



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE, CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA RAZONADA
PARA EL ADULTO MAYOR EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO 33 “EL
ROSARIO”.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. VENEGAS ABARCA DAMARIS

Médico Residente del tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”

ASESOR:

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.

Médico Familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud
Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”

CIUDAD DE MEXICO

JULIO 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AUTORIZACIONES

DR. ANDRÉS ROCHA AGUADO.

Médico familiar y Coordinador clínico de educación en investigación y salud
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"
ASESOR DE TESIS

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL.

Médico familiar y Profesora titular del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO.

Médico familiar y Profesora adjunta del curso de especialización en medicina familiar.
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

DRA. VENEGAS ABARCA DAMARIS

Médico Residente del tercer año del curso de especialidad en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 33 "El Rosario"

AGRADECIMIENTOS.

A mis padres y hermanos, a quienes les debo lo que soy, por sus enseñanzas, consejos, y su eterna paciencia ante mis constantes errores.

A mi asesor de tesis, por su paciencia y orientación para la realización de este trabajo.

A mis profesores, por su apoyo y por compartir su conocimiento y experiencia conmigo, guiándome en este camino.

A mis amigos, que se convirtieron en mi segunda familia y con los que compartí momentos inolvidables.

ÍNDICE

1.	RESUMEN	1
2.	INTRODUCCIÓN	2
3.	ANTECEDENTES	3
4.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
5.	OBJETIVOS	11
6.	MATERIAL Y MÉTODOS	12
7.	RESULTADOS	13
8.	TABLAS Y GRÁFICAS	14
9.	DISCUSIÓN	23
10.	CONCLUSIONES	25
11.	BIBLIOGRAFÍA	26
12.	ANEXOS	29

1.- RESUMEN

Venegas Abarca Damaris¹, Rocha Aguado Andrés². Nivel de conocimiento sobre prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor, en médicos familiares adscritos a la UMF No. 33 “El Rosario”. México 2017.”

Introducción: La polifarmacia es considerada como un problema de salud pública, por sus múltiples consecuencias en los adultos mayores por lo cual es importante realizar una prescripción farmacológica razonada en este grupo de pacientes. **Objetivo:** Evaluar el nivel de conocimiento sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo, en médicos familiares adscritos a la UMF No 33 “El Rosario”, se realizó el trabajo con un grupo natural, por lo cual no se llevó a cabo el cálculo de la muestra. Se empleó un cuestionario exprofeso, realizado en base a la GPC “prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor”. En el análisis se utilizó estadística descriptiva y el programa SPSSV21. Posteriormente se representó gráficamente. La investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional.

Palabras clave: Prescripción razonada, polifarmacia, adulto mayor, prescripción inadecuada.

1 Médico residente de tercer año del CEMF de la UMF 33 “El Rosario”

2 Médico familiar y Coordinador clínico de educación e investigación en salud de la UMF 33 “El Rosario”

2. INTRODUCCIÓN

La polifarmacia en adultos mayores es definida como el uso de más de cuatro medicamentos prescritos o no por un médico y es considerada como un problema de salud pública, ya que es más prevalente en este grupo etario.

En el adulto mayor predominan, las patologías crónicas degenerativas, que constituyen las principales causas de mortalidad general, incrementando el consumo de medicamentos.

Podemos mencionar que una de las principales consecuencias de la polifarmacia es el riesgo de recibir una prescripción inadecuada, cursar con una reacción adversa a fármacos e interacciones medicamentosas, que impactaran en la adherencia al tratamiento, lo que incrementa el riesgo de síndromes geriátricos, la morbilidad y la mortalidad.

Existen múltiples factores que intervienen en la polifarmacia, uno de ellos es la prescripción inadecuada de medicamentos, el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad y de fármacos duplicados o de la misma clase, así como la prescripción en cascada.

Por otro lado, para disminuir la prevalencia de la polifarmacia, lo profesionales de la salud deben de mejorar la calidad de prescripción, además de realizar una valoración geriátrica integral.

Existen diversos instrumentos que ayudan a detectar prescripción inadecuada, como los criterios de Beers y Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, appropriate, indicated Treatment. (STOPP-START).

La motivación para realizar esta investigación es que el médico familiar identifique sus habilidades y debilidades en cuanto al conocimiento de la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor mejorando la atención integral en este grupo etario, disminuyendo consecuencias generadas por la polifarmacia.

Se planteó como objetivo evaluar el nivel de conocimiento sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 "El Rosario".

3. ANTECEDENTES

La polifarmacia en adultos mayores es definida como el uso de más de cuatro medicamentos prescritos o no por un médico y es considerada como un problema de salud pública, ya que es más prevalente en este grupo etario.¹

Podemos definir al adulto mayor como toda persona con una edad de 65 años o más. Con la transición demográfica en México, se ha notado un crecimiento del 4% anual de esta población, lo cual la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.^{4,13}

Es de importancia puntualizar que al paso del tiempo el ser humano envejece, este es un proceso ineludible y gradual que se caracteriza principalmente en cambios morfológicos, fisiológicos y psicológicos.⁵

Dentro de los cambios fisiológicos se encuentran afectada la distribución de medicamentos, dado por cambios en la absorción, ya que disminuye la motilidad intestinal, aumento del pH gástrico, disminución del flujo esplácnico y disminución del transporte activo intestinal. En cuanto a excreción, la reducción de la velocidad de filtración glomerular y de la secreción tubular modifican la distribución de fármacos.^{7,11}

Es por esto que la utilización y prescripción apropiada de los medicamentos se torna un factor crítico para mantener el estado de salud de estos pacientes.^{2,3}

Para ello podemos definir a la prescripción de medicamentos como un acto científico, ético y legal mediante el cual un profesional médico utilizará un producto biológico, químico o natural que modificará las funciones bioquímicas y biológicas del organismo, con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico, a su vez implica someter a esa persona a un riesgo que no tenía con anterioridad y que potencialmente puede ser invalidante o mortal.^{4,13}

Igualmente podemos mencionar que la prescripción razonada implica la definición de un problema a través del diagnóstico, el planteamiento de un objetivo terapéutico y la discriminación del tratamiento adecuado para cada caso, con la mejora de la relación médico-paciente y la garantía del seguimiento.^{2,6}

En el adulto mayor predominan, las patologías crónicas degenerativas, que constituyen las principales causas de mortalidad general, incrementando el consumo de medicamentos, relacionándose con el aumento de eventos adversos de los medicamentos, por la disminución del estado funcional, debido a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del envejecimiento.^{7,8}

Podemos mencionar que una de las principales consecuencias de la polifarmacia es el riesgo de recibir una prescripción inadecuada, cursar con una reacción adversa a fármacos e interacciones medicamentosas, que impactaran en la adherencia al tratamiento, lo que incrementa el riesgo de síndromes geriátricos, la morbilidad y la mortalidad.^{5,13}

Existen múltiples factores que intervienen en la polifarmacia, uno de ellos es la prescripción inadecuada de medicamentos, la cual se presenta cuando el riesgo de sufrir eventos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de alternativas terapéuticas más seguras o eficaces.^{8,13}

Así mismo se incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medamento o medicamento-enfermedad y de fármacos duplicados o de la misma clase, así como la omisión terapéutica.⁸

Los factores de riesgo implicados en la prescripción inapropiada abarcan la edad avanzada, el género femenino, la polimedicación, la prescripción de psicotrópicos entre otros.^{9,13}

La prescripción en cascada es otro factor que interviene en la polifarmacia, este evento se produce cuando un nuevo medicamento se prescribe para tratar síntomas que surgen de un evento adverso de otro no reconocido que está relacionado a una terapia existente. El paciente está entonces en riesgo de desarrollar eventos adversos por medicamentos adicionales relacionados con la nueva terapia.^{6,12}

Los adultos mayores con enfermedades crónicas y múltiples terapias tienen un riesgo particular para la cascada de la prescripción.^{9,15}

Es de mencionarse que los medicamentos principalmente implicados en cascada de prescripción incluyen inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), ansiolíticos, antidepresivos, antiepilépticos, opioides, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antibióticos y antieméticos.^{3,6}

El uso simultáneo de medicamentos puede generar interacciones que se pueden ser conocidas o desconocidas, que pueden causar inhibición o inducción de la metabolización de enzimas y los mecanismos de transporte, estos efectos son altamente prevalente en pacientes que utilizan medicamentos como IMAO, opioides, inmunosupresores y anticoagulantes.²

Existen diversos tipos de interacciones farmacológicas como: fármaco-fármaco, fármaco-enfermedad, fármaco-alimentos y fármaco-hierbas.^{1,3}

Los adultos mayores, tienden a tener mayor riesgo de interacciones medicamentosas debidas al envejecimiento, polifarmacia, comorbilidades, desnutrición, entre otros.³

Estas interacciones medicamentosas tienden a generar reacciones adversas, que son respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

¹¹

Los medicamentos altamente involucrados son diuréticos, bloqueadores de los canales de calcio, antiinflamatorios no esteroideos (AINES), digoxina, ácido acetilsalicílico (ASA), anticoagulantes como warfarina.^{9,11}

Así mismo otro factor de riesgo para polifarmacia es la participación de múltiples prescriptores y la mayor utilización de los servicios en la atención a la salud.¹²

Por otro lado, para disminuir la prevalencia de la polifarmacia, lo profesionales de la salud deben de mejorar la calidad de prescripción, la cual se basa en una adecuada prescripción de medicamentos, que puede basarse en evidencia científica.³

Los profesionales de la salud deben realizar una valoración geriátrica integral, seguir un proceso básico de prescripción farmacológica, recomendado por Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE) que se basa en reconocimiento de indicaciones específicas del medicamento, elección del fármaco adecuado, registro en la historia clínica y educación al paciente.¹²

Existen diversos instrumentos que ayudan a detectar prescripción inadecuada como criterios de Beers y Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, appropriate, indicated Treatment. (STOPP-START).¹⁰

Los criterios de Beers se utilizan cada vez más para controlar la calidad en la atención de los adultos mayores y la validez de estos criterios de esta sustentada en su capacidad para predecir resultados adversos, convirtiéndose en una herramienta de uso cada vez más importante.¹²

Criterios STOP-START están organizados en sistemas fisiológicos y se pueden aplicar en 5 minutos, evalúan los errores o las omisiones del tratamiento. Son dos grupos de criterios: los STOPP y los START.¹²

Los criterios STOPP constituyen una lista validada de potenciales prescripciones inadecuadas (PPI) en pacientes mayores, basadas en la evidencia clínica. Los criterios START constituyen una lista que reflejan la omisión de prescripción de medicación indicada en el paciente mayor en determinadas situaciones clínicas.^{9,10}

La prevalencia de la polifarmacia a nivel mundial varía entre el 5 y el 78%. Hay estudios que documentan una prevalencia del 57% en EE.UU. y del 51% en Europa. En México, la prevalencia de la polifarmacia del adulto mayor varía, dependiendo del centro y el nivel de atención, entre el 55 y el 65%.⁵

En nuestro país, el envejecimiento poblacional se ha visto favorecido por la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, por lo que en el año 2008 se visualizó, que la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual, lo cual la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.^{4,5}

En el año 2007 el adulto mayor representaba el 11% de la población mundial, y se estima que en el 2050 la cifra sea cercana al 22%. Se estima que existe 860 000 adultos en la ciudad de México.⁴

Como es sabido los pacientes adultos predominan más de una enfermedad crónica, que generan el uso de más medicamentos que propician la polifarmacia. Se han realizado múltiples estudios que evidencian este lo anterior, como el realizado por Canale et al. (2014) realizó un estudio observacional, sobre prevalencia de polifarmacia, con un 36.1%, encontró mayor prevalencia en adultos mayores de 75 a 89 años de edad (61.5%). Esta prevalencia fue discretamente superior en los varones sin diferencia significativa respecto de las mujeres 53.8%, ($p=0.891$) y todos los pacientes del estudio padecían al menos una enfermedad crónica, con una mediana de tres enfermedades crónicas ($p=0.002$).^{3,7}

Por otro lado, Sánchez et al. (2012) realizó un estudio transversal, descriptivo con una muestra de 73 adultos mayores donde encontró que la polifarmacia predominó en el grupo de edad de 75-79 años, de los cuales 76.3% correspondió a mujeres y 62.8% a hombres de la población encuestada.²⁰

Así mismo, Martínez et al. 2005 realizó un estudio transversal descriptivo con una muestra de 118 pacientes de los cuales contaban con más de una patología, donde el 29 % solo presentaban una enfermedad crónica, el 31 % padecía 2 enfermedades crónicas, el 20 % 3 o más y el 2 % presentó secuelas de enfermedades o accidentes. La prevalencia de polifarmacia fue del 46%.^{4,5}

Mientras que Alvarado et al. (2006) realizó un estudio transversal con una muestra de 311 adultos mayores, se realizaron encuestas donde se calculó los riesgos por medio de un análisis multivariado de regresión logística. Encontrando que la prevalencia de polifarmacia fue del 18%. Por otro lado, se detectaron como principales factores de riesgo, la polipatología con una razón de momios de 11.2 ($p<0.001$).¹

Un factor involucrado en la polifarmacia es la prescripción inadecuada de medicamentos, podemos mencionar algunos estudios donde se observó que aumenta la incidencia de polifarmacia cuando hay más de un suscriptor.¹

Ejemplo de ello es el estudio realizado por Canale et al (2014), realizó un estudio observacional, transversal, de tipo descriptivo, en el que encontró que el porcentaje de polifarmacia incremento cuando participaban múltiples médicos en la prescripción 73.1%, en comparación a un solo médico 23.1% ($p < 0.001$).^{6,7}

Por otro lado Luna et al. (2010) realizó un estudio retrospectivo, donde se percataron que la prescripción inapropiada tuvo una prevalencia de 55 % y la polifarmacia de 87% En los padecimientos cardiovasculares, endocrinos y musculo esqueléticos se registró el mayor número de prescripción potencialmente inapropiada. Se detectó la omisión de uno o más medicamentos indicados en 72 % de 75 circunstancias clínicas específicas.¹³

Mientras que Alvarado et al. (2006) en su estudio encontró que uno de los principales factores de riesgo, fue la consultas a múltiples médicos (3 o más) por el mismo problema de salud, por insatisfacción en su tratamiento, con una razón de momios de 7.5 ($p < 0.01$).¹

Otro factor de importancia es la prescripción en cascada, es altamente asociada a polifarmacia como lo muestra el estudio realizado por Cala et al. (2017) estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo, con una muestra de 305 pacientes de 72 años, analizaron el posible efecto cascada el 17% se relacionó con efectos adversos secundarios a cascada medicamentosa y un 82.7% suponer que lo padecieron.⁶

Es bien sabido que la polifarmacia incrementa las interacciones medicamentosas y como consecuencia la presencia de reacciones adversas, como lo muestra el estudio realizado por Canale et al. (2014) estudio observacional, transversal, de tipo descriptivo, en los que se encontró que la prevalencia por polifarmacia fue mayor en los sujetos en los que apareció algún efecto adverso a medicamentos ($p=0.016$). Así mismo encontró que los principales efectos adversos reportados fueron: mareo (30%), somnolencia (20%), aumento del apetito, irritación estomacal, xerostomía, bradicardia y diarrea (10% cada uno).⁷

Igualmente Sánchez et al. (2012) realizó un estudio transversal, descriptivo con una muestra de 73 adultos mayores donde encontró que un mayor número de enfermedades presentes en el adulto mayor, se asoció con un mayor número de medicamentos utilizados, que a su vez causaron múltiples efectos adversos, que en orden de frecuencia fueron: sequedad bucal (21.4%), dolor epigástrico (14.9%), palpitaciones (13.5%), cefalea (13.5%), insomnio (9.6%), flatulencia (7.4%), anorexia (6.6%), tos seca (4.8%), náuseas (4.4%) y somnolencia (3.9%).

20

A su vez Martínez et al. (2005) menciona en su estudio que las reacciones adversas atribuibles a los fármacos consumidos por los adultos mayores, del total de fármacos utilizados, se refirieron 36 reacciones secundarias o adversas, que representó el 37,2%. De los más representativos cefalea 15%, edema maleolar 5%, astenia 2%.^{4,5}

Se ha visto la influencia de los profesionales de la salud en la polifarmacia, por lo cual se han empleado criterios que valoran la calidad de la prescripción, altamente útil y específica.⁴

Por lo anterior Martínez et al. (2014) realizó un estudio transversal, ambispectivo en pacientes de más de 70 años ingresados a servicios de cardiología y angiología, se determinó su estado de fragilidad, la polifarmacia y la prescripción de los medicamentos con base en los criterios de Beers. Observaron al evaluar a 446 pacientes, con una media de edad de 76.6 ± 5.9 años, predominó el sexo femenino 56%. La prevalencia de la de la polifarmacia, del 84.5%, y la de la prescripción inapropiada de medicamentos, del 48.9% ($p = 0.001$).^{4,5}

Por otro lado, Luna et al. (2013), realizaron un estudio trasversal descriptivo, con selección aleatoria de 287 expedientes de adultos mayores de 65 años, donde se evaluó la prescripción inadecuada de medicamentos en padecimientos crónicos por medio del instrumento STOPP-START, donde se observó, la prevalencia por sexo fue del 65 % correspondían al sexo femenino y 24 %, al masculino. La prevalencia de polifarmacia fue de 87 %. De los 285 pacientes, 55 % presentó al menos una prescripción inapropiada.¹³

Otro estudio realizado por López et al. (2011) realizaron un estudio observacional, donde aplicaron criterios de Beers con la intención de buscar prescripción inadecuada en pacientes, teniendo como resultado en su estudio que de 1276 pacientes el 18.5% tenía menos de un medicamento inadecuado, 20.5% más de un medicamento inadecuado.¹²

Oscanoa et al. (2005) realizó un estudio donde se midió la magnitud de la prescripción inadecuada con una muestra de 76 adultos mayores frágiles al someterlos a los criterios Medication Appropriateness Index (MAI). Donde se encontró que el 90,8% de los pacientes tuvo al menos un problema calificado como inadecuado en alguno de los 10 criterios del MAI, demostrando que el uso inadecuado de fármacos es frecuente en adultos mayores frágiles con polifarmacia mayor.¹⁴

Por otra parte, la presente investigación se sustentará bajo los criterios de la guía de práctica clínica, “prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor” que fue elaborada por las instituciones que conforma el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Esta guía se basa en evidencias y recomendaciones de carácter general, no se definen como única conducta. La presente guía de práctica clínica abarca temáticas como interacciones farmacológicas, polifarmacia, causas, consecuencias, prescripción inadecuada de medicamentos, prescripción en cascada,

evidencias y recomendaciones de prescripción adecuada de medicamentos en distintos contextos como manejo del dolor, ansiolíticos, cardiovasculares entre otros, que le serán de ayuda al médico familiar para brindar una adecuada atención en pacientes de este grupo etario.

Por lo anterior se planteó el diseño de un cuestionario exprofeso, donde se involucró cada una de las áreas antes descritas, a las cuales se les proporciono un valor numérico para evaluar a médicos familiares de la UMF No 33 “El Rosario”.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los adultos mayores son el grupo etario con mayor prevalencia de polifarmacia, la prevalencia en México es de un 85%, es más prevalente en mujeres y aumenta con la edad. Las consecuencias generadas por la polifarmacia es la presencia de reacciones adversas responsables, riesgo o pérdida de la funcionalidad del anciano, interacciones medicamentosas que generen cascada medicamentosa, incremento de síndromes geriátricos como deterioro cognitivo, caídas, así mismo se ha relacionado con destrucción, factores que incrementan la mortalidad en estos grupos de pacientes y disminuir su calidad de vida.

La polifarmacia es considerada como el uso de cuatro o más medicamentos por paciente, incluyendo fármacos sin fórmula médica o suplementos herbolarios, prescritos o no por un médico. Es bien sabido que la polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas e interacciones medicamentosas, síndromes geriátricos y la morbimortalidad en el adulto mayor. Existen múltiples factores que intervienen en la polifarmacia uno de ellos es la prescripción inadecuada por parte del médico.

En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No 33 El Rosario, no se han realizado investigaciones que evalúen el nivel del conocimiento de polifarmacia en el adulto mayor en médicos familiares, ya que el desconocimiento del tema puede generar una prescripción inadecuada, esta investigación brindará información sobre el nivel de conocimiento de los médicos, que permitirá incidir por medio de intervenciones educativas a mejorar la práctica médica.

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la polifarmacia, esta peligrosa entidad se debe al incremento de reacciones adversas a los fármacos causantes de enfermedad, discapacidad o incluso muerte.

Identificar el nivel de conocimiento médico sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor, favorecerá a mejorar el criterio clínico para disminuir la prevalencia de polifarmacia y sus consecuencias, por lo que me permito plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es nivel de conocimiento sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No 33 “El Rosario”?

5. OBJETIVOS

Evaluar el nivel de conocimiento sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Evaluar el conocimiento sobre la prescripción inadecuada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.
2. Evaluar el conocimiento sobre la prescripción en cascada para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.
3. Evaluar el conocimiento de interacciones medicamentosas para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.
4. Evaluar el conocimiento de reacciones adversas para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.
5. Evaluar la calidad de prescripción para el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.
6. Evaluar el conocimiento sobre instrumentos que permitan valorar polifarmacia en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF No. 33 “El Rosario”.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”; delegación 1 norte de la Ciudad de México, la cual es una unidad de primer nivel de atención, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social, localizada en la delegación Azcapotzalco; ubicada en Avenida de Las Culturas Esquina Renacimiento s/n Unidad Habitacional, El Rosario.

En esta unidad, se cuenta con una población de 77 médicos adscritos, de los cuales 61 son médicos familiares, 3 médicos generales 6 médicos en el área de jefatura y 7 médicos no familiares; entre éstos 4 cumplen funciones de salud en el trabajo, 2 en el área de radiología, y 1 médico en el área de enseñanza.

Se realizó un estudio observacional, transversal, descriptivo; en el total de los 77 médicos familiares y no familiares adscritos a la UMF 33 “El Rosario”, por lo cual no se llevó a cabo cálculo alguno del tamaño de la muestra.

Los participantes fueron captados en los consultorios de dicha unidad de medicina familiar, previo consentimiento informado, se aplicó un cuestionario diseñado ex profeso para identificar variables sociodemográficas, así como nivel de conocimiento sobre la prescripción razonada en el adulto mayor, efecto cascada, interacciones medicamentosas, reacciones adversas, calidad de prescripción e instrumentos para valorar polifarmacia. El cuestionario exprofeso incluyó seis módulos donde se evaluaron las variables antes mencionadas, que fueron extraídas de evidencias y recomendaciones de la GPC “Prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor” la validez del estudio se hará mediante una ronda de expertos.

Una vez recolectados los datos se utilizó estadística descriptiva para cada variable y SPSS V 21, la información recopilada se procesó en porcentajes y frecuencias que se vaciaron en cuadros para posteriormente ser representados en gráficas. Los datos obtenidos se compararon con la literatura existente y se discutieron sus implicaciones con el propósito de conocer el nivel de conocimiento sobre polifarmacia en el adulto mayor, en los médicos adscritos a la UMF no. 33 “el rosario”, para que sea la base para diseñar mejores estrategias que fomenten la atención de calidad y oportuna en derechohabientes de la unidad de medicina familiar.

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo conforme a los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación a nivel internacional, nacional e institucional previo consentimiento informado de las personas que participaron en el estudio.

7. RESULTADOS

Se encuestaron 71 de los 77 médicos trabajadores en la UMF 33 El Rosario. Se excluyeron 6 médicos ya que no llenaron en su totalidad el cuestionario.

De los 71 médicos encuestados, 24 fueron hombres (33.8%), y 47 mujeres (66.2%) (Figura 1); el rango de edad más frecuente fue entre los 25-35 años y 36-45 años con un 40.85% en ambos rangos de edad (Figura 2).

Del total de médicos encuestados, 19.72% (N: 14) tenían menos de 5 años de experiencia laboral, 35.21% (N: 25) tenían entre 6-10 años de experiencia, el 21.13% (N: 15) tenían entre 11-15 años de experiencia; y el 23.94% (N: 17) contaban con más de 15 años de experiencia laboral. (Figura 3).

De acuerdo al tipo de contrato, un 85.92% de los médicos encuestados (N: 61) son médicos familiares, el 4.23% (N: 3) corresponde a médicos no familiares, y el 9.86% (N: 7) de los médicos encuestados fueron de confianza. (Figura 4).

Se realizó un cuestionario expofeso en el cual se evaluaron 5 áreas principales: prescripción razonada, prescripción en cascada, interacción medicamentosa, reacciones adversas y calidad de la prescripción.

Se observó que el 85.92% (N: 61) de los médicos encuestados son aptos para la prescripción razonada, mientras que el 14.08% (N: 10), se encuentran no aptos, con un máximo de 60% de aciertos, y un mínimo de 20%. (Figura 5).

En el área de prescripción en cascada, el 100% (N:71) de los participantes estaban aptos, el 61.97% (N: 44) con una calificación máxima de 100%, y el 38.03% (N: 27) con la calificación mínima de 66%. (Figura 6).

Se observó además que el 53.53% (N: 38) de los médicos estaban aptos en el campo de interacciones medicamentosas, por otro lado, el 46.48% (N: 33) no estaban aptos. No obstante, el porcentaje más alto de médicos (38.03%) (N: 27) se encuentran con un 33.3% de aciertos. (Figura 7).

En la esfera de reacciones adversas, el 63.38% (N: 45) estaban aptos, mientras que el 35.62% (N:26) no mostraron aptitud en dicha área, con un máximo de 51% de aciertos y un mínimo de 0%. (Figura 8).

Por último, el ámbito de calidad en la prescripción, el 42.25% (N: 30) de los participantes mostraron aptitud en dicha área, sin embargo el 57.74% (N: 41) de los médicos no se encuentran aptos. (Figura 9).

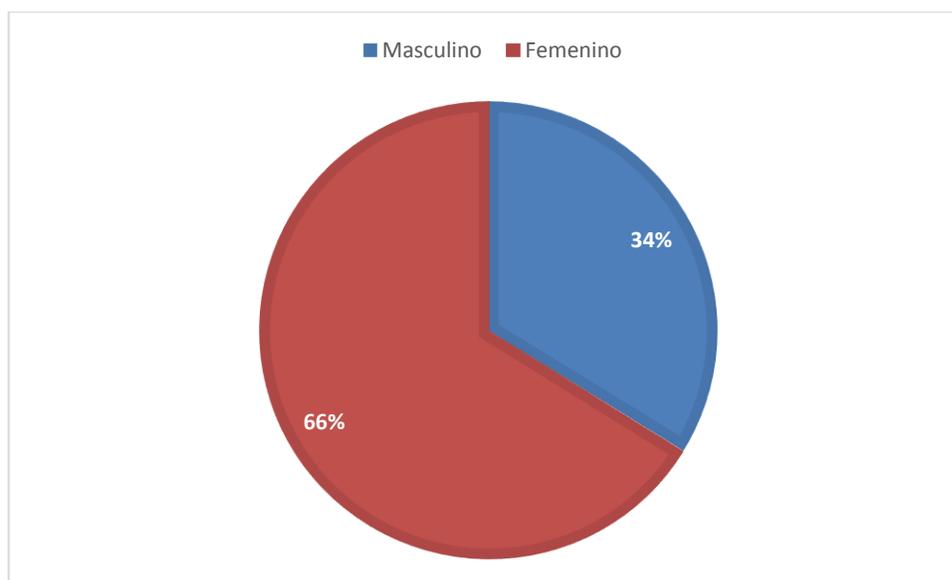
8. TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla 1. Frecuencia de género de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor. (N=71)

GENERO	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
MASCULINO	24	34
FEMENINO	47	66
TOTAL	71	100

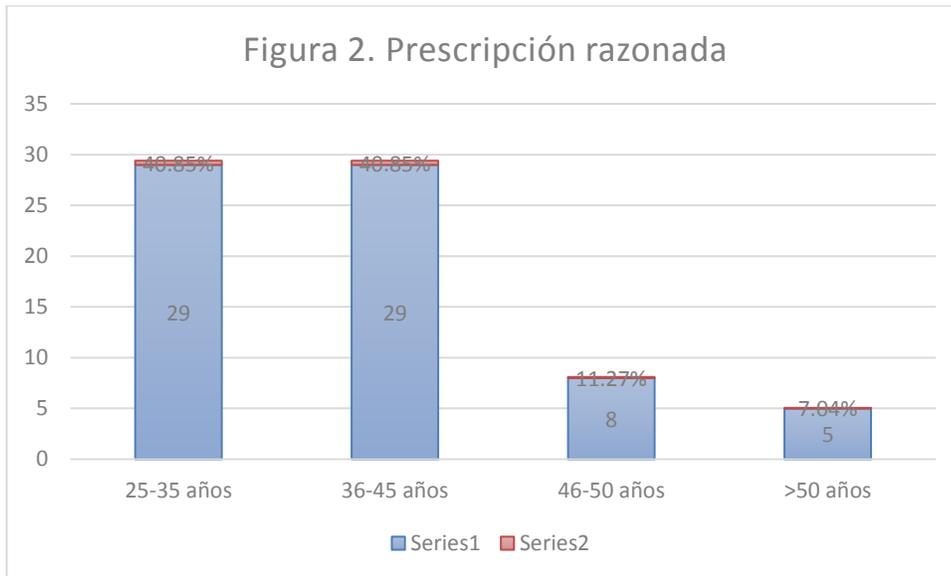
Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 1. Distribución porcentual del género de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.



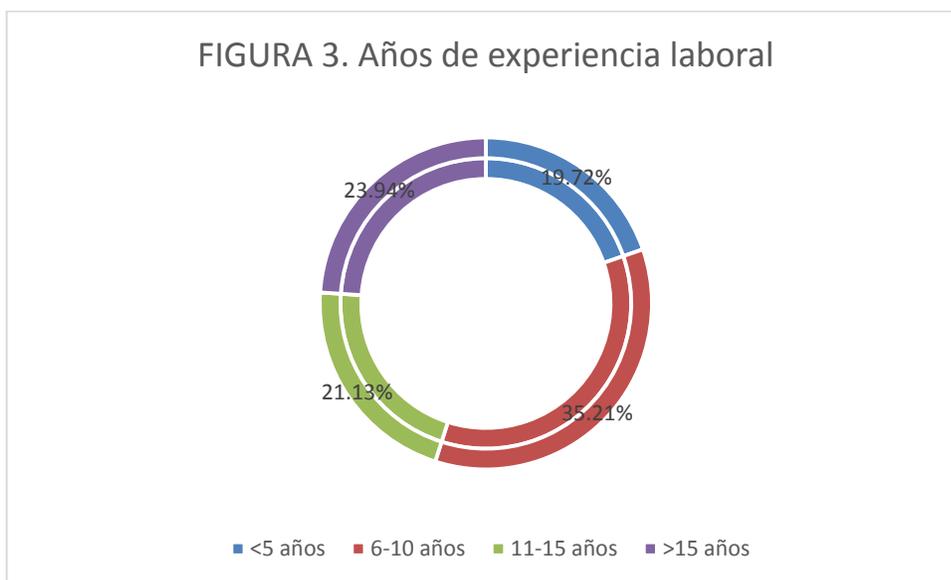
Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 2. Distribución porcentual de grupos edades de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.



Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 3. Distribución porcentual de los años de experiencia laboral de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.



Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla 2. Frecuencia de años de experiencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.

	FRECUENCIA (N)	PORCENTAJE (%)
<5 años	14	19.72%
6-10 años	25	35.21%
11-15 años	15	21.13%
>15 años	17	23.94%

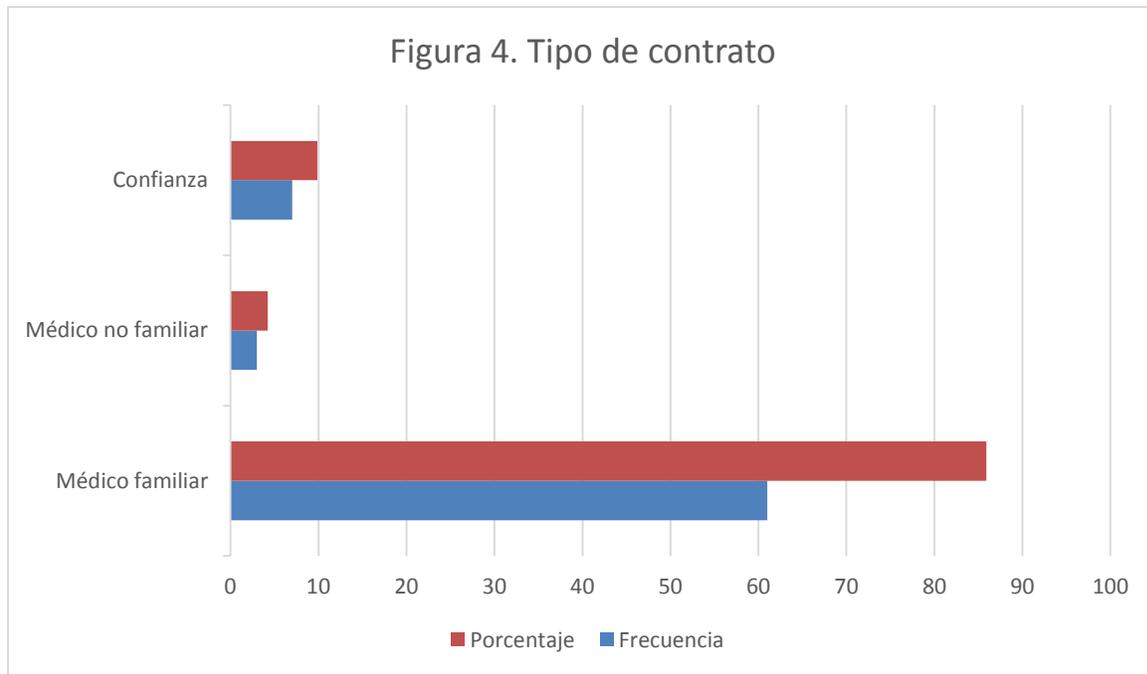
Fuente: Cuestionario exprofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla 3. Frecuencia del tipo de contrato de médicos adscritos de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.

	TIPO DE CONTRATO		
	Médico familiar	Médico no familiar	De confianza
FRECUENCIA (N)	61	3	7
PORCENTAJE (%)	85.92%	4.23%	9.86%

Fuente: Cuestionario exprofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 4. Distribución porcentual del tipo de contrato de médicos adscritos de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor.



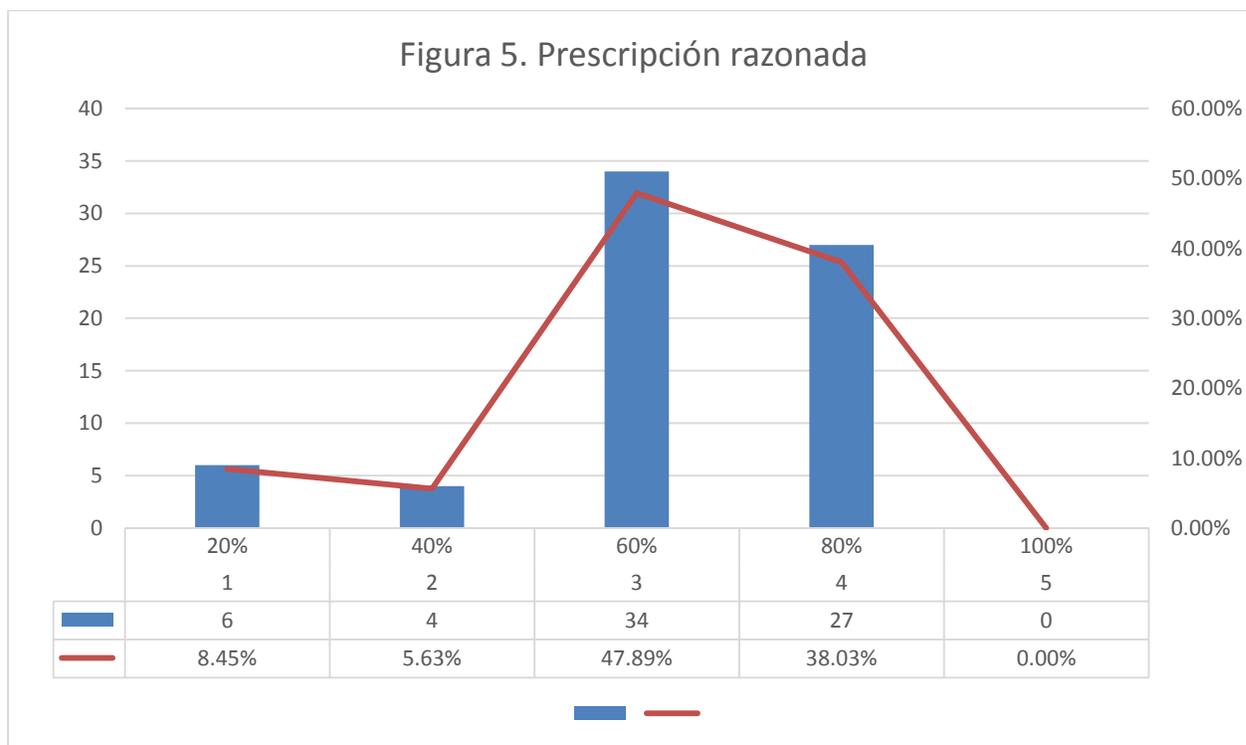
Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla 4. Frecuencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de prescripción razonada.

Reactivos	Frecuencia (N)
1	6
2	4
3	34
4	27
5	0

Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 5. Distribución porcentual de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de prescripción razonada.



Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

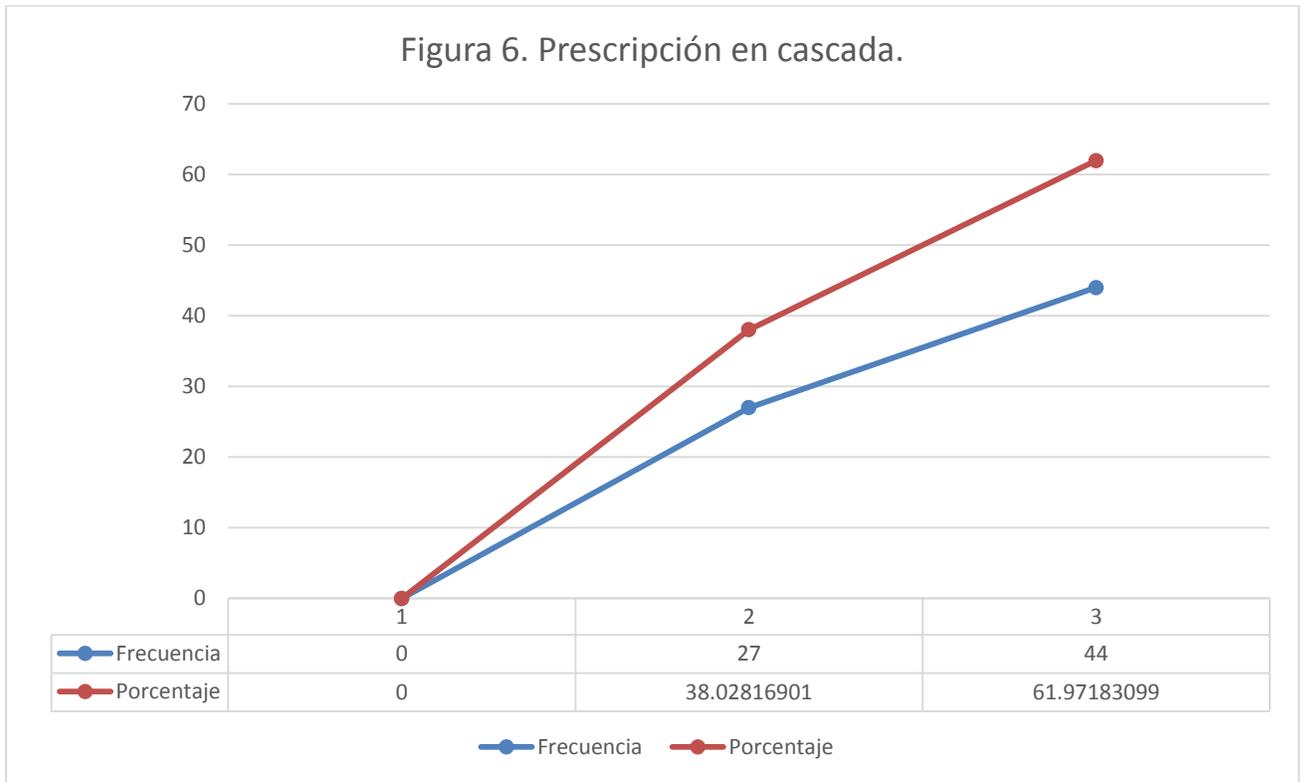
Tabla 4. Frecuencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de prescripción en cascada.

Prescripción en cascada

Reactivos	Porcentaje total	Frecuencia (N)	Porcentaje %
1	33.30%	0	0.00%
2	66.66%	27	38.03%
3	100%	44	61.97%

Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 6. Distribución porcentual de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de prescripción en cascada.



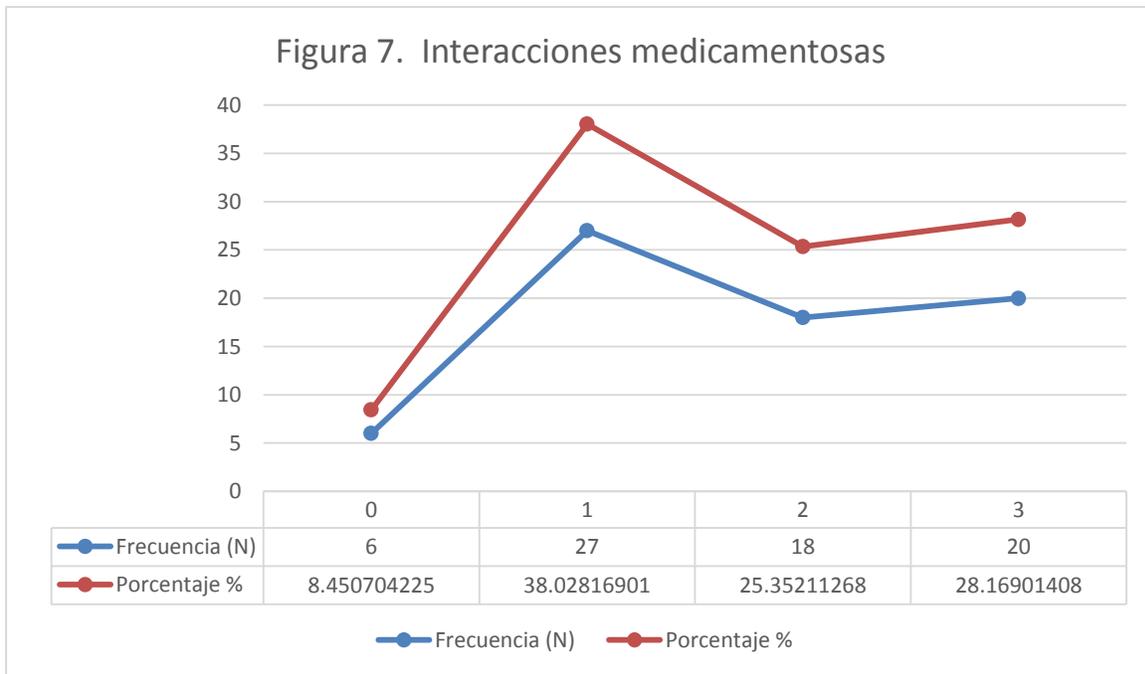
Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla 5. Frecuencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de interacciones medicamentosas.

Interacciones medicamentosas		
<i>Reactivos</i>	Frecuencia (N)	Porcentaje %
0	6	8.45%
1	27	38.03%
2	18	25.35%
3	20	28.17%

Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 7. Distribución porcentual de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de interacciones medicamentosas.



Fuente: Cuestionario exprofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

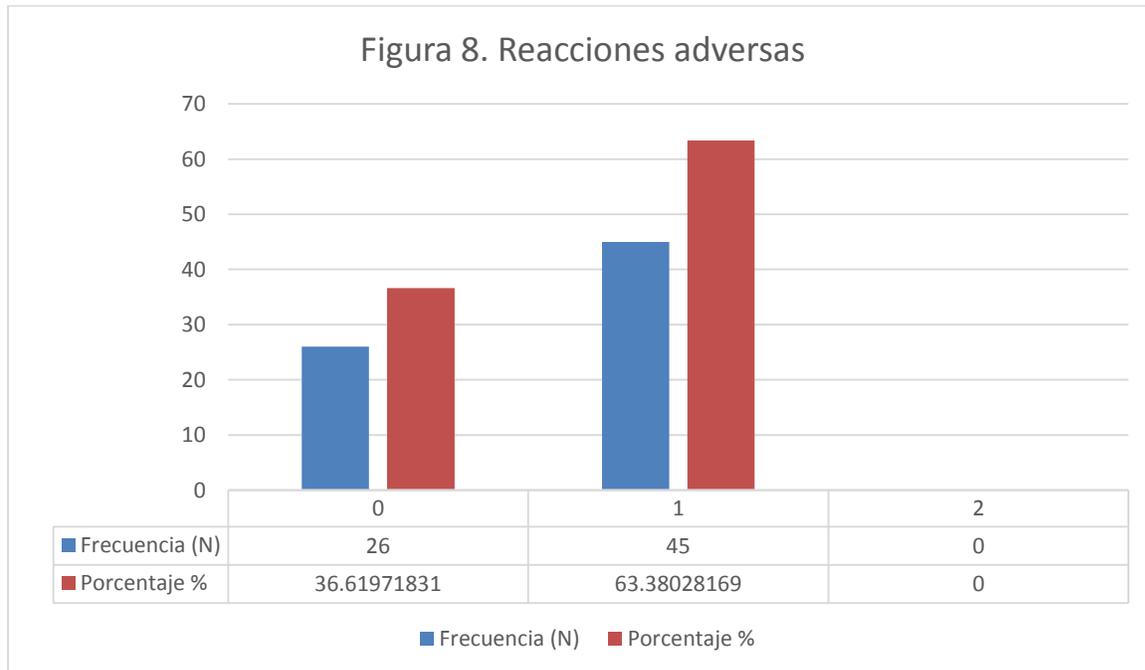
Tabla 6. Frecuencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de reacciones adversas.

Reacciones adversas

Reactivos	Frecuencia (N)	Porcentaje %
0	26	36.62%
1	45	63.38%
2	0	0.00%

Fuente: Cuestionario exprofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 8. Distribución porcentual de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de reacciones adversas.



Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

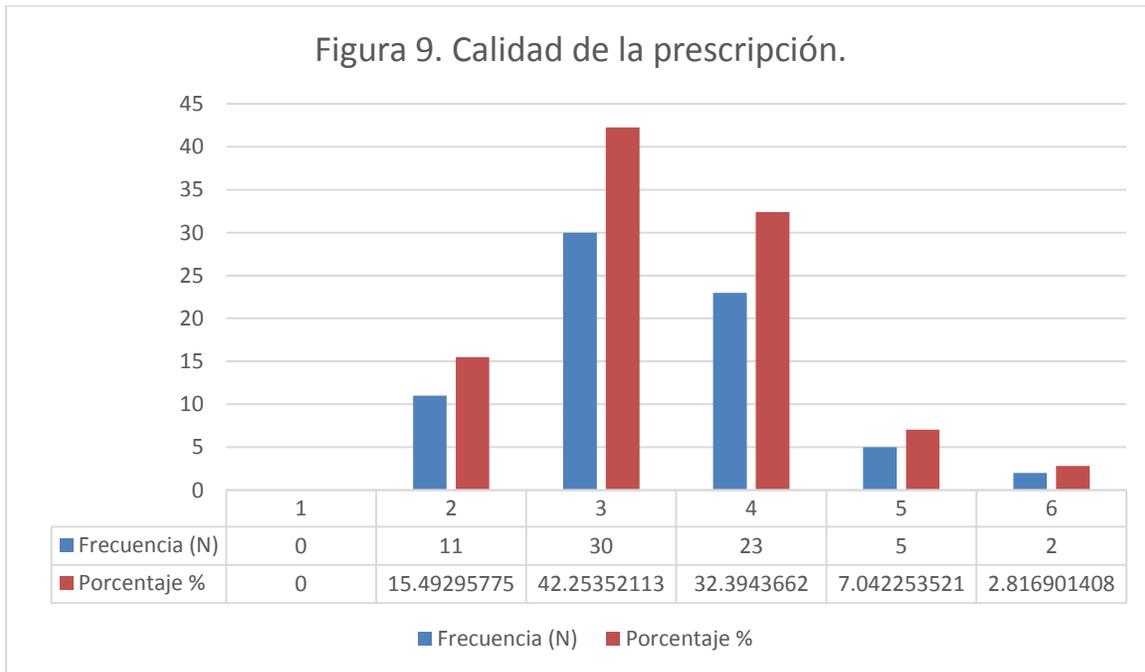
Tabla 7. Frecuencia de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de calidad en la prescripción.

Calidad en la prescripción

Reactivos	Frecuencia (N)	Porcentaje %
1	0	0.00%
2	11	15.49%
3	30	42.25%
4	23	32.39%
5	5	7.04%
6	2	2.82%

Fuente: Cuestionario expofeso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

Figura 9. Distribución porcentual de médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario” para determinar el nivel de conocimiento sobre prescripción razonada en el adulto mayor en el rubro de calidad de la prescripción.



Fuente: Cuestionario expreso de nivel de conocimiento de prescripción razonada en el adulto mayor en médicos familiares de la UMF 33 “El Rosario”

9. DISCUSIÓN

Para ello podemos definir a la prescripción de medicamentos como un acto científico, ético y legal mediante el cual un profesional médico utilizará un producto biológico, químico o natural que modificará las funciones bioquímicas y biológicas del organismo, con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico, a su vez implica someter a esa persona a un riesgo que no tenía con anterioridad y que potencialmente puede ser invalidante o mortal.^{4,13}

En el adulto mayor predominan, las patologías crónicas degenerativas, que constituyen las principales causas de mortalidad general, incrementando el consumo de medicamentos, relacionándose con el aumento de eventos adversos de los medicamentos, por la disminución del estado funcional, debido a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos propios del envejecimiento.^{7,8}

Los profesionales de la salud deben realizar una valoración geriátrica integral, seguir un proceso básico de prescripción farmacológica, recomendado por Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE) que se basa en reconocimiento de indicaciones específicas del medicamento, elección del fármaco adecuado, registro en la historia clínica y educación al paciente.¹²

Existen diversos instrumentos que ayudan a detectar prescripción inadecuada como criterios de Beers y Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to the Right, appropriate, indicated Treatment. (STOPP-START).¹⁰

Los criterios de Beers se utilizan cada vez más para controlar la calidad en la atención de los adultos mayores y la validez de estos criterios de esta sustentada en su capacidad para predecir resultados adversos, convirtiéndose en una herramienta de uso cada vez más importante.¹²

Criterios STOPP-START están organizados en sistemas fisiológicos y se pueden aplicar en 5 minutos, evalúan los errores o las omisiones del tratamiento. Son dos grupos de criterios: los STOPP y los START.¹²

En nuestro país, el envejecimiento poblacional se ha visto favorecido por la disminución de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad, por lo que en el año 2008 se visualizó, que la población de adultos mayores muestra una tasa de crecimiento superior al 4% anual, lo cual la llevará a concentrar poco más de la cuarta parte de la población nacional en 2050.^{4,5}

En el año 2007 el adulto mayor representaba el 11% de la población mundial, y se estima que en el 2050 la cifra sea cercana al 22%. Se estima que existe 860 000 adultos en la ciudad de México.⁴

Existen múltiples estudios en los que se demuestra la importancia de emplear los criterios de Beers o de STOPP/START, sin embargo no hay estudios que demuestren que el médico de primer nivel conoce estas herramientas para evitar los efectos secundarios que se presentan en pacientes con polifarmacia.

Oscanoa et al. (2005) realizó un estudio donde se midió la magnitud de la prescripción inadecuada con una muestra de 76 adultos mayores frágiles al someterlos a los criterios Medication Appropriateness Index (MAI). Donde se encontró que el 90,8% de los pacientes tuvo al menos un problema calificado como inadecuado en alguno de los 10 criterios del MAI, demostrando que el uso inadecuado de fármacos es frecuente en adultos mayores frágiles con polifarmacia mayor.¹⁴

En este estudio se observó que la mayoría de los médicos de primer contacto no cuentan con un conocimiento adecuado para el uso de fármacos en los adultos mayores. El 45.07% (N: 32) del total de los participantes obtuvieron un porcentaje aprobatorio, siendo la máxima de 78.94% (N: 15), y la mínima de 63.15% (N: 12); el resto de los participantes tuvieron una calificación por debajo del 50%.

Una de las limitaciones de este estudio es que la muestra no fue totalmente homogénea, ya que se encuestaron 3 médicos no familiares, así como 7 médicos de confianza.

10. CONCLUSIONES

En conclusión, el conocimiento de la polifarmacia y el efecto de la misma en los adultos mayores es importante para evitar reacciones en cadena y efectos secundarios por medicamentos.

Desde esta perspectiva y, teniendo en cuenta los hallazgos de este estudio, el conocimiento de los instrumentos como criterios de Beers y de STOPP/START favorecerá a mejorar el criterio clínico para disminuir la prevalencia de polifarmacia y sus consecuencias, por lo que es importante implementar estrategias para que el médico de primer contacto tenga dicho conocimiento.

A partir de lo anterior, es importante recalcar que en nuestra población de médicos familiares adscritos a la UMF 33 no se tiene un conocimiento completo sobre las complicaciones de la polifarmacia en el adulto mayor, por lo que se

sugiere dar paso a la apertura de nuevas investigaciones, la aplicación de diversos proyectos y el desarrollo de técnicas con el objetivo de potencializar el conocimiento en esta área con la implementación de una intervención educativa para mejorar el nivel de conocimiento de polifarmacia en el adulto mayor y así mejorar la calidad de vida en los pacientes de este grupo edad.

11 . BIBLIOGRAFIA

1. Alvarado OM, Mendoza NV. Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del valle del Mezquital, Hidalgo. Revista mexicana de ciencias farmacéuticas. 2006;37(4):12-20.
2. Arriagada RL, Jirón AM, Ruiz AL. Uso de medicamentos en el adulto mayor. RevHosp Clin Univ Chile 2008;19(1):309-17.
3. Guía de práctica clínica: Prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor. Recuperado en 16 de junio de 2017 en; http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/558_GPC_Prescripcionfarmacologica/GER_PrescripcionFarmacologicaAM.pdf.
4. Martínez AC, Pérez MV et al. Polifarmacia en los adultos mayores. Rev Cubana Med Gen Intrgr. 2005;21(1):1-5.
5. Martínez AJ, Gómez GA, Saucedo MD. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. Gaceta Medica de México. 2014;150(1):29-38.
6. Cala CL, Casas GS, Dunan CK. Efecto cascada en el anciano como consecuencia de polifarmacia. MEDISAN 2017;21(3):297-300.
7. Canale SA, Álvarez HG et al. Prevalencia de polifarmacia en adultos mayores residentes de estancias de Hermosillo, Sonora. UNISON/EPITEMUS17. 2014;8(1):32-40.
8. Casas VP, Ortiz SP et al. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. RevPerúMedExp Salud Publica. 2016;33(2):335-341.
9. Castro RS, Orozco HS, et al. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. Rev. Med. Risaralda. 2016;22(1):52-57.
10. Delgado SE, Muñoz GM et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores; los criterios de STOPP/START. RevEspGeriatrGerontol.2009;44(5):273-279.
11. Homero GC. Polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. REV. MED. CLIN: CONDES. 2012;23(1):31-35.

12. López SA, Sáez LP et al. Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. *FarmHosp* 2012;36(4):268-274.
13. Luna MM, Peralta PM et al, prescripción inapropiada en el adulto mayor con padecimiento crónico degenerativo. *RevMedInst Mex Seguro Soc.* 2013;51(2):142-149.
14. Oscanoa TJ, Lira GG. Calidad de prescripción de medicamentos en pacientes geriátricos. *AnFac. Med Lima* 2005;66(2):195-202.
15. Pagan NF, Tejeda CF. Prescripción en cascada y desprescripción. *REV CLIN MEDFAM* 2012;5(2):111-119.
16. Serra UM, German MJ. Polifarmacia en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Medicas.* 2013;12(1):142-151.
17. Escambray KU. Evaluación de la relación beneficio/riesgo en la terapéutica de pacientes geriátricos. *Rev Cubana Farm.* 2002; 36(3):170-5.
18. Fernández RR, Fonseca AG et al. Prescripción inadecuada y efectos adversos a medicamentos en pacientes de edad avanzada. *Rev Clin Esp.* 2011;211(8):400-406.
19. Gutiérrez VM, Martínez VM et al. Intervenciones para optimizar el tratamiento farmacológico en ancianos hospitalizados: una revisión sistemática. *Rev Clin Esp.* 2016;216(4):205-211.
20. Sánchez GR, Flores GA et al. Efectos de la polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Fuentes Año.* 2012;4(10):70-75.
21. Soares RM. Interacciones medicamentosas y reacciones adversas a los medicamentos en polifarmacia en adultos mayores: una revisión integradora. *Rev. Latino-Am. Enfermagen.* 2016;24:e2800.
22. González SJ. Los niveles de conocimiento. *El Aleph en la innovación curricular. Innovación Educativa, ISSN;* 2014;65(14):134-141.
23. Lamas MM. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco.* 2000;7(18):0-10.

24. Amengual, Gabriel. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*, (15), 1-20. Recuperado en 16 de junio de 2017, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&tlng=es.

12 .ANEXOS

Anexo No. 1.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
	CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
Nombre del estudio:	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: "PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA RAZONADA PARA EL ADULTO MAYOR" EN MÉDICOS FAMILIARES DE LA UMF NO 33 EL ROSARIO.
Lugar y fecha:	AZCAPOTZALCO, D.F. UMF No. 33 "EL ROSARIO"
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se le invita a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor, con base en la Guía de práctica clínica: "Prescripción farmacológica razonada en el adulto mayor", en médicos adscritos a la UMF No. 33 "El Rosario" a fin de implementar estrategia para disminuir la prevalencia de polifarmacia y mejorar la valoración de pacientes geriátricos.
Procedimientos:	Si usted acepta participar se le aplicará un cuestionario exprofeso, diseñado para recabar información relacionada con la prescripción farmacológica en el adulto mayor.
Posibles riesgos y molestias:	No aplica.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá un pago por su participación en este estudio, ni este estudio implica gasto alguno para usted. No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio. El beneficio se obtendrá al descubrir sus habilidades y debilidades y reforzar estas últimas con estrategias educativas.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica.
Participación o retiro:	Su participación en este estudio es completamente voluntaria. Incluso si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede no contestar el cuestionario.
Privacidad y confidencialidad:	La información que nos proporcione será guardada de manera confidencial y por separado al igual que sus respuestas a los cuestionarios, para garantizar su privacidad. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Andrés Rocha Aguado. Matrícula: 98150508 Médico Familiar y Coordinador de Enseñanza e Investigación Clínica en salud UMF No. 33 TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
Colaboradores:	Dra. Damaris Venegas Abarca Matrícula: 98353990 Residente de segundo año del Curso de Especialización en Medicina Familiar TEL: 53 82 51 10 ext. 21407 o 21435 jefatura de enseñanza de la UMF 33, El Rosario
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4º piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx
_____	Dr. Andrés Rocha Aguado. Matrícula: 98150508
Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
_____	_____
Nombre, dirección, relación y firma	Nombre, dirección, relación y firma
	Clave: 2810-009-013

Anexo No. 2.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DE LA CIUDAD DE MÉXICO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

CUESTIONARIO

"NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PRESCRIPCIÓN FARMACOLÓGICA RAZONADA PARA EL ADULTO MAYOR EN MÉDICOS DE LA UMF NO 33 "EL ROSARIO".

Le solicito atentamente su participación para resolver el siguiente cuestionario. El motivo es obtener información acerca del nivel de conocimiento del médico adscrito a la UMF 33 sobre prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. La información obtenida será **completamente confidencial** y utilizada para fines educativos. Agradecemos su cooperación y el tiempo que dispuso para la realización de este cuestionario.

Instrucciones: Marque con una **X** la respuesta que considere correcta y que más se parezca a su situación actual.

1.- ¿Cuál es su género?

- a) Masculino _____
- b) Femenino _____

2.- ¿Qué edad tiene?

- a) 25-35 años _____
- b) 36-45 años _____
- c) 46-50 años _____
- d) Más de 50 años _____

3.- ¿Cuántos años de experiencia laboral tiene?

- a) Menos de 5 años _____
- b) 6-10 años _____
- c) 11-15 años _____
- d) Más de 15 años _____

4.- ¿Cuenta usted con certificación?

- a) Certificación vigente _____
- b) Certificación no vigente _____
- c) Sin certificación _____

5.- ¿Qué tipo de contrato tiene?

- a) Médico familiar _____
- b) Médico no familiar _____
- c) De confianza _____

6.- En relación al uso de benzodicepinas en adultos mayores, usted indica benzodicepinas de acción larga o de acción corta.

- a) Acción corta _____
- b) Acción larga _____

7.- En relación al manejo farmacológico del dolor en el adulto mayor, usted utiliza como primera línea terapéutica:

- a) AINE's _____
- b) Paracetamol _____

8.- Evita uso de laxantes en constipación crónica.

- a) si _____
- b) no _____

9.- En relación a la prescripción de estatinas en el adulto mayor, usted vigila las cifras de colesterol:

- a) Cada 3 meses _____
- b) Mensual por 3 meses _____

10.- En relación al manejo farmacológico en adultos mayores con diabetes, evita el uso de metformina en pacientes con:

- a) TFG <30 ml/min _____
- b) TFG <15 ml/min _____

11.- En relación a la prescripción en cascada en el adulto mayor, usted interroga en cada consulta sobre medicamentos de venta libre a todos los adultos mayores:

- a) si _____
- b) no _____

12.- En relación a la prescripción en cascada en el adulto mayor, usted suspende medicamento cuando ya no es necesario:

- a) si _____
- b) no _____

13.- En relación a la prescripción en cascada en el adulto mayor, al indicar un nuevo medicamento usted explica posibles interacciones y efectos adversos.

- a) si _____
- b) no _____

14.- En relación a las interacciones medicamentosas en el adulto mayor, usted sugiere la toma de captopril:

- a) Con la ingesta de alimentos _____
- b) 2-3 horas después de los alimentos _____

15.- En relación a las interacciones medicamentosas en el adulto mayor, ¿A qué pacientes recomienda evitar el consumo de jugo de toronja?

- a) Pacientes diabéticos _____
- b) Pacientes con arritmias _____

16.- En relación a las interacciones medicamentosas en el adulto mayor, los pacientes con HPB que reciben tratamiento con clorfenamina, podrían presentar:

- a) sedación y depresión respiratoria _____
- b) retención aguda de orina _____

17.- En relación a las reacciones adversas a medicamentos en el adulto mayor, mencione los medicamentos que causan hospitalización más comúnmente por esta situación:

- a) ASA, diuréticos, warfarina y AINEs _____
- b) ASA, b-bloqueadores, warfarina y AINEs _____

18.- En relación a las reacciones adversas a medicamentos en el adulto mayor, al iniciar un nuevo medicamento, comienza con dosis habituales:

- a) si
- b) no

19.- En relación a la calidad de prescripción en el adulto mayor, antes de prescribir nuevos medicamentos, usted realiza una valoración geriátrica integral mediante:

- a) Criterios de Beers _____
- b) Índice de Katz _____

20.- En relación a la calidad de prescripción en el adulto mayor, antes de prescribir nuevos medicamentos, usted realiza una evaluación funcional de actividades instrumentales de la vida diaria en el paciente geriátrico mediante:

- a) Índice de Katz
- b) Escala de Lawton-Brody

21.- En relación a la calidad de prescripción en el adulto mayor, al agregar un nuevo medicamento, usted informa a los pacientes beneficios y riesgos:

a) si _____

b) no _____

22.- En relación a los instrumentos para detectar prescripción inapropiada en el adulto mayor, usted advierte a los pacientes los efectos adversos de la utilización de productos de libre venta.

a) si _____

b) no _____

23.- En relación a los instrumentos para detectar prescripción inapropiada en el adulto mayor, ¿Conoce algún recurso para detectar la prescripción inapropiada en el adulto mayor por primera vez en consulta y en consultas subsecuentes?

a) si _____

b) no _____

24.- De acuerdo al instrumento para detectar la prescripción inapropiada en el adulto mayor, los antidepresivos se deben utilizar:

a) En presencia de síntomas depresivos leves a moderados durante al menos 3 meses _____

b) En presencia de síntomas depresivos moderados a graves durante al menos 3 meses _____