



SECRETARÍA DE SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
SECRETARIA DE SALUD



**POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACION EN ADULTOS MAYORES QUE
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA EN EL CAAPS No. 1 DE TENOSIQUE,
TABASCO**

PRESENTA:

JULIO VICTOR PATIÑO

**EMILIANO ZAPATA, TABASCO
2007**



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.

**“POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS
MAYORES EN LA CONSULTA EXTERNA EN EL C.A.A.P.S. No. 1 DE
TENOSIQUE, TABASCO”**

**TRABAJO PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALIDAD
EN MEDICINA FAMILIAR**

DR. JULIO VICTOR PATIÑO

AUTORIZACIONES

**DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO**

**DR. CARLOS MARIO DE LA CRUZ ALCUDIA
SUBSECRETARIO DE SERVICIO DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO**

**Q.F.B. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD E INVESTIGACIÓN DE LA SECRETARIA**

**DR. NAIM NAZOURI ZURITA
JEFE JURISDICCIONAL EN EL MUNICIPIO DE TENOSIQUE, TABASCO**

E. ZAPATA, TABASCO

JULIO 2007

“EXISTE LA PRESENCIA DE POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAORES QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL C. A. A. P. S. No. 1 DE TENOSIQUE, TABASCO.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIO VICTOR PATIÑO

AUTORIZACIONES:

**DR. ANDRES CRUZ HERNANDEZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR EN LA SEDE DE EMILIANO ZAPATA, TABASCO.**

**DR. OMAR RIOS MORALES
ASESOR CLINICO DE TESIS GERENTE DEL C.A.A.P.S.**

**L.E. Y M.C.I. RODOLFO GERONIMO CARRILLO
ASESOR METODOLOGICO**

E. ZAPATA, TABASCO

FEBRERO 2007

“EXISTE LA PRESENCIA DE POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACIÓN EN LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAORES QUE ASISTEN A CONSULTA EN EL C. A. A. P. S. No. 1 DE TENOSIQUE, TABASCO.”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JULIO VICTOR PATIÑO

AUTORIZACIONES:

**DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M**

**DR. FELIPE GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M**

**DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U N A M**

E. ZAPATA, TABASCO

FEBRERO 2007

DEDICATORIAS

A DIOS, quien siempre esta con mi familia y conmigo, sin el no hubiera podido llegar a cumplir este compromiso de llegar al final de la meta planeado, “Gracias Señor por tu apoyo, y que me has otorgado la vida, y de ella obtenido lo mas hermoso”.

A mi querida esposa y compañera MERCEDES LOURDES por ser la mujer que admiro por que ha tenido el tiempo para escucharme, apoyarme en los momentos de flaqueza quien con su cariño, comprensión, paciencia y amor me da fortaleza, por sus sabios consejos y energía me permitió continuar luchando por mis 2 objetivos, superarme en lo profesional y sobre todo en la vida. Quien ha sido la guía de mi familia en los momentos de ausencia, encausando a mi hija, gracias por tu apoyo que Dios te bendiga.

A mis hijos, EMMANUEL, FABIAN Y CLAUDIA IRAIS, que a pesar de la distancia siempre estuvieron conmigo, LOURDES AKARI, que con su carácter y su sonrisa me fortalece y me dieron energía, paz en mis momentos difíciles, para mantenernos mas unidos, gracias hijos por su comprensión que Dios los proteja.

A mis PADRES que a pesar de las circunstancias tan difíciles que ha pasado, los admiro, los respeto y sobre todo los quiero, que Dios este siempre con ustedes.

A mis SUEGROS quienes han sabido comprenderme y apoyarme en este camino, para terminar la meta trazada, gracias por su apoyo.

A mis hermanos y amigos que siempre estuvieron apoyándome con su amistad, es hermoso contar con verdaderos hermanos y amigos, es para mi un orgullo contar con ustedes, Dios los proteja.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor de la especialidad semipresencial de medicina familiar, DR. ANDRES HERNANDEZ CRUZ, por su dedicación, entrega, paciencia, apoyo, asesoría y tiempo incondicional durante el proceso de enseñanza y aprendizaje en la especialidad.

A todos mis pacientes que aceptaron estar incluidos en mi proyecto de investigación durante el tiempo de realización, quienes sin su apoyo no hubiese sido posible la culminación del estudio, a sus familiares quienes fueron pieza clave en el cumplimiento de sus citas de control programadas para su evaluación y realización de los estudios.

A mis compañeros de trabajo, por su valioso apoyo y cooperación en la toma de muestras, realización y seguimientos de los estudios durante el tiempo que duro la investigación.

AL JEFE JURISDICCIONAL Y GERENTE DE CAAPS, del municipio de Tenosique, Tabasco, incluyendo al personal directivos, quienes me brindaron el apoyo con el espacio y material en la realización de mi estudio. Y a todos los que por algún motivo estuvieron involucrados en forma directa e indirectamente en este proyecto.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
DEDICATORIAS	I
AGRADECIMIENTOS	II
RESUMEN	III
GLOSARIO	IV
Capítulo I	
Marco Teórico	1
Planteamiento del Problema	5
Justificación	6
Objetivos	7
Capítulo II	
Metodología	
Tipo de Estudio	8
Población, Lugar y Tiempo del Estudio	8
Tipo y Tamaño de la Muestra	8
Criterios de Inclusión	8
Criterios de Exclusión	9
Criterios de Eliminación	9
Información a Recolectar	9
Procedimiento para la Captar la Información	10
Consideraciones Éticas	11
Capítulo III	
Resultados	
Datos Sociodemográficos	12
Diagnósticos en Control	13

Presencia de Polifarmacia	16
Tipo de Medicamentos	17
Características de la Consulta de Control y del Consumo	18
de	
Medicamentos	22
Automedicación	Página
Contenido	
Capítulo IV	23
Discusión	28
Conclusiones	28
Recomendaciones	30
Referencias	33
Apéndices	34
A Cuestionario de Identificación de Polifarmacia y	
Automedicación	36
en el Adulto Mayor	
B Consentimiento Informado	

Lista de Tablas

Tabla	Página
1 Características Sociodemográficas	12
2 Diagnostico en Control de Adultos Mayores de Sexo Femenino	13
3 Diagnostico en Control de Adultos Mayores de Sexo Masculino	15
4 Polifarmacia y Género	16
5 Polifarmacia por Género y Edad	16
6 Tipo de Medicamento	17
7 Registro de Medicamentos	18
8 Legibilidad de la Receta Médica	18
9 Información Sobre Medicamentos Recetados I	19
10 Información Sobre Medicamentos Recetados II	19
11 Asistencia Acompañada del Adulto Mayor a Control	20
12 Efecto Adverso Inmediato Percibido por el Adulto Mayor	20
13 Exámenes de Laboratorio de Control	21
14 Vigilancia del Consumo de Medicamentos	21
15 Automedicación I	22
16 Automedicación II	22

Resumen

Nombre: Julio Víctor Patiño
Universidad Nacional Autónoma de México
Departamento de Medicina Familiar

Titulo del Estudio: POLIFARMACIA Y AUTOMEDICACION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN A CONTROL EN PRIMER NIVEL DE ATENCION

Número de Páginas: 36

Propósito y Método de Estudio. El propósito del estudio fue conocer la presencia de Polifarmacia y Automedicación en el Adulto Mayor que acude a consulta de control en el Primer Nivel de Atención. El diseño del estudio fue transversal descriptivo, el muestreo fue probabilístico y la selección de los participantes fue aleatoria de los censos nominales del Centro Avanzado de Atención Primaria a la Salud Número 1(CAAPS 1) del municipio de Tenosique en Tabasco. El tamaño de la muestra se calculó para un nivel de confianza de 95%, con un nivel de significancia de .05, una potencia de la prueba de 50%. El tamaño de la muestra es de $n=326$ sujetos.

Contribuciones y Conclusiones. El estudio permitió conocer las características sociodemográficas de la muestra, al igual que algunos factores que apoyan una farmacoterapia inadecuada, también se determinó la presencia de Polifarmacia y Automedicación. Se encontró que el 63.2% son mujeres y el restante 36.8% son hombres. En la población femenina, el 22.3% padece Diabetes Mellitus Tipo II, el 18.9% tiene Hipertensión Arterial. En hombres el 21.6% padece Hipertensión Arterial, el 16.6% tiene Artropatías entre otras enfermedades similares entre ambos sexos que son las de control en la muestra. Se encontró Polifarmacia en el 68.4% de la muestra, siendo esta mayor en el sexo femenino. El tipo de medicamento de mayor consumo en la muestra son los antihipertensivos (37%), seguidos de los AINES (32.9%) y los hipoglicemiantes (8.9%) principalmente. Se encontraron datos que apoyan a determinar una farmacoterapia en el Adulto Mayor como no llevar un plan o registro de consumo de medicamentos (92%), o que tampoco cuentan con una persona que vigile o regula la toma de medicamentos (55.8%), entre otros aspectos de Farmacoterapia desfavorables para el Adulto Mayor. Se encontró que el 25% de la muestra consume medicamentos por recomendación de una persona no facultada y el 13.8% de la muestra se automedica por decisión propia siendo los productos considerados Naturistas los de mayor consumo. Los tipos de medicamentos presentes en la Polifarmacia de la muestra coinciden con el tipo de enfermedades que prevalecen en la muestra, se considera alta la presencia de Polifarmacia en el Adulto Mayor y relativamente baja la presencia de Automedicación. Se recomienda a otras profesiones realizar estudios cualitativos donde se indague sobre las costumbres y creencias del Adulto Mayor sobre la Farmacoterapia, se sugiere modificar institucionalmente los esquemas de Farmacoterapia para el Adulto Mayor y mantener y reforzar las advertencias sobre Automedicación en la población general durante la consulta de control y a través de los medios masivos de comunicación.

Capítulo I

Marco Teórico

Las tendencias actuales en crecimiento poblacional ubican a la tercera edad como un grupo atareado en aumento, no solo en la República Mexicana, sino también en otros países también. En América Latina y el Caribe se calcula que la población de más de 60 años aumenta a una tasa anual de 8% y que el aumento mensual neto es de 115 000 personas adultas mayores (1,2). De ahí el particular interés en este grupo para el cual se han creado nuevas estructuras institucionales que cubran sus demandas tanto sociales como sanitarias. De estas últimas, un factor a tomar en cuenta es la pluripatología que acompaña a esta población (3), condición que es propia y casi inherente ya que el proceso fisiológico de envejecimiento es factor condicionante para el desarrollo de enfermedades crónicas, siendo las más comunes la Hipertensión arterial, la Cardiopatía de tipo isquémica, la Diabetes Mellitus Tipo 2, Osteoartrosis, entre otras (4,5,6). Para tratar estas patologías al anciano se le hacen algunas recomendaciones de vida saludable como dieta saludable, sin sal, ejercicio al aire libre, evitar ingesta de alcohol y tabaco, y se le prescriben hasta 4 diferentes medicamentos al día, por cada una de las patológicas de tipo degenerativo que padece el paciente lo que contribuye a la polifarmacia, siendo los más frecuentes los diuréticos, agentes cardiovasculares, analgésicos, antiinflamatorios, tranquilizantes, hipoglicemiantes (7,8) entre otros, facilitando con esto la presencia de polifarmacia.

Aunque se considera que el proceso de envejecimiento y la inherente senectud implican el declive de muchas de las funciones fisiológicas, esta senectud no se considera una enfermedad; pero sí debe considerarse un factor de riesgo importante para padecer enfermedades crónico-degenerativas como las ya mencionadas, sin dejar a un lado los problemas de demencia y de neoplasias malignas. En conjunto, todos estos padecimientos en el Adulto Mayor representarán en un futuro no muy lejano un problema ya de Salud Pública Mundial (9,10).

Así, este declive de funciones disminuye la homeostasis en el Adulto Mayor originando y complicando la pluripatología ya señalada con un impacto mayor que en el

Adulto joven y siendo la Farmacoterapia el eje en el tratamiento de esta pluripatología hay que considerar detalladamente la prescripción de medicamentos ya que se usan varios tipos y algunas de las veces estos interactúan desfavorablemente para la salud del Adulto Mayor produciendo toxicidad o también disminuyendo o aumentando el efecto de uno o varios de los fármacos prescritos (11,12). Esta multifarmacoterapia, muchas de las veces estos produce en el anciano en particular efectos no deseados llamados Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM) a nivel gastrointestinal, de Sistema Nervioso Central, ocular, hepático y renal causando por ejemplo hipotensión ortostática, caídas, demencia, estados sincopales e intoxicaciones (13,14). A esto se le suman las características seniles de trastornos de la memoria, visión, la disminución de las destrezas motrices (4), pérdida de tejido muscular, disminución de las funciones renales y hepáticas (7), aumento de la grasa corporal, disminución de la albúmina sérica (15) y por si fuera poco la práctica de automedicación por parte del propio anciano (14,16,17,18,19), entre otras y demás condiciones que lo colocan en una posición nada favorable para el uso inadecuado de medicamentos. Sin omitir que al médico también se le coloca en una posición que favorece la aparición de iatrogenia, ya que se generan injurias involuntarias con una prescripción inadecuada (20).

Como ya se mencionó, el adulto mayor puede padecer una o varias enfermedades Crónico-Degenerativas que ameritan que acuda a consulta de control de estas enfermedades. En el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique, Tabasco se brinda esta atención al Adulto Mayor por parte del Médico Familiar. Esta pluripatología y el declive de las funciones fisiológicas inherentes a la senectud pueden favorecer la presencia de polifarmacia ya que en la mayoría de las instituciones no existen protocolos de farmacoterapia racional y efectiva para el adulto mayor que guíen esta farmacoterapia (20). Esta polifarmacia debe considerarse grave ya que puede provocar un detrimento contraproducente en la salud del anciano, formando con esto un círculo vicioso en el que una o dos enfermedades puedan con su tratamiento provocar otras condiciones

desfavorables de salud en el anciano (14). La polifarmacia es una condición que puede considerarse presente en las personas con enfermedades establecidas como los adultos mayores ya que es necesaria para el control de la sintomatología, por ejemplo, dos de las enfermedades con mas alta prevaencia en la población mexicana son la diabetes y la hipertensión arterial y su eje terapéutico es el uso de fármacos que algunas veces pueden ser de hasta cuatro dosis por día para la diabetes y tres diarios para la hipertensión; pero si estamos considerando que el adulto mayor puede tener hasta tres enfermedades, entonces es necesario tomar en cuenta todas las dosis de fármacos que tiene que consumir diariamente para tratar esta sintomatología y mantener controlada la enfermedad que usualmente son de tipo crónico-degenerativas (11). Así, siendo la farmacoterapia la principal opción del medico para tratar las enfermedades del anciano se recurre inevitablemente al uso de fármacos y es aquí donde el medico tiene la responsabilidad de tener conocimientos acerca de las enfermedades a tratar y conocimientos farmacoterapéuticos acordes con la enfermedad de tal manera que al momento de realizar la receta haya hecho un análisis profundo acerca de los fármacos a indicar y tome en cuenta que una receta conlleva una gran responsabilidad que puede beneficiar o resultar contraproducente para la salud del adulto mayor en especial (6), pues se tiene que tomar en cuenta aquí también que el adulto mayor casi siempre cumple con la farmacoterapia indicada pues culturalmente la indicación medica es aceptada por el anciano y los familiares de este que son los encargados de vigilar su tratamiento.

Por otro lado, la automedicación es una práctica del libre albedrío del ser humano que lo puede colocar en una situación de peligro para su salud (17). Esta práctica implica tomar medicamentos según la propia iniciativa del paciente, por consejo del farmacéutico o de cualquier persona sin el conocimiento medico adecuado ni la autorización legal o sanitaria para indicar el consumo de medicamentos, con el desconocimiento de las reacciones secundarias a presentar, así mismo los efectos adversos y la sinergia medicamentosa. Son muchos los factores que influyen para la

automedicación, destacando la presión de personas allegadas al paciente que dan recomendaciones basadas en su propia experiencia, los factores culturales, el nivel de escolaridad, el bajo ingreso económico que orilla al paciente a acudir a servicios de salud donde el nivel de especialización del médico no es el acorde o en el peor de los casos, ni siquiera sus ingresos les alcanzan para acceder a los servicios de salud. Influye también la amplia publicidad, la gran cantidad de farmacias y boticas, la disponibilidad de los fármacos y el libre acceso a los fármacos cuando las farmacias no respetan la recomendación de exigir receta médica para la venta de medicamentos (21). De los fármacos más utilizados en la automedicación los AINES, los polivitamínicos y los antibióticos destacan, y en relación a la presentación la vía oral es la más utilizada (4).

El adulto mayor, después de haber cursado con un tiempo considerable con una enfermedad en control y sin haber obtenido resultados satisfactorios con el tratamiento indicado puede caer en esta práctica irresponsable (18) al pensar el fármaco indicado no le es satisfactorio y decide probar otro medicamento no indicado al pensar que el uso de medicamento por sí solo es la única solución a su problema de salud y no tener presente que la farmacoterapia solo es parte central del tratamiento y control de las enfermedades del anciano.

Planteamiento del Problema

A esta problemática del adulto mayor anteriormente señalada, se agrega la posibilidad de posibles errores en la prescripción para tratar las enfermedades de este ya mencionadas, como por ejemplo la terapia anticoagulante en la fibrilación auricular, terapia hormonal de reemplazo en osteoporosis, el uso de betabloqueadores postinfarto, opioides y aines para el dolor y antidepresivos por mencionar algunos por parte del facultativo y que no considera establecer la racionalidad y los lineamientos adecuados para indicar dosis y tipo de fármaco de acuerdo a las características individuales del paciente (22). Y de sus patologías que le agobian.

Sucedo también que no existe una suficiente supervisión a la farmacoterapia

indicada por parte del medico, sino que se suelen prescribir los medicamentos sin evaluar los problemas que el paciente pudo presentar con los medicamentos ya establecidos y los que pudiese presentar con los fármacos de nuevo ingreso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) emite estudios y recomendaciones con el fin de promover una terapéutica racional y mejorar la toma de decisiones al momento de prescribir fármacos a este grupo atareo (5,8). El Medico Familiar en su función de atender a pacientes geriátricos en el primer nivel de atención diagnosticando las diversas patologías y controlándolas a base de fármacos y recomendaciones de hábitos de vida saludables, debe considerar la presencia de polifarmacia y tomar medidas que favorezcan la calidad de vida del adulto mayor determinando los fármacos a emplear, sus dosis y también las posibles practicas de automedicación que complicarían la salud del paciente debido a una interacción medicamentos a contraproducente. Por todo lo anterior, en este estudio se plantea la siguiente pregunta de investigación: **¿ Existe la presencia de polifarmacia y automedicación en adultos mayores del CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique Tabasco?**

Justificación

Se realizó este estudio transversal y descriptivo para conocer el patrón de consumo de medicamentos en este grupo de estudio. Así se obtuvieron datos científicos y estadísticos que a mediano plazo pueden influir en la adecuación de la farmacoterapia modificando o reglamentando esta en la atención al adulto mayor en el primer nivel. De esta manera se cumple con lo señalado en la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en donde se establece en el Artículo 5° en su fracción III como principal derecho el tener acceso a los servicios de salud con el objeto de gozar cabalmente de bienestar físico, mental, sexual y psicoemocional recibiendo también

orientación y capacitación en materia de salud. El Estado, a través del Primer Nivel de Atención debe garantizar las condiciones óptimas de salud respetando con esto el Artículo 6° de esta misma ley. También, el Artículo 18° especifica que las Instituciones Publicas del Sector Salud deben dirigir a los adultos mayores programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónico-degenerativas y neoplasias. Con este fundamento jurídico y con el compromiso de mejorar la práctica de la Medicina Familiar se realizó este estudio que atiende las necesidades del adulto mayor y contribuye a que este tenga una mejor calidad de vida.

Objetivo General

Conocer el patrón de consumo de medicamentos en el adulto mayor que acude a control en el primer nivel de atención.

Objetivos Específicos

Determinar la presencia de polifarmacia en los adultos mayores participantes.

Determinar la presencia de automedicación en los adultos mayores del estudio.

Identificar la frecuencia de enfermedades Crónico-Degenerativas en el adulto mayor.

Identificar la frecuencia del tipo de medicamentos usados en los adultos mayores participantes en el estudio

—

Capítulo II

Metodología

Tipo de Estudio

El diseño de este estudio fue transversal descriptivo (23). En virtud de que se midió las variables en una sola ocasión y se describió lo encontrado en relación a ellas.

Población, Lugar y Tiempo del Estudio

La población de interés estuvo conformada por 2131 adultos mayores captados en el Censo Nominal del CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco, la recolección de los datos se realizó en el transcurso de los meses de Mayo a Diciembre de 2005 durante la cita de control del adulto mayor en este mismo CAAPS o en su domicilio según fuera el caso.

Tipo y Tamaño de la Muestra

El muestreo fue probabilístico. La selección de los participantes se realizó con el uso de una tabla de números aleatorios, tomando estos al asignarle un número a cada adulto mayor captado en el censo nominal del CAAPS N° 1. El tamaño de la muestra se calculó para un nivel de confianza de 95%, con un nivel de significancia de .05, con una potencia de la prueba de 50%. El tamaño de la muestra resultó de $n= 326$ sujetos.

Criterios de Inclusión

Adultos mayores seleccionados aleatoriamente del Censo Nominal que acudieron a control en el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco en pleno uso de sus facultades mentales o que fueron localizados y abordados en su domicilio y que dieron su consentimiento para participar en este estudio.

Criterios de Exclusión

Adultos mayores seleccionados aleatoriamente del Censo Nominal que acudieron a control en el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco o que fueron localizados y abordados en su domicilio que no estaban en pleno uso de sus facultades mentales o que estando en pleno uso de sus facultades mentales no dieron margen a su consentimiento para participar en este estudio.

Criterios de Eliminación

Adultos mayores seleccionados aleatoriamente del Censo Nominal que acudieron a control en el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco en pleno uso de sus facultades mentales o que fueron localizados y abordados en su domicilio y que durante la recolección de datos decidieron retirar su participación en este estudio.

Información a Recolectar

A continuación se describen las variables de estudio.

Edad.- son los años de vida cumplidos por el adulto mayor, contando desde el nacimiento hasta el límite donde se desee calcular.

Polifarmacia.- se considera a la administración o consumo de más de tres diferentes medicamentos por día en una persona.

Medicamento.- es un agente o sustancia, simple o compuesta que se administra al interior y/o exterior del organismo humano con objeto terapéutico.

Exámenes de laboratorio.- es la indagación u observación por los sentidos solo o auxiliado por instrumentos de las cualidades y circunstancias de una parte, un órgano o una muestra del organismo humano con objeto diagnóstico especialmente.

Diagnóstico.- en control se refiere a la identificación de una enfermedad y la evolución posterior al tratamiento.

Automedicación.- es la acción personal del adulto mayor al tomar medicamentos por voluntad propia.

Efecto adverso .- es la consecuencia indirecta y generalmente contraria a la acción del uso de un medicamento o una terapia.

Sexo.- se refiere a la identidad de género del adulto mayor.

Procedimiento Para Captar la Información

En este estudio se utilizó un instrumento diseñado por el propio autor llamado Cuestionario de Identificación de Polifarmacia y Automedicación en el Adulto Mayor (CIPAAM), en el que se miden las variables relacionadas con la práctica de la automedicación, las características de la toma actual de medicamentos por el adulto mayor (frecuencia y tipo), se mide también la edad, sexo, estado civil, diagnóstico en control del adulto mayor, algunos aspectos relacionados con las reacciones adversas y se pregunta también al adulto mayor si alguien lo acompaña a consulta o lleva control de la toma de sus medicamentos en su domicilio (Apéndice A).

Posteriormente para recolectar la información se solicitó por escrito la autorización de los directivos de la Jurisdicción 17 del municipio de Tenosique para que otorgasen las facilidades para la realización del estudio. Estos entregaron el Censo Nominal del CAAPS N° 1 del municipio y se seleccionaron los sujetos mediante una tabla de números aleatorios, con este listado fueron ubicados cuando acudieron a consulta de control.

Una vez localizado el sujeto se le informó el objetivo del estudio y se solicitó su participación voluntaria, respetando su anonimato y garantizando el uso confidencial de la información de sus respuestas. Se consideró el consentimiento informado por escrito para la aceptación a contestar el cuestionario (Apéndice B). Los participantes fueron abordados para la recolección de datos en el mismo consultorio al terminar su consulta de control. El mismo médico que le realizó la consulta le aplicó el

cuestionario. Los sujetos que no se lograron localizar en consulta, fueron abordados para la recolección de datos en su domicilio por parte del autor del estudio. El médico que realizó la consulta fue previamente capacitado para contar con la unificación de criterios que requiere la Recolección de Datos del estudio. Al finalizar la encuesta se agradeció al sujeto su participación. El procesamiento de la información se realizó con el programa estadístico computacional SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 12.0. En el análisis estadístico se observó la estadística descriptiva como frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central y de variabilidad. Y sobre estas observaciones se describió lo encontrado en las variables de estudio y se sacaron conclusiones que ayudaron a contestar la pregunta de investigación del estudio.

Consideraciones Éticas

El estudio se apegó a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud (24) referente al Título Segundo.

Para asegurar el respeto a la dignidad de los sujetos y la protección de sus derechos y bienestar, el estudio contó con el dictamen de aprobación de la Comisión de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (Capítulo I, Artículo 14, fracción VII).

Se contó con el consentimiento informado por escrito del sujeto para su aceptación a participar de manera voluntaria y reservándose su derecho a retirar su consentimiento y participación del estudio cuando así lo decidiera el participante (Capítulo I, Artículo 13, Artículo 14, fracción V, Artículo 20, Artículo 21, fracción VI y VII, Artículo 22) habiéndosele explicado previamente de manera clara y completa el objetivo del estudio y los beneficios que podrán observarse.

El estudio se consideró de mínimo riesgo para el participante (Artículo 17, fracción II) dado que los instrumentos de medición fueron de lápiz y papel y se indagó sobre aspectos personales que pudieran influir en el estado emocional del adulto mayor.

Capítulo III

Resultados

En este capítulo se presentan los resultados del estudio de existencia de polifarmacia y automedicación en 326 adultos mayores participantes que llevan control en el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco.

Tabla 1

Características sociodemográficas

EDAD	GÉNERO	ESTADO CIVIL				
		CON PAREJA		SIN PAREJA		
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
60 - 65	FEMENINO	44	13.5	37	11.3	
	MASCULINO	27	8.3	7	2.1	
	SUBTOTAL	71	21.8	44	13.4	
66 - 71	FEMENINO	30	9.2	43	13.2	
	MASCULINO	30	9.2	14	4.3	
	SUBTOTAL	60	18.4	57	17.5	
72 - 77	FEMENINO	23	7.0	13	4.0	
	MASCULINO	17	5.2	3	0.9	
	SUBTOTAL	40	12.2	16	4.9	
78 - 83	FEMENINO	3	0.9	7	2.1	
	MASCULINO	0	0.0	13	4.1	
	SUBTOTAL	3	0.9	20	6.2	
84 - 89	FEMENINO	3	0.9	3	0.9	
	MASCULINO	3	0.9	3	0.9	
	SUBTOTAL	6	1.8	6	1.8	
90 - 95	FEMENINO	0	0.0	0	0.0	
	MASCULINO	0	0.0	3	0.9	
	SUBTOTAL	0	0.0	3	0.9	
TOTAL	326	100%	180	55	146	45

Fuente: CIPAAM

n = 326

La población estuvo conformada por 2131 adultos mayores cuyas edades oscilaron en un rango de 60 a 91 años de edad. El tamaño de la muestra se calculó para un nivel de confianza de 95%, con un nivel de significancia

de 0.05, con una potencia de la prueba de 50%, siendo para este estudio $n=326$ sujetos. La selección de los participantes se efectuó utilizando el método de la tabla de números aleatorios (Spiegel, 1992). La muestra quedó compuesta por 206 mujeres y 120 hombres que representan el 63.2 % y 36.8 %, respectivamente. Clasificando los datos por el procedimiento de datos agrupados, se encontró que el 71.1 % de la muestra lo representan adultos mayores con un rango de edad de 60-71 años, siendo y entre un rango de 60-83 años se encuentra el 95.3 % de la misma. En estos dos intervalos, el 66.4 % y 64.3 % son mujeres, respectivamente. Así mismo, se obtuvo que el 55% ($n=180$) de la población vive con un cónyuge y el 45 % ($n=146$) no tiene vida en pareja. Procesados los datos de edad de los pacientes, por decenas de años cumplidos, se obtiene que 57.1 % de la población es menor de 70 años, 89.1 % corresponde a menores de 80 años y para menores de 90 años se incluye al 98.2 % poblacional.

Tabla 2

Diagnostico en control de Adultos Mayores de sexo Femenino

EDAD (años)	PRIMER DIAGNÓSTICO DE CONTROL									
	DIABETES MELLITUS TIPO II		HIPERTENSIÓN ARTERIAL		OBESIDAD		ARTROPATÍA		CARDIOPATÍA	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	¶	%	<i>f</i>	%
60 - 65	14	4.3	14	4.3	12	3.7	4	1.2	2	0.6
66 - 71	20	6.1	16	4.9	4	1.2	2	0.6	2	0.6
72 - 77	8	2.4	8	2.4	2	0.6	2	0.6	2	0.6
78 - 83	2	0.6	0	0	0	0	2	0.6	0	0
84 - 89	0	0	1		0	0	0	0	0	0
90 - 95	2	0.6	0	0	0	0	0	0	2	0.6
TOTAL	46	14.1	39	11.9	18	5.5	10	3.1	8	2.5

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

En referencia a las enfermedades del primer diagnóstico de control en adultos mayores, se detectaron 33 diferentes enfermedades en la muestra, de las cuales, considerando el género, 26 enfermedades se presentaron en el grupo de mujeres y 21 enfermedades prevalecieron en el grupo de los hombres. Del total de enfermedades, 14 se manifestaron sólo en las mujeres (rinofaringitis, alergias, osteoporosis, síndrome de gripa, neumonía, asma, hipertensión muscular, urosepsis, gastroenteropatía, epilepsia, cistitis, quistes mamarios, psoriasis e hidrocefalia y 8 en los hombres (enfermedades oftálmicas, hiperuricemia, hipercolesterolemia, proceso infeccioso, TBP, enfermedades auditivas, prostatitis, alcoholismo). Es importante señalar que ninguna de estas enfermedades a que se hace referencia tuvieron una de las cinco mayores frecuencias en el estudio.

En el caso del género femenino, las cinco principales enfermedades que se diagnosticaron primariamente representaron afectación en el 37.1% de la población en estudio. Estas enfermedades fueron, en orden de importancia numérica de diagnóstico: diabetes mellitas tipo 2 (14.1%), hipertensión arterial (11.9%), obesidad (5.5%), artropatía (3.1%) y cardiopatía (2.5%), estos porcentajes son sobre el total de la muestra.

Por género, estas cinco enfermedades representan el 58.6% en la población femenina. Al resto de las enfermedades encontradas en mujeres les corresponde el restante 41.4%. Así, en la población femenina, la diabetes mellitus tipo 2 representa el 22.3%, la hipertensión arterial el 18.9%, la obesidad el 8.7%, la artropatía representa el 4.9% y la cardiopatía el 3.8%.

Tabla 3

Diagnostico en Control de Adultos Mayores de Sexo Masculino

EDAD (años)	PRIMER DIAGNÓSTICO DE CONTROL											
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		ARTROPATÍA		OBESIDAD		EPOC		DIABETES MELLITUS TIPO II		CARDIOPATÍA	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
60 - 65	2	0.6	2	0.6	10	3.1	12	3.7	2	0.6	2	0.6
66 - 71	16	4.9	2	0.6	0	0	2	0.6	4	1.2	2	0.6
72 - 77	4	1.2	8	2.4	0	0	0	0	2	0.6	4	1.2
78 - 83	0	0	4	1.2	0	0	2	0.6	0	0	0	0
84 - 89	4	1.2	2	0.6	4	1.2	0	0	0	0	0	0
90 - 95	0	0	2	0.6	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	26	7.9	20	6.1	14	4.3	16	4.9	8	2.5	8	2.5

Fuente: CIPAAM

n = 326

En el caso del género masculino, las seis principales enfermedades que se diagnosticaron primariamente representaron el 28.2 % de la población en estudio. Estas enfermedades fueron, en orden decreciente de diagnóstico, hipertensión arterial (7.9%), artropatía (6.1%), obesidad (4.3%), EPOC (4.9 %), diabetes mellitus tipo 2 (2.5%) y cardiopatía (2.5%), estos porcentajes son sobre el total de la muestra.

Por genero, estas 6 enfermedades representan un 76.5% de afectación solo en hombres. Las demás enfermedades encontradas en hombres estuvieron agrupadas en un 23.5 %. Así, en la población masculina, la hipertensión arterial representó el 21.6%, la artropatía un 16.6%, la obesidad el 11.6%, el EPOC un 13.3%, la Diabetes Mellitus tipo 2 y la Cardiopatía representaron el 6.7% cada una.

Al compararse la enfermedad de diabetes mellitus entre géneros, se encontró que su prevaencia en mujeres es 3.5 veces mayor que en hombres. En cuanto a la enfermedad crónico degenerativa hipertensión arterial, su prevalencia fue similar entre ambos sexos.

Haciendo referencia a la obesidad, su presencia fue 0.5 veces mayor en hombres que en mujeres. En referencia a la artropatía esta fue mayor en hombres que en mujeres con una razón hombre/mujer de 3/1.

Tabla 4

Polifarmacia y género

POLIFARMACIA	GÉNERO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO			
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
CON	142	43.6	81	24.8	223	68.4
SIN	64	19.6	39	12.0	103	31.6
TOTAL	206	63.2	120	36.8	326	100

Fuente: CIPAAM

n = 326

Para el caso de la presencia de polifarmacia en la muestra aleatoria, se encontró a 223 adultos mayores en estas condiciones, lo que representa el 68.4 % del total; este

EDAD	CON POLIFARMACIA				porcentaje, considerando el género, 43.6 % son mujeres y 24.8 % corresponde a hombres
	FEMENINO		MASCULINO		
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	
60 - 65	0	0	5	6.5	
66 - 71	87	61.2	18	21.8	
72 - 77	55	38.8	58	71.7	
TOTAL	142	100.0	81	100.0	

Tabla 5

Polifarmacia por género y edad

Fuente: CIPAAM

n = 326

Al hacer el análisis por categorías de edades y género, se encontró que el rango con presencia de polifarmacia corresponde a 66-77 años de edad para las mujeres y 60-77 años para los hombres. Resalta la categoría de 66-71 años de edad para pacientes femeninos, dado que implica al 61.2 % de los pacientes de este género bajo condiciones de polifarmacia, así como en hombres, la categoría de 72-77 años de edad, donde se incluyeron al 71.7 % con las características en estudio.

Tabla 6

Tipo de Medicamento

Tipo de Medicamento	<i>f</i>	%
antihipertensivo	122	(37.4%)
hipoglicemiante	29	(8.9%)
AINE	107	(32.9%)
digitálico o antiarrítmico	8	(2.4%)
Hipolipemiente	2	(.6%)
Antigotosos	2	(.6%)
Antibióticos	8	(2.4%)
vasodilatador y/o antitusígenos	4	(1.2%)
Otros	34	(10.6%)
antihistamínico	2	(.6%)
Anticonvulsivo	2	(.6%)
Antipsoriásico	2	(.6%)
Antipsicóticos	4	(1.2%)
Total	326	100

Fuente: CIPAAM

n = 326

Se señalan más de 12 diferentes tipos de medicamentos que consumían los sujetos del estudio, quedando sin especificar en la encuesta un 10.6% de estos. Los más comúnmente indicados fueron los antihipertensivos (37.4%), AINES (32.9%) y los hipoglicemiantes (8.9%).

Tabla 7

Registro de Medicamentos

¿Lleva usted el registro de la toma de medicamentos que consume diariamente?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	No
28	8	298	92

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

El 92% de los pacientes no llevan un plan o registro diario de la toma de sus pastillas medicadas, con lo que sólo 28 personas de 326 sí lo realizan cotidianamente.

Tabla 8

Legibilidad de la Receta

¿Le entiende usted claramente a la letra del medico que le receta los medicamentos?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
190	58.3	136	41.7

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

En este ítem se encontró que el 58.3 % de los informantes sí le entienden a la letra del médico que les receta los medicamentos. Prácticamente todos los encuestados son alfabetos, con excepción de un solo registro que indica ser analfabeta.

Tabla 9

Información Sobre Medicamentos Recetados 1

¿Le explica a usted el medico las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de los medicamentos que le receta?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
241	73.9	85	26.1

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

A la pregunta: ¿le explica a usted el médico las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos de los medicamentos?, la respuesta fue afirmativa en 241 (73.9 %) adultos mayores.

Tabla 10

Información Sobre Medicamentos Recetados 2

¿Le señala a usted el medico los medicamentos que se deben tomar antes o después de los alimentos?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
300	92	26	8

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

A esta pregunta, el 92% de los pacientes respondieron que el médico que les da la consulta sí les señala las indicaciones de uso de los medicamentos recetados con

respecto a los alimentos diarios y el horario de toma del medicamento, de tal manera que sólo en el 8 % de las encuestas se registró una respuesta negativa

Tabla 11

Asistencia Acompañada del Adulto Mayor a Control

¿Asiste usted acompañado por algún familiar o amigo a consulta?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
182	55.8	144	44.2

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

No hay una inclinación marcada entre los pacientes adultos mayores de hacerse acompañar por alguien al momento de asistir a su consulta médica (55.8 % vs. 44.2%).

Tabla 12

Efecto Adverso Inmediato Percibido por el Adulto Mayor

¿Se ha sentido usted mal después de tomar algún medicamento recetado por el medico?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
52	16	274	84

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

Para este ítem, el 84 % de los adultos mayores encuestados mencionaron que no han percibido reacciones adversas después de ingerir alguno de los medicamentos recetados por el doctor, por lo que sólo se detecta un 16 % de los pacientes que sí han tenido alguna reacción en este sentido.

Tabla 13

Exámenes de Laboratorio de Control

¿Le realiza su médico exámenes de laboratorio de forma periódica?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
164	50.3	162	49.7

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

Conforme a lo aseverado por los pacientes, a la mitad de ellos (50.3 %), el médico les envía periódicamente a realizarse exámenes al laboratorio

Tabla 14

Vigilancia del Consumo de Medicamentos

¿Algún familiar o amigo vigila o regula la toma adecuada de sus medicamentos?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	Si	no	No
144	44.2	182	55.8

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

Poco más de la mitad de los pacientes (55.8 %) no cuentan con alguien en especial interesado en vigilar o regular la toma adecuada de sus medicamentos, siendo ellos mismos los responsables de su consumo adecuado.

Tabla 15

Automedicación 1

¿Toma usted medicamentos que alguien le sugiera o recomiende?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
si	si	no	no
81	25	245	75

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

Prácticamente se determinó que $\frac{3}{4}$ de la población en estudio no ingiere los medicamentos sugeridos o recomendados por segundas personas que no sea su médico familiar. Sin embargo, es todavía importante la proporción poblacional (25%) que sí se decide por medicamentos no recetados por el médico familiar, sobresaliendo la medicina alternativa naturista.

Tabla 16

Automedicación 2

¿Toma usted medicamentos por cuenta propia, sin que nadie se los sugiera o recomiende?			
<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
no	No	si	si
281	86.2	45	13.8

Fuente: CIPAAM

 $n = 326$

En las respuestas a la pregunta: ¿Toma usted medicamentos por cuenta propia, sin que nadie se los sugiera o recomiende?, la tendencia a no automedicarse se incrementó (86.2 % vs. 13.8 %). Comparando los resultados de estos dos últimos ítems, se aprecia la influencia en las decisiones de salud personal del adulto mayor de personas cercanas al paciente, para no ingerir medicamentos que no estén indicados en una receta medica expedida por el medico que le lleva control de su padecimiento.

Capitulo IV

Discusión

El presente estudio permitió identificar la presencia de polifarmacia y automedicación en adultos mayores que acuden a consulta medica de control en el CAAPS N° 1 del municipio de Tenosique en Tabasco.

De acuerdo a los resultados, el 71.1% de la muestra son adultos mayores de entre 60 y 83 años de edad cumplidos. En cuanto al genero, 63.2% lo representan mujeres, y el restante 36.8 % esta conformado por hombres. En relación al estado civil de la muestra, se obtuvo que el 55% tiene pareja y el restante 45% no tiene vida en pareja. Estos resultados son similares a varios estudios realizados en adultos mayores (4, 5,6, 14, 25) ya que las mujeres tienen mayor expectativa de vida y la mortalidad aumenta con el numero de años cumplidos lo que disminuye la frecuencia de adultos mayores en la muestra a medida que aumenta la edad de estos.

De las enfermedades en control de la muestra, se encontraron 33 diferentes. Por genero, en la población femenina, la Diabetes Mellitus representa el 22.3%, la Hipertensión arterial el 18.9%, la Obesidad el 8.7%, la artropatía el 4.9% y la cardiopatía el 3.8%. Así, estas cinco enfermedades representan juntas el 58.6 % de prevaecía en el sexo femenino de la muestra. El resto de las enfermedades encontradas solo en mujeres representa el restante 41.4 %. En la población masculina, la Hipertensión arterial representó un 21.6 %, la artropatía el 16.6%, la obesidad 11.6%, el EPOC 13.3% y la Diabetes mellitas junto con as Cardiopatías prevalecieron por igual 6.7% cada una en el sexo masculino de la muestra. Así, estas seis enfermedades representaron juntas el 76.5% de afectación en este genero. El resto de las enfermedades que prevalecieron en la población masculina representan juntas el 23.5% restante. Estos datos coinciden parcialmente con lo encontrado por Martínez (4) quien reporta que en su muestra de adultos mayores se encontró que 49% de esta padecía Hipertensión, Osteoartrosis un

34%, Cardiopatía Isquémica en un 22 %, Diabetes Mellitus en un 12% de la muestra considerando este estudio la pluripatología que puede presentar el adulto mayor. Por otra parte Silva (5) reporta la prevalencia de Hipertensión arterial en el 82.85% de su muestra de adultos mayores, seguida de Diabetes Mellitas y Cardiopatías. También Pérez (6) reporta la presencia de Hipertensión arterial en un 64% de su muestra seguida en orden decreciente por la Diabetes Mellitus, Cardiopatía Isquémicas, Obesidad, Artropatías entre otras de menor presencia. Como se observa, las enfermedades de tipo Crónico-degenerativas son la que mayormente se presentan en la muestra ya que son propias del adulto mayor siendo la Diabetes mellitus 2 y la Hipertensión Arterial las causantes directas o indirectas de las primeras causas de muerte en la población mexicana y la Medicina Familiar siendo la encargada de llevar en primera instancia el control de estas enfermedades, debe tomar muy en cuenta el esquema farmacoterapéutico para su control tomando en cuenta las implicaciones de efectos adversos y complicaciones potenciales derivadas de estas. Estos resultados sirven también para confirmar la presencia de estas enfermedades en la población de adultos mayores del estado de Tabasco. Situación similar en el resto de la República Mexicana (2).

En relación a la presencia de polifarmacia en la muestra, considerando a la polifarmacia como la ingesta diaria de más de tres diferentes medicamentos. Se observó que el 68.4 % de la muestra si presentaba polifarmacia, considerando para el género masculino representación del 24.8% del porcentaje anterior y para el femenino una representación de 143.6 % del porcentaje total con polifarmacia en la muestra.

En un estudio realizado por Martínez (4, 12), se encontró que el 39% de la muestra de adultos mayores consumían cuatro o más diferentes medicamentos diarios. En otro estudio realizado por Silva (5) se encontró que el 47.56% de su muestra de adultos mayores consumían cuatro o más diferentes medicamentos diarios. En otro estudio realizado por Santana (14) se encontró en la muestra de adultos mayores una

presencia de polifarmacia en el 29.76% de la muestra. En un estudio realizado por Lluís (24), donde se consideró a la polifarmacia como el consumo de cinco o más diferentes medicamentos se observó que un 24.4% de su muestra de adultos mayores presentaba polifarmacia. Como se observa, los datos de nuestra población de estudio superan considerablemente lo reportado por estos otros estudios, por lo que se puede decir que la alta presencia de polifarmacia se puede deber a una inapropiada adecuación farmacoterapéutica por parte del médico, también porque posiblemente existe un respeto y costumbre de la población por seguir lo más apegado posible el tratamiento recetado, como lo demuestran más adelante los datos de automedicación o también se puede deber a que la población en estudio tiene una mayor disponibilidad de los fármacos prescritos. Sin embargo, esta polifarmacia encontrada puede resultar adversa para la salud del adulto mayor y estos datos son relevantes para el médico familiar ya que obligan a considerar el esquema farmacoterapéutico actual y tratar de modificarlo en beneficio del anciano.

En relación al tipo de medicamento que consume el adulto mayor se encontró que los antihipertensivos son los mayormente consumidos refiriendo un 37% de la muestra utilizarlos, seguidos de los AINES (32.9%) y los hipoglucemiantes (8.9%). Estos datos coinciden con el tipo de enfermedades que prevalecen en la muestra. El uso de AINES en el adulto mayor está enfocado para disminuir las molestias de las artropatías y como parte del tratamiento profiláctico para las enfermedades isquémicas del corazón. De estos resultados se pueden derivar esquemas farmacológicos que optimicen el uso racional de fármacos en base al adecuado seguimiento de las patologías presentes en el anciano, evitando con esto el abuso de fármacos indicados por el médico familiar.

Analizando otras variables que se incluyen en el instrumento utilizado y que miden algunos aspectos relacionados con la consulta de control del adulto mayor y los hábitos de ingesta de medicamentos por parte de este se encontró que el 92% de los pacientes no llevan un tipo de plan escrito o registro de consumo diario de

medicamentos y esto pudiera influir para que la farmacoterapia prescrita para el control de la enfermedad no se cumpla correctamente. Situación que puede considerarse grave ya que la farmacoterapia es el pilar del tratamiento para este control de enfermedades Crónico-degenerativas en el adulto mayor. También se encontró que tan solo poco más de la mitad 55.8% de los adultos mayores acude acompañado a consulta, situación que puede ayudar para dar recomendaciones a su acompañante quien a su vez puede ser parte de la farmacoterapia, ya que puede ayudar como agente proveedor y regulador de medicamentos. A su vez solo en el 44.2% de la muestra, cuenta con alguna persona cercana al adulto mayor que vigila o regula a toma adecuada de sus medicamentos. Con estos resultados es prudente resaltar la importancia que tienen otras profesiones como Trabajo Social o Enfermería y la importancia de que se involucrara su participación en la farmacoterapia de Primer Nivel de Atención para el adulto mayor.

Se encontró también que el 16% de los sujetos refieren haber percibido molestias después de ingerir sus medicamentos, también se encontró que poco más de la mitad de la muestra (58.3%) logra leer con claridad la receta expedida por el médico. Estos son detalles que quizá pueden pasar desapercibidos por parte del médico pero que representan factores a considerar dentro de la farmacoterapia sobre los cuales el médico debe estar pendiente. Por otro lado, el 92% de la muestra refiere que el médico si le explica el horario de ingesta de medicamentos en relación al consumo de alimentos diarios, también un 73.9% de los adultos mayores encuestados refiere haber recibido información por parte del médico tratante acerca en relación a las indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos que acompañan a la farmacoterapia, sin embargo se puede considerar que estos porcentajes no son satisfactorios ya que la responsabilidad del médico no termina en la expedición de la receta, sino que tiene que informar ampliamente al paciente acerca de estos factores a considerar dentro de la farmacoterapia. Prácticamente la mitad de la muestra informa que el médico si le realiza exámenes de forma periódica, aunque no se especifican que pruebas de laboratorio son,

se puede considerar insatisfactorio este porcentaje si tomamos en cuenta que sería conveniente realizar estas pruebas de laboratorio en los pacientes para valorar sus funciones renales y hepáticas que cumplen una función importante en la farmacocinética de los medicamentos y consecuentemente posibles efectos adversos en los pacientes. Aunque también hay que considerar la disponibilidad de estas pruebas debido al coste económico de las mismas. Entonces toca al médico familiar considerar la importancia de una consulta de control completa donde estos datos sirvan como referencia para considerar su praxis.

Por último, en la medición de la práctica de automedicación en la muestra se encontró que solo el 25% de la muestra se automedica por recomendación de alguna persona no facultada y el 13.8% se automedica por cuenta propia, sin la influencia de nadie. Cabe destacar que en la práctica de automedicación, los productos naturistas son los de mayor preferencia entre los adultos mayores. Estos datos de automedicación no coinciden con lo encontrado en un estudio realizado en Cuba por Martínez (4), donde este reporta automedicación en el 41% de su muestra, en otro estudio realizado en España por Pérez (6) se encontró automedicación en un 47% de su muestra y en otro estudio realizado por Santana en Cuba (14) se encontró automedicación en un 60.1% de adultos mayores. Como se observa, la práctica de automedicación en nuestra población de adultos mayores es relativamente baja en comparación con otros países. Esto puede ser en parte, como ya se mencionó anteriormente a la costumbre de la población de seguir las recomendaciones médicas y la fe que tiene la población en la imagen del médico al que se considera que su farmacoterapia es efectiva. Sin embargo, estos datos no son satisfactorios ya que aun así, los porcentajes de automedicación pueden ser de consideración para producir interacción y sinergismo con efectos adversos para la salud del adulto mayor.

Conclusiones

Se encontró presencia de Polifarmacia en más de la mitad de los adultos mayores encuestados.

El tipo de medicamento mas utilizado por el adulto mayor coincide en orden con la presencia de las enfermedades encontradas en la muestra. Siendo estos los antihipertensivos, AINES e Hipoglicemiantes principalmente.

Las enfermedades que más prevalecieron en el adulto mayor fueron en orden decreciente la Hipertensión arterial, las artropatías, la Diabetes Mellitus 2, la obesidad y las cardiopatías.

Se encontró la presencia de factores de riesgo relacionados con los hábitos de farmacoterapia tanto en el adulto mayor como en el medico.

La práctica de automedicación es relativamente baja en los adultos mayores.

Con estas afirmaciones se puede considerar que se lograron los objetivos de investigación planteados ya que se logro conocer el patrón de consumo de medicamentos en la población de estudio y de aquí se pueden derivar beneficios para el paciente senil.

Recomendaciones

Otras profesiones como Psicología, Enfermería o Trabajo Social pueden realizar estudios cualitativos donde se indague sobre las costumbres y creencias del adulto mayor sobre la farmacoterapia. Así mismo dentro de los programas de educación medica continua para los médicos generales y familiares el reforzar sobre la farmacología de los medicamentos que no deben de prescribir a los adultos mayores por sus efectos secundarios.

Modificar los esquemas de farmacoterapia para el adulto mayor en el primer nivel de atención en base a estos resultados y otros estudios relacionados realizados en población mexicana. Con una prescripción optima, medida y al mismo tiempo efectiva. Manteniendo una estrecha vigilancia de esta farmacoterapia por parte del

medico y personas cercanas al adulto mayor.

Mantener y reforzar las advertencias en relación a la automedicación en la población por parte del medico familiar durante la consulta y por parte de la Secretaria de Salud a través de los medios masivos de comunicación.

Referencias

- 1.- Anzola P.E., Galinsky D., Morales M.F., Salas A., Sánchez A.M. La atención de los ancianos: Un desafío para los años noventa. Publicación científica N° 546. Washington: OPS/OMS, 1994: 3-18
- 2.- Ham-Chande R. El envejecimiento: Una nueva dimensión de la salud en México. Revista de Salud Pública de México, 1996 Nov-Dic; 38 (6): 409-18
- 3.- Menendez D.L. Terapéutica farmacológica en el anciano. En: Prieto O., Vega E. Temas de Gerontología. La Habana, Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1996
- 4.- Martínez-Querol C., Pérez-Martínez V., Carballo-Pérez M., Larrondo-Viera J. Polifarmacia en los adultos mayores [monografía en Internet]. La Habana, Cuba; Nov 2004 [citado 14 Ene 2005].
- 5.- Silva-Valido J., Pereira-Relis E., Soto-Martínez O., Franco-Bonal A., Franco-Bonal A. Utilización de medicamentos en el anciano en la atención primaria de Guantánamo. Rev Med Nordeste [serie en Internet]. Mar 2004; (5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/fisiologia/revista5/atencion-primaria.htm>
- 6.- Pérez-Fuentes M., Castillo-Castillo R., Rodríguez-Toquero J., Martos-López E., Morales-Mañero A. Adecuación del tratamiento farmacológico en población anciana polimedicada. Medicina de Familia (And). 2001 Nov 12; 3 (1): 23-8.
- 7.- Roisinblit R., Stranieri G. El Anciano y los medicamentos [monografía en Internet]. Perú.
- 8.- Ramos –Cedeño A.M., Millán-Vázquez P.M., Fonseca-León J.L., Quiroz-Enríquez M. Determinación de polifarmacoterapia en pacientes geriátricos de un consultorio del médico de la familia en Cienfuegos. Rev Cub Farm 2000 Abril; 34 (3): 170-4
- 9.- Beers M.H., Berkow R. Manual Merck de Geriatria. 2da ed. España: Editorial Harcourt; 2001

- 10.- Cecil L. Compendio de medicina interna. En: Biología del envejecimiento. 3ra ed España: Editorial Interamericana Mc Graw-Hill; 1995
- 11.- Alhalel B. Polifarmacia, iatrogenia y reacciones adversas por medicamentos en el adulto mayor. Revista Diagnostico [serie en Internet]. 2003 May-Jun; 42 (3): [aprox. 11 p.]. Disponible en:
<http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2003/mayjun03/23-37.html>
- 12.- Forciea M.A., Labios-Mourey R. Secretos de la geriatría. En: Prevención de reacciones adversas a fármacos. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana; 1995
- 13.- Larrion J. Algunos aspectos de farmacoterapia en geriatría. Bit [serie en Internet]. 1995 feb; 3 (1): [aprox. 16 p.]. Disponible en:
<http://www.cfnavarra.es/WebGN/SOU/publicac/bj/textos/v3n1.htm>
- 14.- Santana-Vallaso O., Bembibre-Taboada R., García-Núñez R., González-Avalos E. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. Rev Cubana Med Gen Integr [serie en Internet]. 1997 Oct [citado Jul-Ago 1998]; 14 (4): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php>
- 15.- Rodríguez-Sanjuan P., Jiménez-Torres E. El paciente geriátrico de Urgencias. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes. Cap. 106. p. 717-724
- 16.- Oscanoa T. Interacción medicamentosa en geriatría. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú 2004; 65 (2): 119-26
- 17.- Fernández-Guerra N., Díaz-Arámesto D., Pérez-Hernández B., Rojas-Pérez A. Polifarmacia en el anciano. Revista Acta Medica [serie en Internet]. La Habana Cuba; 2002; 10 (1). Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/actsu102.htm
- 18.- Verez V.L. Consumo de medicamentos en ancianos y su relación con variables socioeconómicas y autopercepción de salud. Rev Esp Geriatr Gerontol 1997; 32 (3): 151-5
- 19.- Rocabruno M.J.C., Prieto R.O. Uso de fármacos en la vejez. En: Gerontología y

Geriatría. La Habana Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 1992

20.- Alhalel G.B. Iatrogenia en el anciano: Riesgos en el manejo medicamentoso.

Revista Diagnostico 1984; 14 (3): 77-85

21.- Angeles-Chimal P., Medina-Flores M.L., Molina-Rodriguez J.F. Automedicación en población urbana de Cuernavaca Morelos. Salud Publica de Mexico, 1992 Sept-Oct; 34 (5)

22.- Oscanoa T. Farmacoterapia racional en el adulto mayor. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna [serie en Internet]. 2001; 14 (3) [aprox. 11p.]. Disponible en: http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/spmi/vol14_NA°3/Farmac.htm

23.- Polit H, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6th ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 1999.

24.- Secretaria de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación Para la Salud. Mexico:Porrua; 1987

25.- Lluís-Ramos G., González-Cabeza Y., Loy-Acosta Sulay., Cubero-Menéndez O. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos. Revista Cubana de Farmacología [serie en Internet]. La Habana, Cuba; May 2002; 36 (3): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/far/vol36-3-02/far05302.htm>

Apéndices

Apéndice A

Cuestionario de Identificación de Polifarmacia y Automedicación en el Adulto Mayor

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

NOMBRE: _____ FECHA: _____

1.-SEXO: _____ 2.-EDAD: _____ AÑOS N° DE ENCUESTA: _____

3.- EDO. CIVIL: a) CON pareja B) SIN pareja

4.- DIAGNOSTICO EN CONTROL: _____

5.- CUAL ES EL NUMERO TOTAL DE PASTILLAS QUE TOMA AL DIA: _____

6.- CUALES SON LOS MEDICAMENTOS QUE TOMA DIARIAMENTE:

a) antihipertensivos b) hipoglicemiantes c) AINES d) antiarrítmico o digitálico

e) multivitaminico f) hipolipemiente g) antigotoso h) antibiótico

i) broncodilatador o antitusigeno j) otro: especifique _____

7.- LLEVA USTED EL REGISTRO DE LA TOMA DE MEDICAMENTOS:

a) si b) no

8.- LE ENTIENDE USTED A LA LETRA DEL MEDICO QUE LE HACE LA

RECETA: a) si b) no

9.- LE EXPLICA A USTED EL MEDICO LAS INDICACIONES,
CONTRAINDICACIONES Y EFECTOS ADVERSOS:

a) si b) no

10.- LE EXPLICA EL MEDICO DE LOS MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN
ANTES Y DESPUÉS DE LOS ALIMENTOS: a) si b) no

11.- ASISTE USTED ACOMPAÑADO A CONSULTA DE ALGÚN FAMILIAR O
AMIGO a) si b) no

12.- SE HA SENTIDO USTED MAL DESPUES DE TOMAR ALGÚN
MEDICAMENTO: a) si b) no

13.- SU MEDICO LE REALIZA EXAMENES DE LABORATORIO DE FORMA
PERIODICA: a) si b) no

14.- ALGÚN FAMILIAR O AMIGO VIGILA O REGULA LA TOMA ADECUADA
DE SUS MEDICAMENTOS: a) si b) no

15.- TOMA USTED MEDICAMENTO QUE ALGUIEN LE RECOMIENDE O
SUGIERA a) si b) no

16.- TOMA USTED MEDICAMENTOS POR CUENTA PROPIA, SIN QUE NADIE
SE LOS SUGIERA a) no b) si

Apéndice B

Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

Entiendo que el Dr. Julio Víctor Patiño, con la finalidad de obtener su grado de Especialista en Medicina Familiar, está realizando un estudio en personas de la tercera edad que como yo estamos en tratamiento de alguna enfermedad con medicamentos para conocer si tenemos algún problema con la toma de ellos.

Se me ha solicitado mi participación voluntaria en el estudio, la cual consiste en responder las preguntas a un cuestionario de datos personales.

El Dr. me ha explicado que la información que yo proporcione será confidencial. Así mismo se me dijo que cualquier duda que yo tenga respecto a mi participación en el estudio me será ampliamente aclarada y que estoy en libertad de retirarme del mismo en el momento que yo lo desee.

Conociendo todo esto doy mi consentimiento en participar en el estudio.

Nombre y firma del encuestado _____

Nombre y firma del encuestador _____

Fecha _____