



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 7**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**P R E S E N T A :**

**ALQUICIRA BLANCO GISELA**

**Facultad de Medicina**



**DIRECTOR DE TESIS:  
SANDRA VEGA GARCÍA**

**Ciudad Universitaria, CD. MX. 2019**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## RESUMEN.

### **Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.**

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

**Antecedentes:** En los próximos años se observará una mayor demanda de atención médica por parte de los adultos mayores, quienes en su mayoría presentan múltiples enfermedades y una íntima relación con el aumento de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados, llevándolos a presentar síndromes geriátricos como la polifarmacia, que se ha convertido en uno de los principales problemas de salud en este grupo poblacional, afectando sus funciones e impactando en el deterioro de su calidad de vida y en el consumo cada vez más alto de los recursos sanitarios.

**Objetivo:** Relacionar la Polifarmacia y Calidad de vida en adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Material y Métodos:** estudio transversal, observacional y descriptivo, realizado a derechohabientes de nuestra unidad mayores de 60 años, de ambos sexos, que consuman más de 5 medicamentos en un periodo mayor a 3 meses previos, posteriormente se realizará recolección de datos generales en sala de espera; captura de datos en matriz y análisis de resultados.

**Recursos:** asesores (metodológico y clínico), disposición de las instalaciones para realizar encuestas y el financiamiento será a cargo del médico residente.

**Infraestructura:** instalaciones de una Unidad Médica de primer nivel de atención.

**Experiencia del grupo:** se cuenta con experiencia de la asesoría metodológica de más de 5 años en lo que respecta a investigaciones realizadas por médicos residentes para obtención de grado correspondiente.

**Tiempo a desarrollarse:** julio a diciembre 2019.

**Palabras clave:** polifarmacia, calidad de vida, adulto mayor.

**POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN  
ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 7**

**POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7.**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

---

**DRA. JENIE LIZBETH JIMENEZ SERAFIN**  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DE LA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

---

**DRA. SANDRA VEGA GARCIA**  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

**POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7.**

**AUTORIZACIONES**

---

**ALQUICIRA BLANCO GISELA**  
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7

---

**DR. MANUEL MILLAN HERNANDEZ**  
DOCTOR EN EDUCACION, MEDICO GENERAL  
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITOAL HOSPITAL DE  
PSIQUIATRIA CON UMF 10  
ASESOR METODOLOGICO DE TESIS

---

**DR. DANIEL ERNESTO NAVARRO VILLANUEVA**  
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7  
ASESOR CLINICO DE TESIS

**POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA UMF 7.**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ**  
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

---

**DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

---

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA UNAM

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| MARCO TEÓRICO.....                           | 8  |
| JUSTIFICACIÓN.....                           | 18 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....              | 19 |
| OBJETIVOS.....                               | 20 |
| HIPÓTESIS DE TRABAJO.....                    | 21 |
| MATERIAL Y MÉTODOS.....                      | 22 |
| TIPO DE ESTUDIO.....                         | 23 |
| DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....              | 24 |
| POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.....                | 25 |
| MUESTREO.....                                | 26 |
| CRITERIOS DE SELECCIÓN.....                  | 27 |
| VARIABLES.....                               | 28 |
| DISEÑO ESTADÍSTICO.....                      | 30 |
| INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.....              | 31 |
| MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....          | 33 |
| MANIOBRA PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS..... | 34 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....               | 35 |
| RECURSOS.....                                | 36 |
| CONSIDERACIONES ÉTICAS.....                  | 37 |
| RESULTADOS.....                              | 39 |
| CONCLUSIONES.....                            | 40 |
| DISCUSIÓN.....                               | 40 |
| BIBLIOGRAFÍA.....                            | 50 |
| ANEXOS.....                                  | 54 |

## **MARCO TEÓRICO.**

Según Gómez-Dantés “En el año 2008 México contaba con una población de 106.6 millones de habitantes. La proporción de hombres (48.8%) y mujeres (51.2%) prácticamente no ha variado en los últimos años. Se estima que en el 2030 habrá una población de 120.9 millones de personas, con una tasa de crecimiento anual del 0.69%. Hay 3 fenómenos que han dado lugar al envejecimiento poblacional:

1. El desarrollo demográfico reciente de México se caracteriza por un descenso de la mortalidad general (de 27 defunciones por cada 1,000 habitantes en 1930 se pasó a 4.9 por cada 1,000 habitantes en 2008).
2. El incremento de la esperanza de vida (de 34 años en 1930 a 75.1 en 2008).
3. Disminución de la fecundidad (de siete hijos por mujer en edad reproductiva en la década de 1960 a 2.1 en 2008).<sup>(1)</sup>

### **Calidad de vida.**

La OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive. Incluyendo aspectos como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida, redes de apoyo y servicios sociales.

De acuerdo a Urzúa: “en términos operativos puede entenderse como el nivel percibido de bienestar, derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos de distintas dimensiones de la vida”.<sup>(2)</sup>

La calidad de vida incluye diversos aspectos, entre ellos, la seguridad económica y las relaciones sociales, por lo tanto estudiarla nos ofrece una visión general de las consecuencias sobre la salud de los pacientes que tienen algunas enfermedades.

Debido al incremento poblacional la Organización Panamericana de la Salud cuenta con estrategias específicas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, las cuales están basadas en principios y lineamientos de la Organización de las Naciones Unidas: la independencia, participación, el cuidado, la autorrealización y la dignidad.<sup>(3)</sup>

El interés por investigar este tema cobra importancia ante la demanda de los problemas de salud y su impacto en el bienestar de la población en la década de 1980.

Según Velarde-Jurado: “Los instrumentos para medir la calidad de vida se han diseñado con diversos propósitos como conocer y comparar el estado de salud entre poblaciones o el impacto de ciertas intervenciones y se clasifican en:

a) Genéricos, son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, su finalidad es descriptiva, algunos ejemplos son: perfil de salud de Nottingham, las viñetas de COOP/WONCA o el Short Form (SF-36).

b) Específicos, se usan para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo, son particularmente útiles para ensayos clínicos”.<sup>(4)</sup>

Tiempo después nace el concepto de “calidad de vida relacionada con la salud” que se define como el efecto funcional que una enfermedad o evento de interés y su tratamiento producen sobre un paciente, tal como es percibido por éste. Los dominios que definen este concepto incluyen: funcionalidad física y ocupacional; estado emocional; interacción social y percepción somática (Guyatt et al., 1993).<sup>(5)</sup>

No podemos evaluar el concepto de calidad de vida dejando de lado la **valoración Geriátrica Integral** que es definida por la Guía de Práctica Clínica como “una herramienta fundamental para la práctica clínica de cualquier médico, ya que le permite identificar en cualquier nivel de atención las necesidades del paciente geriátrico”.<sup>(6)</sup>

Surge por la necesidad del subdiagnóstico en el grupo poblacional de adultos mayores, permite valorar al paciente de manera más profunda e investigar problemas que de otro modo no se conocería en una consulta tradicional. Es un proceso dinámico y estructurado que permite identificar conflictos, necesidades y deficiencias de los ancianos en 4 esferas clínica, mental, funcional y social, con el fin de incidir en ellos y lograr el menor grado de dependencia y aumento en la calidad de vida.

Los objetivos de la valoración geriátrica integral son:

- Mejorar la exactitud diagnóstica.
- Descubrir problemas tratables no diagnosticados previamente.
- Establecer un tratamiento adecuado y racional.
- Mejorar el estado funcional y cognitivo
- Mejorar la calidad de vida
- Conocer los recursos del paciente y su entorno sociofamiliar

Para que el adulto mayor se adapte a los desafíos que se producen a esta edad debe contar con la supervisión y sostén de familiares, amigos o redes de apoyo. No es lo mismo un anciano con buen apoyo social, que a otro que viva solo o con un cónyuge en sus mismas condiciones.

Observamos frecuentemente que en gran parte los adultos mayores hay incumplimiento de las indicaciones y recomendaciones recibidas por el médico, o incluso cierta tendencia a la automedicación, todo esto relacionado con el abandono familiar y la disminución de todas sus capacidades.

La gran responsabilidad del manejo en los adultos mayores debe recaer idealmente en un solo médico, que cuente con conocimientos necesarios y bien cimentados que le permitan tener un panorama integral, y que pueda discernir cuándo y quién debe participar en el diagnóstico y manejo terapéutico de su paciente.

Es necesario capacitar, alentar y crear conciencia en los médicos familiares, con actualizaciones constantes ya que son el primer contacto con la población de estudio y en ocasiones el único. <sup>(7)</sup>

### **Polifarmacia.**

La palabra polifarmacia deriva del griego antiguo “polus” que significa muchos y “pharmakeia” que significa uso de drogas. Este amplio significado desde una perspectiva puramente lingüística se refleja en el hecho de que no hay consenso sobre una definición clínica de polifarmacia. <sup>(8)</sup>

La polifarmacia se puede definir también como:

- a) el uso excesivo de medicamentos,
- b) una cantidad que excede la que está clínicamente indicada o,
- c) el uso de un número excesivo de medicamentos inapropiados.

Debe incluir todos los tipos de medicamentos, es decir, medicamentos de venta libre, medicina complementaria y alternativa y suplementos dietéticos.

Los primeros estudios de polifarmacia se centraron en el uso concurrente de dos, tres o cuatro fármacos. En 1997, Bjerrum y sus colegas definieron el uso concomitante de dos a cuatro drogas como polifarmacia "menor" y el uso de cinco o más drogas como polifarmacia "principal".

En 2000, Veehof y sus colegas clasificaron dos o tres como "menores", cuatro a cinco drogas como "moderada" y seis o más como polifarmacia "principal". En 2011, Jyrkkä y sus colegas categorizaron de cero a cinco drogas como "sin polifarmacia", de seis a nueve drogas como "polifarmacia" y 10 o más drogas como "polifarmacia excesiva". En estudios actuales, el uso de cinco o más medicamentos se ha convertido en una forma de corte estándar para la polifarmacia clínicamente relevante. <sup>(9)</sup>

La polifarmacia se ha convertido en un síndrome geriátrico y uno de los principales problemas de salud de las personas mayores. Previos estudios han demostrado que, aunque no es posible evitar todos los problemas relacionados con ella, sí es posible reducir su ocurrencia mediante una actualización y revisión periódica de la misma, responsabilidad que nos compete en estos momentos y que debemos recordar cada que tengamos la oportunidad de valorar a un integrante de este grupo poblacional. <sup>(10)</sup>

En la población geriátrica, se centran múltiples enfermedades que tienen un rápido crecimiento lo que conlleva al uso de diversos medicamentos y por tanto, reacciones adversas poniendo en duda si es mayor el beneficio o el riesgo. <sup>(11)</sup>

Como principales representantes de las enfermedades crónicas en nuestro país según datos del Instituto Mexicano del Seguro social, tenemos a las enfermedades cardiacas (40.2%), la Diabetes Mellitus (24.2%), la artrosis (3.3%) y las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (2%). La importancia de identificar la hipertensión arterial y la diabetes como las principales enfermedades crónico degenerativas en el paciente con polifarmacia radica en la cantidad de insumos requeridos y el alto costo que representan para el sector salud. <sup>(12)</sup>

En diversos estudios se observa que la prevalencia de polifarmacia es mayor en mujeres que en hombres debido a su mayor esperanza de vida, por lo que es importante que antes de añadir cualquier fármaco al régimen terapéutico de un mayor polimedicado, se analice el balance riesgo-beneficio, con el objetivo de optimizar la terapia farmacológica. <sup>(13)</sup>

En Europa, la frecuencia general de polifarmacia varía entre 12 a 80%, más prevalente en residencias geriátricas. En la población de Suecia se observó 11% en centros de atención primaria. En Asia el 6% de una población rural de China recibían cinco o más medicamentos. En nuestro continente varios estudios muestran ésta prevalencia, ejemplo de ello, en los Estados Unidos de América, la población adulta mayor está expuesta a polifarmacia entre 14 a 37%, siendo de casi 50% en residencias geriátricas. En Perú se observa cerca del 45% en adultos

mayores atendidos ambulatoriamente y dos tercios de los mayores de 60 en Brasil. <sup>(14) (8)</sup>

En un estudio realizado en 41 hospitales españoles los fármacos mayormente prescritos fueron por orden de frecuencia: antihipertensivos, gastroprotectores, antiagregantes/anticoagulantes y psicotrópicos. <sup>(15)</sup>

La polifarmacia en México según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2016 por lugar de atención, se presentó en 40.9% de quienes se atienden en el Instituto Mexicano del Seguro Social, 23.6% entre quienes asisten a Secretarías Estatales de Salud, y 19.3% para quienes acuden a servicios privados. <sup>(16)</sup>

### **Adulto mayor.**

Según la NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-031-SSA3-2012, se define al adulto mayor como aquella persona que cuente con 60 años o más de edad. <sup>(17)</sup>

La Organización de las Naciones Unidas establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años. <sup>(18)</sup>

La Organización Panamericana de la Salud definió al adulto mayor como aquella persona de 60 años o más. El envejecimiento poblacional mundial en 2005 fue de 6.5 millones, 1 de cada 10 personas. En México se calculó que de 6.8 millones que eran en 2002 la cifra aumentará a 22.2 millones en 2030 y a 36.2 millones en 2050. <sup>(19)</sup>

La problemática del anciano es de primordial importancia y decisivo en las investigaciones médicas, dirigidas no solo al proceso clínico de envejecer, sino con las condiciones que colocan al adulto mayor en una situación de riesgo potenciando la disminución progresiva de su capacidad y estabilidad. <sup>(20)</sup>

La población total adscrita a nuestra Unidad de estudio es de 329,431 pacientes de los cuales 41 069 son mayores de 60 años en ambos turnos y de ese total 23 898 mujeres y 17 171 hombres. <sup>(21)</sup>

### **Lugar de realización del estudio.**

Unidad de Medicina Familiar 7 Tlalpan, ubicada en Calzada de Tlalpan N°4220 Acoxta y Ajusco Col Huipulco CP 01400 Tlalpan Ciudad de México.

Fundada en 1960 el día 29 de Marzo siendo presidente el Lic. Adolfo López Mateos. Actualmente tiene un área de afluencia contenida en cuatro delegaciones política: Tlalpan, Xochimilco, Milpa Alta y Coyoacán.

Cuenta con 36 consultorios físicos los cuales atienden en 2 turnos de lunes a viernes contando con un sexto día sólo para el turno matutino con apertura de 20 consultorios. Cuenta con 10 módulos prevenIMSS y 6 módulos en día sabdo por la mañana, además de un área de Atención Médica Continua conformada por 3 consultorios, área de curaciones, área de observación ambulatorio para adultos con 6 camas y para pacientes pediátricos con 4 camas, este servicio trabaja los 365 días del año las 24 horas del día. Se otorgan servicios de laboratorio, rayos X, medicina del trabajo, psicología, trabajo social, nutrición y farmacia.

Se cuenta con 91 médicos familiares para turno matutino y vespertino en el servicio de consulta externa, 8 médicos estomatólogos y 23 médicos para el servicio de atención médica continua, 5 en medicina del trabajo y un médico para planificación familiar. <sup>(21)</sup>

### **Viñetas de COOP/WONCA.**

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud se centra específicamente en el impacto de la enfermedad, el tratamiento y la percepción de los pacientes. Evaluarla permite al médico comprenda las prioridades de los pacientes, exista mejor relación médico-paciente y en conjunto mejoren la toma de decisiones. <sup>(22)</sup>

Las viñetas COOP son un instrumento genérico utilizado para medir la calidad de vida relacionada con la salud y fue desarrollado por centros de atención primaria en Estados Unidos para proporcionar un estado funcional en la consulta médica. Originalmente estaba constituida por 9 láminas con un título y 5 posibles respuestas ilustradas con un dibujo en una escala tipo Likert.

A finales de los noventa la Wonca modificó y eligió este cuestionario (COOP/WONCA) como el más adecuado a nivel internacional ya que su objetivo era conseguir un instrumento sencillo y de fácil manejo en la consulta tanto para el médico como para el paciente. Dentro de los cambios realizados se eliminaron las viñetas de apoyo social y calidad de vida y se deja el dolor como opcional. La referencia del tiempo se redujo de 4 a 2 semanas. El orden en que deben pasarse las láminas es: forma física, sentimiento, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, estado de salud y dolor, con 5 posibles respuestas ordenadas del 1 al 5, una puntuación más alta se relaciona con una peor calidad de vida. <sup>(23)</sup>

Se trata de un cuestionario diseñado para su uso en atención primaria, es uno de los más breves y cuenta con la ventaja de que al ser visual, la información es procesada de manera más rápida. Los gráficos pueden ser autoadministrados o administrados por todos los miembros del equipo médico, siendo aplicables en varios entornos clínicos debido a la alta demanda y limitación en los centros hospitalarios además de que ha sido validado en diversos estudios con adecuada validez y fiabilidad. <sup>(22)</sup>

### **Reacción Adversa a Medicamentos por polifarmacia.**

La polifarmacia aumenta el riesgo de sobredosis accidental, interacciones medicamentosas o falta de apego, principalmente en pacientes con situación poco favorable, enfermedades crónicas y con afección cognitiva. <sup>(24)</sup>

Con la disminución fisiológica de la función hepática y renal, los pacientes de edad avanzada tienen mayor incidencia de eventos adversos por medicamentos que los

pacientes jóvenes. Los medicamentos más frecuentemente involucrados según nuestra Guía de Práctica Clínica de prescripción farmacológica razonada son los diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio, antiinflamatorios no esteroideos y digoxina. <sup>(9)</sup>

Según el estudio APEAS sobre seguridad en los pacientes de Atención primaria el 48.2% de los efectos adversos identificados estaban relacionados con la medicación, siendo el 59.1% de estos efectos evitable. <sup>(25)</sup>

En el estudio (PRACTICO) de Reino Unido se encontró que las probabilidades de un error de medicación aumentaban un 16% por cada medicamento adicional prescrito. Las reacciones adversas a medicamentos han demostrado representar el 6.5% de hospitalizaciones con polifarmacia como el primer factor de conducción. <sup>(7)</sup>

Los criterios de Beers y los STOPP/START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatment) son herramientas eficaces para evitarlas, de ahí la importancia de conocer su contenido. <sup>(26)</sup>

Hay que diferenciar entre polifarmacia adecuada e inadecuada, es decir, consumo de muchos fármacos pero todos ellos con indicación clínica y consumo de más fármacos de los clínicamente necesarios. <sup>(27)</sup>

La denominada **cascada de prescripción**, descrita por Rochon: "es la situación que se presenta asumiendo erróneamente que un síntoma de reciente inicio debe ser manejado con un nuevo fármaco y no descartar que se deba a uno de los fármacos recibidos y que, por lo tanto, debiera ser suspendido". <sup>(28)</sup>

Se debe revisar la lista de medicamentos siempre que se tiene contacto con el paciente y detener la administración de medicamentos innecesarios lo que minimizaría la polifarmacia y los eventos adversos. <sup>(13) (14)</sup>

### **Influencia del número de médicos consultados por el adulto mayor.**

Según Regueiro “un factor que se supone como causal de polimedicación, es el número de médicos que el paciente consulta, además del médico general que lo asiste con frecuencia. Un estudio publicado refiere que los adultos mayores con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado”.<sup>(29)</sup>

Se observa que el promedio de fármacos usados por el paciente es mayor a mayor número de médicos consultados ya que en cada valoración surgen nuevas inquietudes, comentarios o hallazgos que favorecen la adición de nuevos fármacos, debido al desconocimiento del historial completo del paciente incluyendo lista de medicamentos y comorbilidades o como tristemente ocurre en nuestro país, a la imposición del pensamiento de que más es mejor. De acuerdo a los datos ya mencionados por la ENSANUT las cifras van al alza.<sup>(30)</sup>

## **JUSTIFICACIÓN.**

Realizando una búsqueda intencionada en el diagnóstico de Salud de nuestra Unidad de Medicina Familiar 7, contamos con un número de adultos mayores cercano a 40 000 que representa casi el 45% del total de derechohabientes, ante este aumento en las edades poblacionales se hace necesario realizar estudios que no sólo se centren en enfermedades crónicas o su prevalencia sino que se enfoquen en la calidad del envejecimiento y el bienestar psicológico y social de los adultos mayores para prevenir síndromes geriátricos como la polifarmacia y fragilidad que cada vez son más frecuentes. El desconocimiento de los riesgos de estos síndromes trae como consecuencia la disminución de eficacia terapéutica ocasionando un círculo vicioso que conlleva aparición de complicaciones, aumento de visitas al médico, prescripciones nuevas y uso de más medicamentos.

Al utilizar instrumentos para medir la calidad de vida en adultos mayores favorecemos la evaluación integral de las diferentes dimensiones que condicionan su bienestar, razón por la que debieran darse a conocer entre el personal de salud y utilizarse en el momento en que evaluamos a este grupo poblacional con la finalidad de evitar la polifarmacia, disminuir costos, así como las complicaciones en los pacientes por uso indebido de fármacos limitando la calidad de vida.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En nuestro país, el envejecimiento poblacional se ha visto favorecido por la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad. En los próximos años se observará una mayor demanda de atención médica por parte de este grupo poblacional; pacientes con múltiples comorbilidades, síndromes geriátricos y una íntima relación con el aumento de la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados provocando la disminución en la calidad de vida y la dependencia cada vez mayor de los ancianos.

## **PREGUNTA DE INVESTIGACION**

**¿Cuál es la relación entre polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7?**

## **OBJETIVOS.**

Objetivo general: Relacionar polifarmacia y calidad de vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

Objetivos específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.
- Describir el número de medicamentos prescritos en los adultos mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

## **HIPÓTESIS DE TRABAJO.**

Se realizan las hipótesis de trabajo correspondientes por estructura académica debido a que en estudios de este tipo no se requiere formulación de hipótesis.

### **Hipótesis de trabajo.**

H1 Si hay relación entre polifarmacia y calidad de vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

H0 No hay relación entre polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

Se llevaron a cabo los siguientes pasos.

- 1) Recolección de datos generales y aplicación de viñetas COOP/WONCA en sala de espera.
- 2) Captura de datos a base electrónica.
- 3) Análisis de resultados.

## **TIPO DE ESTUDIO.**

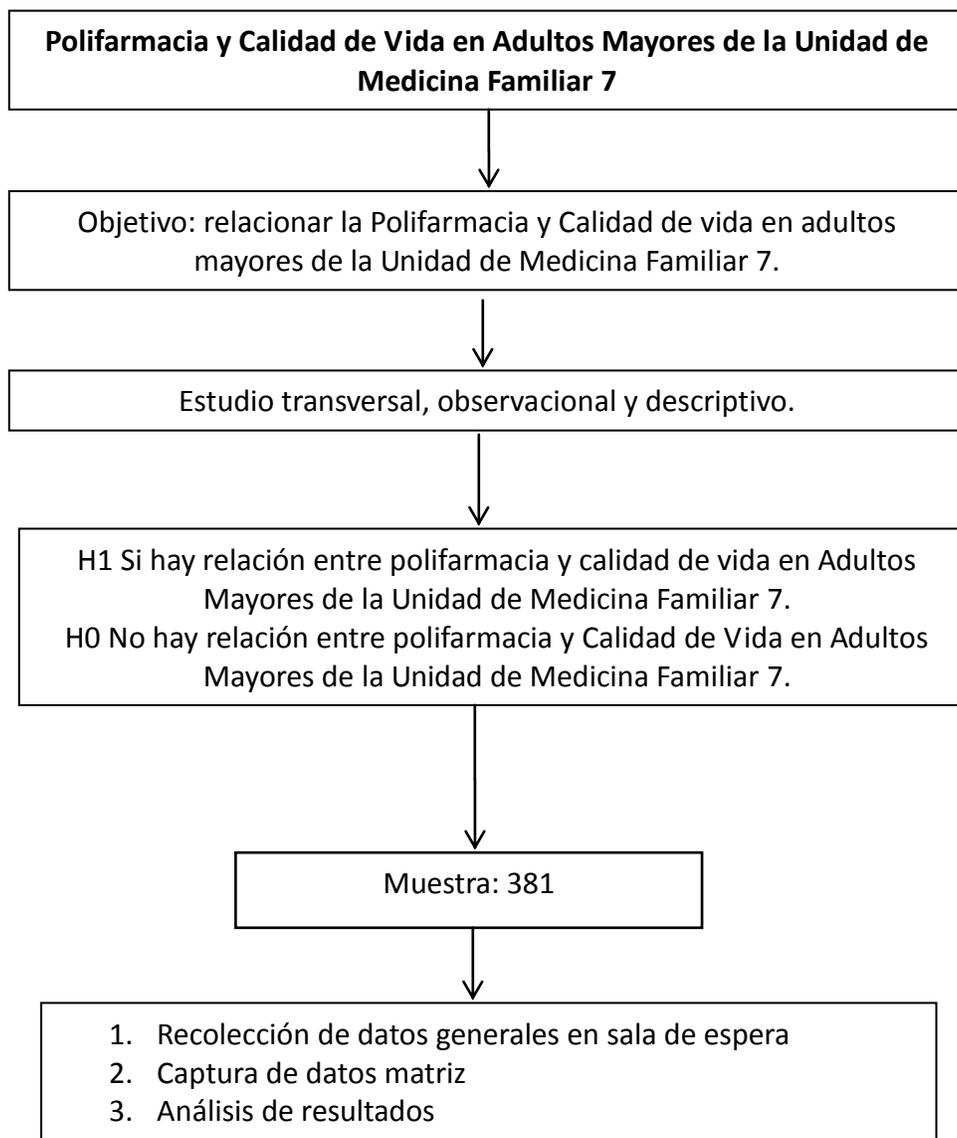
Transversal. Por la medición del fenómeno del tiempo.

Observacional. Por la inferencia del investigador en el fenómeno que se analizó.

Descriptivo. Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.

Prospectivo. Por la captación de información.

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



Elaboró  
Alquicira Blanco Gisela  
Médico residente de tercer año  
Especialización Médica en Medicina Familiar

## **POBLACIÓN LUGAR Y TIEMPO.**

Derechohabientes de ambos sexos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 7 mayores de 60 años y que consuman más de 5 medicamentos en un periodo mayor a 3 meses previos. De julio a diciembre 2019.

## MUESTREO.

### CALCULO DE TAMAÑO DE MUESTRA.

Se realizó mediante la fórmula para población finita, donde:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{[e^2 * (N-1)] + [Z^2 * p * q]}$$

n=muestra

N= población 41, 069.

Z=nivel de confianza                      95%    (1.96)

P=probabilidad de ocurrir                0.5

q=probabilidad de no ocurrir            0.5

e=error de estimación aceptado        5%    (0.05)

La muestra obtenida fue de 381

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN.**

**Criterios de inclusión:** pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 7, de ambos sexos, mayores de 60 años que acepten participar en el estudio con previa autorización con hoja de consentimiento informado y que Utilice 5 o más medicamentos por un periodo previo mayor a 6 meses bajo prescripción del médico familiar.

**Criterios de exclusión:** Pacientes que decidan abandonar el estudio.

## VARIABLES.

### VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de vida relacionada con la salud: Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular.

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Polifarmacia: El consumo de 5 o más fármacos en un periodo mayor a 3 meses previos

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

| Nombre de la variable                           | Definición conceptual  | Definición operativa                | Tipo de variable                      | Indicador  |
|---|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <b>Polifarmacia</b>                             | Prescripción de gran número de medicamentos a un solo paciente, en un periodo mayor a 3 meses. Para este estudio >5            | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal dicotómica</b> | <b>0= No<br/>1= Si</b>   |
| <b>Calidad de vida relacionada con la salud</b> | Evaluación subjetiva del paciente de los dominios de su vida que son percibidos como importantes durante un tiempo particular. | <b>Viñetas COOP/WONCA</b>           | <b>Cualitativa nominal politómica</b> | <b>1= Muy buena<br/>2= Buena<br/>3= Neutral<br/>4= Mala<br/>5=Muy Mala</b> |
| <b>Edad</b>                                     | Tiempo que ha vivido una persona   | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cuantitativa discontinua</b>       | <b>Años respondidos por el paciente</b>                                    |
| <b>Sexo</b>                                     | Condición orgánica, masculina o femenina, de los anima   | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal</b>            | <b>1= Hombre<br/>2=Mujer</b>   |

|                              |   |                                     |                                       |  |
|------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------------------|--|
|                              | les y las plantas.  |                                     |                                       |  |
| <b>Escolaridad</b>           | Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria. | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal politómica</b> | <b>1=Analfabeta<br/>2= primaria<br/>3=secundaria<br/>4=bachillerato o carrera técnica<br/>5=licenciatura</b> |
| <b>Estado civil</b>          | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.                         | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal politómica</b> | <b>1=soltero<br/>2=casado<br/>3=unión libre<br/>4=divorciado<br/>5=viudo</b>                                 |
| <b>Comorbilidad asociada</b> | Coexistencia de dos o más enfermedades en un mismo individuo, generalmente relacionadas.  | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal dicotómica</b> | <b>0= No<br/>1= Si</b>   |
| <b>Automedicación</b>        | Uso de medicamentos que realiza una persona para sí misma sin prescripción médica   | <b>Hoja de recolección de datos</b> | <b>Cualitativa nominal dicotómica</b> | <b>0= No<br/>1= Si</b>   |

## **DISEÑO ESTADÍSTICO.**

Se realizará la medición de la intensidad de variables cualitativas (polifarmacia, calidad de vida, sexo, escolaridad, estado civil, comorbilidad asociada, automedicación), así como la medición de la magnitud de variables cuantitativas (edad), mediante procedimiento simple (Viñetas COOP/WONCA). Así mismo, se realizará el recuento de las mismas de acuerdo a su clasificación correspondiente a las escalas utilizadas en la operacionalización de variables respectivamente. Se elaborarán las tablas y gráficas necesarias que permitan la inspección de los datos. Se realizará la siguiente síntesis de datos, para las variables cualitativas se calculará frecuencia y porcentaje, mientras que para las variables cuantitativas se calcularán medidas de tendencia central y medidas de dispersión; según corresponda cada caso. Finalmente, el análisis de la búsqueda de diferencias estadísticamente significativas se realizará con las medidas de resumen obtenidas así como las fórmulas estadísticas y tablas específicas correspondientes.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

### Hoja de recolección de datos.

### Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  |      |
|---|------|
| Hoja de recolección de datos  |      |
| Folio:  | NSS: |
| Polifarmacia (consumo de más de 5 medicamentos en los últimos 3 meses de manera continua):<br>0)No 1)Si             |      |
| Calidad de vida (responder instrumento del reverso):<br>1)Muy Buena 2)Buena 3)Neutral 4)Mala 5)Muy Mala             |      |
| Edad: años  |      |
| Sexo:<br>1)Hombre 2)Mujer   |      |
| Escolaridad:<br>1)Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Bachillerato o carrera técnica<br>5)Licenciatura             |      |
| Estado civil:<br>1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo  |      |
| Comorbilidad asociada (enfermedades como diabetes, hipertensión, osteoartrosis, enfermedad renal etc):<br>0)No 1)Si |      |
| Automedicación (consumo de medicamentos no prescritos por un médico):<br>0)No 1)Si                                  |      |

# Instrumento de recolección. Viñetas de COOP/WONCA

## Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

Elija la imagen que mejor describa su respuesta a cada pregunta del encabezado tal como se indica.

|   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| <p><b>Forma física</b></p> <p>Durante la 2 últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>  |   | <p><b>Sentimientos</b></p> <p>Durante la 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>                                     |   |   |   |  |
| Muy intensa (por ejemplo corre de prisa)  |    | 1   | Nada, en absoluto   |    | 1 |  |
| Intensa (por ejemplo corre con suavidad)  |    | 2   | Un poco   |    | 2 |  |
| Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)  |    | 3   | Moderadamente   |    | 3 |  |
| Ligera (por ejemplo caminar despacio)   |    | 4   | Bastante  |    | 4 |  |
| Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)  |    | 5   | Intensamente  |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |
| <p><b>Actividades sociales</b></p> <p>¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos, grupos?</p> |   | <p><b>Actividades cotidianas</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p> |   | <p><b>Cambio el estado de salud</b></p> <p>¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?</p> |   |  |
| No, nada, en absoluto   |  | 1   | Ninguna dificultad  |    | 1 |  |
| Ligeramente   |  | 2   | Un poco de dificultad   |    | 2 |  |
| Moderadamente   |  | 3   | Dificultad moderada   |    | 3 |  |
| Bastante  |  | 4   | Mucha dificultad  |    | 4 |  |
| Muchísimo   |  | 5   | Toda, no se ha podido hacer nada  |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |
| <p><b>Estado Salud</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?</p>   |   | <p><b>Dolor</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha soportado?</p>   |   |   |   |  |
| Excelente   |  | 1   | Nada de dolor   |    | 1 |  |
| Muy buena   |  | 2   | Dolor muy leve  |    | 2 |  |
| Buena   |  | 3   | Dolor ligero  |    | 3 |  |
| Regular   |  | 4   | Dolor moderado  |    | 4 |  |
| Mala  |  | 5   | Dolor intenso   |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

1. Se solicitó al servicio de ARIMAC el total de adultos mayores de 60 años adscritos a la unidad para cálculo de la muestra.
2. Se identificó en sala de espera a hombres y mujeres mayores de 60 años con consumo mayor de 5 fármacos los 3 meses previos o más.
3. Previo consentimiento informado se aplicaron viñetas COOP/WONCA y hoja de recolección de datos y se explicaron los resultados obtenidos de las viñetas, resolviendo dudas que tenían los pacientes respecto a los mismos.
4. Se realizó captura de datos en base electrónica.
5. Análisis de resultados mediante programa SPSS.

## **MANIOBRA PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.**

Sesgos debidos al encuestado. La información que proporciona puede ser incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión desconfianza, ignorancia incomprensión o medición incorrecta de parámetros.

Sesgo por olvido. El factor tiempo afecta de manera indistinta los acontecimientos.

Sesgo por subjetividad. Podemos obtener respuestas que no se ajusten a la realidad, cuando una pregunta se ajusta a un periodo de tiempo, si no existen registros obtenemos una respuesta aproximada.

Para evitarlos se realiza un proceso de investigación acucioso y preciso. Algunos sesgos son inevitables pero debemos conocerlos para intentar evitarlos, minimizarlos o corregirlos.

Se utilizan instrumentos de medición válidos y confiables.

Especifico criterios de inclusión y exclusión restrictivos con el objetivo de que los sujetos incluidos sean lo más homogéneos posibles.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

### Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

| Fecha                                      | Enero<br>2019 | Febrero<br>2019 | Marzo<br>2019 | Abril<br>2019 | Mayo<br>2019 | Junio<br>2019 | Julio<br>2019 | Agosto<br>2019 | Septiembre<br>2019 | Octubre<br>2019 | Noviembre<br>2019 | Diciembre<br>2019 |
|--|---------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Titulo                                     |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Planteamiento del problema y marco teórico |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Hipótesis y variables                      |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Objetivos                                  |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Calculo de la muestra                      |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Presentación ante el comité y registro     |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Aplicación de encuesta                     |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Análisis de resultados                     |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Elaboración de conclusiones                |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Presentación de tesis                      |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |

**Realizado**



**Programado**



## **RECURSOS.**

### **MATERIALES.**

1. Computadora.
2. Hojas blancas (1150).
3. Lápices.
4. Impresora.

### **HUMANOS.**

1. Un residente de medicina familiar.
2. Un asesor metodológico.
3. Un asesor clínico con especialidad en Medicina Familiar.

### **FINANCIAMIENTO.**

El presente trabajo no requiere inversión extra. Los consumibles serán aportados por el residente.

## CONSIDERACIONES ÉTICAS.

**DECLARACIÓN DE HELSINKI.** El estudio se ajusta a las normas éticas en la DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18 Asamblea Médica mundial, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre 1983, la 59 Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 y la 64 Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: “El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica”.

El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la Investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la

confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

## **NORMA QUE ESTABLECE LAS DISPOSICIONES PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

Con fundamento en lo dispuesto en la Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y sus reformas cuyo objetivo es promover y propiciar la realización de investigación en salud y seguridad social, para la generación de nuevos conocimientos, para la mejoría de la calidad de la atención que se otorga y para la formación y capacitación del personal. La presente norma es de observancia obligatoria para las y los Investigadores de Tiempo Completo, Investigadoras e Investigadores Clínicos y todo el personal que realice actividades de investigación en salud en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Dirección de Prestaciones Médicas a través de la Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud y de la Coordinación de Investigación en Salud, deberá orientar políticas para coordinar las acciones que, en materia de investigación en salud, se desarrollen en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

La Coordinación de Investigación en Salud establecerá y difundirá los temas prioritarios de investigación en salud de acuerdo a las políticas de la Dirección de Prestaciones Médicas. Supervisará la conducción responsable de los protocolos de investigación en salud y la integridad de la investigación,

## RESULTADOS.

### I. Univariados

1. Se analizó una población de **381** adultos mayores.
2. En la variable **polifarmacia**, el 100% de los pacientes la presentó. Ver tabla 1 y gráfica 1 en anexos.
3. En la variable de **calidad de vida** se encontró una frecuencia de muy buena 4 (1%), buena 89 (23.4%), neutral 234 (61.4%), mala 51 (13.4%), muy mala 3 (0.8%). Ver tabla 2 y gráfica 2 en anexos.
4. Con respecto a la **edad** se encontró una media de 71.25 años (D.E. 7.38), mediana de 71 años, moda de 60 años. Así como valor mínimo de 60 años y valor máximo de 93 años. Ver tabla 3 y gráfica 3 en anexos.
5. En la variable de **sexo** se observó una frecuencia de hombres 151 (39.6%) y de mujeres 230 (60.4%). Ver tabla 4 y gráfica 4 en anexos.
6. En la variable **escolaridad** se observó una frecuencia de analfabeta 50 (13.1%), primaria 149 (39.1%), secundaria 100 (26.2%), bachillerato (37%), licenciatura 45 (11.8). Ver tabla 5 y gráfica 5 en anexos.
7. En la variable **estado civil** se encontró una frecuencia de soltero 43 (11.3%), casado 214 (56.2%), unión libre 27 (7.1%), divorciado 13 (3.4%), viudo 84 (22%). Ver tabla 6 y gráfica 6 en anexos.
8. En la variable **comorbilidad asociada** el 100% de los pacientes la presentó. Ver tabla 7 y gráfica 7 en anexos.
9. En la variable **automedicación** se observó una frecuencia de no 341 (89.5%) y si 40 (10.5%). Ver tabla 8 y gráfica 8 en anexos.

## **CONCLUSIONES.**

En la población de 381 adultos mayores el 100% presentó polifarmacia así como alguna comorbilidad asociada. Respecto a la calidad de vida lo más frecuente fue neutral en 234 de ellos que representó el 61.4%. La media de edad fue de 71.25 años con una desviación estándar de 7.38 años. Las mujeres representaron el sexo más frecuente con un 60% (230 personas), la primaria representó la escolaridad más frecuente con un 39.1% (149 personas), casado fue el resultado más frecuente de estado civil con un 56.2% (214 personas) y finalmente la no automedicación estuvo presente en el 89.5% de los casos.

## **DISCUSIÓN.**

En cuanto a calidad de vida, este estudio coincide con el de Solís 2014, en que el instrumento utilizado por ambas investigaciones fue el mismo. Este instrumento es de fácil aplicación para poblaciones como los adultos mayores y posee adecuada validez. El resultado obtenido se puede explicar ya que de acuerdo al contexto sociocultural de los pacientes, se piensa que a mayor número de medicamentos, su estado de salud y su atención son mejores.

En lo que respecta a la edad, este estudio coincide con el de Santibáñez-Beltrán 2013 en el mayor número de polimedcados en rango de edad. Sin embargo tiene diferencia con el de Hovstadius 2012 quien menciona que la mayor prevalencia se observa en el grupo de edad de mayores de 90 años. Esto se puede explicar ya que en otros países de la comunidad Europea la esperanza de vida es mayor que en nuestro país.

En cuanto al sexo, este estudio coincide con el análisis de Gómez-Dantés 2011, donde la prevalencia de mujeres es mayor que la de hombres en población mexicana. Esto se explica por el incremento en la esperanza de vida y que diversos estudios demuestran que las mujeres toman más medicamentos que los hombres.

En lo que respecta a la escolaridad, según el análisis de Hovstadius 2012 existen resultados conflictivos, ya que algunos autores mencionados en ese análisis afirman que los individuos menos educados tiene riesgo creciente de polifarmacia, mientras que en otros no existe relación entre polifarmacia y nivel educativo.

En cuanto a estado civil, este estudio coincide con el análisis de Martín Pérez 2016. Esto se puede explicar ya que más del 54% de la población mexicana se encuentra casada.

En lo que respecta a comorbilidad asociada este estudio coincide con el análisis de Payne R., 2016 y Hovstadius 2012 ya que todos los pacientes con polifarmacia cuentan con enfermedades crónicas de base y a mayor edad mayor riesgo de presentar enfermedades.

En cuanto a automedicación no se localizaron estudios que relacionaran la automedicación en adultos mayores, ni su relación con la calidad de vida, sin embargo existen datos previos sobre la frecuencia, según Hovstadius B 2012 los medicamentos de venta libre o suplementos no siempre se incluyen en los estudios. La no automedicación se puede explicar ya que todos los pacientes encuestados cuentan con servicio de seguridad social y acuden regularmente a consulta con su Médico Familiar quien lleva a cabo su control.

Tabla 1. Frecuencias y porcentajes según polifarmacia,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |    | Polifarmacia |            |                   |                      |
|--------|----|--------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido |    | Frecuencia   | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|        | Si | 381          | 100.0      | 100.0             | 100.0                |

Gráfica 1. Frecuencias y porcentajes según polifarmacia,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

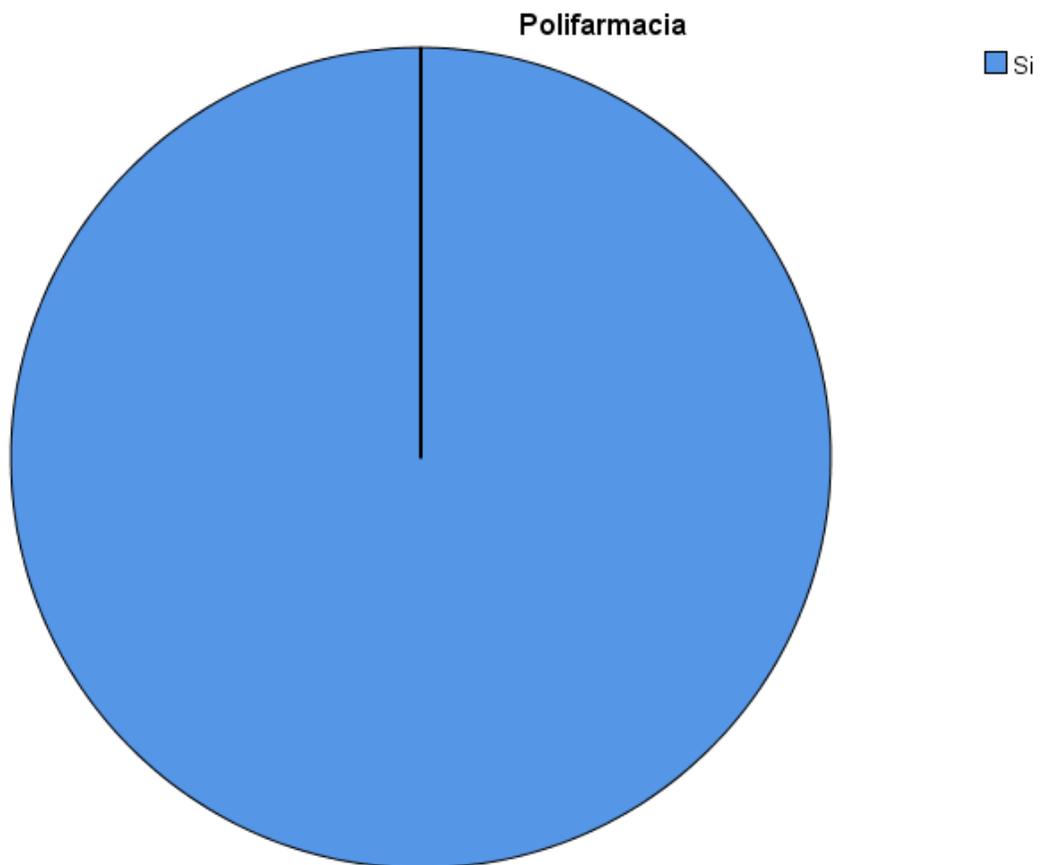


Tabla 2. Frecuencias y porcentajes según calidad de vida,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |           | Calidad de vida |            |                   | Porcentaje acumulado |
|--------|-----------|-----------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |           | Frecuencia      | Porcentaje | Porcentaje válido |                      |
| Válido | Muy buena | 4               | 1.0        | 1.0               | 1.0                  |
|        | Buena     | 89              | 23.4       | 23.4              | 24.4                 |
|        | Neutral   | 234             | 61.4       | 61.4              | 85.8                 |
|        | Mala      | 51              | 13.4       | 13.4              | 99.2                 |
|        | Muy mala  | 3               | .8         | .8                | 100.0                |
|        | Total     | 381             | 100.0      | 100.0             |                      |

Gráfica 2. Frecuencias y porcentajes según calidad de vida,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

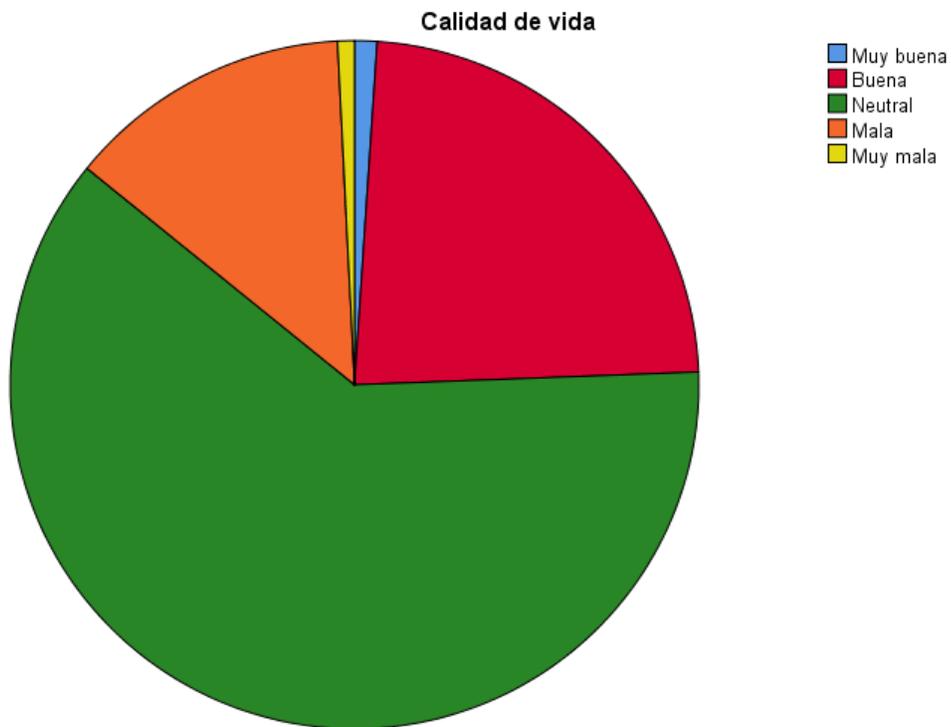


Tabla 3. Medidas de tendencia central y dispersión según edad,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

**Estadísticos**

| Edad             |          |       |
|------------------|----------|-------|
| N                | Válido   | 381   |
|                  | Perdidos | 0     |
| Media            |          | 71.25 |
| Mediana          |          | 71.00 |
| Moda             |          | 60    |
| Desv. Desviación |          | 7.382 |
| Mínimo           |          | 60    |
| Máximo           |          | 93    |

Gráfica 3. Medidas de tendencia central y dispersión según edad,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

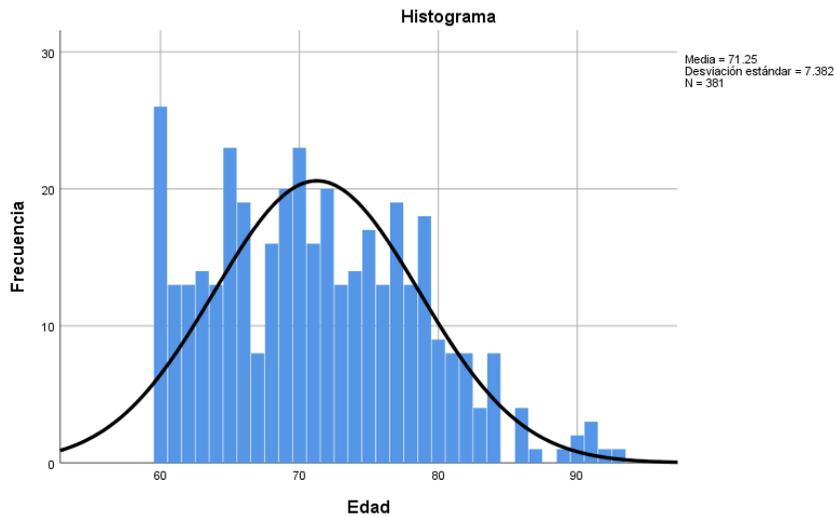


Tabla 4. Frecuencias y porcentajes según sexo,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |        | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|--------|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Hombre | 151        | 39.6       | 39.6              | 39.6                 |
|        | Mujer  | 230        | 60.4       | 60.4              | 100.0                |
|        | Total  | 381        | 100.0      | 100.0             |                      |

Gráfica 4. Frecuencias y porcentajes según sexo,  
consulta externa UMF7, junio 2019.

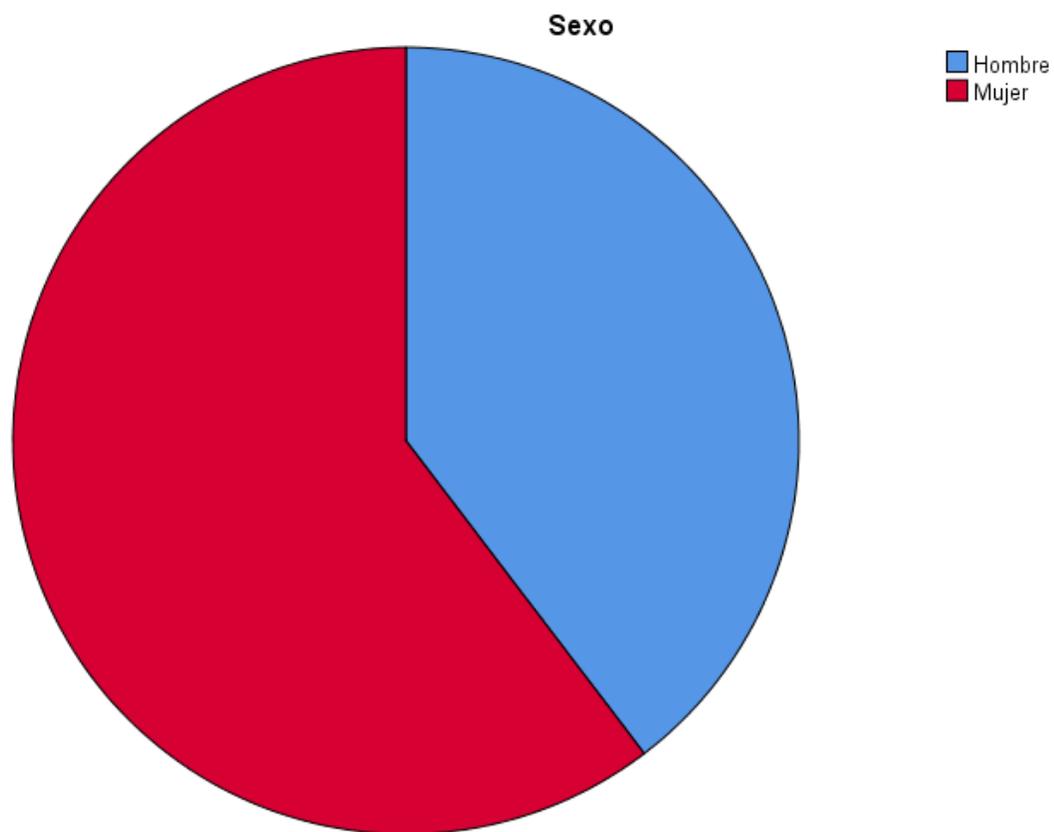


Tabla 5. Frecuencias y porcentajes según escolaridad,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |              | Escolaridad |            |                   |                      |
|--------|--------------|-------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |              | Frecuencia  | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | Analfabeta   | 50          | 13.1       | 13.1              | 13.1                 |
|        | Primaria     | 149         | 39.1       | 39.1              | 52.2                 |
|        | Secundaria   | 100         | 26.2       | 26.2              | 78.5                 |
|        | Bachillerato | 37          | 9.7        | 9.7               | 88.2                 |
|        | Licenciatura | 45          | 11.8       | 11.8              | 100.0                |
|        | Total        | 381         | 100.0      | 100.0             |                      |

Gráfica 5. Frecuencias y porcentajes según escolaridad,  
consulta externa UMF7, junio 2019.

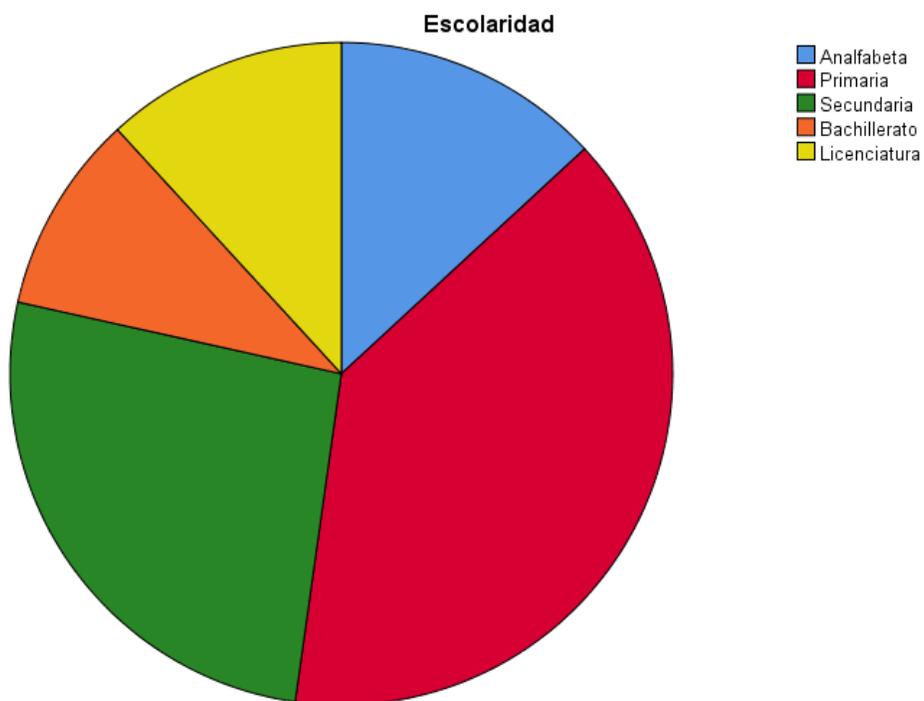


Tabla 6. Frecuencias y porcentajes según estado civil,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |             | Estado civil |            |                   | Porcentaje acumulado |
|--------|-------------|--------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido |             | Frecuencia   | Porcentaje | Porcentaje válido |                      |
|        | Soltero     | 43           | 11.3       | 11.3              | 11.3                 |
|        | Casado      | 214          | 56.2       | 56.2              | 67.5                 |
|        | Unión libre | 27           | 7.1        | 7.1               | 74.5                 |
|        | Divorciado  | 13           | 3.4        | 3.4               | 78.0                 |
|        | Viudo       | 84           | 22.0       | 22.0              | 100.0                |
|        | Total       | 381          | 100.0      | 100.0             |                      |

Gráfica 6. Frecuencias y porcentajes según estado civil,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

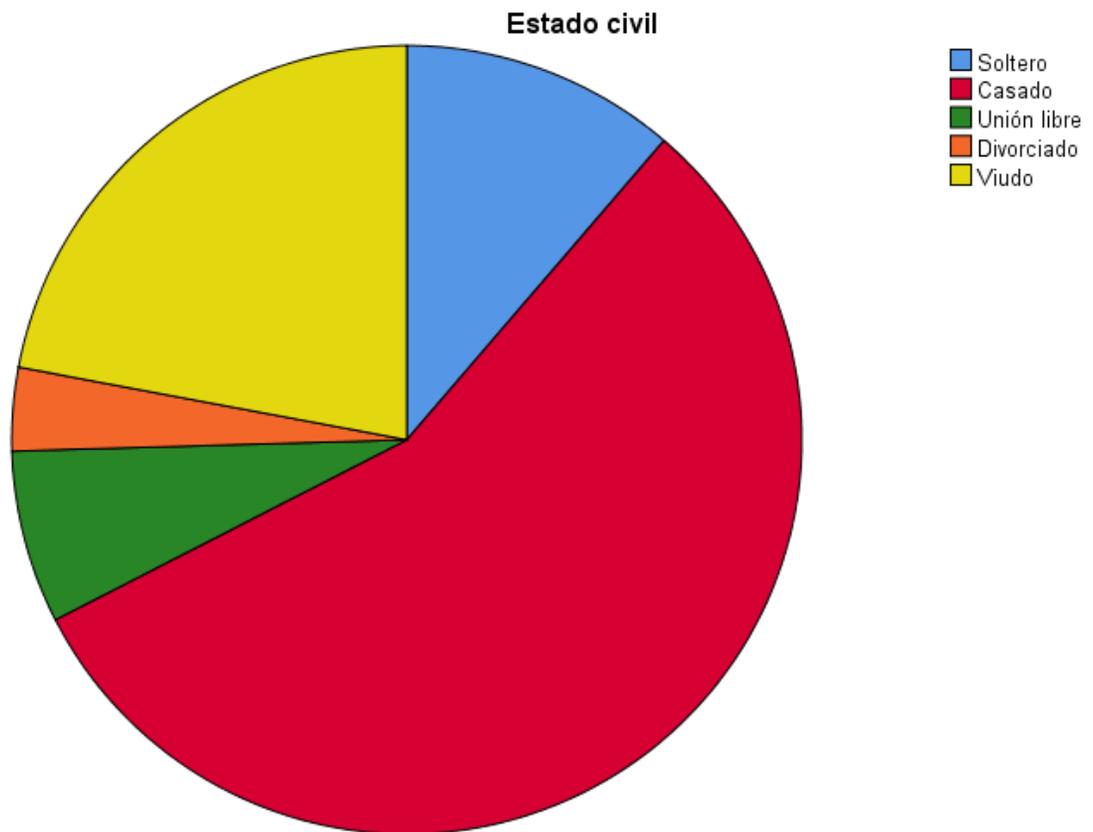


Tabla 7. Frecuencias y porcentajes según comorbilidad asociada,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

**Comorbilidad asociada**

|        |    | Frecuencia | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
|--------|----|------------|------------|-------------------|----------------------|
| Válido | Si | 381        | 100.0      | 100.0             | 100.0                |

Gráfica 7. Frecuencias y porcentajes según comorbilidad asociada,  
consulta externa UMF7, junio 2019.

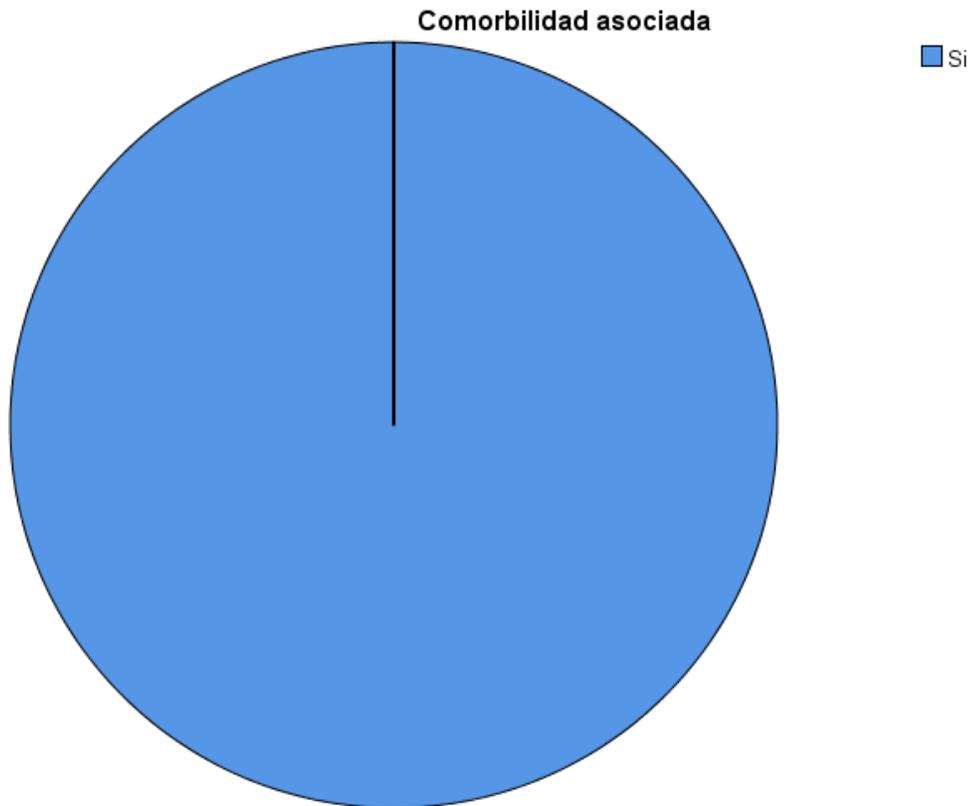
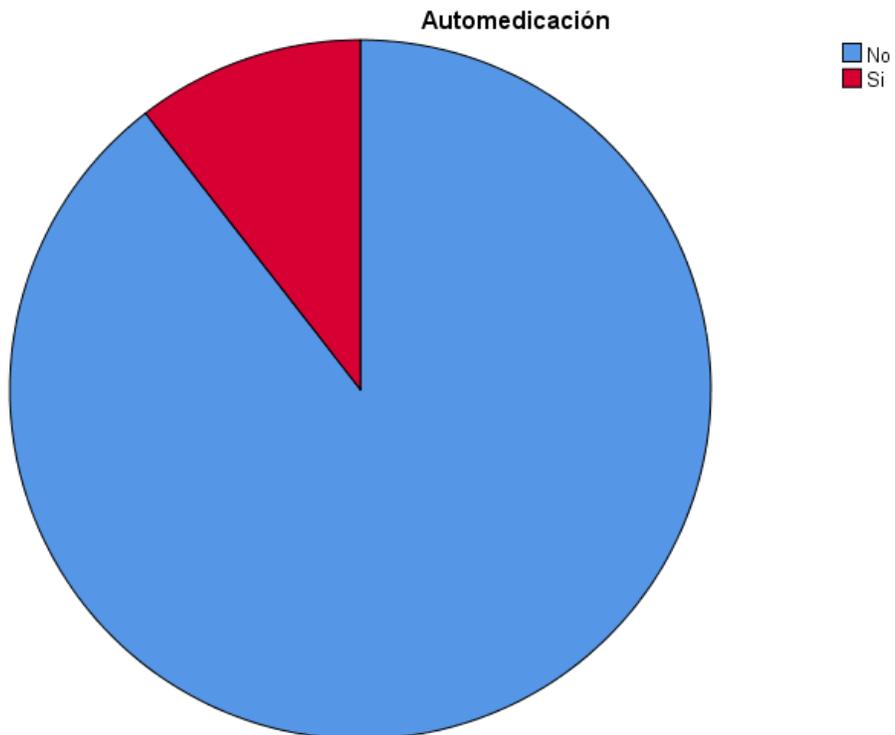


Tabla 8. Frecuencias y porcentajes según automedicación,  
consulta externa UMF 7, junio 2019.

|        |       | <b>Automedicación</b> |            |                   |                      |
|--------|-------|-----------------------|------------|-------------------|----------------------|
|        |       | Frecuencia            | Porcentaje | Porcentaje válido | Porcentaje acumulado |
| Válido | No    | 341                   | 89.5       | 89.5              | 89.5                 |
|        | Si    | 40                    | 10.5       | 10.5              | 100.0                |
|        | Total | 381                   | 100.0      | 100.0             |                      |

Gráfica 8. Frecuencias y porcentajes según automedicación,  
consulta externa UMF7, junio 2019.



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V. The health system of Mexico. *Salud Pública Mex.* 2011; 53(2):220-32.
2. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica.* 2012; 30(1): 61-71.
3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategias de la OPS para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Disponible en: [http://www.paho.org/par/index.php?option=com\\_content&view=articl.1](http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=articl.1) de 3 28/01/2014 13:18].
4. Velarde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex.* 2002; 44(5):448-463.
5. Manterola, D, Urrutia, S. Calidad de vida relacionada con Salud. Una variable resultado a considerar en investigación clínica. *Int. J. Morphol.* 2013. 31(4):1517-1523.
6. Secretaría de Salud. Guía de Práctica clínica Valoración Geriátrica Integral en Unidades de Atención Médica. Guía de referencia rápida. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica CENETEC; 2018.
7. Serra-Urra M, Germán-Meliz J. Caracterización de adultos mayores con polifarmacia evaluados en la consulta de geriatría. *Revista Cubana de Medicina Militar* 2014; 43(3): 285-292.
8. Payne R. The epidemiology of polypharmacy. *Clinical Medicine.* 2016; 16(5): 465-9.
9. Hovstadius B, Göran P. Factors Leading to Excessive Polypharmacy. *Clin Geriatr Med.* 2012; 28(1):159-172.
10. Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica CENETEC; 2010.
11. Martínez-Arroyo JL., Gómez-García A. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor

- hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*. 2014; 150(1):29-38.
12. Santibáñez-Beltrán S, Villarreal-Ríos E. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013; 51 (2):192-9.
  13. Martín-Pérez M, López de Andrés A. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(1):2-8.
  14. Casas-Vásquez P, Ortiz-Saavedra P. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016; 33(2): 335-41.
  15. Ramírez-Duque N, Rivas Cobas E. Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014; 49(6):255–259.
  16. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Instituto Nacional de Salud Pública, 2016.
  17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA3-2012. Prestación de servicios de asistencia social a adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad. *Diario Oficial de la Federación*; 2012.
  18. Instituto para la Atención de los Adultos Mayores de la Ciudad de México. ¿Quién es el adulto mayor? Disponible en: <http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor>
  19. Castañeda-Sánchez O, Valenzuela-García B. Análisis de costos de la polifarmacia en ancianos. *Aten Fam*. 2015; 22(3):72-76.
  20. Lluís Ramos G, González Cabeza Y. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos. *Rev Cubana Farm* 2002; 36(3):170-5.
  21. Área de Información Médica y Archivo Clínico de la UMF 7.

22. Pappalardo A, Grazia Chisari C, Montanari E. The clinical value of Coop/Wonca charts in assessment of HRQoL in a large cohort of relapsing-remitting multiple sclerosis patients: Results of a multicenter study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*. 2017; 17(1):154–171.
23. Solís Cartas U, Hernández Cuellar M. Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. *Revista Cubana de Reumatología*. 2014; 16(2):76-89.
24. Von Lueder T, Atar D. Comorbities and Polypharmacy. *Heart Failure Clin*. 2014; 10(1):367-372.
25. Terán-Álvarez L, González García M. Prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores grandes polimedicados según criterios de STOPP. *Semergen*. 2016; 42(1):2-10.
26. Gómez-Aguirre N, Caudevilla-Martínez A. Polypathology, polypharmacy, medication régimen complexity and drug therapy appropriateness. *Rev Clin Esp*. 2017; 217(5):289-295.
27. Filomena Pacia J, García Alfaro M. Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria. *Aten Primaria*. 2015; 47(1):38-47.
28. Rochon P, Jurwitz J. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ*. 1997; 315(7115):1096-9.
29. Regueiro M, Mendy N, Cañás M, Farina HO, Nagel P. Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2011; 28(4): 643-647.
30. Ascar G, Hespe C. Relación entre polifarmacia y número de médicos consultados por pacientes ancianos. *Revista Cubana de Farmacia*. 2015; 49(3):491-501.
31. Declaración de Helsinki. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

32. Instituto Mexicano del Seguro Social. Normatividad Institucional. Disponible en:

<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/profesionalesSalud/investigacionSalud/normativaInst/2000-001-009.pdf>

## ANEXOS.

### Anexo 1. Hoja de recolección de datos.

#### Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

| INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL   |      |
|--|------|
| Hoja de recolección de datos   |      |
| Folio:   | NSS: |
| Polifarmacia (consumo de más de 5 medicamentos en los últimos 3 meses de manera continua):<br><br>0)No 1)Si                        |      |
| Calidad de vida (responder instrumento del reverso):<br><br>1)Muy Buena 2)Buena 3)Neutral 4)Mala 5)Muy Mala                        |      |
| Edad:            años  |      |
| Sexo:<br><br>1)Hombre            2)Mujer   |      |
| Escolaridad:<br><br>1)Analfabeta 2)Primaria 3)Secundaria 4)Bachillerato o carrera técnica<br>5)Licenciatura                        |      |
| Estado civil:<br><br>1)Soltero 2)Casado 3)Unión libre 4)Divorciado 5)Viudo   |      |
| Comorbilidad asociada (enfermedades como diabetes, hipertensión, osteoartrosis, enfermedad renal etc):<br><br>0)No            1)Si |      |
| Automedicación (consumo de medicamentos no prescritos por un médico):<br><br>0)No            1)Si                                  |      |

## Anexo 2. Viñetas de COOP/WONCA

### Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

Elija la imagen que mejor describa su respuesta a cada pregunta del encabezado tal como se indica.

|   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| <p><b>Forma física</b></p> <p>Durante la 2 últimas semanas, ¿cuál ha sido la máxima actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?</p>  |   | <p><b>Sentimientos</b></p> <p>Durante la 2 últimas semanas, ¿en qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión irritabilidad o tristeza y desánimo?</p>                                     |   |   |   |  |
| Muy intensa (por ejemplo corre deprisa)   |    | 1   | Nada, en absoluto   |    | 1 |  |
| Intensa (por ejemplo corre con suavidad)  |    | 2   | Un poco   |    | 2 |  |
| Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)  |    | 3   | Moderadamente   |    | 3 |  |
| Ligera (por ejemplo caminar despacio)   |    | 4   | Bastante  |    | 4 |  |
| Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)  |    | 5   | Intensamente  |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |
| <p><b>Actividades sociales</b></p> <p>¿Su salud física y estado emocional han limitado sus actividades sociales con familia, amigos, vecinos, grupos?</p> |   | <p><b>Actividades cotidianas</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánta dificultad ha tenido al realizar actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?</p> |   | <p><b>Cambio el estado de salud</b></p> <p>¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?</p> |   |  |
| No, nada, en absoluto   |  | 1   | Ninguna dificultad  |    | 1 |  |
| Ligeramente   |  | 2   | Un poco de dificultad   |    | 2 |  |
| Moderadamente   |  | 3   | Dificultad moderada   |    | 3 |  |
| Bastante  |  | 4   | Mucha dificultad  |    | 4 |  |
| Muchísimo   |  | 5   | Toda, no se ha podido hacer nada  |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |
| <p><b>Estado Salud</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cómo calificaría su salud en general?</p>   |   | <p><b>Dolor</b></p> <p>Durante las 2 últimas semanas, ¿cuánto dolor ha soportado?</p>   |   |   |   |  |
| Excelente   |  | 1   | Nada de dolor   |    | 1 |  |
| Muy buena   |  | 2   | Dolor muy leve  |    | 2 |  |
| Buena   |  | 3   | Dolor ligero  |    | 3 |  |
| Regular   |  | 4   | Dolor moderado  |    | 4 |  |
| Mala  |  | 5   | Dolor intenso   |    | 5 |  |
| Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995   |   |   | Bartmouth Coop Functional Assessment Charts/WONCA Copyright® Trustees of Dartmouth/Coop Project. 1995 |   |   |  |

### Anexo 3. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

## Polifarmacia y Calidad de Vida en Adultos Mayores de la Unidad de Medicina Familiar 7.

**Autores:** Alquicira Blanco Gisela<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>2</sup>, Navarro Villanueva Daniel Ernesto<sup>3</sup>, Millán-Hernández Manuel<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Residente de la especialidad en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7 IMSS. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar de la Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar, Director Unidad de Medicina Familiar 7. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar, adscrito al Hospital de Psiquiatría con Unidad de Medicina Familiar 10.

| Fecha                                      | Enero<br>2019 | Febrero<br>2019 | Marzo<br>2019 | Abril<br>2019 | Mayo<br>2019 | Junio<br>2019 | Julio<br>2019 | Agosto<br>2019 | Septiembre<br>2019 | Octubre<br>2019 | Noviembre<br>2019 | Diciembre<br>2019 |
|--|---------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|---------------|---------------|----------------|--------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Título                                     | Realizado     |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Planteamiento del problema y marco teórico |               | Realizado       | Realizado     |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Hipótesis y variables                      |               |                 | Realizado     |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Objetivos                                  |               |                 | Realizado     |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Calculo de la muestra                      |               |                 |               | Realizado     |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Presentación ante el comité y registro     |               |                 |               |               | Programado   | Programado    |               |                |                    |                 |                   |                   |
| Aplicación de encuesta                     |               |                 |               |               |              | Programado    | Programado    |                |                    |                 |                   |                   |
| Análisis de resultados                     |               |                 |               |               |              |               |               | Programado     | Programado         | Programado      | Programado        | Programado        |
| Elaboración de conclusiones                |               |                 |               |               |              |               |               | Programado     | Programado         | Programado      | Programado        | Programado        |
| Presentación de tesis                      |               |                 |               |               |              |               |               |                |                    |                 |                   |                   |

**Realizado**



**Programado**



## Anexo 4. HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

|   |  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
|---|--|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|
| Nombre del estudio:   | POLIFARMACIA Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 7.   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Patrocinador externo (si aplica):   | No aplica  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Lugar y fecha:  | Unidad de Medicina Familiar 7 Tlalpan ubicada en Calzada de Tlalpan 422 Colonia Huipulco Alcaldía Tlalpan CDMX, julio diciembre 2019   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Número de registro:   |  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Justificación y objetivo del estudio:   | Ante los cambios en la estructura poblacional es conveniente realizar estudios en el grupo de edad de más de 60 años analizando la polifarmacia y la calidad de vida   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Procedimientos:   | El investigador me ha informado y solicitado mi autorización para realizar la recolección de datos personales mediante hoja correspondiente además de aplicarme un cuestionario relacionado a la calidad de vida   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Posibles riesgos y molestias:   | Se me ha informado que al responder este cuestionario, no tendré molestias por lo que no existe riesgo para mi   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:   | Entiendo que en este momento obtendré información acerca de mi calidad de vida y como se ve o no afectada por la polifarmacia (más de 5 medicamentos) que tomo para mis padecimientos, lo anterior me será explicado por la encuestadora.  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:   | Si se detecta una clasificación mala o muy mala, se me orientara sobre los servicios a los que puedo acudir en la Unidad y el investigador se compromete a informarlo a mi médico familiar, para seguimiento oportuno. Los resultados obtenidos ayudarán a generar evidencia médica sobre las necesidades y promoción de la salud de los actuales y futuros pacientes adultos mayores.   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Participación o retiro:   | Sé que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en que yo lo desee, sin que esto afecte la atención que recibo por parte del investigador responsable y del Instituto  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Privacidad y confidencialidad:  | Se mantendrá total confidencialidad de mi nombre y cualquier otro dato personal sin que esto afecte la atención que recibo por parte del Instituto   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| En caso de colección de material biológico (si aplica):   | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>   | <input type="checkbox"/> | No autoriza que se tome la muestra. | <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. | <input type="checkbox"/> | Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros. |
| <input type="checkbox"/>  | No autoriza que se tome la muestra.  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/>  | Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/>  | Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):   | No aplica  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Beneficios al término del estudio:  | Obtener mayor conocimiento sobre polifarmacia, calidad de vida y las maneras en que puedo prevenir complicaciones de mis enfermedades de base  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:  |  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Investigador Responsable:   | Sandra Vega García. Especialista en Medicina Familiar.<br>Matrícula: 98380884 Lugar de trabajo: Unidad de Medicina Familiar N°7. Consulta externa Adscripción: Delegación Sur, D.F., IMSS Teléfono: 55732211 ext 21478 Fax: sin fax e-mail: dra_svega@hotmail.com  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Colaboradores:  | Alquicira Blanco Gisela, Residente de tercer año Matrícula 97381032, Lugar de Trabajo: U.M.F. N° 7, Adscripción: U.M.F. N° 7; Teléfono 55732211 ext 21478, Fax: Sin Fax; e-mail: alquicirablancog@gmail.com,<br>Manuel Millán Hernández, Especialista en Medicina Familiar, Matrícula: 98374576, Adscripción: Delegación Sur, Ciudad de México, IMSS. Cargo: Asesor Metodológico. Correo electrónico: drmanuelmillan@gmail.com Teléfono 55232300 ext 45172 sin fax. Daniel Ernesto Navarro Villanueva Especialista en medicina Familiar Matrícula 99351468 correo: daniel.navarro@imss.gob.mx teléfono: 55732211 ext 21478 |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:   | Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| <b>Alquicira Blanco Gisela</b>  |  |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| _____<br>Nombre y firma del sujeto  | _____<br>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento   |                          |                                     |                          |  |                          |  |
| Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio |  |                          |                                     |                          |  |                          |  |