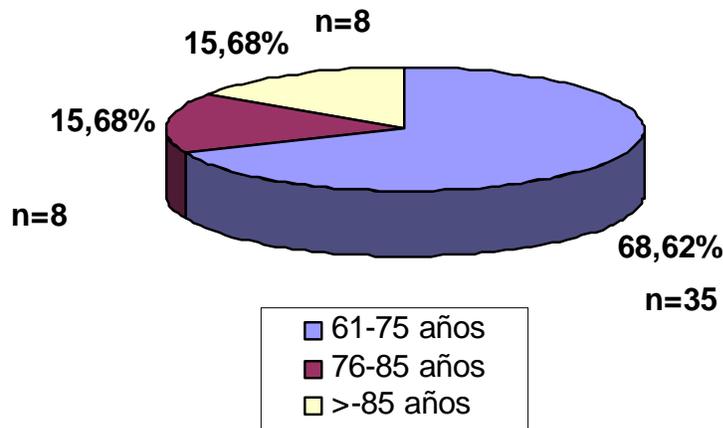
VII. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se obtuvieron a partir de la entrevista efectuada por el autor a los pobladores geriátricos del barrio Emir Cabezas Lacayo de León, conforme a los criterios de inclusión y exclusión planteados para el presente estudio.

En relación a la edad de los participantes en el estudio, se determinó que los pobladores geriátricos de sesenta y un años a setenta y cinco fueron los que representaron el mayor porcentaje de acuerdo a distribución por grupos de edad (68,62%). En segundo orden, los grupos de setenta y seis a ochenta y cinco y el grupo de mayores de ochenta y cinco reportaron igual porcentaje de distribución por edad, 15,68% correspondiente a ocho personas por cada uno de estos grupos. (Gráfico No1)

GRÁFICO Nº 1

Grupos de Edad de Población Geriatrica en Estudio.

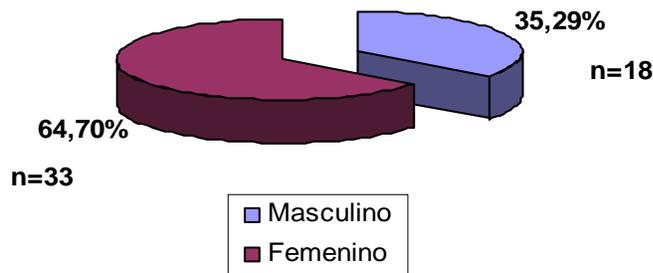


En relación a la distribución de los pobladores según sexo, se obtuvo como resultado que el mayor porcentaje correspondió a las mujeres (treinta y tres participantes mujeres equivalente al 64,70% del total).

Por otro lado, solamente diez y ocho participantes correspondieron al sexo masculino (35,29%) (Gráfico No2.)

GRÁFICO Nº 2

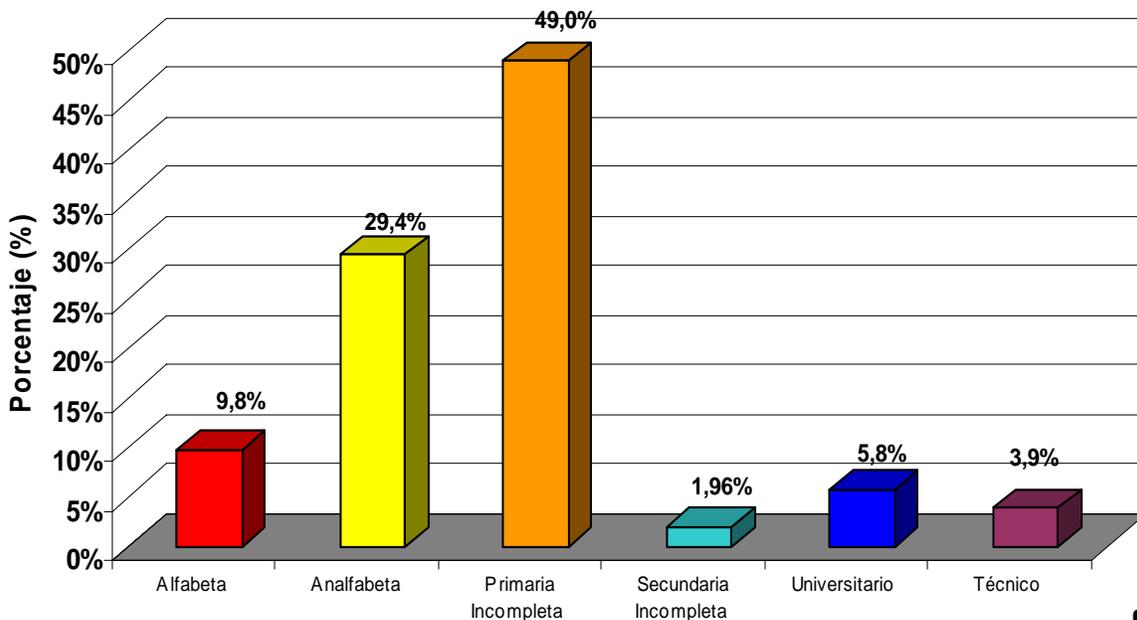
Distribución Porcentual según Sexo de Población en Estudio.



Respecto al nivel de escolaridad de los participantes, se determinó que el 49% del total de población en estudio presentaba un nivel de primaria incompleta, el 29,4% reportó que su nivel de escolaridad es de analfabeta (veinte y cinco participantes). El 9,8% de los encuestados respondió que al menos sabe leer (cinco alfabetas). (Gráfico No3)

GRÁFICO Nº 3

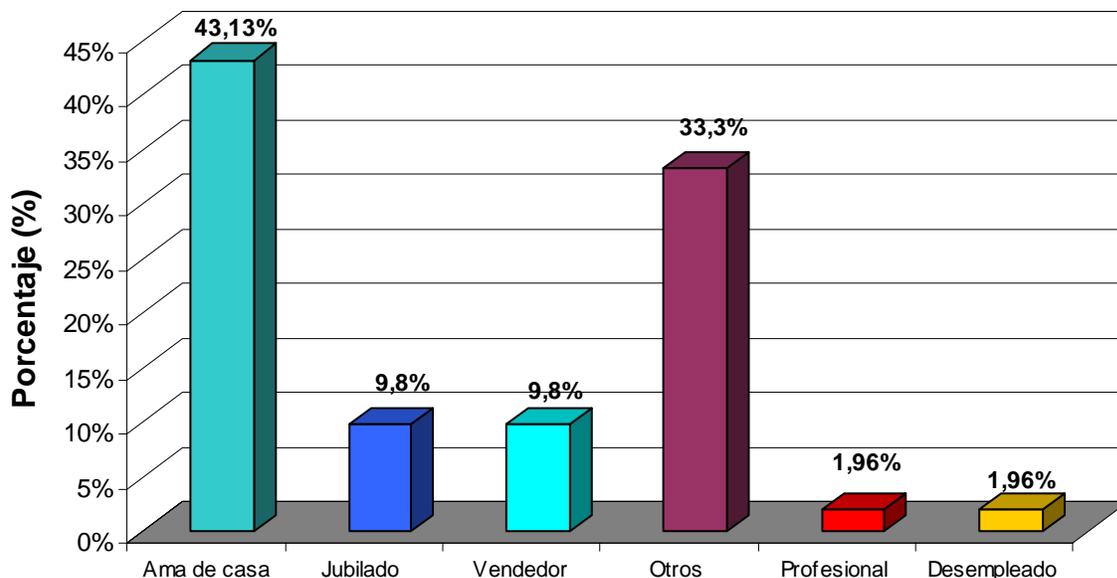
Nivel de Escolaridad de los Participantes del Estudio.



Según lo reportado por los participantes geriátricos de este estudio, tres participantes respondieron que tienen un nivel universitario (5,8%) y dos que poseen un nivel técnico (3,9%) (Gráfico No3)

GRÁFICO N° 4

Actividad Laboral de la Población Geriátrica en Estudio.



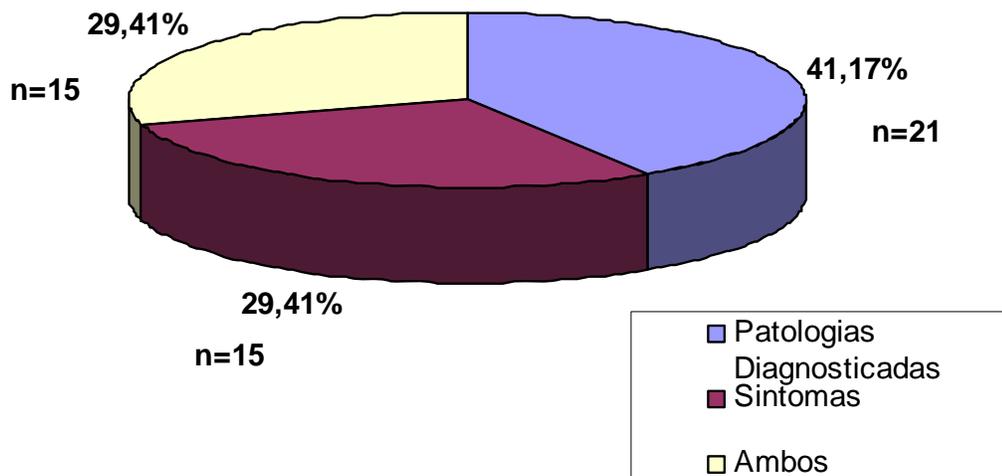
De acuerdo a la actividad laboral reportada por la población geriátrica, veinte y dos personas ancianas (43,1%) manifestaron ser amas de casa, diez y siete manifestaron que se dedican actividades del oficio técnico (tenedores, zapateros, etc. correspondientes al 33,3%). El 9,8% de los encuestados reporto que son jubilados (cinco participantes) y cinco se dedican a ser vendedores (9,8% del total de poblaron en estudio). Solamente un anciano respondió que se encuentra desempleado al momento de la entrevista (1,96%).

Según las respuestas de los encuestas efectuadas a los ancianos, el uso de los medicamentos estaba justificada por un diagnostico previo efectuado por un personal de Salud (veinte y un ancianos, correspondiente a 41,17%) además quince de estos ancianos usaron medicamentos para tratar diferentes síntomas (29,41%), así mismo igual cantidad de ancianos (29,41%) manifestaron que

usaban medicamentos por un diagnostico establecido y al mismo tiempo por síntomas diferentes a su patología de base. (Gráfico No5)

GRÁFICO N. 5

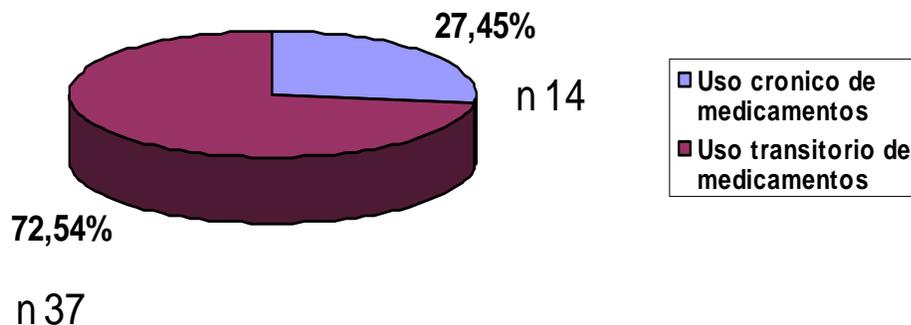
Motivo de uso de Medicamentos.



Treinta y siete ancianos reportaron el uso crónico de medicamentos (72,54%) y catorce manifestaron que usan medicamentos de manera aguda o transitoria (27,45%) (Gráfico No 6).

GRÁFICO N. 6

Uso de medicamentos por la población geriátrica



La artritis, como patología diagnosticada por profesionales de la Salud, obtuvo la mayor frecuencia como motivo de uso de medicamentos (ocho participantes), por otro lado, la hipertensión arterial constituyó un motivo de uso frecuente como motivo de uso de medicamentos en este estudio.

En este estudio se reportaron pobladores geriátricos que presentaban dos y hasta tres patologías concomitantemente (artritis y diabetes mellitus o bien hipertensión arterial con asma bronquial junto con artritis). Los participantes geriátricos reportaron el uso de diversos medicamentos en relación a diferentes sintomatologías que los aquejan, en general el síntoma que con mayor frecuencia motivó el uso de medicamentos fue la tos (once ancianos) así mismo, la cefalea y el insomnio fue causa de uso de medicamentos para algunos ancianos (cuatro y tres respectivamente). (Tabla no.1)

Tabla No.1 Motivo de uso de medicamentos reportada por los ancianos entrevistados.

Motivo de uso (diagnosticado)	n	Motivo de uso (sintomático)	n
Artritis:	8	Tos	11
Hipertensión arterial	7	Cefalea	4
Hipertensión arterial + artritis:	4	Insomnio	3
Hipertensión arterial + diabetes mellitus:	3	Dolor	2
Artritis + Diabetes mellitus:	3	Prurito	1
Artritis + Infección de vías urinarias	1	Cólico	1
Artritis + hipoacusia	1	Inflamación	1
Hipertensión arterial + osteoporosis	1	Diarrea	1
Asma bronquial:	1	Gingivitis	1
Asma bronquial + artritis:	1	Conjuntivitis	1
Discopatía lumbar	1	Dificultad para respirar	1
Diabetes mellitus + infarto miocardio	1	Halitosis	1
Hipercolesterolemia:	1	Gastritis	1
Artritis + Osteoporosis	1	Cansancio	1
Hipertensión art. + asma bronquial + artritis	1		
Diabetes + asma bronquial + artritis			

Tabla No.2 Fármacos de uso crónico reportados por los pobladores geriátricos participantes en el estudio.

Fármacos mas frecuentes	n	Fármacos menos frecuentes	n
Enalapril	13	Propranolol	2
Diclofenac	9	Digoxina	2
Acido Acetilsalicílico	9	Furosemida	2
Glibenclamida	7	Salbutamol	2
Complejo vitamina B12	5	Atenolol	2
Acetaminofen	5	Famotidina	1
Ibuprofen	5	Losartan	1
Vitaminas A	5	Penicilina Benzatinica	1
Cinarizina	4	Carisoprodol	1
Calcio	4	Captopril	1
Teofilina	3	Aminofilina	1
Indometacina	3	Alendronato	1
		Dexketoprofeno	1
		Ranitidina	1
		Metformina	1
		Meloxicam	1
		Isosorbide	1
		Sucralfato	1
		Sinvastatina	1
		Hidróxido de Aluminio	1
		Clordiazepoxido	1

De los fármacos reportados por los ancianos como de uso crónico, el Enalapril resulto ser el de mayor frecuencia de uso (trece individuos), Diclofenac se reporta su uso en nueve personas mayores, igual cantidad reporta el uso de ácido acetil salicílico. Otros medicamentos utilizados de manera crónica fueron Glibenclamida (siete ancianos) complejo vitamínico B12 (siete) y acetaminofén (cinco).

Se reportaron casos únicos de ancianos que manifestaron usar de manera crónica medicamentos como clordiazepóxido, alendronato, Losartán, Sinvastatina, etc. (Tabla No.2)

Respecto al uso agudo de medicamentos se determino que la combinación de Difenhidramina con pseudoefredina fue la más utilizada, otra combinación de medicamentos de uso frecuente fue Diclofenac con vitaminas neurotropas.

El acetaminofén fue el fármaco solo (no combinado) de mayor uso agudo según lo reportado por los pobladores geriátricos.

Tabla No 3. Fármacos reportados como uso agudo o Transitorio.

Fármacos mas frecuentes	n	Fármacos menos frecuentes	n
Acetaminofen	9	Levofloxacina	1
Difenhidramina+pseudoefredina	7	Hidroxido de aluminio	1
Diclofenac+tiamina+piridoxina	7	Amoxicilina	1
Hepaceguel	4	Clorhexidina	1
Polivitaminas	4	Cetirizina/pseudoefredina	1
Diclofenac	3	Ipratropio bromuro	1
Trimetoprim sulfametoxazol	3	Ambroxol	1
No sabe/ no responde	3	Diazepam	1
Ibuprofeno	3	Ranitidina	1
Silimarina/tiamina/riboflamina	3	Piroxicam	1
		Dexametasona/tiamina/piridoxina	1
		Potasio	1
		Loperamida	1
		Ampicilina	1
		Ciprofloxacina	1
		Dicloxacilina	1
		Salbutamol	1
		Enalapril	1
		Ketotifeno	1

Según lo reportado a través de las encuestas realizadas a la población de estudio, estos utilizaron diferentes medicamentos de manera transitoria o aguda: levofloxacina, hidróxido de aluminio, Amoxicilina, diazepam, Ranitidina, piroxicam, potasio, etc. (Tabla No.3)

El grupo farmacológico mas utilizado por los pobladores geriátricos fueron los AINEs (cuarenta y dos), los antihipertensivos ocuparon el segundo puesto en orden de frecuencia de uso (veinte y uno), las vitaminas fueron utilizadas en diez y siete casos. Los grupos farmacológicos menos utilizados corresponden a las penicilinas, oxigenadotes cerebrales, Quinolonas, digitalices, entre otros. (Tabla No.4)

Tabla No 4 Grupos farmacológicos utilizados por la población geriátrica en estudio.

Grupos farmacológicos de uso mas frecuente	N	Grupos farmacológicos de uso menos frecuente	n
AINEs	41	Penicilinas	4
Antihipertensivos	21	Oxigenador cerebral	3
Vitaminas	17	Quinolonas	2
Antihistaminicos	8	Digitalicos	2
Antitusivos	8	Sulfonamidas	2
Hipoglicemiantes	6	Benzodiacepinas	2
Antiasmaticos	5	Hipolipeminales	2
Digestivo	5	Diureticos	2
Antiulcerosos	5	Antiparasitarios	1
		Antidiarreicos	1
		Minerales y electrolitos	1
		Miorelajante	1
		Antigotoso	1
		Alendronato	1

Tabla No5. Medicamentos utilizados* por los ancianos en estudio de acuerdo al nombre genérico o comercial.

Medicamentos genéricos (G)										Medicamentos Comerciales ©										n ancianos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
										c										1
										c	C									5
										c	C	c								1
										c	C	c	c	c						1
G																				1
G										c										7
G										c	C									4
G										c	C	c								1
G										c	C	c	c	c						1
G										c	C	c	c	c	c	c				1
G										c	C	c	c	c	c	c	c	c		1
G	G																			2
G	G									c										3
G	G									c	C									2
G	G									c	C	c								2
G	G									c	C	c	c	c	c					1
G	G	G																		1
G	G	G								c										5
G	G	G								c	C									1
G	G	G								c	C	c								1
G	G	G	G																	1
G	G	G	G							c										1
G	G	G	G							c	C									1
G	G	G	G							c	C	c	c	c	c	c				1
G	G	G	G	G						c										1
G	G	G	G	G	G	G				c										2
																				51

*Según encuesta realizada a ancianos en estudio y datos cotejados por el autor.

Siete ancianos refirieron utilizar dos medicamentos diferentes, de los cuales uno es genérico y el otro es comercial. Cinco ancianos manifestaron usar también dos medicamentos pero ambos con nombre comercial. Otros cinco ancianos revelaron que usan cuatro medicamentos diferentes de estos tres genéricos.

Se encontraron ancianos que utilizan once medicamentos: siete con nombre comercial y cuatro genéricos, así mismo, otro caso similar en el que un anciano utiliza diez medicamentos diferentes a la vez: nueve con nombre comercial y uno como genérico. (Tabla No.5)

Tabla No.6 Medicamentos utilizados según prescripción médica o automedicación.

Medicamentos prescritos (P)										Medicamentos auto medicados (A)										n ancianos
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
										A										4
										A	A									5
										A	A	A								1
P										A										2
P										A	A									4
P										A	A	A								2
P	P																			6
P	P									A										3
P	P									A	A									3
P	P									A	A	A								2
P	P									A	A	A	A							1
P	P	P																		3
P	P	P								A										4
P	P	P	P																	1
P	P	P	P							A										2
P	P	P	P							A	A									1
P	P	P	P	P																1
P	P	P	P	P	P															2
P	P	P	P	P	P					A	A	A	A	A						1
P	P	P	P	P	P	P				A										2
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P											1

* Según encuesta realizada a ancianos en estudio y datos cotejados por el autor.

Discusión y análisis

En el presente estudio la población geriátrica que obtuvo mayor participación fue la de ancianos jóvenes, conformando las dos terceras partes de toda la población anciana en estudio, reafirmando los datos aportados por la OPS, según Carlely Macedo, los ancianos mayores de 65 años representan un grupo importante relacionado al consumo de fármacos como causa de sus múltiples patologías. (1, 2)

En relación al sexo predominante en este estudio correspondió al grupo de las mujeres ancianas el mayor porcentaje. Muchos autores consideran que el sexo es determinante para el tipo y cantidad del consumo de medicamentos, en este sentido se podría esperar que las mujeres mayores debido a una mayor supervivencia respecto al hombre y a los trastornos hormonales característicos consuman en mayor cantidad medicamentos respecto a los individuos varones. (23)

Para la población en estudio, el bajo nivel de preparación académica complementado con la deficiente educación socio-cultural y la extrema pobreza dificultan el acceso a los servicios de salud, favoreciendo el fenómeno de la automedicación en todas las edades, pero con una mayor repercusión en el grupo de ancianos, más vulnerables a los efectos adversos medicamentosos como causa de los cambios en las funciones farmacocinéticas y farmacodinámicas, disminución de su tasa de filtración glomerular, metabolismo hepático y alteraciones sensorio-motoras propias de la edad geriátrica. (2,10)

Las amas de casa y los obreros (tenedores, zapateros y otros) representaron el mayor número de los encuestados, siendo un grupo dependiente económicamente de sus familiares, lo que dificulta obtener una mejor atención, y el acceso a fármacos de eficacia probada, interfiriendo con el cumplimiento de las prescripciones médicas orientadas por el profesional de salud y dificultando el

acceso a consultas especializadas para una mejor evaluación de sus complicaciones. (24)

Dentro de las causas de consumo crónico de medicamentos según las encuestas realizadas a la población de estudio, las patologías osteomusculares y cardiovasculares específicamente HTA destacaron sobre otras patologías que se espera son típicas de la mayor edad (demencia senil, retención urinaria por prostatismo). Las patologías osteoarticulares y cardiovasculares requieren una terapia farmacológica con características de uso crónico, por esta razón la relación entre el tipo de consumo y patologías diagnosticadas puede considerarse como uso justificado. Cabe destacar que los entrevistados reportaron un promedio de 2 a 3 patologías confirmadas o diagnosticadas por un profesional de la salud y verificadas por el autor de la investigación; este hecho refuerza el motivo de uso crónico de medicamentos en este grupo poblacional. (23,24)

En relación a la utilización de medicamentos de forma transitoria o aguda a diferencia de los medicamentos de uso crónico, el uso de fármacos estuvo motivado por la presencia de síntomas generales como: tos, cefalea e insomnio, etc, dichos síntomas pueden ser debido a las patologías ya existentes en el individuo o producidos por los efectos adversos del uso crónico de medicamentos por factores de origen psicógeno o bien como una complicación de las patologías reportadas. Según las normas generales de uso de medicamentos en los ancianos la utilización del menor número de medicamentos posibles conlleva a beneficios para este tipo de pacientes, uno de los principales es evitar la polifarmacia, disminución de los posibles efectos adversos y evitar las interacciones farmacológicas. Bajo estas premisas la utilización de medicamentos para tratar síntomas o bien la terapia sintomática en el anciano puede generar además de grandes costos económicos asumidos por el paciente o su familia, protección de los efectos nocivos antes mencionados. (23,24)

Los medicamentos de mayor consumo para los padecimientos crónico reportados fueron los grupos farmacológicos: Aines, antihipertensivos (IECAS y Betabloqueantes), ASA y vitaminas. Estos grupos farmacológicos como se mencionan anteriormente, son de uso frecuente en este grupo poblacional debido a la incidencia de las patologías que aparecen producto del deterioro fisiológico por la edad y/o por los tipos de hábitos de los individuos, ASA, Diclofenac, principales Aines consumidos reportan un perfil de riesgo adecuado para su uso en esta edad, aunque los efectos adversos por uso crónico de estos fármacos pueden aumentar el riesgo de reacciones graves medicamentosas infrecuentes (sangrado digestivos y úlceras). (10,23)

Otros medicamentos utilizados crónicamente fueron Enalapril y las vitaminas. En el caso del primer fármaco existe documentación suficiente para categorizarlo como un fármaco eficaz para el tratamiento de la hipertensión en el anciano y muy conveniente para los casos en que coexisten otras enfermedades crónicas a demás de la hipertensión, respecto a las vitaminas este grupo farmacológico es considerado como uno de los de uso más frecuente debido a sus efectos neurotrópicos y nutricionales. Las vitaminas pueden ser sujeto de abuso debido al tipo de propaganda dirigida principalmente a consumidores por situaciones muy diversas: desde el cansancio, pérdida de la memoria y potencia sexual), motivo por el cual los ancianos como grupo poblacional son blanco para este tipo de propaganda. (23,24)

Los antibióticos, ansiolíticos, etc, fueron los grupos de medicamentos reportados como uso transitorio o agudo de medicamentos, este hallazgo puede considerarse como un uso conveniente debido a que por el perfil farmacológico de los ansiolíticos, estos no pueden utilizarse crónicamente por el riesgo de dependencia y la intensidad de los efectos adversos que pueden causar en los ancianos, así mismo la utilización de antibióticos debe caracterizarse por su uso limitado en el tiempo lo cual tiene como una de sus principales ventajas evitar la aparición de

cepas resistentes y evitar el consumo y costo innecesario de este tipo de tratamiento. (23,24)

En relación a los productos farmacológicos utilizados en la población de estudio se pudo constatar que los fármacos con nombre comercial fueron prescritos en mayor proporción que los genéricos.

Podría sospecharse que los ancianos como consumidores de medicamentos y como grupo susceptible a la propaganda farmacológica utilizan sin prescripción médica (automedicación) fármacos con nombre comercial, sin embargo en la presente investigación dichos aspectos no fueron observados por lo que las prescripciones efectuadas por médicos que incluyen con frecuencia nombres comerciales pueden generar un mayor costo económico asumido por este grupo poblacional tan vulnerable a la dificultad de adherirse al tratamiento principalmente cuando este es de alto costo. (2,23, 24)

Conclusiones

1. En relación a la edad y sexo, los ancianos jóvenes (61-75 años) y el sexo femenino tuvieron la mayor participación, así también el nivel de escolaridad correspondió a primaria incompleta, con un 9% que involucró a profesionales técnicos y estudios superiores. Las actividades laborales de esta población corresponde a amas de casa y obreros (tenedores, zapateros y otros), siendo las actividades poco remuneradas las de mayor prevalencia.
2. El grupo farmacológico más utilizado por la población en estudio fueron los Aines, Antihipertensivos y las vitaminas.
3. El 72.54% de fármacos consumidos se relacionan con el uso crónico y la tos fue el síntoma a tratar para el consumo transitorio o agudo de medicamentos.
4. La mayor proporción de fármacos adquiridos por la población correspondió a los productos de origen comercial y la fuente de adquisición la prescripción médica.
5. El promedio de patologías diagnosticadas fue de 2 a 3, destacándose entre ellas: Artritis Reumatoidea, HTA y Diabetes Mellitus.
6. Los fármacos más utilizados fueron: Diclofenac, Enalapril y vitaminas neurotropas.
7. Las prescripciones realizadas por el personal de salud corresponden a un mayor número de fármacos con nombre comercial.

Recomendaciones

- ❖ Promover la atención del paciente geriátrico con calidad y equidad a cargo de un equipo multidisciplinario, favoreciendo su reinserción social y mejorando su calidad de vida.
- ❖ Facilitar la capacitación continua del personal de salud a cargo de la atención del anciano, enfatizando el abordaje del mismo, sus patologías y las complicaciones que acarrea la automedicación.
- ❖ Promover el juicio crítico basado en la evidencia científica respecto a la selección de medicamentos genéricos o comerciales considerando entre sus principales inconveniencias el costo total del tratamiento.
- ❖ Incentivar la participación del estudiante de pregrado en Ciencias de la salud en el abordaje biológico, psico-social del anciano a través de las instituciones académicas universitarias a cargo de su preparación, enfatizando la problemática respecto al uso de medicamentos en esta población.

Bibliografía

1. Guerra Macedo. Carlyle. Hacia el Bienestar de los Ancianos. Publicación Científica. OPS) Organización Panamericana de la Salud.1985.
2. Guerra Macedo. Carlyle. La Salud de los Ancianos una Preocupación de todos. OPS (Organización Panamericana de la Salud).1992
3. Fernández Guerra. Natalia. Polifarmacia en el Anciano. Acta Médica 2002.
4. Velásquez Rodríguez. E. y at el. Prescripción de Medicamentos en adultos mayores de 60 años asistentes a tres centros de salud de la ciudad de León, Enero-febrero 2005.UNAN-LEON.2005
5. Beerds. Mark H. y col. El manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Edición Centenario. 10ma edición.1999
6. Baca Guzmán. Otilia Concepción. at col. Influencia de la publicidad de medicamentos en la automedicación de la población de León, período comprendido del 25 de Noviembre del 2002 al 20 de Febrero del 2003. UNAN-LEON. 2003
7. Báez Miranda. Arlen Maria. El Impacto social de las ventas sociales de medicamentos esenciales y su uso racional en la ciudad de Juigalpa-Chontales entre los meses Julio-Septiembre del 2004. UNAN-LEON. 2004
8. Laguna Chavarría. Belkys Guadalupe. Automedicación en el sector urbano de la ciudad de León, Mayo-Septiembre del año 2000. UNAN-LEON. 2000
9. MINSA (Ministerio Nacional de Salud de Nicaragua). Política Nacional de Salud 2004-2015.2004. [www. Minsa.Gob.ni](http://www.Minsa.Gob.ni)
10. Ministerio de sanidad y consumo. Medicamentos para el anciano. OPS (Organización Panamericana de la Salud). Documentación Y Biblioteca. 1985.
11. Ferri, Fred F. Consultor clínico. Diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. Editorial Harcourt/ Océano. 1ra edición.2005.
12. MINSA (Ministerio Nacional de Salud de Nicaragua). Formulario Terapéutico Nacional. 5ta edición. 2001.

13. Robert L. Kane at el. Geriatria Clínica. Editorial McGraw-Hill.3ra Edición. 1997.
14. Beeson, Mc Dermott Wyngaarden. Tratado de Medicina Interna de Cecil. 15va edición. tomo I .1983.
15. Zubirán. Salvador. Manual de terapéutica Médica y procedimientos de urgencias. Editorial McGraw-Hill Interamericana.4ta edición.2000.
16. MINSA. INEC. Encuesta nicaragüense de demografía y Salud. ENDESA 2001.
17. Ramírez Roa. Ronald. Uso y Abuso de los Antibióticos. UNAN-LEON. 2004
18. L Kasper. Dennis. y At el. Harrison Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill, 16va edición, Volumen I. 2006
19. Laporte. J.R at el. Principios de Epidemiología del Medicamento. Editorial MASSÓN- SALVAT. 2da edición. Medicina Y Salud Pública.1993
20. De Canales. F. H. Metodología de la Investigación. 2da edición. Serie Paltex. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud).1994
21. D Arias. Thomas. Glosario de medicamentos: Desarrollo, Evaluación y Uso. OPS /OMS.1999
22. Cids (Centro de intervención en demografía y salud de León).2005
23. Debesa García. Francisco et al. Los medicamentos y el anciano. Revista Cubana de Farmacia.1999.
24. Ramos Gonzáles, M. J et al. Prescripción de fármacos a los pacientes ancianos en una zona Urbana de México. Espacio del residente.2005.

ANEXOS

Instrumento de recolección de datos

Perfil de uso de medicamentos en la población mayor de 65 años del Barrio "Emir Cabezas Lacayo", durante el mes de Junio del 2006.

Ficha: _____ Fecha de Emisión de recetas: _____

I. Datos Generales del Paciente :

1. Edad (Grupo de edad): _____ a) 61 –75 años
b) 76-85 años
c) mayor de 85 años.

2. Sexo: _____ a) Masculino
b) Femenino

3. Escolaridad: a) Analfabeto (a) _____
b) Alfabeto (a) _____
c) Primaria Incompleta _____
d) Primaria Completa _____
e) Secundaria Incompleta _____
f) Secundaria Completa _____
g) Universitario (a) _____
h) Técnico (a) _____

4. Actividad Laboral: a) Ama de casa _____
b) Técnico(a) _____
c) Vendedor(a) _____
d) Profesional _____
e) Jubilado(a) _____
f) Desempleado(a) _____
g) Otros (especificar) _____

- II. Uso crónico de fármacos: a) Si _____ b) No _____

5. Nombre(s) del Fármaco(s) de uso Crónico:

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) Otros : _____

III: Información fármaco- terapéutica:

6. fármacos de uso agudo: a) _____
- b) _____
 - c) _____
 - e) No sabe, No se acuerda _____

7. Grupo farmacológico: a) _____
- b) _____
 - c) _____

8 Motivo de uso de fármacos:

- a) Sintomático _____
- b) Patología Diagnosticada _____
- c) Profilaxis _____
- d) Ninguno _____

9. Total de fármacos prescritos y/o automedicados (Sin Prescripción médica):

- a) _____ Prescritos
- b) _____ Sin Prescripción Médica

10. Datos de Nombre de Genérico o Comercial:

- a) Genérico _____
- b) Comercial _____

Gracias por su aporte