

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE"
DELEGACIÓN 1 NOROESTE DEL DF

NIVEL DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA POLIFARMACIA
EN PACIENTES GERONTO-GERIÁTRICOS EN LA UMF No. 2 "JUANA DE
ASBAJE"

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ARCELIA JULIETA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

MÉXICO, DF

2005

m343791



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**NIVEL DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA POLIFARMACIA
EN PACIENTES GERONTO-GERIÁTRICOS EN LA UMF No. 2 "JUANA DE
ASBAJE"**

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

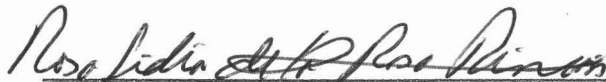
PRESENTA

DRA. ARCELIA JULIETA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

AUTORIZACIONES



DRA. MARIA DE LA LUZ IBARRA CHÁVEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2 "JUANA DE ASBAJE"



DRA. ROSA LIDIA DE LA ROSA RINCÓN
ASESOR METODOLOGICO Y TEMA DE TESIS
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.



DRA. ROSA LIDIA DE LA ROSA RINCÓN
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.


**NIVEL DE CALIDAD EN LA PRESCRIPCIÓN DE LA POLIFARMACIA
EN PACIENTES GERONTO-GERIÁTRICOS EN LA UMF No. 2 "JUANA DE
ASBAJE"**

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


PRESENTA

DRA. ARCELIA JULIETA SÁNCHEZ GONZÁLEZ


AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

**NIVEL DE CALIDAD EN LA
PRESCRIPCION
DE LA POLIFARMACIA
EN PACIENTES GERONTO-
GERIATRICOS
EN LA UMF No. 2 "JUANA DE
ASBAJE"**

INDICE

1. TITULO.....	1
2. MARCO TEORICO.....	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
4. JUSTIFICACION	12
5. OBJETIVOS	13
• General.....	13
• Específicos	13
6. HIPOTESIS	14
7. METODOLOGIA	15
• Tipo de estudio	15
• Población, lugar y tiempo de estudio	15
• Tipo y tamaño de la muestra	15
• Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	15
• Información a recolectar	15
• Método o procedimiento para captar la información	15
• Consideraciones éticas	21
8. RESULTADOS	22
• Descripción de los resultados	22
• Tablas y gráficas	26
9. DISCUSION	31
10. CONCLUSIONES	33
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	34
12. ANEXOS	38

2. MARCO TEORICO

Los primeros escritos de los cambios que ocurren con el envejecimiento se rastrean en los tiempos de Aristóteles, pero su estudio sistemático y científico es relativamente nuevo. La biología del envejecimiento se inicia con Dr. Mechnikov, con sus escritos publicados en 1904; que le valieron el Premio Nóbel, donde expone una teoría del envejecimiento e introduce por primera vez el término de GERONTOLOGÍA. En Estados Unidos en 1909 en la obra "Nacre, Geriatrics: the diseases of old age and their treatment", se emplea el término GERIATRIA. ⁽¹⁾

La geriatría tiene su origen en la Gran Bretaña con la Dra. Marjorie Warren, con su obra sobre la atención de los ancianos crónicamente enfermos en el Reino Unido en 1946. Esta especialidad se ha ido extendiendo por el mundo debido a la configuración de la pirámide poblacional de los países principalmente industrializados. En México la geriatría tiene sus antecedentes, en los Hospitales religiosos en tiempos de la Colonia, donde eran atendidos por caridad. En 1977 se funda la Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología y en 1986 se promueve el primer entrenamiento en el Hospital Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, no es sino hasta 1993, que el Consejo Universitario de la UNAM, aprueba el Plan Académico propuesto por el Dr. Luis Miguel Gutiérrez Robledo y se inicia formalmente el Curso de Geriatría como subespecialidad de la Medicina Interna. . ⁽²⁾

En México 1995 se lleva cabo un seminario Internacional "Hacia una Visión Global del problema del Envejecimiento" con la cooperación de la organización Panamericana de la Salud, la Universidad Internacional Itinerante de Gerontología

(UNITAGE) de la Universidad de Grenoble, Francia y el Servicio de Geriatría del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Subirán ⁽³⁾.

México hizo tres Encuestas Nacionales:

- 1) Encuesta Nacional de Salud, realizada en 1987-88, donde refiere la morbilidad del anciano.
- 2) Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, realizada en 1994.
- 3) Segunda Encuesta de Adicciones, realizada en 2000

En la actualidad los términos de gerontología y geriatría son frecuentemente confundidos así sus definiciones son:

Gerontología.- Del griego geronto = anciano y logos = tratado, es el estudio de la vejez, es el conjunto de conocimiento y estudio del fenómeno del envejecimiento en su totalidad.

Geriatría.- Del griego geron = vejez y tria = curación, es la rama de la medicina interna, que estudia los aspectos fisiológicos y las enfermedades de la vejez.

Geriatría-Gerontológica Clínica.- Rama de la Medicina que se preocupa de la prevención, rehabilitación y tratamiento de las enfermedades comunes de los ancianos y de su reinserción social en la comunidad. ⁽⁴⁾

El mundo se ha preocupado por el incremento de las personas de 60 años y más, ya que con los logros de la ciencia, la medicina y el desarrollo han contribuido a esto. ⁽⁵⁾.

En la actualidad hay cerca de seis mil millones de personas sobre la tierra y cada año se pueden sumar 95 millones más. La ONU calcula que en el año 2050 habrá

entre 7.700 y 11.200 millones de personas en el mundo. El índice medio de natalidad mundial, que en 1990 era del 26%, se espera que se reduzca al 17% en el año 2025. El mayor porcentaje de población con edades de alta mortalidad hará que el índice de mortalidad media mundial se reduzca sólo un poco, pasando del 9% en 1990 al 8% en el 2025. La esperanza de vida media mundial, sin embargo, pasará de 65 años en 1990 a 73 años en el 2025. México alcanzó la undécima posición entre las naciones más pobladas del mundo, con un total de 97 millones 361 mil 711 de habitantes según información de INEGI en 2000. Con esto el país enfrenta un acelerado proceso de envejecimiento demográfico. ⁽⁶⁾

La ONU previendo esto lo manifestó en su asamblea que se llevó a cabo en Viena 1982 "La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento ", donde se adoptan estrategias. En 1999, vuelve a alertar sobre esta revolución demográfica en el "Año Internacional de las Personas de Edad", así su objetivo principal, es lograr que las personas de edad envejezcan con seguridad, dignidad y participando activamente del desarrollo y de sus beneficios. ⁽⁷⁾España en el año XXXX, fue anfitrión de" La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento", donde se reconocen las características comunes del envejecimiento, los problemas que presenta y se formulan recomendaciones concretas adaptables a las circunstancias de cada país, fase de desarrollo y las transiciones por las que están atravesando diversas regiones del planeta así como la interdependencia existente en la presente época de globalización. ⁽⁸⁾

Ya que el envejecimiento es inexorable y gradual, vivimos en una sociedad "medicalizada", por lo que la noción social del envejecimiento se ha formado a

partir del modelo biológico dominante, de tal manera que se piensa en él como un problema médico, en algo patológico o anormal y las actitudes de las sociedad hacia los viejos reafirma esta idea; por lo tanto el anciano pasa a ser un enfermo bajo el control del médico, consumen del 25 al 50% de los fármacos totales prescritos llegando a la polifarmacia ⁽⁹⁾

Polifarmacia se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el consumo de más de tres medicamentos; esto para algunos autores es polifarmacia menor y la polifarmacia mayor es consumir de 5 o más medicamentos. ⁽¹⁰⁾

Las conductas de las personas geriátricas ante un tratamiento, se condicionan por su personal modo de vida, aprendizaje, inteligencia, y función cerebral y el médico debe hacer una evaluación de cada anciano antes de la simple prescripción de un fármaco, y debe tomar en cuenta los problemas que pudieran surgir con su uso.

⁽¹¹⁾ Debe valorar las diferentes patologías: infecciosas, afecciones psiquiátricas (ansiedad, depresión, demencia, confusión aguda), metabólicas y endocrinas (diabetes, hiperparatiroidismo, dislipidemias, osteoporosis), degenerativas, (osteoartritis, atero y arterioesclerosis), tumorales (cáncer de útero y de mama en mujeres y en hombres cáncer de próstata, estomago y pulmón, linfomas), traumáticas (caídas fracturas), digestivas (constipación, incontinencia), etc. ⁽¹²⁾

Ya que el paciente puede tener una o varias enfermedades que necesitan medicamentos con acción curativa, paliativa, o sintomáticos y estos medicamentos pueden tener diversos efectos adversos o que interaccionan entre sí. ⁽¹³⁾ Reacción adversa a medicamento: Es cualquier respuesta a un fármaco, que sea nocivo a

las dosis utilizadas en el ser humano para la profilaxis, diagnóstico, o el tratamiento⁽¹⁴⁾

Los pacientes de más de 60 años, inician con su proceso de envejecimiento lo que produce cambios en la eficacia y rapidez del metabolismo de los fármacos; ⁽¹⁵⁾ la absorción de un fármaco en el adulto mayor se altera por:

- Aumento en el pH gástrico.
- Disminución del flujo sanguíneo intestinal.
- Incremento en el tiempo del vaciamiento gástrico.

La distribución de los medicamentos esta alterada por: ⁽¹⁶⁾

- Disminución de la masa corporal magra
- Aumento del tejido graso
- Decremento del agua corporal y de las proteínas plasmáticas.

El metabolismo de los medicamentos también está afectado por:

- Disminución del hígado, lo que disminuye la depuración hepática en un 30%.

Esto puede afectar la concentración plasmática de los medicamentos afectados en la concentración plasmática son:

- propranolol,
- verapamilo

- lidocaina,
- diacepam,
- cloro-diazepoxido,
- quinina,
- teofilina
- nortriptilina⁽¹⁷⁾

El proceso de envejecimiento disminuye el tamaño de los riñones, el flujo sanguíneo renal la tasa de filtración glomerular y el número de neuronas funcionales. Y esto se refleja en la disminución de la depuración de creatinina que ocurre por la edad.

Una terapéutica de muchos fármacos refleja presencia de multipatología y da oportunidad a que se produzca reacciones fármaco- fármaco, fármaco-enfermedad.⁽¹⁸⁻²¹⁾

Las reacciones adversas que con mayor frecuencia se reportan son: debilidad, desorientación, temblor, anorexia, ansiedad, incontinencia urinaria, depresión, intranquilidad, confusión, pérdida de memoria, síntomas extrapiramidales, constipación, caídas. Estas manifestaciones se pueden confundir como parte de la enfermedad y el médico puede recomendar más dosis o cambiar a otro medicamento agravando la situación del paciente y generando un círculo vicioso iatrogénico.⁽²⁶⁻⁴⁰⁾ Con todo esto los pacientes tienen un deterioro importante de

su vida, lo que condiciona, hasta un 25% de las consultas en urgencias llegando a hospitalizarse. ^(19,)

Para ello la OMS ha sugerido medidas para el uso racional de medicamentos, ⁽²⁰⁾ con lo anterior se pretende que los pacientes reciban la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales durante un periodo de tiempo adecuado y al menor costo posible.

Y surge la guía para prescripción de la vejez

- 1).- Conocimientos de todos los problemas médicos del paciente ⁽²¹⁾
- 2).- Establecer un diagnostico exacto ⁽²²⁾
- 3).- Averiguar todas las drogas que está tomando, incluyendo las de venta libre ⁽²³⁾
- 4).- Conocimientos de las propiedades farmacológicas de los medicamentos ⁽²⁴⁾
- 5).- Comenzar con dosis pequeñas y ajustarla según la respuesta ⁽²⁵⁾
- 6).- Mantener regimenes de dosis simples ⁽²⁶⁾
- 7).- Asegurarse de que disfunciones motoras, inusuales o cognitivas no conduzcan a errores o mal cumplimiento. ⁽²⁷⁾
- 8). Revisar el plan de tratamiento y la respuesta periódica
- 9).- Considerar periódicamente que nuevos síntomas o problema pueden ser inducidos por los fármacos. ⁽²⁸⁾

Lo anterior nos lleva a considerar la Calidad de la Atención Médica, en México en el Hospital de la Raza, se inicia en forma extraoficial la revisión de expedientes, y en 1957 se forma la Comisión de Supervisión Médica del IMSS, en 1959 se sentaron las bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención a través de los

expedientes clínicos. En Panamá 1966, se presenta un trabajo de "La Calidad de los servicios médicos dentro de régimen de Seguridad Social".⁽²⁹⁾

Se han encontrado múltiples definiciones de calidad pero la clásica es de Donabedian la cual nos dice: "Es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversos grados." Y esto a su vez se puede definir como "la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente."⁽³⁰⁾

Así se puede deducir que la calidad no es un concepto absoluto sino relativo en que los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles, por lo cual los resultados que son funcionales para paciente urbanos pueden ser inadecuados para pacientes rurales así surgen normas diferentes para calificar una sociedad y otra.⁽³¹⁻³²⁾

Otro concepto importante es la evaluación de la atención médica y es comparar una situación, acción hecho o resultado como un indicador, promedio de otros con características similares o norma de calidad preestablecida.⁽³³⁾

La Norma Oficial del Expediente Clínico, nos guía para escribir en él, la atención que se le da a los pacientes, conforme a los principios científicos y éticos.⁽³⁴⁾

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha observado la polifarmacia puede provocar interacciones entre los fármacos y aumenta la posibilidad de aparición de efectos indeseables. La incidencia de reacción adversa a medicamentos, aumenta exponencialmente con el número de fármacos. Además el organismo de los pacientes geriátricos presenta cambios fisiológicos que por sí mismos pueden alterar la farmacología y farmacodinamia de muchos fármacos. También el deterioro de la función visual, auditiva y mental puede haber fallas en el cumplimiento del tratamiento. La utilización inadecuada de medicamentos tiene graves consecuencias y es causa de una proporción considerable de ingresos hospitalarios urgentes en este grupo de edad. Mientras que otros tienen mala calidad de vida por las reacciones adversas al medicamento estas respuestas son a menudo inespecíficas y se pueden confundir con nuevos síntomas de la enfermedad crónica como son la incontinencia urinaria. Depresión, intranquilidad, confusión, pérdida de memoria, síntomas extrapiramidales, constipación, caída, y otras más. Así la elección del medicamento no debe basarse en la enfermedad sino en mejorar la calidad de vida.

El médico debe dar el medicamento en base a una prescripción razonada, por ello se plantea la siguiente pregunta:

**¿CUAL ES EL NIVEL DE CALIDAD PARA LA PRESCRIPCIÓN DE LA
POLIFARMACIA EN PACIENTES GERONTO-GERIATRICO EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR 2?**

4. JUSTIFICACION

Se ha visto que la población de personas de 60 años o más son las que mas demanda atención medica, esto se debe a su deterioro físico que provoca diversas enfermedades y que tienden a la cronicidad, lo que ha provocado que tomen más medicamento. En nuestra unidad de medicina familiar la población de mas de 59 años es el 23.21%, y es la que más medicamentos consume.

La literatura menciona que los factores asociados a la polifarmacia son: la edad, el sexo femenino, la elevada prevalencia de trastornos de salud mental, y la falla de la terapéutica médica, el déficit sensorial, una nutrición inadecuada, falta de seguimientos y la tendencia a automedicarse.

Polifarmacia se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como el consumo de más de tres medicamentos; esto para algunos autores es polifarmacia menor y la polifarmacia mayor es consumir de 5 o más medicamentos.

Por lo cual la OMS emite estudios de utilización de medicamentos con el objeto de lograr una práctica terapéutica racional y mejorar el nivel de conocimiento para la toma adecuada de decisiones sobre el uso de medicamentos por los médicos; y estos deberán revisar el plan de tratamiento y la respuesta periódicamente. Por lo anterior realizaron este estudio para conocer si están justificados los fármacos que usan los pacientes geronto-geriátricos en la Unidad de Medicina Familiar 2.

5. OBJETIVOS

General:

Determinar el nivel de calidad para la prescripción de la polifarmacia en pacientes geranto- geriátricos en la UMF 2

Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes geranto-geriátricos.
- Identificar en que porcentaje se presenta la polifarmacia menor, en los pacientes geranio-geriátricos.
- Identificar en que porcentaje se presenta la polifarmacia mayor, en los pacientes geranio-geriátricos.
- Identificar el porcentaje de medicamentos prescritos, de acuerdo al sitio de acción (Aparatos y Sistemas)
- Identificar los porcentajes de prescripciones correctas
- Identificar los porcentajes de prescripciones incorrectas

6. HIPOTESIS

No requiere por el diseño del estudio.

7. METODOLOGIA

- **Tipo de estudio**

Observacional, transversal, retrospectivo y descriptivo.

- **Población, lugar y tiempo de estudio**

Se revisaron expedientes de pacientes de 60 y más años, que tomen 3 o más medicamentos en forma simultánea, en seis notas consecutivas, en la UMF 2 "Juana de Asbaje", del 01 de junio al 31 de diciembre del 2003.

- **Tipo y tamaño de la muestra**

Se utilizará muestreo no probabilístico de casos consecutivos y utilizando la fórmula $N = \sigma^{2a}(pq)/e^2$, se calculó el tamaño de la muestra en 326 unidad de análisis.

- **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación**

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes de la UMF 2.
- Expedientes de personas con 60 años y más.
- Prescritos 3 ó más medicamentos en los últimos 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Prescripción de 2 o menos medicamentos
- Extravío del expediente

Criterios de eliminación:

- Letra ilegible.
- **Información a recolectar**

Variables universales:

- **Edad**

Definición Conceptual: Período transcurrido en años desde la fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.

Definición Operacional: Años cumplidos al momento de revisar el expediente.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Aleatoria continua: 60-64; 65-69; 70-74; 75-79; 80-84, 85-89 y 90 ó más.

- **Sexo**

Definición Conceptual: Características fenotípicas externas que se observan a simple vista.

Definición Operacional: Se medirá a través del agregado en el número de afiliación.

Tipo de Variable: Cualitativa

Escala de Medición: Nominal Dicotomica

Masculino – Femenino

- **Peso**

Definición Conceptual: Resultado de la acción de la gravedad sobre los cuerpos.

Definición Operacional: Peso en kilogramos reportado en el expediente clínico.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: De Razón

- **Talla**

Definición Conceptual: Longitud de cuerpo humano desde la planta de los pies hasta el vértice de la cabeza.

Definición Operacional: Talla reportada en el expediente.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: De Razón

- **Escolaridad**

Definición Conceptual: periodo de tiempo en que se asiste a un centro de enseñanza.

Definición Operacional: Nivel escolar completo o incompleto hasta el momento del estudio.

Tipo de Variable: Cuantitativa.

Escala de Medición: Nominal Categórica

Primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, preparatoria o bachillerato incompleta, preparatoria o bachillerato completo, licenciatura incompleta, carrera terminada.

- a. Ocupación**

Definición Conceptual: Acción y efecto del trabajo, empleo.

Definición Operacional: Actividad laboral al momento del estudio.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Nominal Categórica

Pensionado, no pensionado, otros (Trabajo que desempeña).

Variables de estudio:

• **Nivel de Calidad en la prescripción:**

Definición Conceptual: Valor intrínseco a una cosa y valor relativo resultante de compararla con otra de su misma categoría, en este caso de mandar, disponer o recetar.

Definición Operacional: Definición Operacional: Anotaciones en el expediente de los requisitos para una prescripción razonada.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: Nominal Categórica

El Médico anota en el expediente: diagnóstico, nombre genérico del medicamento, presentación, dosis con número de tomas y tiempo de prescripción.

- b. Buena calidad 5 puntos
- c. Regular calidad3 a 4 puntos
- d. Mala calidad..... 0 a 2 puntos

- **Polifarmacia**

Definición Conceptual: Es consumir 3 o más medicamentos en forma simultánea.

Definición Operacional: Número de medicamentos que esta tomando en forma simultánea, en un período de 6 meses o más a la fecha del estudio.

Tipo de Variable: Cuantitativa

Escala de Medición: De Razón

Ordenar la toma desde 3 hasta 10 medicamentos en una sola prescripción.

- **Método o procedimiento para captar la información**

Previa autorización del Comité de investigación local y de las autoridades competentes de la UMF 2, se revisan los expedientes que cumplan con los criterios de inclusión, al término de la jornada laboral, se revisan 10 expedientes diarios, llenando el instrumento validado por 4 Geriatras del HGZ 27 del IMSS. El vaciado de la información se realiza diariamente en EXEL.

- **Consideraciones éticas**

Es factible efectuar el presente estudio porque se cuenta con los recursos técnico y metodológico para la recolección, procesamiento y análisis de datos. La revisión de los expedientes será por el investigador principal durante su tiempo libre; previa autorización de la Jefatura de Enseñanza y de Departamento Clínico, sin descuido de la productividad del área asignada y con gastos erogados por el investigador principal.

El presente trabajo cumple con las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki en 1954 y Tokio en 1975. Cumple además con el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud, Secretaría de Salud 1987, Título Segundo, Artículo 16 (privacía), Artículo 17 Fracción I.

8. RESULTADOS

- Descripción de los resultados

Variables Universales:

Se revisaron 326 expedientes de población mayor de 60 años de la UMF 2, la edad media fue de 67 años (22%), 130 (40%) fueron hombres y 196 (60%) fueron mujeres, el peso promedio para ambos sexos fue de 58 Kg. con un rango de 40 a 124 Kg. y talla de 1.52 m. con un rango de 1.35 a 1.86 m.

Escolaridad: analfabetas 50 pacientes (15.3%), primaria incompleta 110 pacientes (34%), primaria completa 80 (25%), secundaria incompleta 20 pacientes (6.1%) secundaria completa 16 pacientes (5%), preparatoria incompleta 7 pacientes (2.1%) preparatoria completa 18 pacientes (5.5%) y profesional 25 pacientes (7%)

Ocupación: pensionados 168 pacientes (51%), no pensionados 143 pacientes (44%) otros 15 pacientes (5%).

Variables de Estudio:

No cuentan con Historia Clínica 133 expedientes (40%), expedientes con Historia Clínica completa 107 (34%), incompleta 86 (26%), sin Historia Clínica 133 (40%), Solicitudes de laboratorio adecuadas para el padecimiento en estudio 179 (55%), solicitudes de laboratorio inadecuadas para el padecimiento en estudio 147 (45%), resultados de laboratorio con interpretación en la nota médica 145 (44.4%), resultados de laboratorio sin interpretación en la nota médica 181 (66.6%).

Consumo de medicamentos en una sola toma, 3 medicamentos: 68 pacientes (21%), 4 medicamentos: 70 pacientes (21%), 5 medicamentos: 79 pacientes (24%), 6 medicamentos: 55 pacientes (17%), 7 medicamentos: 26 pacientes (8%), 8 medicamentos: 13 pacientes (4%), 9 medicamentos: 13 pacientes (4%), 10 medicamentos: 2 paciente (1%).

Consumo de medicamentos por aparatos y sistemas: Cardiovascular 225 pacientes (69%) toman , Reumático 222 pacientes (68%), Endocrinológico 173 pacientes (53%) y Gastroenterológico 139 pacientes (43%).

El Médico conoce el sinergismo entre los medicamentos prescritos en 165 expediente (51%), y conoce el antagonismo en 53% de los expedientes (16%), prescribió medicamentos innecesarios a 27 pacientes (8%).

Uso de medicamentos contraindicados: Diacepam 26 pacientes (8%), Piroxicam 22 pacientes (7%).

Se confirma en el paciente reacciones secundarias adversas en 111 pacientes (34%).

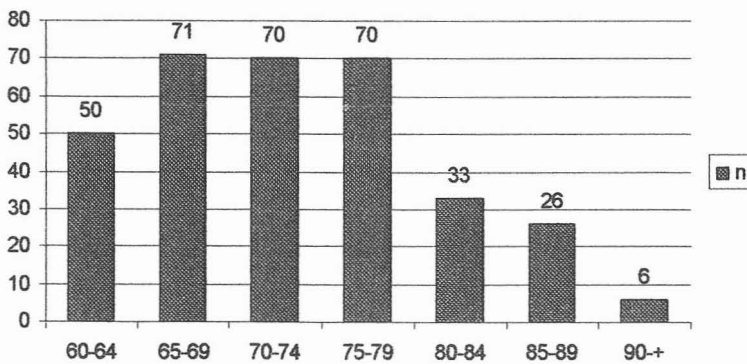
En la calidad de la prescripción, contaron con un criterio 5 expedientes (1.5%), contaron con dos criterios 54 expedientes (16.6%), con tres criterios 97 expedientes (29.8%), con cuatro criterios 106 expedientes (32.5%) y con cinco criterios 64 expedientes (19.6%).

• **TABLAS Y GRÁFICAS**

RANGO DE EDADES

EDAD	n	PORCENTAJE
60-64	50	15.3 %
65-69	71	21.8 %
70-74	70	21.5 %
75-79	70	21.5 %
80-84	33	10.1 %
85-89	26	8.0 %
90-o +	6	1.8 %
Total	326	100.0 %

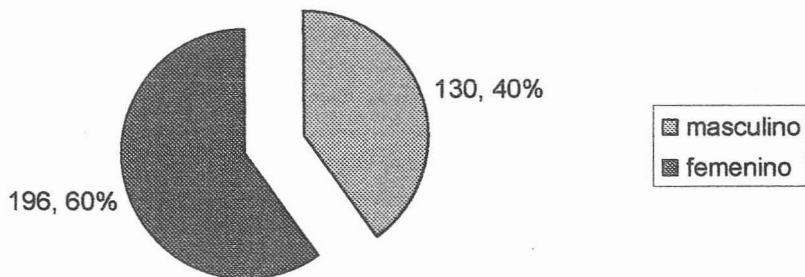
grupos de edades



SEXO

SEXO	n	PORCENTAJE
Masculino	130	39.9 %
Femenino	196	60.1%
Total	326	100.0%

sexo



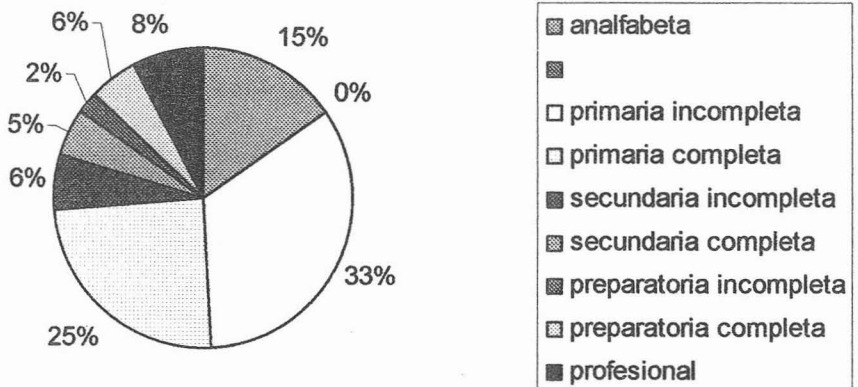
PESO Y TALLA

Porcentaje		Rango	
Peso	58 Kg	40 Kg	124 Kg
Talla	1.52 m	1.35 m	1.86 m

ESCOLARIDAD

ESCOLARIDAD	n	PORCENTAJE
Analfabeta	50	15.3 %
Primaria incompleta	110	33.7 %
Primaria completa	80	24.5 %
Secundaria incompleta	20	6.1 %
Secundaria completa	16	4.9 %
Preparatoria incompleta	7	2.1 %
Preparatoria completa	18	5.5 %
Profesional	25	7.7 %
Total	326	100.0 %

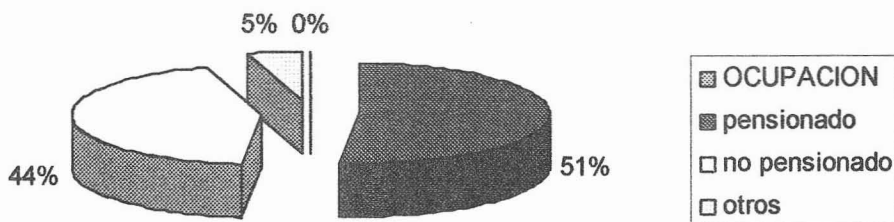
ESCOLARIDAD



OCUPACION

OCUPACION	n	PORCENTAJE
Pensionado	168	51.5 %
No pensionado	143	43.9 %
Otros	15	4.6 %
Total	326	100.0 %

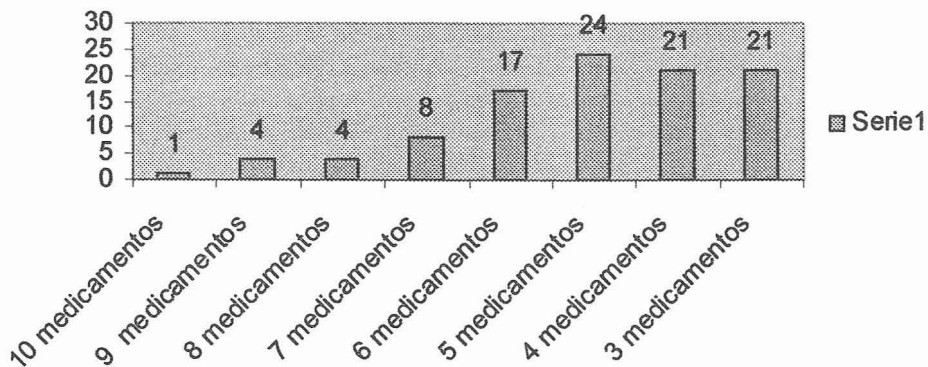
OCUPACION



MEDICAMENTOS

MEDICAMENTO	n	PORCENTAJE
Tres	68	20.9 %
Cuatro	70	21.5 %
Cinco	79	24.2 %
Seis	55	16.9 %
Siete	26	8.0 %
Ocho	13	4.0 %
Nueve	13	4.0 %
Diez	2	0.6 %
Total	326	100.0 %

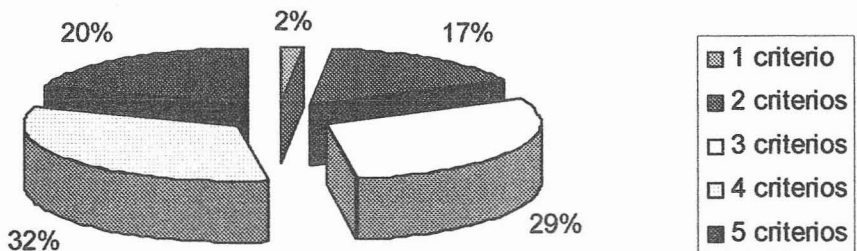
MEDICAMENTOS UTILIZADOS



CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN

CRITERIOS	n	PORCENTAJE
Cuenta con un criterio	5	1.5 %
Cuenta con dos criterios	54	16.6 %
Cuenta con tres criterios	97	29.8 %
Cuenta con cuatro criterios	106	32.5 %
Cuenta con cinco criterios	64	19.6 %
TOTAL	326	100 %

CALIDAD DE LA PRESCRIPCION



9. DISCUSION

En los pacientes estudiados:

- El promedio de edad se encuentra en la sexta década de la vida.
- Continúa predominando el sexo femenino en la atención de primer nivel.
- Los promedios obtenidos de peso y talla nos dan un índice de masa corporal de 25, lo considero normal para ésta población.
- El promedio más alto de escolaridad fue en primaria incompleta.
- La mitad de los pacientes reciben una pensión del IMSS.
- Las características (sin elaboración, elaboración incompleta y elaboración completa) de la Historia Clínica, corresponden a una tercera parte para cada una de ellas.
- La mitad de la muestra cuenta con solicitudes de laboratorio interpretados en forma adecuada.
- El mayor número de medicamentos en una sola toma fue del 10.
- Obteniendo el mayor porcentaje los que toman un promedio de 5 medicamentos.
- Los medicamentos del grupo Cardiovascular son los de mayor prescripción.

- La mitad de los Médicos conocen y utilizan sus conocimientos acerca del sinergismo y antagonismo de los medicamentos que prescriben.
- La prescripción indiscriminada de Diacepam y Piroxicam es menor a lo esperado.
- La calidad de la prescripción de la polifarmacia en pacientes geranio-geriátricos es regular.

10. CONCLUSIONES

La Polifarmacia en nuestro medio se ha incrementado, a consecuencia del cambio demográfico del país; al igual que lo reportado en la literatura mundial, el promedio de los adultos mayores que solicitan atención médica en nuestra Institución se encuentra en los 72 años. A una cuarta parte de ellos se le prescribe 5 medicamentos en forma mensual, combinada por causa de pluripatología en los diferentes Aparatos y Sistemas como el Cardiovascular, Reumático, Endocrinológico y Gastroenterológico, siguiendo éste orden de prescripción ya que el paciente solicita mayor cantidad de analgésicos y anti- inflamatorios, aún sobre los medicamentos de su principal padecimiento. Los estudios revisados indican que un alto uso de medicamentos de salud mental, nuestros resultados difieren en que la prescripción de tranquilizante benzodiacepínicos fue muy baja. Finalmente la mitad de los Médicos realizan la prescripción de la polifarmacia en sus pacientes en forma cotidiana, sin embargo solo lo hacen con un nivel de calidad de prescripción regular. Esto obligaría a continuar en ésta línea de investigación, ahora proponiendo una estrategia educativa dirigida al Médico Familiar donde se aborden aspectos del manejo médico específico del Adulto Mayor. Con el objetivo final de lograr una práctica terapéutica racional y mejorar el nivel de conocimiento para la toma adecuada de decisiones sobre el uso de medicamentos por los Médicos con el convencimiento de que ellos deberán revisar el plan de tratamiento y la respuesta periódicamente.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) Miguel JA, Gerontología, geriatría y medicina interna. Disponible: [ht://www.facmed. UNAM.mx/deptos/salud/Gerontologia.htm](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/Gerontologia.htm)
- 2) Lozano CA. Introducción a la geriatría 2ª ed. Méndez Editores México, 2000: 3-10
- 3) Naciones Unidas frente al envejecimiento, plan de acción internacional de Madrid 2002 y otras asambleas mundiales. Disponible www.cinu.org.mx/envejecimiento7planeacionmedd.2002/htm
- 4) Lifshitz GA, Estrada GM. El envejecimiento un enfoque medico-social. Ciencia y Desarrollo, 1998;5;10.16
- 5) Pedrera ZJ, Canal MM, Lavado GM, Postigo MS, Sánchez BM, Duran GN. Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura : consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Rev Esp Salud Pub Disponible en : <http://www.msc.es/salud/epidemiologia/resp/199906/Extremadura.htm>
- 6) Martínez SA, Pascual RM. Consumo de medicamentos en forma cronica en una residencia de ancianos supraasistidos. Disponible www.enfervalencia.org/ei/articulos/reo-55/art.co7.htm
- 7) Ramos GM, GrifoPM, Gil ZJ, Izquiedo AO, Marínez BF, Conde SJ. Prescripción de fármacos a los pacientes ancianos en una zona urbana. Semergen 23 (8):492-496
- 8) Gascon CJ, Saturno HP. El uso racional de medicamentos. laconducta terapéutica frente al anciano. Rev Esp Geriart Gerontol 1997;32(1):5-11

- 9) Guido EL, González CY, Acosta LS, Cubero MO. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos. Rev cubana Farm 2002;36(3):170-5
- 10) Nellen HH, Halabe CJ, Aguirre GH. Polifarmacia en el anciano. Med Int Mex 2001;17(4):197-201
- 11) Pérez FM, Castillo CR, Rodríguez TJ, Martos LE, Morales MA. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedica. Medicina de Familia 2002; vol 3 (1):23-28
- 12) Guerra SM. Polifarmacia y farmacología en geriatría. Disponible www.facmed.unam.mx/deptos/salud/polifa_1.htm
- 13) Giron MS, Wang HX. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. J Am Geriatr Soc 2001;49(3):277-83
- 14) Flaherty JA, Perry HJ. Polypharmacy and hospitalization among older home care patients. The journals of gerontology 2000;55:554-59
- 15) Castillo BY, Valenzuela BE. Fármacos en el adulto mayor. 2001 Disponible: <http://escuela.med.puc.cl/publicaciones/temasmedicinainterna/farmacos.html>
- 16) Valderrama GE, Rodríguez AF, Palacios DA, Gabarre OP, Pérez MJ. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultado de un estudio poblacional. Rev Esp Salud Pub 1998;72:209-219
- 17) Rodríguez GR. Polifarmacia. Atención Familiar. Disponible en : <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm102/interes.htm1>

- 18) Alhatal B. Geriátría- polifarmacia, iatrogenia y reacciones adversas por medicamentos en el adulto mayor. *Diagnostico* 2003; 42(3) :23-37
- 19) Ramos CA, Milian VP, Fonseca LJ, Quiroz EM. Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del medico de la familia en Cienfuegos. *Rev cubana Farm* 2000;34(3):170-4
- 20) Santana VO, bembibre TR, García NR, González AR. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteración en la medicación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(4):326-9
- 21) Regueira NJ, Conde MM, Barrio TI, Cervera EL. Polifarmacia en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2000;16(4):346-9
- 22) Cañas C, Buschiazzo H, Uso de medicamentos en ancianos. *FEMEBA* 2000; 6(58):8-9
- 23) Allard J, Hebert R, Rioux M, Asselin J, Voyer L. Efficacy of clinical medication review on the number of potentially inappropriate prescriptions prescribed for community-dwelling elderly people. *CMAJ* 2001; 5:164-9
- 24) Schmader KC, Hanlon JT, Pieper CF, Sloane R, Ruby CM, Twersky J, Dove FS, Branch LG, Lindblad CI, Artz M, Weinberger M, Feussner JR, Jay CH. Effects of geriatric evaluation and management on adverse drug reaction and suboptimal prescribing in the frail elderly. *American Journal of Medicine* 2004; 6 (3):673-682
- 25) Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, Fish LS, Garber L, Kelleher M, Bates DW. Incidence and preventability of adverse drug events among older persons in the ambulatory setting. *JAMA* 2003; vol 289(9):1107

- 26) Debesa GF, Cué BM. Los medicamentos y el anciano. Rev Cubana Farm 1999; 33(3): 210-4
- 27) Organización Mundial de la Salud (OMS) 2002. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Disponible <http://www.who.int/medicines/promociondelusoracionaldemedicamento>
El proceso de la terapéutica razonada. BIFASE 2002; vol 15 (3):22-5
- 28) La importancia real de las interacciones. Panorama Actual Med 2002; 25 (245): 583-590
- 29) Ruelas BE. Hacia una estrategia de garantía de calidad de los conceptos A las acciones. Salud Pública mex 1992; 34 (suplemento):29-45
- 30) Ministerio de Salud Pública. Área Medico-Farmacéutica, Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. Resumed 2000; 13(5):229-31
- 31) ¿ Están nuestros médicos en condición de realizar con calidad el acto de la prescripción?. Rev cubana Med Gen Integr 2002;18(2):3-8
- 32) Evaluación de la calidad de la atención médica integral a trabajadores del municipio Santiago de Cuba.Rev Cubana Salud Publica 2002;28(1):38-45
- 33) Donabedian A. la dimensión internacional de la evaluacion y garantia dela calidad Salud Publica Mex 1990;32:113-117
- 34) Norma Oficial Num-168-SSA1- 1998 del Expediente Clínico

12. ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 2

DELEGACION 1 NOROESTE

EL NIVEL DE CALIDAD PARA LA PRESCRIPCION DE LOS FARMACOS UTILIZADOS EN
PACIENTES GERANTO-GERIATRICOS EN LA UMF No. 2

"JUANA DE ASBAJE" DEL 1° DE JUNIO AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2003

Nombre _____

No. De Afiliación _____

consultorio _____

1.-Tiene historia clínica SI ___ NO ___

2.-Completa SI ___ NO ___

3.-Incompleta SI ___ NO ___

4.-Edad _____ años 60 -64 ()

65- 69 ()

70 - 74 ()

75 - 79 ()

80 -84 ()

85- 89 ()

90- + ()

5.-Sexo: M ___ F ___ 6.-Peso _____ Kg. 7.Talla _____ m.

8.-Escolaridad _____ Analfabeta ()

Primaria Completa () incompleta ()

Secundaria completa () incompleta ()

Preparatoria completa () incompleta ()

Profesional ()

Otros ()

9.- Ocupación pensionado SI () NO ()

Otros () _____

10.- Cuenta con solicitud de laboratorio adecuada al padecimiento principal o que valore toxicidad de los fármacos a los órganos blanco, mínimo uno por semestre. SI () NO ()

Especifique cuales _____

biometría hemática	()
glucosa	()
urea	()
creatinina	()
pruebas de funcionamiento	
hepático	()
colesterol	()
examen general de orina	()
ácido úrico	()

11- Se encuentra consignados y valorados los exámenes de laboratorio en la nota médica
SI () NO ()

Que diagnóstico tiene

12.-Escribió el médico todos los diagnósticos conforme al tratamiento.

SI () NO ()

Tratamiento farmacológico instalado _____

Analgésicos	SI () NO ()	Acido acetil salicilico	()
		Metamizol	()
		Paracetamol	()

Cardiovascular	SI () NO ()	amiodorona	()
		Amlodipino	()
		Captopril	()
		Digoxina	()
		Enalapril	()
		Felodipino	()
		Hidralazina	()
		Isosorbide	()
		Metil dopa	()
		Metoprolol	()
		Nifedipino	()
		Pentoxifilina	()
		Potasio	()
		Prazosina	()
		Propofenona	()
		Telmisartan	()
		Trinitrato de	
		Glicerido	()
		Verapamilo	()
		Warfarina	()
Dermatologicos	SI () NO ()	ácido retinoico	()
		Alibour	()
		Baño coloide	()
		Cliocinol	()
		Fluocinolona	()
		Miconazol	()
		Óxido de zinc	()
Endócrinos	SI () NO ()	acarbosea	()

Atorvastatina ()
 Bezafibrato ()
 Calcio ()
 Calcitriol ()
 Fluovastatina ()
 Glibenclamida ()
 Insulina ()
 Levotiroxina ()
 Metformina ()
 Pioglitazona ()
 Pravastatina ()
 Prednisona ()
 Rosiglitazona ()

Enfermedades Infecciosas Parasitarias SI () NO ()

Aciclovir ()
 Albendazol ()
 Amikacina ()
 Ampicilina () ()

Bencilpenicilina

procainica con bencilpenicilina cristalinita

()

Ciprofloxacino ()
 Dicloxacilina ()
 Eritromicina ()
 Ketoconazol ()
 Metronidazol ()

Trimetoprim con sulfametoxazol ()

Enfermedades Inmunológicas SI () NO ()

Astemizol ()
 Clorfeniramina ()

Difenhidramina ()
Hidroxicina ()
Loratadina ()

Gastroenterología SI () NO ()

Aluminio ()
Aluminio y magnesio ()
Butiliosina ()
Lidocaina con hidrocortisona ()
Loperamida ()
Magnesio ()
Metoclopramida ()
Omeprazol ()
Ranitidina ()
Plantado psyllium ()
Senosidos AB ()

Ginecología SI () NO ()

Estrógenos conjugados ()
Estrógenos conjugados y medroxiprogesterona ()
Metronidazol ovulos ()
Nistatina ovulos ()
Nitrofurazona ovulos ()
Raloxifeno ()
Tibolona ()

Hematología acenocumarol ()

Acido fólico ()

Fumarato ferroso ()

Nefrología y Urología SI () NO ()

Acetazolamida ()

Clortalidona ()

Finasterida ()

Furosemida ()

Hidroclorotiazida ()

Fenazopiridina ()

Nitrofurantoina ()

Neumología SI () NO ()

Ambroxol ()

Benzonatato ()

Cromoglicato de sodio ()

Dextrometorfano ()

Teofilina ()

Saibutamol ()

Neurología SI () NO ()

Amitriptilina ()

Biperideno ()

Carbamazepina ()

Clonazepan ()

Fenitoina ()

Fenobarbital ()

Primidona ()

Levodopa y carbidopa ()

Valproato de magnesio ()

Nutriología SI () NO ()

Ácido ascórbico()

Caseinato de calcio ()

Complejo B ()

Polivitaminas ()

Oftalmología SI () NO ()

Cloranfenicol ()

Cromoglicato de sodio ()

Timolol ()

Hipromelosa ()

Zinc con fenilefrina ()

Psiquiátricos SI () NO ()

DIAZEPAN ()

Haloperidol ()

Imipramina ()

Levopromazina ()

Lorazepan ()

Reumatología SI () NO ()

Alopurinol ()

Celecoxib ()

Colchicina ()

Diclofenaco ()

Naproxeno ()

PIROXICAM ()

14.-Escribió el médico el nombre genérico del medicamento SI () NO ()

15.-Escribió la presentación del fármaco SI () NO ()

16.- Escribió el médico la dosis y el número de tomas del medicamento del adulto mayor.

SI () NO ()

17.- Escribió el médico el tiempo que debe tomar el medicamento SI () NO ()

18.- Los medicamentos presentan sinergia SI () NO ()

17.- Los medicamentos presentan reacción antagónica. SI () NO ()

18.- Hay medicamentos innecesarios, ya que su acción es la misma.

SI () NO ()

19.- En la nota médica esta estos medicamentos que están contraindicados en adulto mayor:

Diazepam, y piroxicam SI () NO ()

20.- Cuenta con nota de urgencias por los efectos adversas a los medicamentos como caídas y lesiones, hipoglucemias, hemorragias del tracto digestivo, anemias, alteraciones en el ritmo cardiaco. Intoxicaciones por el medicamento.

SI () NO ()