



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD**

**“PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE
MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS
STOPP-START EN LA UMF 9 ACAPULCO, GUERRERO, MÉXICO”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. JULIÁN MARTÍNEZ ACATA**

**DIRECTORA DE TESIS
DRA. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA**

**ASESORA DE TESIS
DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES**

**NÚMERO DE REGISTRO:
R-2018-1101-002**

ACAPULCO, GUERRERO, FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
COORDINACION AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9**

**“PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE
MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS
STOPP-START EN LA UMF 9 ACAPULCO, GUERRERO, MÉXICO”**

DIRECTORA DE TESIS

DRA. IRASEMA ISABEL URIBINA ARANDA

TESISTA

DR. JULIÁN MARTÍNEZ ACATA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **1101** con número de registro **17 CI 12 001 131** ante COFEPRIS y número de registro ante **CONBIOÉTICA**,
U MED FAMILIAR NUM 9

FECHA **Lunes, 02 de abril de 2018.**

M.E. IRASEMA ISABEL URBINA ARANDA
PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP-START EN LA UMF 9 ACAPULCO GUERRERO, MEXICO

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-1101-002

ATENTAMENTE


DR. MIRNA MARTÍNEZ ASTUDILO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1101

IMSS
SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

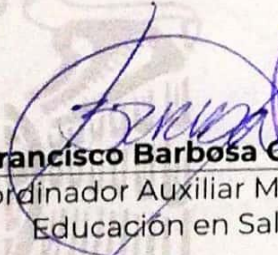
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PREVALENCIA DE PRESCRIPCIÓN INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS
EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP – START EN LA UMF 9
ACAPULCO GUERRERO, MEXICO
No. DE REGISTRO R-2018-1101-002


Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz

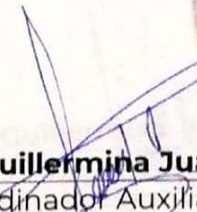
Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Francisco Barbosa Castañeda


Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud




Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud




Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar



**PREVALENCIA DE PRECRIPCIÓN INAPROPIADA DE
MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS
STOPP-START EN LA UMF 9 ACAPULCO, GUERRERO, MÉXICO**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

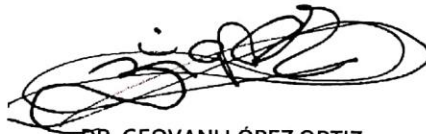
PRESENTA:

DR. JULIÁN MARTÍNEZ ACATA

AUTORIZACIONES



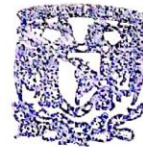
DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios por la vida, la salud y permitirme sonreír ante todos mis logros, que son resultado de su ayuda.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar, creer y anhelar lo mejor para mí, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron.

Gracias a mi esposa, Fany, la mayor motivación, siendo el ingrediente perfecto para poder lograr y alcanzar una meta más juntos, gracias por preocuparte por mí en cada momento. A mis hijos Sebastián, Santiago y Rodrigo, por ser la fuente de mi esfuerzo y el motor de mi vida, los amo.

Gracias a mi coordinador la Dra. Irasema Urbina Aranda por orientarme en la realización de este trabajo.

Gracias a toda mi familia, profesores, amigos y compañeros de especialidad, que integran una parte de mi formación académica, profesional y de amistad.

INDICE

1. RESUMEN.....	8
2. SUMMARY	9
3. MARCO TEORICO	10
4. JUSTIFICACION	23
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
6. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN	25
6.1. OBJETIVO GENERAL	25
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
7. HIPÓTESIS.....	25
8. METODOLOGÍA.....	25
8.1 TIPO DE ESTUDIO.....	25
8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	26
8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA	26
8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	27
8.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
8.6 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	29
8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
8.8 ORGANIZACIÓN DE DATOS	29
8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	30
9. CONSIDERACIONES ETICAS.....	30
10. RESULTADOS.....	31
11. DISCUSIÓN.....	39
12. CONCLUSIONES.....	42
13. RECOMENDACIONES.....	43
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44
15. ANEXOS	50

1. RESUMEN

TITULO

Prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos en adultos mayores según criterios stopp-start en la UMF 9 Acapulco, Guerrero, México

ANTECEDENTES

El adulto mayor cursa con cambios propios del envejecimiento y comorbilidades que requieren manejo por diferentes especialidades, administrando múltiples medicamentos y exponiendo al paciente a efectos secundarios. Además de evaluar la funcionalidad de los adultos mayores, ya que de ello depende la administración correcta de sus tratamientos farmacológicos.

OBJETIVO

Identificar la Prevalencia de Prescripción Inapropiada de Medicamentos en la población adulto mayor según criterios STOPP-START en la UMF 9 Acapulco, Guerrero.

METODOLOGIA

Estudio transversal descriptivo en 237 pacientes mayores de edad adscritos a la UMF No.9 Acapulco. de abril a octubre de 2018, previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado por el paciente. Se identificó la prescripción inapropiada según criterios STOPP-START, polifarmacia y dependencia funcional con el cuestionario de Lawton-Brody.

RESULTADOS

Se analizaron 237 adultos mayores con edad media de 71.24 (± 7.6) años. La prevalencia de prescripción inapropiada es del 51.9%(123). El criterio STOPP más frecuente está relacionado con el uso de benzodiazepinas en un 34.5%, uso de glibenclamida 16.37% y duplicidades con el 14.62%. El 41.4% mostró independencia funcional.

CONCLUSIONES.

La prescripción inadecuada en la población adulto mayor de la UMF 9 es muy alta y está relacionada en frecuencia con la polifarmacia, estando presente el 65.8% de la población de estudio; motivo por el que es importante hacer uso de herramientas para optimizar la prescripción.

PALABRAS CLAVE

Adulto mayor, polifarmacia, criterio STOPP-START, prescripción inapropiada, dependencia.

2. SUMMARY

TITLE

Prevalence of inappropriate prescription of medications in older adults according to stopp-start criteria in UMF 9 Acapulco, Guerrero, Mexico

BACKGROUND

The older adult is associated with aging changes and comorbidities that require management by different specialties, administering multiple medications and exposing the patient to side effects. In addition to assessing the functionality of older adults, since it depends on the correct administration of their pharmacological treatments.

OBJECTIVE

Identify the Prevalence of Inappropriate Prescription of Medicines in the elderly population according to STOPP-START criteria in UMF 9 Acapulco, Guerrero.

METHODOLOGY

Descriptive cross-sectional study in 237 patients of legal age assigned to the UMF No.9 Acapulco. from April to October 2018, with the prior authorization of the Local Health Research Committee and signing of the informed consent letter by the patient. Inappropriate prescription was identified according to STOPP-START criteria, polypharmacy and functional dependence with the Lawton-Brody questionnaire.

RESULTS

237 older adults with a mean age of 71.24 (\pm 7.6) years were analyzed. The prevalence of inappropriate prescription is 51.9% (123). The most frequent STOPP criterion is related to the use of benzodiazepines in 34.5%, use of glibenclamide 16.37% and duplicities with 14.62%. 41.4% showed functional independence.

CONCLUSIONS

The inadequate prescription in the elderly population of the FMU 9 is very high and is frequently related to polypharmacy, with 65.8% of the study population being present; which is why it is important to make use of tools to optimize the prescription.

KEYWORDS

Elderly, polypharmacy, STOPP-START criteria, inappropriate prescription, dependence.

3. MARCO TEORICO

Adultos mayores y envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socio-económicas que tienen unos y otros países ⁽¹⁾.

El envejecimiento es un proceso dinámico, progresivo e irreversible; no significa que el anciano traduzca enfermedad, ello dependerá del estilo de vida, sus hábitos, status socioeconómico, enfermedad subyacente, alimentación, etcétera; lo que determine si nos enfrentamos ante un anciano sano, enfermo o de alto riesgo. Las personas mayores son un grupo heterogéneo de pacientes, en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades para las que se prescribe un elevado número de medicamentos⁽²⁾.

Demografía

Alrededor del 17% de la población española tienen una edad de 65 años o más, estimándose que estos porcentajes se duplicarán en los próximos 40 años⁽³⁾. Se ha estimado que la prevalencia de polimedicación en mayores de 65 años es cercana al 50%, con un consumo promedio de 8 medicamentos por paciente⁽⁴⁾.

La situación demográfica mundial tiende al crecimiento del grupo etáreo que supera los 60 años. En México, la expectativa de vida actual supera los 72 años en ambos sexos. En México de acuerdo a la información sobre proyecciones acerca de la población joven (12 a 29 años de edad) en 2013, que representa cerca de un tercio de la población total del país (32.1%), mientras que la población de 60 años o más actualmente constituye sólo el 9.5 por ciento. Valores que implican que por cada 3.4 jóvenes hay una persona adulta mayor. Hacia el año 2030 esta última relación será de dos a uno (2.1), y se prevé que hacia el 2050 la brecha en la estructura demográfica se cierre, en consecuencia, los porcentajes de ambos grupos serán similares y su relación será prácticamente de uno a uno

(1.1)⁽⁵⁾. En 2040 una cuarta parte del país será de adultos mayores y requerirá mayor inversión en atención de enfermedades comunes de la vejez. Menos muertes, más adultos mayores⁽⁶⁾.

Debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecimiento, es importante garantizar una vida de calidad en esta etapa. Sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada en factores sociales, económicos y personales; sino que también se incluye el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los adultos mayores. Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que, más allá de una necesidad básica, la salud y el acceso a los servicios relacionados con la misma son derechos fundamentales para cualquier persona. De acuerdo a la información de los últimos dos eventos censales, el porcentaje de población de 60 y más años que tiene derecho a servicios de salud se ha incrementado de forma considerable, el porcentaje alcanza 71.4 por ciento. Por lo que los adultos mayores sin derecho a servicios de salud representan a casi 3 de cada 10 personas de este grupo poblacional⁽⁷⁾.

En primer lugar, para la afiliación de la población de adultos mayores destaca el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que atiende a poco más de la mitad de ellos (53.4%), mientras que el Sistema de Protección Social en Salud 15 (SPSS), que actualmente se integra por el Seguro Popular y el Seguro Médico para una Nueva Generación, atiende a 28.1 por ciento. En menor medida, el ISSSTE atiende a 12.8% de adultos mayores del país. En conjunto, estas tres instituciones atienden a casi 95 de cada 100 adultos mayores con acceso a servicios de salud⁽⁷⁾.

Los adultos mayores en la actualidad precisan al menos el 50% del tiempo de los servicios sanitarios de los profesionales en unidades de primer nivel y 62% gasto farmacéutico. Sobre todo, aquellos que presentan síndrome de fragilidad⁽⁸⁾. Reciben un número aumentado de medicamentos y comparados con los más jóvenes estando más expuestos a las reacciones adversas a medicamentos (RAM), definidas por la Organización Mundial de la Salud como cualquier respuesta nociva o indeseable a un fármaco que ocurre a la dosis usualmente

utilizada para profilaxis, diagnóstico y tratamiento de una patología⁽⁹⁾. Con la disminución fisiológica de la función hepática y renal, los pacientes de edad avanzada tienen mayor incidencia de efectos adversos. Del 5-20% de las RAM necesitan hospitalización, y son debidas a interacción fármaco-fármaco⁽¹⁰⁾.

El paciente mayores es especialmente vulnerable a la prescripción inadecuada (PI) de medicamentos por muchas razones en las que se encuentran los cambios fisiológicos asociados con la edad, el diferente comportamiento farmacocinética y farmacodinámico de los medicamentos, la presencia de comorbilidades, la malnutrición y caquexia, la polimedicación, la atención por múltiples especialistas y en diferentes niveles asistenciales, y en algunas características de la interacción con el paciente en el momento de la prescripción^(8,11). La edad del paciente se correlaciona con la probabilidad de padecer enfermedades crónicas coexistentes, conocidas como multimorbilidad, que requieren cuidados altamente complejos centrados en el paciente. Aunque no existe una definición generalmente aceptada de multimorbilidad, es obvio que la coexistencia de varias enfermedades crónicas a menudo afecta la calidad de vida de los pacientes⁽¹²⁾.

Es importante tener en cuenta que uno de los problemas más importantes en la etapa del adulto mayor es la pérdida de las capacidades funcionales, emocionales, cognoscitivas. Conocer el alcance y las circunstancias de la dependencia de los adultos mayores es importante, ya que constituye un indicador de sus condiciones de salud y una forma de analizar el bienestar general de la sociedad⁽¹³⁾. En las personas mayores, se considera que los medicamentos son apropiados cuando tienen una clara indicación basada en la evidencia, son bien tolerados por la mayoría y son coste efectivos⁽¹⁴⁾.

Polifarmacia

Mientras que la polifarmacia se refiere a los medicamentos prescritos, es importante tener en cuenta también la automedicación y suplementos herbarios que frecuentemente son utilizados por el adulto mayor⁽¹⁰⁾. En algunas ocasiones puede ocurrir que se estén usando más medicamentos de los recomendados, ya sea por instrucciones de algún médico o, lo que es más común, por la

automedicación⁽¹⁵⁾. El juicio sobre si se usan muchos medicamentos (polifarmacia adecuada) o demasiados (polifarmacia inapropiada) es difícil. La complejidad de la situación clínica, los atributos de los pacientes y los deseos, y la individualidad de la prescripción para los pacientes de edad avanzada, seguirán siendo un desafío en este sentido⁽¹⁶⁾. El número umbral para definir la polifarmacia ha cambiado con el tiempo, ya que el número concomitante de fármacos usados se ha incrementado constantemente. Los primeros estudios de la polifarmacia se centraron en el uso simultáneo de dos, tres o cuatro medicamentos. Diferentes estudios integran, en general, poblaciones de pacientes polimedcados con medias diarias de 4.2-8 fármacos por paciente⁽¹⁷⁾. Hay que diferenciar de la polimedcación adecuada e inadecuada, es decir, consumo de muchos fármacos, pero todos ellos con indicación clínica, y consumo de más fármacos de los clínicamente necesarios⁽¹⁸⁾. En el año de 1997 se definió polifarmacia menor como el uso de 2 a 4 medicamentos y más de 5 como polifarmacia mayor, esta definición tuvo modificaciones posteriormente, hasta definirse entre cero y 5 medicamentos como no polifarmacia, entre 5 a 10 como polifarmacia y más de 10 como polifarmacia excesiva⁽¹⁹⁾. En México: 98% de los pacientes adultos mayores en un hospital privado presentó al menos 1 síndrome geriátrico en 1er lugar: Polifarmacia, 68.2%. A mayor edad, mayor comorbilidad y mayor número de especialistas sin comunicación entre ellos⁽²⁰⁾.

Criterios START-STOPP

Son varias las herramientas para la clasificación de prescripciones inapropiadas o inadecuadas, casi todos centrados en personas de edad avanzada tal es el caso de los criterios de Beers, la más utilizada en Europa y Norte América y los criterios START-STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) -START (Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment)¹⁹. Los criterios de Beers, ampliamente difundidos entre los clínicos, pretenden reducir el impacto de los problemas relacionados con medicamentos y reacciones adversas en la población anciana. Sin embargo, su uso en Europa es controvertido, porque hasta el 50% de los fármacos que incluyen no están

presentes en los formularios de la mayoría de los países o no están claramente contraindicados y son utilizados en la práctica clínica habitual⁽¹⁸⁾.

Una de las herramientas más usadas en Europa para la detección de la Prescripción Inadecuada son los criterios STOPP/START, propuestos por Gallegher et al. en 2008. Avalados por países europeos y adaptados al contexto español. Se dividen en 2 listas de indicadores: 65 corresponden a fármacos a evitar (STOPP), y 22 que identifican potenciales omisiones (START), según los diferentes escenarios clínicos⁽²¹⁾. Los criterios STOPP-START recopilan los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en las personas de edad avanzada. Recientemente, se ha llevado a cabo una versión actualizada de los criterios STOPP-START debido al cambio en la evidencia científica que sustenta la primera versión, a la autorización de nuevos fármacos desde el 2008 y a la identificación de una lista más amplia de medicamentos considerados potencialmente inapropiados. Incluyen un listado de medicamentos que se deberían suspender (STOPP) o iniciar (START) en función de la situación fisiopatológica del paciente.

Fueron pronto avalados por la Sociedad Europea de Geriátrica publicando una versión en español en el año 2009 lo que ha colaborado en forma significativa a su difusión en los países de habla hispana. Estos criterios describen los errores más comunes de tratamiento y de omisión en la prescripción en adultos mayores, son fáciles de relacionar con el diagnóstico (ya que están agrupados por sistemas fisiológicos) y pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción. Su aporte más novedoso con respecto a los criterios de Beers fue la inclusión de una lista que busca detectar la falta de uso de medicamentos potencialmente indicados (START). La prevalencia de prescripción potencialmente inadecuada (PPI) según estos criterios, varía de acuerdo a la farmacopea de cada área y al ámbito asistencial donde se aplique⁽⁹⁾. La aplicación de esta estrategia pretende contribuir a la creación de una cultura de seguridad⁽⁴⁾.

En este entorno se han publicado recientemente unos nuevos criterios, llamados STOPP-START (Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, i.e. appropriate,

indicated Treatment), nacidos en Irlanda, cuyo desarrollo clínico ha sido asumido por la European Union Geriatric Medicine Society. Estos criterios, organizados por sistemas fisiológicos, pueden ser aplicados rápidamente (en aproximadamente 5 minutos), recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción y son fáciles de relacionar con los diagnósticos activos y la lista de fármacos que aparecen en las historias clínicas informáticas de los pacientes. Constan, en realidad, de dos grupos de criterios: los STOPP (por la palabra inglesa “parar” o “detener”) y los START (por “empezar”). La metodología de desarrollo para el diseño de los criterios STOPP/START, un grupo de investigadores expertos en farmacología geriátrica redactó un borrador inicial mediante recopilación de numerosos ejemplos bien definidos de PI en mayores, ordenados en función de los principales sistemas fisiológicos afectados por determinados fármacos o grupos de fármacos. Estos ejemplos se verificaron utilizando diversas fuentes, incluyendo el vademécum británico (British National Formulary), textos de farmacoterapia geriátrica y una amplia revisión de la literatura médica. El borrador de los criterios fue consensuado inicialmente dentro del grupo investigador irlandés y posteriormente fue distribuido a un panel de 18 expertos en farmacoterapia geriátrica (profesores de geriatría, farmacología y psicogeriatría, médicos de atención primaria y farmacéuticos de hospital expertos en farmacología geriátrica, de Irlanda y Reino Unido) para su validación mediante la técnica de consenso de Delphi. La técnica de Delphi ha sido utilizada ampliamente en investigaciones para la salud en el campo de la evaluación tecnológica, el desarrollo clínico, la educación y la formación. La primera ronda de cuestionarios fue enviada por correo; constaba de 68 criterios STOPP y 22 criterios START. Los criterios STOPP se diseñaron como afirmaciones que describían posibles casos de PI en pacientes mayores de 65 años (p. ejem. “el uso a largo plazo de fármacos neurolépticos en paciente con Parkinson esta desaconsejado debido al riesgo de empeoramiento de los síntomas extrapiramidales”). Los criterios START se presentaron también con escenarios clínicos (p.ej., “debe prescribirse warfarina en pacientes mayores con fibrilación auricular crónica siempre que no existan contraindicaciones”). Todas las

afirmaciones se estructuraron de forma similar para reducir sesgos. A los expertos se les pidió que puntuaran su grado de acuerdo con cada afirmación según una escala de Likert de 5 puntos (que correspondía a los valores 1=muy de acuerdo, 2=de acuerdo, 3=ambivalente, 4=en desacuerdo, 5=muy en desacuerdo, 0=no puedo opinar). Además, se invitó a los expertos a que añadieran sugerencias respecto a la dosis, frecuencia y duración del tratamiento, aportando referencias de relevancia, y que propusieran PI no incluidas en la lista que se les había facilitado. Para cada afirmación se calculó la respuesta media en la escala de Likert y el intervalo de confianza (IC) del 95%. Se aceptaron las afirmaciones con todo el IC<3 y se excluyeron aquellas con todo el IC>3. Cuando el IC incluyó el 3 se reformularon y se incluyeron en la siguiente ronda Delphi. El proceso se completó en dos rondas entre octubre y diciembre de 2006, dado que se obtuvo el consenso suficiente sin necesidad de hacer una tercera ronda. Los criterios se ordenaron en función de los sistemas fisiológicos más relevantes para facilitar su consulta fácilmente, e incluyen criterios específicos respecto a la prescripción de analgésicos, fármacos que pueden afectar a los pacientes mayores propensos a las caídas, y también las duplicidades. Cada criterio STOPP fue acompañado de una explicación concisa de porque su prescripción se considera inadecuada en personas mayores. Se alcanzó consenso con los 22 criterios START y con 65 de los 68 criterios STOPP tras la primera ronda del cuestionario. La mayor parte de las afirmaciones del STOPP constituyen interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad de relevancia clínica. Dos aspectos merecen un comentario especial: las dosis de algunos fármacos y la definición de insuficiencia renal. El panel de expertos acordó que, en la mayoría de los pacientes mayores, la dosis estándar de mantenimiento de digoxina no debería exceder de 125 mg por día, debido a que la filtración glomerular desciende con la edad, aumentando el riesgo de toxicidad. La dosis de mantenimiento de ácido acetil-salicílico no debería exceder de 150 mg por día, debido a la falta de beneficios añadidos y al mayor riesgo de hemorragias a dosis mayores. El panel de expertos coincidió también en que el indicador bioquímico de insuficiencia renal fuera una creatinina sérica

superior a 150 mmol/l (1,69mg/dl) o una tasa de filtración glomerular (GFR) inferior a 50ml/min, basado en las recomendaciones del British National Formulary⁽²²⁾.

Los criterios STOPP constituyen una lista validada de 65 PPI en pacientes mayores, basadas en la evidencia clínica. Reflejan la opinión de un panel multidisciplinar de 18 expertos y tienen en cuenta interacciones fármaco-fármaco y fármaco-enfermedad. Cada criterio va acompañado de una explicación concisa que explica el motivo por el cual la prescripción se considera potencialmente inapropiada (Anexo Tabla 1) ^(22,23).

Los criterios STOPP no están diseñados para capturar todas las situaciones de PI en mayores, ya que constituiría una amplia lista difícil de aplicar regularmente en la práctica diaria. Incluyen las situaciones prevenibles en el día a día, sin embargo, en relación a la aparición de RAM obvias como sangrado debido a anticoagulantes o hipoglucemia por insulina no aparecen reflejadas (Hamilton et al. 2011). Los criterios START constituyen una lista de 22 criterios que reflejan la omisión de prescripción de medicación indicada en el paciente mayor en determinadas situaciones clínicas (Anexo Tabla 12) (Delgado et al., 2009a). Representan un nuevo aspecto en la detección de PI, al detectar fármacos no prescritos con efectos beneficiosos evidentes^(22,23).

El insomnio es el problema de sueño más común en la población general. Con frecuencia se debe a una mala higiene del sueño. El tratamiento habitual es de tipo farmacológico, con benzodiazepinas y antidepresivos. Su uso continuado genera dependencia y tolerancia, además de favorecer la aparición de efectos adversos e interacciones cuando existe polifarmacia⁽²⁴⁾. Esos fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central, como las benzodiazepinas y otros hipnóticos, antidepresivos, neurolépticos, analgésicos opioides, así como los fármacos con acción anticolinérgica y que producen hipotensión son los fármacos que con más frecuencia se han asociado a caídas en personas ancianas^(25,26,27). Otra medicación potencialmente inapropiada reportada tradicionalmente en la literatura, es la sobredosificación de aspirina y el uso a largo plazo de AINE ⁽²⁶⁾. El riesgo de

desarrollar un cuadro de dependencia a las benzodiazepinas (BDZ) en los adultos mayores es multifactorial y guarda una estrecha relación con las variaciones metabólicas de los fármacos en el envejecimiento, el uso concomitante de otros fármacos y con los cambios por neurosenescencia de los sistemas de neurotransmisión. Estos factores pueden incrementar la vida media de las BDZ y condicionar una mayor permanencia de los metabolitos en el organismo, así como una mayor susceptibilidad a los efectos de las BDZ, aun a dosis bajas⁽²⁸⁾.

Dentro la población mayor se ha puesto de manifiesto la existencia de déficit de folato y vitamina B12 (Cobalamina, Cbl) y de niveles altos de homocisteína. Tanto la deficiencia de estas vitaminas como la hiperhomocisteinemia se asocian con el deterioro cognitivo, aumento del riesgo de osteoporosis, la rotura de cadera y riesgo de enfermedades cardiovasculares. Debido al alto número de medicamentos consumidos, no se puede establecer de forma aislada la influencia de estos sobre los niveles patológicos de vitaminas y Homocisteína⁽²⁹⁾.

La elevada prevalencia de ancianos con DM2 en España (por encima del 30% en mayores de 75 años) y la frecuencia con que presentan comorbilidad y polimedicación elevan el interés por conocer la medicación que toman y de la que podrían prescindir (criterios STOPP), y la que no toman, pero necesitarían de no mediar contraindicaciones (criterios START). En estos, con los criterios STOPP se detectaron 7 pacientes que tomaban indebidamente glibenclamida o clorpramida, un paciente tomaba betabloqueantes, aunque padecía hipoglucemias frecuentes (Más de 1 al mes). En cuanto a los criterios START, en 38 pacientes se podría administrar metformina, en ausencia de insuficiencia renal, pero no la recibían y 116 pacientes con uno o más factores de riesgo cardiovascular no recibían estatinas. La aplicación de los criterios START-STOPP es una llamada de atención para que los clínicos agudicen su vigilancia a la hora de tratar convenientemente a pacientes con DM2, muchos de ellos polimedicados⁽³⁰⁾.

En algunos estudios mostraron que los pacientes con estadios avanzados de insuficiencia cardíaca y un pronóstico precario recibieron un número innecesario de tratamientos de profilaxis y un exceso general de medicamentos. La

identificación de estos pacientes antes de la hospitalización y la optimización de la terapia con medicamentos evitarían la prescripción de medicamentos de dudoso valor en semanas o días antes de la muerte, y reducirían la incomodidad y los efectos secundarios del paciente. La dificultad surge cuando el tiempo requerido para obtener un beneficio de estos medicamentos es probablemente más largo que la esperanza de vida del paciente terminal⁽³¹⁾.

Valoración integral del adulto mayor

Es frecuente que el adulto mayor no exprese todos sus malestares por el concepto erróneo de que las alteraciones en su estado de salud son normales debido a su edad, por vergüenza o por el tipo de atención en la consulta clásica, donde cada vez es menor el tiempo del que se dispone para la misma; todo ello dificulta el reconocimiento de diagnósticos. La valoración geriátrica integral (VGI) es un proceso diagnóstico dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades en el adulto mayor para identificar la necesidad de cuidados o tratamientos con el objetivo de mejorar su estado de salud⁽³²⁾.

La valoración geriátrica y dentro de ésta la valoración de la esfera funcional, permite diseñar tratamientos integrales y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de los pacientes⁽³³⁾.

Dependencia funcional

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable y susceptible a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, cuidar de la casa, lavar ropa, usar transporte, ser responsable de su medicación, manejar su economía)⁽³⁴⁾.

En general, 30.9% de los Adultos Mayores presentaron algún grado de dependencia funcional, es decir, tenían dificultad para realizar al menos una de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). La prevalencia de dependencia funcional se incrementó con la edad: 25.2% entre los 70 y 79 años, 38.3% de 80 a 89 años y 52% para la cohorte de nacimiento de mayor edad (90 años y más)⁽³⁵⁾.

La dependencia funcional es la inhabilidad de mantener las habilidades físicas y mentales necesarias para una vida independiente y autónoma⁽³⁶⁾. En 1998, el Consejo de Europa, en su Recomendación no.R (98) 9 el Comité de Ministros de los Estados Miembros definió el concepto de dependencia como la necesidad de ayuda o asistencia importante para realizar las actividades diarias de la vida cotidiana. Se puede definir como el estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de su autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayuda importante para realizar las actividades habituales de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Las claves fundamentales de la dependencia: la existencia de una limitación, la incapacidad para realizar actividades y la necesidad de ayuda⁽¹³⁾.

La polifarmacia, el uso de múltiples medicamentos, cada vez más comunes en los sistemas de salud en el mundo debido a la gestión de muchas enfermedades crónicas, como la hipertensión, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, músculo esquelético y el dolor neuropático a menudo requiere múltiples medicamentos. Además, como más medicamentos se utilizan la adherencia y el cumplimiento de los tratamientos a menudo disminuyen y las interacciones de fármacos y los efectos adversos se vuelven más comunes. Prescripción de regímenes complejos y la resultante la no adherencia puede contribuir potencialmente al control de la enfermedad, hospitalizaciones recurrentes y mayor mortalidad. Así, la polifarmacia es un tema de vital importancia para los pacientes y sus prescriptores⁽³⁷⁾.

En un estudio en España, revelan que prácticamente la mitad de la población en estudio esta tratada con 5 o más medicamentos, el consumo de un número excesivo de medicamentos, además de estar asociado a riesgo a caídas, con lleva a que el paciente no conozca la posología de ellos, con el riesgo de incumplimiento y de errores en la medicación⁽³⁸⁾. La polifarmacia es un problema común en pacientes de edad avanzada. Ninguna herramienta de detección puede reemplazar el conocimiento clínico, la experiencia y el juicio de los profesionales de la salud en la determinación de los medicamentos más apropiados para sus pacientes⁽³⁹⁾. Los criterios START-STOPP constituyen una herramienta fácil de usar para la detección de prescripción inadecuada⁽⁴⁰⁾.

La desprescripción, el proceso sistemático de identificar y disminuir o suspender los medicamentos en pacientes en los cuales los posibles daños superan los posibles beneficios también se ha propuesto como herramienta para reducir la polifarmacia inapropiada^(41,42). En algunos estudios se reportan un beneficio incluyendo en los costos del cuidado de la salud, reducción en la interacción fármaco-fármaco y en prescripción inapropiada de medicamentos, así como mejor adherencia y satisfacción del paciente⁽⁴³⁾.

Escala Lawton y Brody

Se considera que el comportamiento humano varía en el grado de complejidad requerido para funcionar en una variedad de tareas. El nivel más bajo se llama mantenimiento de la vida, seguido de los niveles sucesivamente más complejos de salud funcional, percepción-cognición, auto-mantenimiento físico, auto-mantenimiento instrumental, efectividad (actividad remanente de la motivación para explorar) y comportamiento social. Por lo tanto, el ser humano que funciona puede evaluarse mediante instrumentos de medición diseñados para aprovechar el comportamiento representativo en cada nivel y dentro del rango de competencia apropiado para el individuo⁽⁴⁴⁾.

Esta escala se recomienda para evaluar al adulto mayor que se considera en un nivel de fragilidad, ya sea por alguna enfermedad crónica o porque se encuentra en período de recuperación de inmovilidad. El instrumento incluye actividades como: usar el teléfono, realizar compras, cocinar, cuidar el hogar, lavar ropa, transportarse, tomar medicinas y manejar sus finanzas. Cada actividad se evalúa con una escala ordinal, que va de menor a mayor dificultad para realizarlas y posteriormente se lleva a una escala numérica que va de 1 a 5⁽⁴⁵⁾. El tiempo de administración es corto, unos 5 min. Es administrado por profesionales, con buena confiabilidad y validez para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, especialmente si se utiliza un sistema de puntuación ordinal en lugar del sistema dicótico actualmente en uso⁽⁴⁶⁾.

4. JUSTIFICACION

Este estudio nos brindará las herramientas necesarias para dimensionar el problema de la prescripción inapropiada, polifarmacia, así como conocer el grado de dependencia que sufren nuestros adultos mayores lo cual contribuye a incrementar las complicaciones.

En la UMF 9 no contamos con estudios similares al propuesto por lo que es de suma importancia realizarlo y con los resultados tener un área de oportunidad para intervenir en la reducción de la ingesta de medicamentos que pueden condicionar otras patologías debido a su uso prolongado y/o inadecuado y al mismo tiempo reducir los costos institucionales por prescripción y uso de otros recursos de manera excesiva, lo anterior debido a los efectos adversos que se puedan derivar de dicha práctica.

Partiendo de la evaluación funcional del paciente se pueden implementar estrategias con el propósito de mantener y recuperar la independencia haciendo uso de los programas sociales disponibles en pro de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Al darnos los resultados en el momento de la encuesta se podrán hacer las recomendaciones y canalizar al paciente para la intervención necesaria.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2040 el 25% de la población del país será de adultos mayores y requerirá mayor inversión en atención de enfermedades comunes de la vejez. La prevalencia de polifarmacia se reporta entre el 20 y el 50% en nuestro país, los adultos mayores son el grupo de edad con mayor consumo de fármacos lo cual representa una relación riesgo beneficio desventajosa con eficacia terapéutica disminuida.

El aumento de la expectativa de vida en años trae como consecuencia menos muertes, más adultos mayores. Estos sufren más de una patología o enfermedad crónica no transmisible que los llevan al uso de terapias farmacológicas para cada problema de salud, aunado a la existencia de limitación en las actividades diarias del paciente que se relacionan con el pobre cumplimiento o falta de adherencia a los tratamientos, la polifarmacia y la prescripción inapropiada de medicamentos incrementa el riesgo de hospitalizaciones, efectos adversos, errores de medicación y muerte.

Al conocer los datos que buscamos en ese estudio será posible incidir en el ajuste de la prescripción de los pacientes y al mismo tiempo prevenir el problema en los que aún no lo presentan, hacer uso de los recursos de prestaciones sociales que ayuden en la conservación o recuperación de la independencia de los derechohabientes, así como con la difusión de los resultados al personal de salud invitando a la actualización médica continua en pro de nuestra población.

Por lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos en adultos mayores según criterios STOPP-START en la UMF 9 Acapulco Guerrero, México?

6. OBJETIVO DE INVESTIGACIÓN

6.1. OBJETIVO GENERAL

- Identificar la Prevalencia de Prescripción Inapropiada de Medicamentos en la población adulto mayor, en la UMF no 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estimar la prevalencia de prescripciones inapropiada según los criterios STOPP en adultos mayores de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero.
- Comprobar la prevalencia de polifarmacia de acuerdo a género de los adultos mayores de la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero.
- Determinar la dependencia funcional en la población de adultos mayores en la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero del IMSS.

7. HIPÓTESIS

La prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos de acuerdo a los criterios STOPP-START en la población de adultos mayores de la UMF No. 9 de Acapulco, Guerrero es de más del 40%.

8. METODOLOGÍA

8.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio transversal descriptivo.

8.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

La población blanco fueron los pacientes adultos mayores adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Guerrero. El estudio se realizó desde el mes de abril a octubre de 2018.

8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia.

La muestra calculada fue de 237 pacientes, de ambos sexos, mayores de 60 a 92 años de edad en la consulta externa del turno matutino y vespertino de la UMF 9 Acapulco, Guerrero, México.

TOTAL DE LA POBLACION	35200
Nivel De Confianza o Seguridad ($1-\alpha$)	95 %
Precisión (d)	3 %
Proporción (Valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5 %
Tamaño de Muestra (n)	202
El Tamaño Muestral Ajustado a Perdidas	
Proporción Esperada de Perdidas (R)	15 %
Muestra Ajustada a la Perdidas	237

8.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Edad de 60 a 92 años de edad
- Pacientes ambos géneros
- Ser derechohabientes y estar adscritos a la UMF No. 9 Acapulco, Guerrero.
- Aceptar participar en la investigación mediante consentimiento Informado.

Criterios de exclusión

- Paciente con incapacidad orgánica o física que no pudo contribuir en el estudio (No contestar el cuestionario)
- Pacientes sin vigencia de derecho en el período de estudio
- Pacientes que después de leer el consentimiento informado no aceptaron participar.

Criterios de eliminación

- Pacientes que no completaron las valoraciones

8.5 DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables: Prescripción inapropiada, polifarmacia, edad, sexo, dependencia funcional.

Descripción de variables

VARIABLES	DEFINICION		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Prescripción Inapropiada	Se considera que una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico	Mediante la encuesta sobre la medicación de cada paciente y de acuerdo a los criterios Stopp se identificara la prescripción inadecuada	Cualitativa	1. Si 2. No

Polifarmacia	Es el consumo de más de 5 medicamentos simultáneamente ⁽¹⁹⁾ .	Mediante Interrogatorio y lo asentado en cedula de información se establece como ≤ 5 medicamentos como no polifarmacia, entre 5-10 como polifarmacia y más de 10 como polifarmacia excesiva.	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. No polifarmacia 2. Polifarmacia 3. Polifarmacia excesiva
Dependencia Funcional	La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria	Se obtendrá mediante la implementación de Escala de Lawton y Brody y con resultados de puntuación de 0 (Dependencia total), 1 (Dependencia grave), 2-3 (Dependencia moderada), 4 (Dependencia leve)	Cualitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia total 2. Dependencia grave 3. Dependencia moderada 4. Dependencia leve 5. Independencia
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.	Mediante interrogatorio y revisión de alguna identificación (INE, Cartilla de Salud) se colocara según grupo de edad correspondiente	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. 60 - 75 años 2. 76 – 92 años
Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	Mediante interrogatorio y revisión de alguna identificación (INE, Cartilla de Salud)	Cualitativo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Criterio STOPP	Se considera cuando esté presente en el listado de criterios STOPP establecidos.	Mediante la encuesta sobre la medicación de cada paciente y de acuerdo a los criterios Stopp se identificarán a que sistema pertenecen las prescripción inadecuada.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sist. Cardiovascular 2. Sist. Nervioso Central y Psicofármacos 3. Sist. Gastrointestinal 4. Sist. Respiratorio 5. Sist. Musculo esquelético 6. Sist. Urogenital 7. Sist. Endócrino 8. Fármacos que afectan negativamente a los propenso a

				caerse 9. Analgésicos 10. Duplicidad
--	--	--	--	---

8.6 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se realizó un estudio transversal descriptivo en 237 adultos mayores de 60 a 92 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 de Acapulco, Guerrero. Después de haber explicado ampliamente al paciente en que consiste su participación en el estudio, se le solicitó que firmara una hoja de consentimiento informado, en caso de que no cuente con firma se plasmó su huella digital, posteriormente el encuestador otorgo las encuestas correspondientes que fueron contestadas por el paciente, y en caso de dudas en alguna de las cuestiones por parte del paciente se resolvieron por parte del encuestador. Se aplicó una encuesta para determinar: prescripción inapropiada, polifarmacia, edad, sexo, dependencia funcional, criterios STOPP. Al final de la aplicación de las encuestas se entregó un tríptico al paciente con información relacionada con polifarmacia, prescripción inadecuada y dependencia funcional.

8.7 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se aplicaron 2 herramientas para la obtención de datos; el primero está estructurado para recabar información de variables de identificación, género, número total de medicamentos administrados y tomando en cuenta los criterios STOPP se identificó aquellos que son potencialmente inapropiados. Con la segunda herramienta se valoró la funcionalidad a las actividades instrumentales de la vida diaria mediante la utilización de la escala de Lawton y Brody.

8.8 ORGANIZACIÓN DE DATOS

Estudio transversal descriptivo en 237 pacientes mayores de edad adscritos a la UMF No.9 Acapulco, Guerrero, México. De abril de 2018 a octubre de 2018,

previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado por los pacientes. Primero se identificó si el paciente presenta polifarmacia de acuerdo con los criterios de la OMS, se aplicó la herramienta con los criterios START-STOPP para identificar prescripciones inapropiadas de medicamentos, además se utilizó un cuestionario para la valoración de dependencia funcional a las actividades instrumentales de la vida diaria por medio de la escala de Lawton y Brody.

8.9 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Con la información obtenida se elaboró una base de datos en el programa SSPS versión 22 donde se realizará análisis estadístico obteniendo frecuencias simples, porcentajes y medidas de tendencia central, así como análisis univariado.

9. CONSIDERACIONES ETICAS

La presente investigación se apegó a las normas éticas de la Declaración de Helsinki, la Ley General de Salud y la Normativa vigente en el IMSS para el desarrollo de investigación.

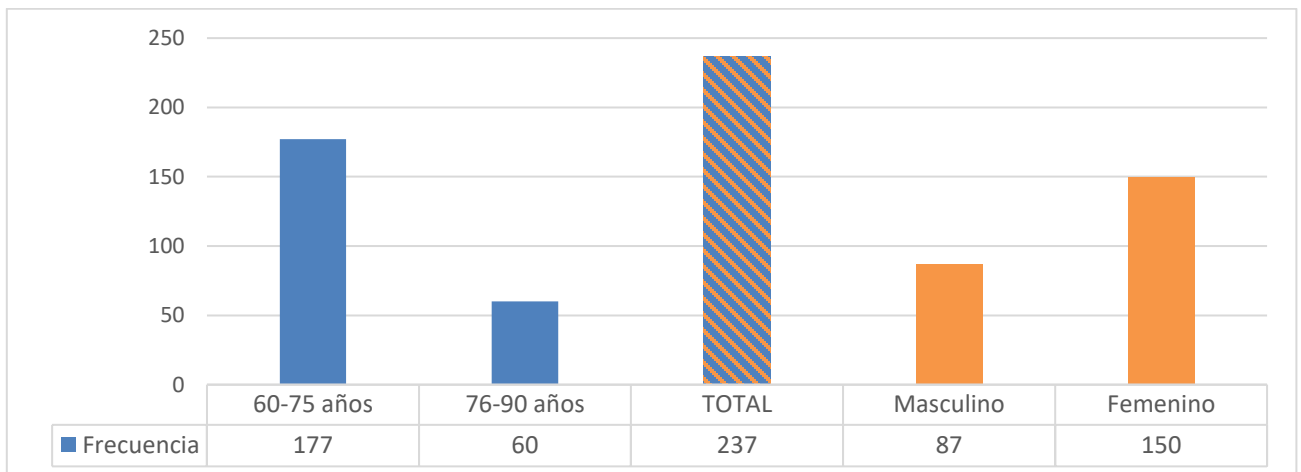
- La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. Se solicitará consentimiento

informado a los derechohabientes que deseen participar, se les informará el objetivo del estudio y se brindará confidencialidad de los resultados.

10. RESULTADOS

Se aplicó un total de 237 encuestas a derechohabientes de ambos sexos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 9 en Acapulco de Juárez, Guerrero, México, que acudieron a la consulta externa en el turno matutino y vespertino, comprendiendo un rango de edad de 60 a 92 años y con base a las medidas de tendencia central para la edad encontramos una media de 71.24 años DE (± 7.6), una mediana de 70 años, una moda de 68 años, un mínimo de 60 y un máximo de 92 años de los cuales la edad más frecuente con un 8.4%(20/237) fueron los 68 años; en cuanto al género hubo predominio por el femenino con un 63.3% (150/237) y el masculino con 36.7% (87/237). El grupo de edad encontramos que el que más predominó fue el comprendido entre la edad de 60 a 75 años representando el 74.7% (177/237), y el grupo de edad de 76-92 años con 25.3% (60/237), durante los meses de abril a octubre de 2018.

Grafica 1. Datos sociodemográficos



Prevalencia de prescripción inapropiada

De acuerdo a los criterios de STOPP que agrupa por sistemas se pudo observar la prevalencia de prescripción inapropiada en el 51.9% (123/237) de la población encuestada y de acuerdo a los sistemas afectados en orden de mayor a menor frecuencia tenemos en primer lugar al sistema nervioso central y psicofármacos representando el 40.9% (70/123), seguido del sistema endocrino con el 16.3% (28/123), la duplicidad de medicamentos con 14.62% (25/123), sistema cardiovascular 13.4% (23/123), gastrointestinal 11.1% (19/123), fármacos a propensos a caerse 1.7% (3/123), musculo esquelético 1.7% (3/123).

Grafica 2. Relación prescripción inapropiada

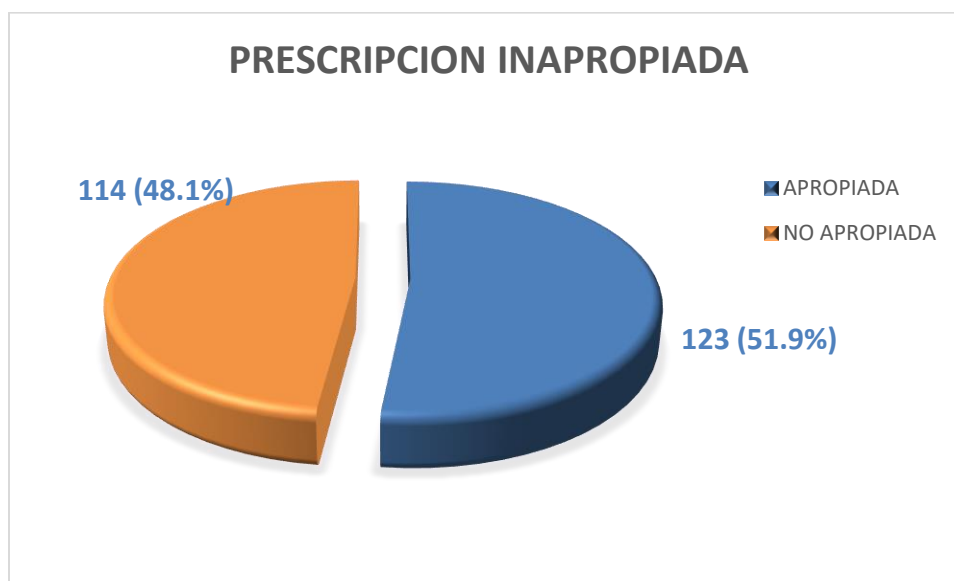


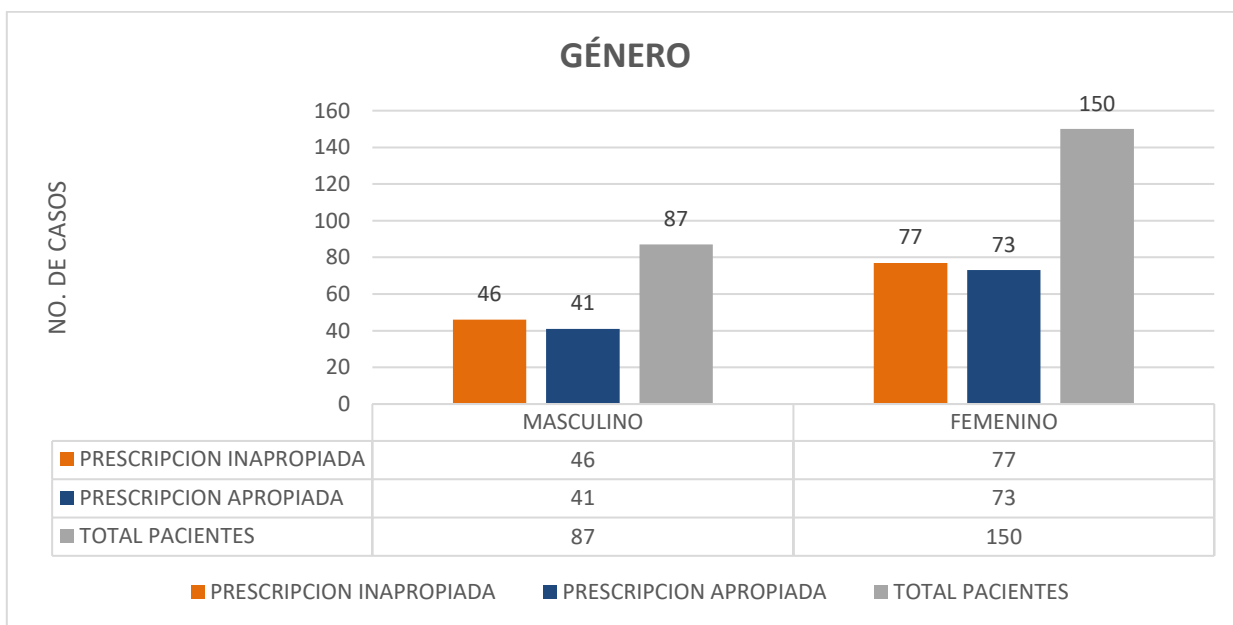
Tabla 1. Prescripción inapropiada distribuida por sistemas

SISTEMA	NO. CASOS	PORCENTAJE (%)
SNC Y PSICOFARMACOS	70	40.9
ENDOCRINO	28	16.3
DUPLICIDAD	25	14.6
CARDIOVASCULAR	23	13.4

GASTROINTESTINAL	19	11.1
FARMACOS A PRONPENSOS A CAERSE	3	1.7
MUSCULOESQUELETICO	3	1.7
ANALGESICOS	0	0
RESPIRATORIO	0	0
UROGENITAL	0	0

La relación que encontramos entre la prescripción inapropiada y el género de los encuestados nos muestran que el género femenino presenta mayor incidencia de prescripción inapropiada con el 62.6% (77/123) y el masculino con 37.3% (46/123).

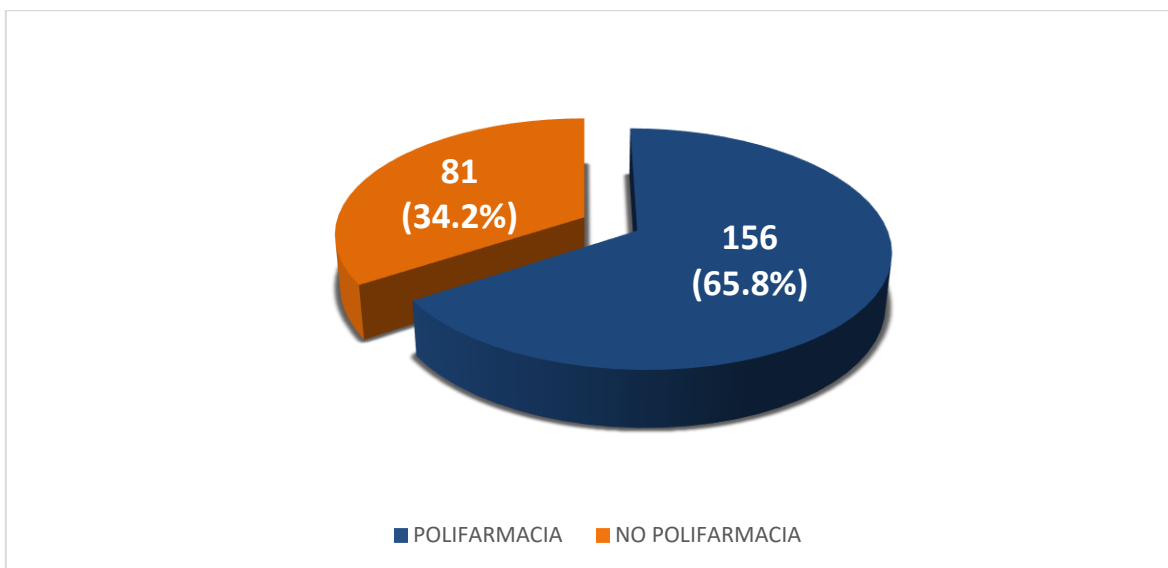
Grafica 3. Relación de prescripción inapropiada y género.



Polifarmacia

La proporción de pacientes con polifarmacia es del 65.8% (156/237) y sin polifarmacia de 34.2% (81/237).

Grafica 4. Proporción de polifarmacia



Del total de pacientes con o sin polifarmacia encontramos la relación de mayor prevalencia la prescripción inapropiada y polifarmacia con un 66.02% (103/156) y de prescripción inapropiada y sin polifarmacia un 33.97% (53/156). Siendo esta una de las causas de la prescripción inapropiada.

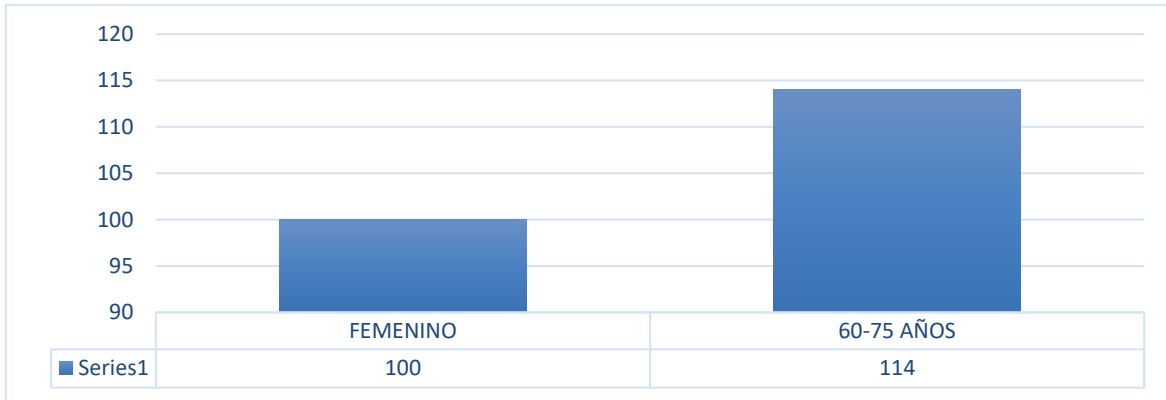
Tabla 2. Relación de polifarmacia y prescripción inapropiada

	POLIFARMACIA	SIN POLIFARMACIA	TOTAL
PRESCRIPCION INAPROPIADA	103 (66.02%)	20 (24.6%)	123
PRESCRIPCION APROPIADA	53 (33.97%)	61 (75.3%)	114
TOTAL PACIENTES	156	81	237

De acuerdo con el género y polifarmacia, el género femenino son las que presentan mayor prevalencia con un 64.1% (100/156), masculino con 35.9 (56/156). La prevalencia de polifarmacia al relacionarla con el grupo de edad

observamos el grupo de 60-75 años con una tasa de 73.1% (114/156), y el grupo de 76-92 años con 26.9% (42/15).

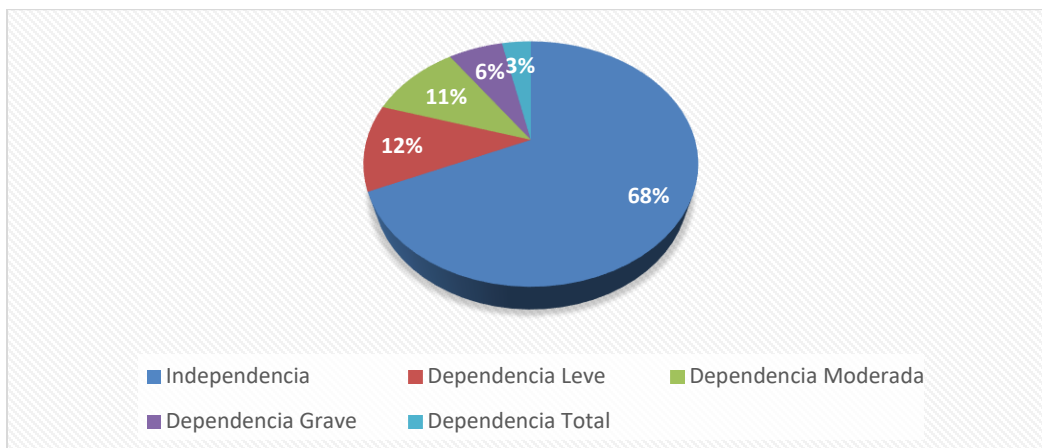
Grafica 5. Frecuencias relación de polifarmacia con género y grupo de edad.



Dependencia Funcional

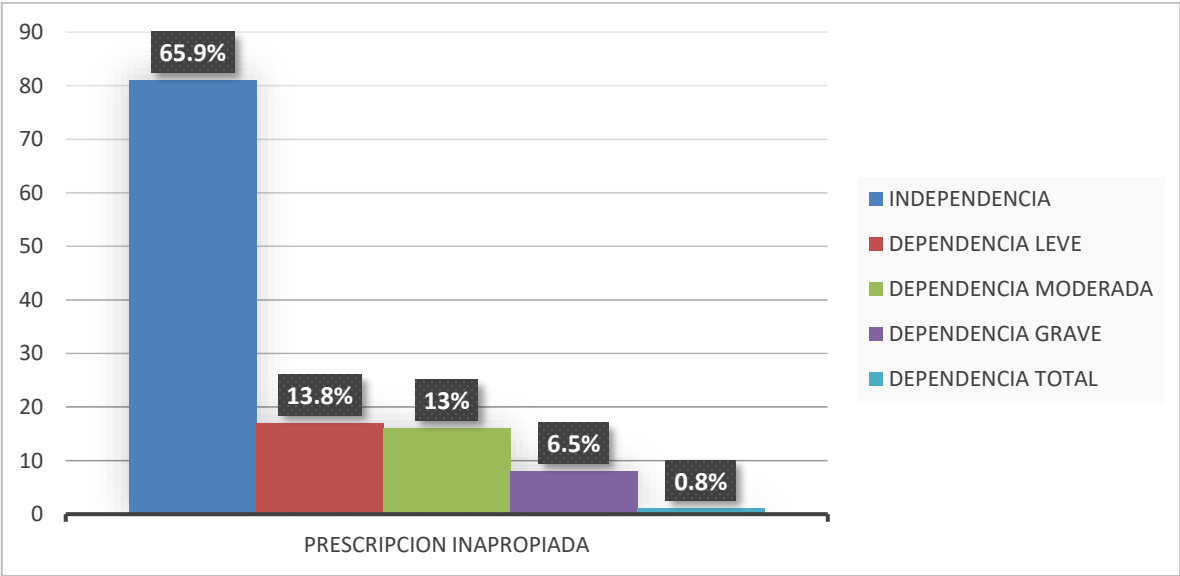
Un factor importante es evaluar la funcionabilidad para las actividades instrumentadas de la vida diaria, ya que nos permite apreciar principalmente el manejo de medicamentos por parte del mismo paciente o si sufre alguna dependencia. Mediante la escala validada de Lawton y Brody, siendo clasificada en 5 niveles, encontramos que en los resultados como la mayor frecuencia la de independencia con un 68.4%, seguida de dependencia leve con 11.4%, posteriormente dependencia moderada un 10.6%, continuando con dependencia grave con 6.3% y por último el 3.4% con dependencia total.

Grafica 4. Dependencia funcional



Del total de paciente que presentaron prescripción inapropiada (123/237), en relación con algún grado de dependencia funcional, encontramos con mayor frecuencia la independencia funcional con el 65.9% (81/123), posteriormente dependencia leve con el 13.8% (17/123), dependencia moderada 13% (16/123), dependencia grave 6.5% (8/123) y por último la dependencia total con 0.8% (1/123).

Grafica 5. Relación entre dependencia funcional y prescripción inapropiada



Criterio STOPP

De acuerdo a la encuesta realizada en los derechohabientes y al confrontarla con los criterios STOPP, tenemos como resultados 16 criterios en total encontrados divididos en los sistemas correspondientes las cuales son las siguientes prescripciones inapropiada.

Tabla 3. Frecuencia de casos por sistema de cuerdo a criterio STOPP

	No. CASOS Y PORCENTAJE
SISTEMA CARDIOVASCULAR	
Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medidas comprensivas son normalmente más apropiadas)	5 (2.9%)
Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota)	1 (0.6%)
Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento)	9 (5.3%)
AAS dosis superiores a 150 mg día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia)	1 (0.6%)
AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicada)	7 (4.1%)
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y PSICOFARMACOS	
ATC con glaucoma (posible exacerbación del glaucoma)	1 (0.6%)
Uso prolongado (por ejemplo más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida larga (como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como diazepam) (riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos de equilibrio, caídas)	59 (34.5%)
Uso prolongado (más de 1 semana) de antihistamínicos de primera generación, por ejemplo difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos)	10 (5.8%)
SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticado)	4 (2.3%)

IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante 8 semanas (está indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico)	14 (8.2%)
Espasmolíticos anticolinérgicos en el estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)	1 (0.6%)
SISTEMA MUSCULOESQUELETICO	
Uso prolongado de AINEs (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor)	2 (1.2%)
AINEs o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol	1 (0.6%)
SISTEMA ENDOCRINO	
Glibenclamida o clorpropamida con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)	28 (16.4%)
FARMACOS PROPENSOS A CAERSE	
Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio)	3 (1.8%)
DUPLICIDAD	
Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase, por ejemplo dos opiáceos, AINEs, ISRS, diuréticos de asa, IECAs simultáneos (debe aproximarse a monoterapia dentro de una sola clase antes de considerarse el cambio a otra clase de fármaco).	25 (14.6%)

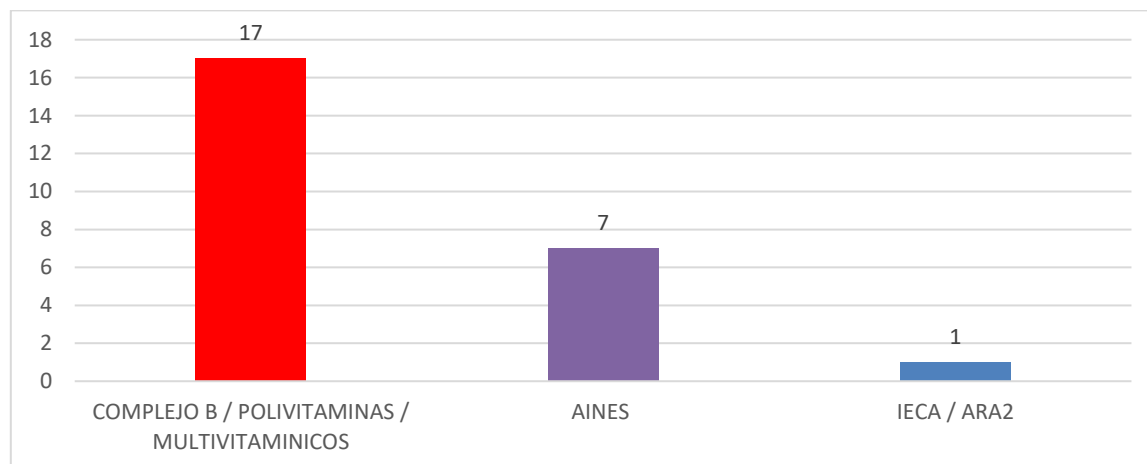
Dentro de los 16 criterios encontrados, tenemos un total de 171 pacientes presentaron alguno de ellos, podemos visualizar la frecuencia de las prescripciones que se realizan en la Unidad de Medicina Familiar No. 9, siendo con mayor frecuencia el uso prolongado de benzodiazepinas con una 34.5% (59/171), siguiendo con uso de glibenclamida con diabetes mellitus 2 con un 16.37% (28/171) y en tercer lugar la duplicidad de medicamentos de la misma

clase con un 14.62% (25/171). En cuanto a duplicidad de medicamentos la prescripción de multivitaminas de la misma clase es la de mayor frecuencia, con un 68% (17/25), seguido de administración de 2 AINES con el 28% (7/25) y por último la administración de antihipertensivos IECA y ARA2 al mismo tiempo con el 4% (1/25).

Tabla 4. Criterio stop de mayor frecuencia

	<i>Uso de Benzodiazepinas</i>	<i>Uso de Glibenclamida en DM2</i>	<i>Duplicidad</i>
<i>Frecuencia</i>	59	28	25
<i>Porcentaje</i>	34.5%	16.37%	14.62%

Grafica 6. Prescripciones con duplicidad



11. DISCUSIÓN

El presente estudio es una muestra que representa la población de adultos mayores que acude a los servicios de salud de la consulta externa tanto del turno matutino y del turno vespertino que brinda la Unidad de Medicina Familiar No. 9 del IMSS en Acapulco de Juárez, Guerrero. La selección para la aplicación del instrumento de recolección de datos se llevó a cabo conforme los derechohabientes fueron asistiendo a las instalaciones de la UMF, tomando siempre en cuenta que fueran adscritos a la misma y que comprendieran el rango de edad que comprendía nuestro estudio que era de mayores de 60 años, así como también cumplir con los criterios de inclusión para el mismo. Al comparar los

resultados en investigaciones de índole nacional e internacional encontramos tal como lo describe Delgado E y cols. estudio realizado en Madrid, España sobre la prescripción de medicamentos en personas mayores nos refieren que la prescripción inapropiada constituye un gran problema de salud pública ocasionando aparición de problemas relacionados con los medicamentos, así como reacciones adversas, por eso la importancia de la realización de este estudio.

Se encontró una importante prevalencia de polifarmacia como factor importante en la presencia de prescripción inadecuada, como lo mencionado por Urfer M y cols realizado en Hospital en Suiza con un total de 900 pacientes, en el interrogatorio de admisión al área de medicina interna el 72% de los pacientes consumen más de 5 medicamentos, presentando el 37% del total de la población estudiada más de una prescripción potencialmente inadecuada, resultados similares obtuvimos en nuestra población de adultos mayores en donde el 65.8% presenta polifarmacia y el 51.9% por lo menos una prescripción inadecuada, esta situación se puede explicar en nuestro medio debido la atención de diferentes especialidades en las cuales cada una de ellas prescribe tratamiento sin revisar la medicación previa, aumentando las reacciones adversas a medicamentos. Al contrario, en lo reportado por Emel y cols donde fue menor la prevalencia de prescripción potencialmente inapropiada con el 25.6%, probablemente debido a que contaban con una media de 3.3 medicamentos (± 2.2) por paciente no existiendo polifarmacia como en nuestro estudio.

A su vez lo detectado por Barris y cols demostraron que los criterios STOPP encontrados fueron el uso prolongado de benzodiazepinas con un 14.4% y uso de glibenclamida en la diabetes mellitus 2 y riesgo de hipoglucemia con 13.3%. En el estudio de Candela Marroquín y cols en Cáceres, España en los que los criterios STOPP más frecuentes fueron la duplicidad de medicamentos (9.76%), uso prolongado de benzodiazepinas (7.22%) y uso de ácido acetilsalicílico sin necesidad de prevención cardiovascular secundaria (7%). En nuestro estudio encontramos datos similares de prescripción inadecuada de acuerdo a criterios

STOPP con la mayor frecuencia la de uso prolongado de benzodiazepinas 34.5%, seguido de uso de glibenclamida en diabetes mellitus 2 y alto riesgo de hipoglucemia 16.37% y en tercer lugar la duplicidad de medicamentos 14.62%. El uso de benzodiazepinas nos da un área de oportunidad para disminuir su prescripción y hacer uso de medidas no farmacológicas, aunque es menor la prevalencia en nuestro medio que en los estudios anteriores esto puede deberse a la falta de información sobre la vida media prolongada, así como tener en cuenta la dependencia que crean y resistencia al cambio por parte de los pacientes, el uso de glibenclamida en nuestros derechohabientes podría ser causado por del cuadro básico de medicamentos utilizado en primer nivel, ya que , así como la duplicidad nos orienta sobre mejorar el interrogatorio dirigido hacia tratamientos utilizados. Esto nos da valiosa información y amplias áreas de oportunidad de mejora respecto a la disminución de polifarmacia, difusión de los criterios STOPP evitando así reacciones adversas a medicamentos dando oportunidad de una mejor calidad de vida, teniendo como principio una valoración geriátrica integral.

De acuerdo a la dependencia funcional para las actividades instrumentadas de la vida diaria encontramos similitudes observadas en un estudio realizado por Zavala y cols en la ciudad de Villahermosa, Tabasco donde se encontró una prevalencia de 62.6% con independencia y 37.4% con dependencia, datos similares encontramos en nuestro estudio con el 68.4% independencia y 31.7% con dependencia de nuestros derechohabientes, es necesario considerar el tamaño de la muestra así como que ha sido seleccionada a conveniencia, pero es una herramienta útil para la realización de estrategias preventivas y desarrollo de futuras investigaciones.

12. CONCLUSIONES

La polifarmacia es el principal factor de riesgo para la presencia de prescripción inapropiada de medicamentos, ante más medicamentos que se consuma por parte del paciente mayor riesgo de alguna reacción adversa a medicamentos. Con la ayuda de la herramienta START-STOPP se identificó que el uso prolongado de benzodiazepinas es la mayor en frecuencia de prescripciones inadecuadas, continuando con el uso de glibenclamida en Diabetes Mellitus y por último la duplicidad de medicamentos.

El género femenino y el grupo de edad de 60-75 años de edad fueron los más afectados, teniendo en cuenta que la mayoría de ellos pudieron acudir a control de enfermedades crónicas no transmisibles por sí mismas, siendo más independientes, así como mayor disponibilidad para el cuidado de su propia salud.

Aunque el grado de dependencia funcional con el que contaban los derechohabientes encuestados es independiente, también es importante señalar que la tercera parte sufre algún grado de dependencia funcional para las actividades instrumentadas que estas se relacionan de cierto modo con la responsabilidad respecto a su medicación.

La utilización de los criterios Stopp para la revisión de la medicación se puede considerar de utilidad para evitar medicamentos inapropiados en los pacientes mayores y en consecuencia para mejorar la seguridad de estos pacientes.

13. RECOMENDACIONES

1. Fomentar la utilización de los criterios STOPP- START en la formación de los estudiantes de medicina en el manejo de la polifarmacia.
2. De manera institucional realizar difusión, capacitación y uso adecuado de herramientas tecnológicas con las que se cuenta, como el uso de la aplicación VIDAL VADEMECUM y mejorar la prescripción.
3. Instruir a médicos tratantes de los diferentes niveles de atención sobre un adecuad interrogatorio sobre la medicación presente, a fin de evitar interacciones o duplicidades de medicamentos.
4. Fomentar en el Médico Familiar como especialista en el primer nivel de atención una valoración geriátrica integral, incluyendo la dependencia funcional y probable polifarmacia a la que este sujeto el adulto mayor, así como poder tener criterio para depurar la polifarmacia en donde la situación se pueda realizar.
5. Difusión en carteles, sesiones académicas, cursos de actualización sobre los Criterios START-STOPP para los médicos tratantes del primer nivel de atención.
6. Hacer uso del apoyo del personal de Enfermería en especial del módulo de Geriatrimss para otorgar en lo posible una mejor calidad de vida al adulto mayor.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Torres Olmedo A. Comportamiento Epidemiológico Del Adulto Mayor Según Su Tipología Familiar [TESIS MAESTRIA]. Universidad de Colima; 2003.
2. Delgado E, Muñoz M, Montero B, et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273-279.
3. Zavala M, Posada S, Cantú R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Archivos de Medicina Familiar. 2010;12(4):116-126.
4. Suárez C. Detección de medicación inapropiada en personas mayores: criterios Stopp.BTA.2012;28(1):1-11. Available from: http://www.cadime.es/docs/bta/CADIME_BTA2012_28_1.pdf
5. Consejo Nacional de Población. La Situación Demográfica de México. Distrito Federal; 2013:12-14.
6. Avila A. Perfiles del adulto mayor dependiente y frágil en México. 3er Congreso Internacional de Enfermería y Envejecimiento [Internet]. Durango; 2014:16. Available from: http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/ensenanza/01_perfiles_AM_dependiente_fragil_mexico.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Perfil sociodemográfico de adultos mayores.: INEGI. 2014;1:2-13.
8. Intituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Referencia Rápida Prescripción Farmacológica razonada para el adulto mayor. Referencia Rapida. GPC. 2015; 1-22.
9. Gallo C, Vilosio J. Actualización de los criterios STOPP-START, una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. Evid Act Pract Ambul 2015;18(4):124-129.

10. Insituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Práctica Clínica Prescripción Farmacológica razonada para el adulto mayor. Evidencias y recomendaciones. GPC. 2015; 1-108.
11. Vélez M. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2017;50(2):89–96.
12. Köberlein J, Gottschall M, Czarnecki K, et al. General practitioners views on polypharmacy and its consequences for patient health care. BMC Family Practice [Internet]. 2013;14(1):2-4. Available from: <https://bmcfampract.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2296-14-119?site=bmcfampract.biomedcentral.com>
13. Oliver A, Navarro E, Meléndez JC, et al. Modelo de ecuaciones estructurales para predecir el bienestar y la dependencia funcional en adultos mayores de la República Dominicana. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(3):189–96.
14. Barris Blundell D. Revisión de medicación según criterios STOPP/START en pacientes mayores del servicio de sistema personalizado de dosificación de medicamentos de una farmacia comunitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2015;7(2):31-36.
15. Pérez A. 10 Hábitos Efectivos para la salud del Adulto Mayor. Primera Edición: 2010; www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/10habitos_2.pdf
16. Cooper J, Cadogan C, Patterson S, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people: a Cochrane systematic review. BMJ Open. 2014;5(12):1-117.
17. Lizano I, Modamio P, Mariño E. Impacto económico de la polimedicación [Internet]. FMC. 2014;21(6):317-318.
18. Gomez A, Periañez L, Galan N, et al. Detección sistemática de prescripciones inapropiadas según criterios STOPP/START. Farmacia

- Hospitalaria. 2012;36(4):305-307.
19. Castro J, Orozco J, Marín D. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. *Risaralda*. 2015; 22(1): 52-57.
 20. Deyta Pantoja A. CONSECUENCIAS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR. En: 3er. Congreso Internacional de Enfermería y Envejecimiento. México Distrito Federal: Instituto Nacional de Geriátrica; 2014. p. 3-30.
 21. Cruz I, Marsal J, Galindo G, et al. Análisis poblacional de la prescripción potencialmente inadecuada en ancianos según criterios STOPP/START (estudio STARTREC). *Atención Primaria*. 2017;49(3):166-176. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.013>
 22. Delgado E, Montero B, Muñoz M, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: Una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015;50(2):89–96.
 23. Muñoz M. CRITERIOS STOPP/START versus CRITERIOS DE BEERS, APLICACIÓN EN DIFERENTES UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN [Doctorado]. Universidad Complutense de Madrid; 2013.
 24. Coronado V, López F, Fernández J. Efectividad del tratamiento no farmacológico para el insomnio crónico de pacientes polimedcados. *SEMERGEN*. 2010;36(5):253-258.
 25. REVISANDO LA MEDICACIÓN EN EL ANCIANO: ¿Qué necesito saber? *INFAC*. 2015;23(2):6-15. http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevime_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20ancia no.pdf
 26. Blanco E, García M, Ocaña R, et al. Assessing Potentially Inappropriate Prescribing in Community-Dwelling Older Patients Using the Updated Version of STOPP-START Criteria: A Comparison of Profiles and

- Prevalences with Respect to the Original Version. PLOS ONE. 2016;11(12):1-10.
27. Bernal Albaga E. Adecuación de la Medicación según los Criterios STOPP/START en el paciente mayor polimedcado [Licenciatura]. Facultad de Farmacia. Universidad de Sevilla; 2016.
 28. Minaya O, Ugalde O, Fresán A. Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. 2009;32(5):405–11.
 29. Albers U, Palacios G, Meléndez A, et al. La polimedcación en mayores institucionalizados; su efecto sobre los niveles de vitamina B12 , folato y homocisteína. 2012;27(1):298–302.
 30. Baquero MJ, Fernández P, Palomo L, et al. Adecuación de la medicación cardiovascular en los diabéticos tipo 2 de Torrejuncillo (Cáceres) según los criterios STOP/STAR. Atención Primaria. 2015;47(1):66–7. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-131742>
 31. Barceló M, Torres O, Ruiz D, et al. Appropriateness of medications prescribed to elderly patients with advanced heart failure and limited life expectancy who died during hospitalization. Drugs and Aging. 2014;31(7):541–6.
 32. Gisela R, Becerra C, Villarreal E, et al. Atención Primaria Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. Atención Primaria [Internet]. 2015;47(6):329–35. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.007>
 33. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clínica. 2011;72(1):11-16.
 34. Jiménez B, Baillet L, Ávalos F, et al. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. Atención Familiar. 2016;23(4):129-133.
 35. Manrique B, Salinas A, Moreno K, et al. Prevalencia de dependencia

funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. 2011;53(1):26–33.

36. Gratão A, Talmelli L, Figueiredo L, et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(1):134-141.
37. Chia C, Hung T, Chia W, et al. Cumulative Cardiovascular Polypharmacy Is Associated With the Risk of Acute Kidney Injury in Elderly Patients. *MD Journal*. 2015;94(31):1–8.
38. Molina T, Camacho OC, Palma D, et al. Prevalencia de polimedicación y riesgo vascular en la población mayor de 65 años. *Atencion Primaria*. 2012;44(4):216–22.
39. Eksíoglu E, Kesíkburun B, Can A, et al. An Interdisciplinary Overview Of START/STOPP Criteria In Elderly Patient's Drug Usage: A Specialist's Perspective. *Turk Geriatri Derg*. 2016;19(3):146-153.
40. Castillo A, Clavería A, Verdejo A, et al. Inappropriate prescribing according to the STOPP/START criteria in older people from a primary care setting. *Eur J Gen Pract*. 2014;20(4):281-289..
41. Urfer M, Elzi L, Dell-Kuster S, et al. Intervention to Improve Appropriate Prescribing and Reduce Polypharmacy in Elderly Patients Admitted to an Internal Medicine Unit. *PLoS ONE* 11(11): e0166359. doi:10.1371/journal.pone.0166359.
42. Sánchez J, González M, Muñoz M, et al. Deprescripción en el paciente polimedicado. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla-La Mancha*. 2015;16(3):1-8.
43. Mcgrath K, Hajjar ER, Kumar C, et al. Deprescribing : A simple method for reducing polypharmacy. *The Journal of Family Practice*. 2017;66(7):436–45.
44. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179–86.

Available from:
http://gerontologist.oxfordjournals.org/cgi/doi/10.1093/geront/9.3_Part_1.179

45. Fernández S, Avilés GP, Castillo M. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 2009;14(4):161–72.
46. Villarejo A, Puertas V. Usefulness of short tests in dementia screening. *Neurología (English Edition)*. 2011;26(7):425-433. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrleng.2010.12.001>

15. ANEXOS

Tabla 1. Criterios STOPP

A. Sistema Cardiovascular
1. Digoxina a dosis superiores a 0,125 mg/día a largo plazo en presencia de insuficiencia renal (Cr sérica > 150 µmol/l o tasa de filtración glomerular < 50 ml/min) (aumento del riesgo de intoxicación)
2. Diuréticos de asa para los edemas maleolares aislados, sin signos clínicos de insuficiencia cardíaca (no hay evidencia de su eficacia; las medidas comprensivas son normalmente más apropiadas)
3. Diuréticos de asa como monoterapia de primera línea en la hipertensión (existen alternativas más seguras y efectivas)
4. Diuréticos tiazídicos con antecedentes de gota (pueden exacerbar la gota)
5. β-bloqueantes no cardioselectivos en EPOC (riesgo de broncoespasmo)
6. β-bloqueantes en combinación con verapamilo (riesgo de bloqueo cardíaco sintomático)
7. Uso de diltiazem o verapamilo en la insuficiencia cardíaca grado III o IV de la New York Heart Association (NYHA) (pueden empeorar la insuficiencia cardíaca)
8. Antagonistas del calcio en el estreñimiento crónico (pueden agravar el estreñimiento)
9. Uso de la combinación AAS y anticoagulantes orales sin antagonistas H2 (excepto cimetidina por su interacción con los anticoagulantes) o Inhibidores de la bomba de protones (IBP) (alto riesgo de hemorragia digestiva)
10. Dipridamol como monoterapia para la prevención cardiovascular secundaria (sin evidencia de eficacia)
11. AAS con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica sin antagonistas H2 o IBP (riesgo de hemorragia)
12. AAS dosis superiores a 150 mg día (aumento del riesgo de sangrado, sin evidencia de una mayor eficacia)
13. AAS sin antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica o un antecedente oclusivo arterial (no indicada)
14. AAS para tratar un mareo no claramente atribuible a enfermedad cerebrovascular (no indicada)
15. Anticoagulantes orales para un primer episodio de trombosis venosa profunda no complicado durante más de 6 meses (no se ha demostrado un beneficio adicional)
16. Anticoagulantes orales para una primera embolia de pulmón no complicada durante más de 12 meses (no se ha demostrado beneficio)
17. AAS, clopidogrel, dipiridamol o anticoagulantes orales con una enfermedad hemorrágica concurrente (alto riesgo de sangrado)
B. SNC y psicofármacos
1. ATC con demencia (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)
2. ATC con glaucoma (posible exacerbación del glaucoma)

3. ATC con trastornos de la conducción cardíaca (efectos pro-arrítmicos)
4. ATC con estreñimiento (probable empeoramiento del estreñimiento)
5. ATC con un opiáceo o un antagonista del calcio (riesgo de estreñimiento grave)
6. ATC con prostatismo o con antecedentes de retención urinaria (riesgo de retención urinaria)
7. Uso prolongado (por ejemplo más de 1 mes) de benzodiazepinas de vida larga (como clordiazepóxido, flurazepam, nitrazepam, clorazepato) o benzodiazepinas con metabolitos de larga acción (como diazepam) (riesgo de sedación prolongada, confusión, trastornos de equilibrio, caídas)
8. Uso prolongado (por ejemplo más de un mes) de neurolépticos como hipnóticos a largo plazo (riesgo de confusión, hipotensión, efectos extrapiramidales, caídas)
9. Uso prolongado de neurolépticos (por ejemplo más de 1 mes) en el parkinsonismo (es probable que empeoren los síntomas extrapiramidales)
10. Fenotiazinas en pacientes con epilepsia (pueden bajar el umbral convulsivo)
11. Anticolinérgicos para tratar los efectos secundarios extrapiramidales de los neurolépticos (riesgo de toxicidad anticolinérgicos)
12. ISRS con antecedentes de hiponatremia clínicamente significativa (hiponatremia inferior a 130mmol/l no iatrogénica en los dos meses anteriores)
13. Uso prolongado (más de 1 semana) de antihistamínicos de primera generación, por ejemplo difenhidramina, clorfeniramina, ciclizina, prometazina (riesgo de sedación y efectos secundarios anticolinérgicos)
C. Sistema gastrointestinal
1. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la diarrea de causa desconocida (riesgo de retraso diagnóstico, pueden agravar un estreñimiento con diarrea por rebosamiento, pueden precipitar un megacolon tóxico en la enfermedad inflamatoria intestinal, pueden retrasar la curación en la gastroenteritis no diagnosticado)
2. Difenoxilato, loperamida o fosfato de codeína para el tratamiento de la gastroenteritis infecciosa grave por ejemplo con diarrea sanguinolenta, fiebre elevada o afectación sistemática grave (riesgo de exacerbación o prolongación de la infección)
3. Proclorperazina o metoclopramida con parkinsonismo (riesgo de agravamiento de parkinsonismo)
4. IBP para la enfermedad ulcerosa péptica a dosis terapéuticas plenas durante 8 semanas (está indicada la suspensión o descenso de dosis más precoz para el tratamiento de mantenimiento de la enfermedad ulcerosa péptica, la esofagitis o la enfermedad por reflujo gastroesofágico)
5. Espasmolíticos anticolinérgicos en el estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)
D. Sistema respiratorio
1. Teofilina como monoterapia en EPOC (existen alternativas más seguras y efectivas, riesgos de efectos adversos por el estrecho índice terapéutico)

2. Corticosteroides sistémicos en lugar de corticosteroides inhalados para el tratamiento de mantenimiento en EPOC moderada-grave (exposición innecesaria a los efectos secundarios a largo plazo de los corticoides sistémicos)
3. Ipratropio inhalado en el glaucoma (puede agravar el glaucoma)
E. Sistema músculo esquelético.
1. AINEs con antecedentes de enfermedad ulcerosa péptica o hemorragia digestiva salvo con uso simultáneo de antagonistas H ₂ , IBP o misoprostol (riesgo de reaparición de la enfermedad ulcerosa)
2. AINEs con hipertensión moderada-grave (moderada: 160/100 mmHg-179/109 mmHg; grave: igual o superior a 180/110 mmHg) (riesgo de empeoramiento de la hipertensión)
3. AINEs con insuficiencia cardiaca (riesgo de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca)
4. Uso prolongado de AINEs (más de 3 meses) para el alivio del dolor articular leve en la artrosis (los analgésicos sencillos son preferibles y normalmente son igual de eficaces para aliviar el dolor)
5. Anticoagulantes orales y AINEs juntos (riesgo de hemorragia digestiva)
6. AINEs con insuficiencia renal crónica (tasa filtración glomerular crónica 20-50 ml/min) (riesgo de deterioro de la función renal)
7. Corticosteroides a largo plazo (más de 3 meses) como monoterapia para la artritis reumatoide o la artrosis (riesgo de efectos secundarios sistémicos mayores de los corticoides)
8. AINEs o colchicina a largo plazo para el tratamiento crónico de la gota cuando no existe contraindicación para el alopurinol (el alopurinol es el fármaco profiláctico de primera línea en la gota)
F. Sistema urogenital
1. Fármacos antimuscarínicos vesicales con demencia (riesgo de mayor confusión y agitación)
2. Fármacos antimuscarínicos vesicales con glaucoma crónico (riesgo de exacerbación aguda de glaucoma)
3. Fármacos antimuscarínicos vesicales con estreñimiento crónico (riesgo de agravamiento del estreñimiento)
4. Fármacos antimuscarínicos vesicales con prostatismo crónico (riesgo de retención urinaria)
5. α -bloqueantes en varones con incontinencia frecuente, por ejemplo uno o más episodios de incontinencia al día (riesgo de polaquiuria y de agravamiento de la incontinencia)
6. α -bloqueantes con sonda vesical permanente, o sonda durante más de dos meses (no indicado)
G. Sistema endocrino
1. Glibenclamida o clorpropamida con diabetes mellitus tipo 2 (riesgo de hipoglucemia prolongada)

2. β -bloqueantes en la diabetes mellitus con frecuentes episodios de hipoglucemia por ejemplo uno o más episodios al mes (riesgo de enmascaramiento de los síntomas de hipoglucemia)
3. Estrógenos con antecedentes de cáncer de mama o tromboembolismo venoso (aumenta el riesgo de recurrencia)
4. Estrógenos sin progestágenos en mujeres con útero intacto (riesgo de cáncer de endometrio)
H. Fármacos que afectan negativamente a los propensos a caerse (1 o más caídas en los últimos tres meses)
1. Benzodiazepinas (sedantes, pueden reducir el sensorio, deterioran el equilibrio)
2. Neurolépticos (pueden causar dispraxia de la marcha, parkinsonismo)
3. Antihistamínicos de primera generación (sedantes, pueden reducir el sensorio)
4. Vasodilatadores de los que se sabe que pueden causar hipotensión en aquellos con hipotensión postural persistente, por ejemplo descenso recurrente superior a 20 mm Hg de la presión sistólica (riesgo de síncope, caídas)
5. Opiáceos a largo plazo en aquéllos con caídas recurrentes (riesgo de somnolencia, hipotensión postural, vértigo)
I. Analgésicos
1. Uso a largo plazo de opiáceos potentes, por ejemplo morfina o fentanilo, como tratamiento de primera línea en el dolor leve a moderado (inobservancia de la escalera analgésica de la OMS)
2. Opiáceos regulares durante más de dos semanas en aquéllos con estreñimiento crónico sin uso simultáneo de laxantes (riesgo de estreñimiento grave)
3. Opiáceos a largo plazo en la demencia, salvo cuando están indicados en cuidados paliativos o parar el manejo de un síndrome doloroso moderado/grave (riesgo de empeoramiento del deterioro cognitivo)
J. Duplicidad
1. Cualquier prescripción regular de dos fármacos de la misma clase, por ejemplo dos opiáceos, AINEs, ISRS, diuréticos de asa, IECAs simultáneos (debe aproximarse a monoterapia dentro de una sola clase antes de considerarse el cambio a otra clase de fármaco). Se excluyen las prescripciones duplicadas de fármacos que pueden precisarse a demanda: por ejemplo β -agonistas inhalados (de larga y corta duración) para el EPOC o el asma, u opiáceos para el manejo del dolor irruptivo

AAS: ácido acetilsalicílico (aspirina); AINE: antiinflamatorios no esteroideos; ATC: antidepresivos tricíclicos; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IBP: inhibidor de la bomba de protones; inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; ISRS: inhibidores selectivos de la receptación de serotonina; NYHA: New York Heart Association; OMS: Organización Mundial de la Salud.

a) STOPP: Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions.

b) Tasa de filtrado glomerular (GFR) estimada: <50ml/min.

c) Tasa de filtrado glomerular (GFR) estimada: 20–50ml/min.

Tabla 2. Criterios START

A. Sistema cardiovascular
1. Anticoagulantes orales en presencia de fibrilación auricular crónica
2. AAS en presencia de fibrilación auricular crónica, cuando los anticoagulantes orales estén contraindicados pero no lo esté AAS
3. AAS o clopidogrel con antecedentes bien documentados de enfermedad arterioesclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica en pacientes en ritmo sinusal
4. Tratamiento antihipertensivo cuando la presión arterial sistólica sea normalmente superior a 160 mmHg
5. Estatinas con antecedentes bien documentados de enfermedad arteriosclerótica coronaria, cerebral o arterial periférica, cuando la situación funcional sea de independencia para las actividades básicas de la vida diaria y la esperanza de vida superior a 5 años
6. IECA en la insuficiencia cardiaca crónica
7. IECA tras un infarto agudo de miocardio
8. β -bloqueantes en la angina crónica estable
B. Sistema respiratorio
1. β_2 agonista o anticolinérgico inhalado pautado en el asma o EPOC leve a moderada
2. Corticosteroide inhalado pautado en el asma o EPOC moderada a grave cuando la fracción de eyección ventricular ¹ es inferior al 50%
3. Oxigenoterapia domiciliaria continua en la insuficiencia respiratoria tipo 1 ($pO_2 < 8,0$ kpa (60mmHg) $pCO_2 < 6,5$ kpa (49 mmHg)) o tipo 2 ($pO_2 < 8,0$ kpa (60 mmHg) $pCO_2 > 6,5$ kpa (49 mmHg)) bien documentada
C. SNC
1. Levodopa en la enfermedad de Parkinson idiopática con deterioro funcional evidente y consecuente discapacidad.
2. Antidepresivos en presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos tres meses
D. Sistema gastrointestinal
1. IBP en la enfermedad por reflujo gastroesofágico grave o la estenosis péptica que precise dilatación
2. Suplemento de fibra en la diverticulosis sintomática crónica con estreñimiento
E. Sistema músculo esquelético
1. Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide moderada a grave activa de más de 12 semanas de duración

2. Bifosfonatos en pacientes que reciben corticosteroides orales a dosis de mantenimiento

3. Suplemento de calcio y vitamina D en pacientes con osteoporosis conocida (evidencia radiológica o fractura por fragilidad previa o cifosis dorsal adquirida)

F. Sistema endocrino

1. Metformina en la diabetes mellitus tipo 2 ± síndrome metabólico (en ausencia de insuficiencia renal (Cr sérica > 150 µmol/l o tasa de filtración glomerular < 50 ml/min))

2. IECA o antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) en la diabetes con nefropatía, por ejemplo proteinuria franca en el sistemático de orina o microalbuminuria (>30 mg/24h) ± insuficiencia renal en la bioquímica

3. Antiagregantes plaquetarios en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular (hipertensión, hipercolesterolemia, consumo de tabaco)

4. Estatinas en la diabetes mellitus si coexisten uno o más factores mayores de riesgo cardiovascular

AAS: ácido acetilsalicílico (aspirina); ARA-2: antagonista del receptor de la angiotensina 2; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEV: volumen espiratorio forzado (forced expiratory volume); IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

a) START: Screening Tool to Alert doctors to Right, i.e. appropriate, indicated Treatments. Versión española preparada por AJ Cruz-Jentoft y B MonteroErrasquin.

b) Tasa de filtrado glomerular (GFR) estimada <50ml/min.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	Prevalencia de prescripción inapropiada de medicamentos en adultos mayores según criterios stopp-start en la UMF 9 Acapulco, Guerrero, México
Patrocinador externo (si aplica):	_____
Lugar y fecha:	Acapulco, Guerrero 2018
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	Identificar la Prevalencia de prescripción impropia de medicamentos en adultos mayores según criterios stopp-start en la UMF 9 Acapulco, Guerrero, México.
Procedimientos:	Se realizará encuesta para la identificación de las prescripción de medicamentos y relacionar con los criterios Start-Stop, así como encuesta de Lawton y Brody para identificar dependencia.
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Orientación sobre los resultados de polifarmacia, canalizar con médico familiar para ajustes de tratamiento, así como si existe dependencia funcional se orientará para la búsqueda y/o fortalecimiento de redes de apoyo enviando a trabajo social.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre los riesgos o efectos adversos a los que se está expuesto, responder a cualquier pregunta y aclarar dudas que se presenten, informar los beneficios y proporcionar un tríptico con información clara acerca de los problemas en estudio
Participación o retiro:	El participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica
Privacidad y confidencialidad:	Los datos de manejaran de manera confidencial
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<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):	_____
Beneficios al término del estudio:	_____
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Irasema Urbina Aranda irasema.urbina@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dr. Julián Martínez Acata nailujmac@gmail.com

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

<p>_____</p> <p>Nombre y firma del sujeto</p> <p>Testigo 1</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>	<p style="text-align: right;">Dr. Martínez Acata Julián. Mat: 99127976</p> <p>_____</p> <p>Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento</p> <p>Testigo 2</p> <p>_____</p> <p>Nombre, dirección, relación y firma</p>
--	--

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

Clave: 2810-009-013

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9 ACAPULCO, GUERRERO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
PREVALENCIA DE PRESCRIPCION INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN
ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP-START EN LA UMF 9
ACAPULCO GUERRERO, MEXICO**



**VALORACION FUNCIONAL
ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA
(ESCALA DE LAWTON Y BRODY)**

A) CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	
UTILIZA EL TELEFONO POR INICIATIVA PROPIA	1
ES CAPAZ DE MARCAR BIEN ALGUNOS NUMEROS FAMILIARES	1
ES CAPAZ DE CONTESTAR EL TELEFONO PERO NO DE MARCAR	1
NO UTILIZA EL TELEFONO	0
B) USA MEDIOS DE TRANSPORTE	
VIAJA SOLO EN TRANSPORTE PUBLICO O USA SU PROPIO COCHE	1
ES CAPAZ DE TOMAR UN TAXI, PERO NO USA OTRO MEDIO DE TRANSPORTE	1
VIAJA EN TRANSPORTE PUBLICO, PERO ACOMPAÑADO DE OTRA PERSONA	1
UTILIZA EL TAXI O AUTOMOVIL CON LA AYUDA DE OTROS O NO VIAJA	0
C) HACER COMPRAS	
REALIZA TODAS SUS COMPRAS EN FORMA INDEPENDIENTE	1
REALIZA INDEPENDIENTEMENTE PEQUEÑAS COMPAS	0
NECESITA IR ACOMPAÑADO PARA REALIZAR CUALQUIER COMPRA	0
TOTALMENTE INCAPAZ DE COMPRAR	0
D) RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACION	
ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACION A LA HORA Y DOSIS CORRECTA	1
TOMA SU MEDICACION SI LA DOSIS ES PREPARADA PREVIAMENTE	0
NO ES CAPAZ DE TOMAR SU MEDICACION	0
E) MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS	
SE ENCARGA DE SUS ASUNTOS ECONOMICOS POR SI SOLO	1
REQUIERE AYUDA PARA REALIZAR COMPRAS, PAGOS EN BANCOS U OTROS SERVICIOS	1
INCAPAZ DE MANEJAR DINERO	0

CALIFICACION

- DEPENDENCIA TOTAL (0)
- DEPENDENCIA GRAVE (1)
- DEPENDENCIA MODERADA (2-3)
- DEPENDENCIA LEVE (4)
- INDEPENDENCIA (5)

TOTAL	
-------	--

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9 ACAPULCO, GUERRERO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**PREVALENCIA DE PRESCRIPCION INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN
ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP-START EN LA UMF 9
ACAPULCO GUERRERO, MEXICO**

NOMBRE: _____ FECHA: _____

EDAD: _____ SEXO: MASCULINO FEMENINO

NO. AFILIACION: _____

DIRECCION:

NUMERO TOTAL DE MEDICAMENTOS QUE TOMA: _____

ENFERMEDADES QUE PADECE Y MEDICAMENTOS QUE TOMA:

COMENTARIOS:

NOMBRE Y FIRMA

PREVALENCIA DE PRESCRIPCION INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CRITERIOS STOPP-START EN LA UMF 9 ACAPULCO GUERRERO, MEXICO

Tríptico informativo

DEPENDENCIA FUNCIONAL

En el adulto mayor, el mejor indicador de salud es su estado funcional, ya que es vulnerable a presentar complicaciones con impacto negativo en sus actividades diarias (usar el teléfono, hacer compras, preparar comida, usar transporte, ser responsable de su medicación, manejar su economía)⁽³⁴⁾.

Para eso es importante fomentar el autocuidado, estructurar adecuadamente las redes de apoyo (familia, amigos, grupos sociales) con las que puede contar.

Promover la actividad intelectual para un envejecimiento exitoso mediante juegos de mesa, grupos de lectura y tratar de realizarlo por lo menos 3 veces a la semana.

Asistir siempre con algún familiar para que le ayude a comprender, aclarar y acatar las indicaciones de su tratamiento.

Indicar en cada consulta que medicamentos esta utilizando, así evitaremos la duplicidad de medicamentos o adecuar un mejor tratamiento.

Hacer uso del programa GERIATRIMSS que nos ayudara a favorecer un envejecimiento saludable.



PRESCRIPCION INAPROPIADA DE MEDICAMENTOS EN ADULTOS MAYORES



ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adultos mayores a quienes tienen una edad igual o mayor de 60 años.

El adulto mayor cursa con cambios propios del envejecimiento requiriendo diversos tratamientos, lo que hace que se receten varios medicamentos, en ocasiones innecesarios, exponiendo al paciente a efectos secundarios.

Se considera que los medicamentos son apropiados cuando tienen una clara indicación y son bien tolerados por la mayoría.



¿QUE ES LA POLIFARMACIA?

Esto se considera cuando se toma más de 5 medicamentos, incluyendo vitaminas, remedios herbolarios y la automedicación.



La polifarmacia puede causar efectos secundarios, interacciones con otros medicamentos por eso es importante identificarla y en su defecto tratar de disminuir el numero de medicamentos innecesarios.



ACCIONES QUE REALIZAR:

- Para disminuir la polifarmacia es importante NO tomar medicamentos o remedios herbolarios que no le ha recetado su Medico Familiar. NO AUTOMEDICARSE.
- Estar pendiente de presentación de alguna reacción adversa o efecto secundario de cualquier medicamento.
- Identificación de todos los medicamentos utilizados y hacerlo saber a su Medico Familiar
- Manténgase activo y evite el consumo de alcohol, tabaco o alguna otra sustancia nociva.
- Reconocimiento de los medicamentos por nombre y no por color.