



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA COAHUILA  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL  
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE EDUCACIÓN  
COORDINACIÓN AUXILIAR MÉDICA DE INVESTIGACION  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 7  
MONCLOVA, COAHUILA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

TESIS

**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON  
POLIFARMACIA DE LA UMF 8 CASTAÑOS, COAHUILA**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**SARA NATALIA BLANQUETO MENCHACA**

ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

ASESOR DE TESIS:

DRA. LETICIA CARRILLO ACEVEDO

NÚMERO DE REGISTRO INSTITUCIONAL:  
R-2021-506-006



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

MONCLOVA, COAHUILA.

MAYO 2022



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.

# ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON POLIFARMACIA DE LA UMF 8 CASTAÑOS, COAHUILA

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. SARA NATALIA BLANQUETO MENCHACA



**AUTORIZACIONES**

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**

**JEFE DE SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**

**COORDINADOR DE DOCENCIA**

**DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**

**COORDINADOR DE INVESTIGACION**

**DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**




**ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON  
POLIFARMACIA DE LA UMF 8 CASTAÑOS, COAHUILA**


TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

  
**SARA NATALIA BLANQUETO MENCHACA**

AUTORIZACIONES

  
DRA. DINA PONCE SÁNCHEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR  
PARA MÉDICOS GENERALES  
H.G.Z. C/M.F. No. 7 MONCLOVA, COAHUILA

  
DRA. BEATRIZ CECILIA FRANCO VERGARA  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
H.G.Z. C/M.F. No. 7 MONCLOVA, COAHUILA

ASESOR DE TESIS:  
DRA LETICIA CARRILLO ACEVEDO

MONCLOVA, COAHUILA.

MAYO 2022



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

## INDICE

Resumen	1
Marco Teórico	2
Justificación	9
Planteamiento del Problema	10
Objetivos	11
Hipótesis	12
Material y Métodos	13
Criterios de Selección	15
Variables de estudio	16
Descripción del Estudio	17
Análisis de Datos	17
Aspectos Éticos	18
Recursos Humanos y Materiales	24
Resultados	25
Discusión	35
Conclusión	37
Recomendaciones	38
Bibliografía	39
Anexos	45
Anexo 1. Instrumento de Recolección de datos	
Anexo 2. Carta de Consentimiento Informado	

# ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON POLIFARMACIA DE LA UMF 8 CASTAÑOS, COAHUILA

## RESUMEN

**Marco Teórico:** La adherencia terapéutica es el factor de mayor impacto en el control de las patologías en los pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas; por lo que la polifarmacia ha sido relacionada, condicionando un posible desapego terapéutico. La adherencia en pacientes con enfermedades crónicas es del 50% y la falta de adherencia en adultos mayores puede potenciar los efectos colaterales y las interacciones medicamentosas.

**Objetivo.** Determinar la asociación entre adherencia terapéutica y polifarmacia en adultos mayores de 65 años de la UMF 8 Castaños, Coahuila

**Material y Método.** Previa autorización por el Comité de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación en Salud. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo, se aplicó el Instrumento de Recolección a 115 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y firmaron la hoja de consentimiento informado, del 1º. Mayo al 30 de noviembre del 2021, para su posterior análisis en el programa EPI Info

**Resultados:** La mayor parte fueron pacientes del sexo masculino en el 57.3%. El rango de edad más frecuente de 65 a 69 años en un 39.13%. Referente a la adherencia terapéutica con mayor porcentaje fue la media (73.04%). De acuerdo a la asociación, los pacientes con adherencia terapéutica media fueron los más frecuentes en los 3 grados de polifarmacia, el grado 2 con 7 a 9 medicamentos se presentó en el 86.67%.

**Discusión y conclusión:** Es de gran importancia la valoración de la adherencia terapéutica aunado a la polifarmacia desde que el paciente acude en su primera consulta de control ante cualquier patología o con enfermedades crónico degenerativas ya que se requiere una atención especial en los adultos mayores teniendo en cuenta que el metabolismo del organismo presenta cambios fisiológicos en este grupo de edad.

**PALABRAS CLAVES:** Adherencia Terapéutica, Adulto Mayor, Polifarmacia

## MARCO TEÓRICO

El incremento de la esperanza de vida está originando un crecimiento acelerado en el porcentaje de personas mayores de 65 años, con ello el aumento de las enfermedades crónicas en este grupo etario y la polifarmacia, siendo el factor de riesgo más trascendental el fracaso terapéutico por la falta de Adherencia. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud menciona que una adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo compromete su efectividad, de modo que cobra importancia al comportarse como uno de los factores modificables que inciden directamente en los resultados del tratamiento. <sup>(2)</sup>

Un Adulto mayor según OMS corresponde a mayores de 65 años, y en países Subdesarrollados arriba de 60 años. En México, Adulto Mayor es a una persona que tiene más de 60 años y se refiere a la etapa que suma todas las experiencias de la vida y pasa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. También marca el inicio de una etapa donde las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica. <sup>(3) (4)</sup>

Según datos del informe "Perspectivas de la población mundial 2019", en 2050, una de cada seis personas en el mundo tendrá más de 65 años (16%), más que la proporción actual de una de cada 11 en este 2019 (9%). Para 2050, una de cada cuatro personas que viven en Europa y América del Norte podría tener 65 años o más. En 2018, las personas de 65 años o más superaron en número a los niños menores de cinco años a nivel mundial. <sup>(5)</sup>

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en México señala al 2018, que 15.4 millones de personas (12.3%) eran de 60 años o más. Coahuila cuenta con una población que asciende a 2, 954, 915 personas, donde 6.5 % corresponde a Adultos Mayores de 65 años. <sup>(6)</sup>

Con la edad se presenta dificultad para mantener la homeostasis bajo condiciones de estrés fisiológico, signo distintivo del envejecimiento. <sup>(7)</sup>

Los cambios clínicamente más significativos presentes en el Adulto Mayor que interactúan con la administración de medicamentos son:

- Masa hepática reducida como resultado cambios en el metabolismo y flujo sanguíneo hepático reducido. Un limitante a la hora de consumo de medicamentos con excreción y metabolismo hepático. <sup>(8)</sup>
- Pérdida de parénquima renal relacionada con la edad; se aproxima al 10% por década de edad creciente; esta pérdida es acompañado por una disminución en el flujo de plasma renal de 618 a 689 ml / min a 349 a 485 ml / min. <sup>(9)</sup>
- Reducción en el aclaramiento renal con excreción reducida. Sin embargo, esto puede ser engañoso en las personas mayores, debido a que la menor masa muscular hace que la creatinina permanezca dentro del rango "normal", a pesar de un deterioro significativo en la tasa de filtración glomerular. <sup>(10)</sup>

Estos cambios fisiológicos en el Adulto Mayor son importantes para entender la farmacodinamia y farmacocinética de los medicamentos, ya que estas funciones al estar alteradas incrementan la probabilidad de resultados negativos a la medicación potencializándose con la polifarmacia. <sup>(11)</sup>

Un gran número de adultos mayores son portadores de enfermedades crónicas por lo tanto usualmente reciben múltiples fármacos originándose así la Polifarmacia. <sup>(12)</sup>

Cuevas Zurita N. menciona que la no adherencia al tratamiento es un problema de salud pública, menos del 50% de los adultos mayores con medicación permanente cumple adecuadamente las indicaciones debido a que, a mayor polifarmacia existe menor adherencia, generando consecuencias negativas para la salud como incremento en los ingresos hospitalarios y mayores costos en salud. <sup>(13)</sup>

No existe una definición exacta de Polifarmacia; según los resultados obtenidos de una revisión multisistémica de un total de 1156 artículos; Masnoon et al mencionan que existen artículos basando su definición en forma numérica, otros de forma descriptiva, y algunos otros en base a la duración del tratamiento <sup>(14)</sup>



En México polifarmacia hace referencia al consumo de más de 4 medicamentos diariamente. <sup>(15)</sup>

En la actualidad podemos definir a la adherencia Terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona toma el medicamento, esto corresponde con las recomendaciones acordadas por su médico tratante o un prestador de servicios de salud. <sup>(3)</sup>

La forma de estimación es como variable de dos elementos (adherente/no adherente); o bien como porcentaje en función de las dosis tomadas del medicamento prescrito durante un periodo de tiempo determinado (de 0% a  $\geq$  100%); cumplidor si se toma entre el 80% y 100% de la dosis recomendada, e hipo cumplidores si se encuentran por debajo del 80%. El cumplimiento de un tratamiento está relacionado con su efectividad, de forma que la adherencia ha de ser prácticamente perfecta para alcanzar el objetivo del tratamiento y, en definitiva, evitar las complicaciones derivadas de la progresión de la enfermedad. <sup>(16)</sup>

Resulta sorprendente que, aun con fármacos cada vez más eficaces y la creciente conciencia social de sus consecuencias, aún exista descontrol de sus enfermedades por la falta de adherencia a los medicamentos. <sup>(17)</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Adherencia terapéutica es el factor que tiene el mayor impacto negativo en la salud de los pacientes con enfermedades crónicas. <sup>(3)</sup>

Conocer el grado de adherencia terapéutica del Adulto Mayor es de gran importancia a la hora de evaluar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos prescritos; ya que si presenta una pobre respuesta al tratamiento predispondría a un aumento de prescripciones, a mayor costo por parte de las instituciones de salud, así como a la búsqueda por parte del paciente de un Médico que si pueda controlar su enfermedad.

La adherencia es un desafío para los adultos mayores con polifarmacia, y las investigaciones muestran que los aumentos en el número de medicamentos recetados se correlacionan con una menor adherencia a la medicación. <sup>(18)</sup>

Diversos estudios a nivel mundial coinciden que el porcentaje de adherencia terapéutica en Adultos Mayores con Enfermedades Crónico-Degenerativas o No transmisibles es alrededor del 51%. <sup>(17)</sup>

Montenegro (2014), posterior a su investigación tipo trasversal en España, con 375 individuos determino la adherencia Terapéutica de 51.7 % en los Adultos Mayores de 65 años con Polifarmacia <sup>(19)</sup>

En Estados Unidos de América Kim et al (2018), obtiene resultados muy similares a los obtenidos en España, donde la adherencia a los tratamientos farmacológicos a largo plazo para enfermedades crónicas es del 50% es decir la no adherencia terapéutica representa hasta el 50% de los fracasos del tratamiento, 125,000 muertes anuales y hasta el 25% de las hospitalizaciones cada año. <sup>(20)</sup>

Nadia Shams y colaboradores (2016), realizaron un estudio trasversal con 183 pacientes, en el Instituto Rawal de Ciencias de la Salud Islamabad, P determinando que los factores principales que influyen en el bajo grado de adherencia fueron el desconocimiento de la Enfermedad por el paciente, así como la Polifarmacia (70%) <sup>(21)</sup>

En un estudio encabezado por Zelco et al. Se menciona que la adherencia farmacológica en adultos mayores oscila entre el 6 y 55 % de aquellos que presentan polifarmacia dando con esto un margen muy amplio que compararemos con nuestro estudio. <sup>(22)</sup>

Los resultados obtenidos por Gomes et al, de un estudio trasversal realizado en Portugal con 1089 adultos mayores, determinaron que solo un 47.7 % de la población presentan Adherencia Terapéutica, en donde la no adherencia resultó como factores influyentes el olvido, dificultad en el manejo por la polifarmacia y el miedo a los efectos secundarios. <sup>(23)</sup>

En EUA, Bazargan y colaboradores, a diferencia de los demás encontraron que no existe relación entre la Polifarmacia y la no Adherencia en el Adulto Mayor; sin embargo, en sus resultados mencionan que los regímenes de medicación más complejos son los de menor adherencia terapéutica. <sup>(24)</sup>

Zavala y colaboradores (2018) señalan que en una población del norte de México un 89% de los Adultos Mayores presentan polifarmacia propiciando la omisión de medicamentos beneficiosos por parte de los mismos pacientes. <sup>(25)</sup>

Luna-Breceda por su parte en México, manifiesta que solo un 50% de los pacientes con enfermedad crónica degenerativa presentan un grado de adherencia óptimo, cifra similar a la referida por otros autores de diferentes nacionalidades. <sup>(26)</sup>

Es importante evitar la creencia de que el paciente es el único responsable de la adherencia terapéutica, verlo como un fenómeno multidimensional; como se ha determinado en los estudios previamente mencionados, comprometida por varias barreras: factores socioeconómicos, el equipo salud, la enfermedad, el tratamiento y con el paciente <sup>( 27, 28, 29)</sup>

Estos factores pueden ser modificables y no modificables. Entre los no modificables, estarían las características demográficas y psicosociales del paciente, la naturaleza de la enfermedad que se ha de tratar, así como la edad. <sup>30)</sup>

Uno de los factores altamente importante no Modificable es la edad esto como se menciona previamente en los cambios fisiológicos del envejecimiento <sup>(3)</sup>

Los factores modificables relacionados con el tratamiento farmacológico como disminuir el número de medicamentos prescritos, la frecuencia de administración diaria, o la utilización de medicamentos combinados <sup>(30)</sup>

La buena relación médico-paciente es fundamental para mejorar la adherencia terapéutica y la reducción de fármacos prescritos pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo como: sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, médicos de primer nivel de atención recargados de trabajo, falta de retroalimentación sobre el desempeño, poco tiempo de consulta para educar a los pacientes falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla. <sup>(3)</sup>

Los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia se asocian con la duración del tratamiento, los fracasos terapéuticos anteriores, los

cambios constantes en la prescripción, efectos adversos y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos. <sup>(10)</sup>

Ridi N. (2018) hace referencia a que las intervenciones de adherencia deben adaptarse a las necesidades del paciente para lograr un resultado óptimo considerando este factor fundamental para el éxito. <sup>(30)</sup>

Las medidas de adherencia a la medicación se clasifican por la OMS como métodos Directos e Indirectos.

Métodos Directos incluyen; medición del fármaco o su concentración de metabolitos en fluidos corporales, como sangre u orina y evaluación de la presencia de un marcador biológico administrado con el fármaco y observación directa del comportamiento de la toma de medicamentos por el paciente. <sup>(11)</sup>

Los métodos directos son objetivos y costosos y no siempre aplicables a la práctica clínica habitual, dan una respuesta simplista de sí o no sin revelar el patrón de no adherencia. Se utilizan en los ensayos clínicos. <sup>(31)</sup>

Métodos Indirectos. Incluyen la evaluación de la información proporcionada por el paciente o su cuidador a partir de la entrevista clínica o un cuestionario validado (es el método más utilizado), el recuento de medicación, el uso de dispositivos electrónicos o el análisis del registro de dispensaciones. Estos métodos tienen como ventajas la sencillez, la facilidad de aplicación en la práctica clínica diaria. <sup>(32)</sup>

ARMS (Adherence to Refills Medications Scale) es uno de los métodos indirectos adecuado para pacientes pluripatológicos, adultos mayores y /o con bajo nivel educativo, consta de 12 preguntas: 8 dirigidas a evaluar la capacidad del paciente para la adecuada administración de la medicación y 4 evalúan el reabastecimiento de recetas. Para cuantificar el grado de adherencia, se asigna un valor de 1 a 4 a cada una de las posibles respuestas de acuerdo a una escala tipo Likert: nunca (valor 1), algunas veces (valor 2), casi siempre (valor 3) o siempre (valor 4). Menores puntuaciones totales indican una mejor adherencia. La organización del cuestionario facilita un planteamiento multidimensional de la falta de adherencia,

permitiendo individualizar posibles intervenciones en función de las barreras detectadas en cada paciente. <sup>(32)</sup>

En este trabajo nos enfocaremos a determinar la asociación entre adherencia terapéutica y polifarmacia en adultos mayores de 65 años de la UMF 8 Castaños de manera que nos permita individualizar a los pacientes en su manejo farmacológico óptimo, desprescribir tratamientos innecesarios y establecer una relación médico-paciente con responsabilidad compartida, logrando con ello la disminución de costos por un elevado e injustificado número de prescripciones que pueden repercutir en la falta de adherencia terapéutica del adulto mayor o acentuar el deterioro de su salud por efectos adversos.

## JUSTIFICACIÓN

Actualmente en el mundo 1 de cada 11 personas es mayor de 65 años. México ocupa el undécimo lugar en cuanto a los países más poblados del mundo, estimándose que para el 2050, 1 de cada 4 mexicanos será Adulto Mayor. A mayor edad, se eleva la vulnerabilidad y las posibilidades de Enfermedades Crónicas, así como la multimorbilidad lo que favorece el desarrollo de polifarmacia y repercute en falta de adherencia terapéutica. (Magnitud)

Un alto porcentaje de adultos mayores puede contar con polifarmacia y probablemente no adherencia terapéutica por olvido, omisión, o por falta de entendimiento en la prescripción, por lo que al Identificar esta problemática en nuestra unidad ayudará a disminuir costos institucionales por complicaciones y/o descontrol de las enfermedades, así como el uso de medicamentos innecesarios que más que bien pueden originar efectos adversos en el paciente. (Trascendencia)

Los factores que pueden influir de manera negativa para la realización de este estudio es la falta de aceptación de los adultos mayores que cumplan con los criterios de inclusión para firmar el consentimiento informado, que aun aceptando llenen de manera incorrecta el cuestionario por enfermedades visuales preexistentes, no sepan leer y escribir o proporcionen datos falsos. (Vulnerabilidad)

La U.M.F No. 8 atiende un alto porcentaje de adultos mayores por lo cual al ser pacientes con enfermedades crónicas muchos de ellos acuden de manera mensual a la consulta con lo que es factible seleccionar a los pacientes con polifarmacia y aplicarles el test ARMS (Adherence to Refills Medicatios Scale) en este grupo de pacientes con lo cual lograremos el cumplimiento de nuestro objetivo al determinar la asociación de polifarmacia y adherencia terapéutica en nuestra unidad. (Factibilidad)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

México día a día presenta un aumento de la población de adultos mayores y con ello un aumento en la demanda de fármacos que están fabricados para el control de enfermedades crónico degenerativas, que se acentúan en esta etapa de la vida.

Este es el motivo por el cual es importante el concientizar al paciente sobre la importancia de apegarse a la prescripción farmacológica de su médico tratante, sin embargo, cabe mencionar que también es de suma importancia que el médico prescriba solamente los tratamientos necesarios para evitar la polifarmacia en el adulto mayor que al paso del tiempo le pueden generar más efectos adversos e indeseables que representaran un problema de salud agregado.

La UMF No. 8 Castaños, Coahuila es una unidad de primer nivel de atención, la cual cuenta con una población adscrita de adultos mayores de 65 años de 4118 pacientes. Un elevado porcentaje de ellos padecen enfermedades crónicas degenerativas con una alta probabilidad de presentar polifarmacia y probablemente falta de adherencia terapéutica.

Conocer el grado de Adherencia Terapéutica que tiene el Adulto Mayor para el control de sus enfermedades e identificar los factores modificables que influyen en el desapego nos da la oportunidad de incidir en ellos mediante la concientización y orientación del paciente sobre las consecuencias de la no adherencia terapéutica y el beneficio de retirar los fármacos no indispensables que pueden repercutir en su salud, por lo que nuestra pregunta de investigación es:

¿Cuál es la asociación entre adherencia terapéutica y polifarmacia en adultos mayores de 65 años de la UMF 8 Castaños, Coahuila?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Determinar la asociación entre adherencia terapéutica y polifarmacia en adultos mayores de 65 años de la UMF 8 Castaños, Coahuila.

### **Objetivos Específicos**

- Conocer el número de medicamentos que consumen los adultos mayores de 65 años afiliados a la UMF No. 8 Castaños, Coahuila.
- Identificar los adultos mayores de 65 años con polifarmacia de la unidad.
- Determinar las variables sociodemográficas en este grupo de edad.
- Valorara la adherencia terapéutica en adultos mayores con polifarmacia



## **HIPÓTESIS**

### **Hipótesis Alterna Ha**

Los Adultos Mayores de 65 años con Polifarmacia de las UMF 8 Castaños, Coahuila presentan una Adherencia Terapéutica Media.

### **Hipótesis Nula Ho**

Los Adultos Mayores de 65 años con Polifarmacia de la UMF 8 presentan una Adherencia Terapéutica Baja

## MATERIAL Y MÉTODOS

### Tipo de Estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y prospectivo.

### Población de Estudio:

Pacientes adultos mayores de 65 años con Polifarmacia.

### Lugar de estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 8 de la ciudad de Castaños, Coahuila.

### Tiempo de estudio:

Periodo comprendido del 1º. De Mayo al 30 de Noviembre del 2021.

### Tipo y tamaño de la Muestra.

Se obtuvieron datos del censo de ARIMAC, sobre la población de adultos mayores de la UMF No. 8 de Castaños Coahuila, tomando una muestra para la cual se aplicó la fórmula de población finita con un intervalo de confianza de 95%,  $Z= 1.96$ , donde se obtuvo una muestra total de 115 pacientes a través de la siguiente formula:

Fórmula para Cálculo de Población Finita

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot P \cdot Q}$$
$$n = \frac{4118 \cdot 1.96^2 \cdot (.50) \cdot (.50)}{(.09)^2 \cdot (2174 - 1) + 1.96^2 \cdot (.5) \cdot (.5)}$$

$$\mathbf{n = 115}$$

Dónde:

n. Es el grupo de Estudio del total de Población.

N. El total de la Población de más de 65 años

Z. Intervalo de Confianza

p. Proporción de Observaciones en base a la Literatura.

q. Contraparte del porcentaje de observaciones es igual a  $1 - (p)$ .

e. Margen de error 9%.

### **Técnica de muestreo**

Se realizó un muestreo de tipo probabilístico Aleatorio, invitándolos a participar en el estudio a los pacientes que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 8 de Castaños, Coahuila durante el periodo de estudio del 1º. De Mayo al 30 de Noviembre del 2021, que cumplieron con todos los criterios de selección y que firmaron el consentimiento informado de una manera voluntaria.

## **CRITERIOS DE SELECCION**

### **Criterios de Inclusión**

1. Pacientes derechohabientes Adultos Mayores de más de 65 años con Polifarmacia (prescripción de más de 4 medicamentos).

### **Criterios de Exclusión.**

1. Pacientes derechohabientes menores de 64 años de edad.
2. Adultos mayores de 65 años que no deseen participar en el estudio.
3. Pacientes que no llenen correctamente el cuestionario o no proporcionen los datos sociodemográficos necesarios.

### **Criterios de Eliminación.**

1. Pacientes adultos mayores con patologías mentales o que dificulten proporcionar la información requerida.
2. Que no acepten firmar el consentimiento Informado necesario para ser incluidos.
3. Que decidan retirarse del estudio en cualquier momento de la investigación.

## VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa	Tipo de Variable	Escala de Medición	Unidad de Medición.
<b>Adherencia Terapéutica (Dependiente)</b>	Grado en que el comportamiento de una persona –tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.	Cuestionario ARMS e; Basado en 12 preguntas con puntaje de 12 a 48 puntos, mientras más baja puntuación mayor adherencia al tratamiento	Cualitativa	Ordinal	Grado de Adherencia terapéutica.  Alta (12 Puntos) Media (13- 24 Pts.) Baja (25 – 36 Pts.) Nula (37-48 Pts.)
<b>Polifarmacia</b>	Utilización simultanea de 4 o más medicamentos prescritos	Cantidad de Medicamentos que toma al día de diferente nombre, prescrito por su Médico Familiar.	Cuantitativa	Discreta	1. 4 a 6 2. 7 a 9 3. Más de 10
<b>Edad</b>	Origen en el latín aetas, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo.	Tiempo que ha pasado desde el nacimiento de un ser viva hasta la actualidad	Cuantitativa	Continua	Grupos de Edad 1. 65 a 69 años                      2. 70 a 74 años 3. 75 a 79 años 4. 80 a 84 años 5. 85 o mas
<b>Sexo</b>	Condición orgánica masculina o femenina de los animales y plantas	Condición orgánica masculina o femenina de los animales y plantas	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer
<b>Estado Civil</b>	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Condición legal de la paciente respecto a su unión con otra persona	Cualitativa	Nominal	1. Soltero                      2. Casado 3. Unión Libre                      4. Divorciado 5. Viudo
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente	Tiempo que duro su Educación o Preparación escolar	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria                      5. Preparatoria 6. Universidad 7. Posgrado
<b>Ocupación</b>	Trabajo, empleo u oficio	Actividad a la que se dedica.	Cualitativa	Nominal	1. Ama de casa 2. Pensionado/jubilado 3. Activo

## **DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

Previa autorización por el Comité de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación en Salud se seleccionaron mediante un muestreo probabilístico a los pacientes del estudio que cumplieron con todos los criterios de inclusión, adultos mayores de 65 años con polifarmacia que acudieron a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 de la ciudad de Castaños, Coahuila durante el periodo comprendido del 1º. De Mayo al 30 de Noviembre del 2021. Los datos obtenidos fueron recopilados por el investigador en los consultorios de Medicina Familiar. A los pacientes se les otorgó la hoja de consentimiento informado, posteriormente al ser identificados, se les aplicó el instrumento de recolección de datos, recabando las variables sociodemográficas para posteriormente aplicar el Cuestionario ARMS (Adherence to Refills Medicatios Scale). El resultado del grado de adherencia terapéutica se basó en los promedios más altos, indicando adherencia alta (12 puntos), media (13 – 24 puntos), baja (25 a 36 puntos) y nula (37-48 puntos.). La polifarmacia se registró según la cantidad de medicamentos utilizados grado 1 (4 a 6), grado 2 (7 a 9), y grado3 (más de 10). El tiempo requerido para el llenado del instrumento de recolección cuestionario realizado de manera individual se llevó a cabo aproximadamente en 10 minutos. Para el registro de los datos de los pacientes se realizaron por sus iniciales con la mayor confidencialidad para proteger su privacidad.

## **ANALISIS ESTADISTICO**

Los resultados obtenidos fueron concentrados en una base de datos del programa estadístico Excel para su posterior análisis. Una vez que se obtuvieron los resultados en el programa Excel, se procedió a la captura de toda la información en el programa EPI Info donde se realizaron las pruebas estadísticas para su análisis e interpretación y además la utilización de la estadística descriptiva mediante el cálculo de frecuencias simples y porcentajes para variables cuantitativas y cualitativas, así como el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión.

## **ASPECTOS ÉTICOS**

En la realización del presente estudio se respetaron los acuerdos de la Declaración de Helsinki Actualizada en la 64ª Asamblea General realizada en Fortaleza, Brasil en Octubre 2013. En sus principios básicos del 6 al 9 los cuales establecen que:

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

Este estudio se llevará a cabo respetando los acuerdos de la Ley General de Salud en materia de investigación, publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 2 de abril del 2014.

ARTÍCULO 13.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

II. Se fundamentará en la experimentación previa realizada en animales, en laboratorios o en otros hechos científicos.

III. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.

V. Contará con el consentimiento informado del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal, en caso de incapacidad legal de aquél, en términos de lo dispuesto por este Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VI. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

VII. Contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación, de Ética en Investigación y de Bioseguridad, en los casos que corresponda a cada uno de



ellos, de conformidad con lo dispuesto en el presente Reglamento y demás disposiciones jurídicas aplicables.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y, en su caso, de la Secretaría, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71, 73, y 88 de este Reglamento.

IX. Deberá ser suspendida la investigación de inmediato por el investigador principal, en el caso de sobrevenir el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación, así como cuando éste lo solicite, y

X. Será responsabilidad de la institución de atención a la salud en la que se realice la investigación proporcionar atención médica al sujeto de investigación que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

ARTICULO 15.- Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este estudio de investigación, se cita únicamente el apartado I de este Reglamento;

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran:

cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

ARTÍCULO 20.- Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTÍCULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales;
- III. Las molestias o los riesgos esperados;
- IV. Los beneficios que puedan obtenerse;
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto;
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

X. La disponibilidad de tratamiento médico y la indemnización a que legalmente tendría derecho, por parte de la institución de atención a la salud, en el caso de daños que la ameriten, directamente causados por la investigación, y

XI. Que, si existen gastos adicionales, éstos serán absorbidos por el presupuesto de la investigación.

ARTÍCULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I.- Será elaborado por el investigador principal, señalando la información a que se refiere el artículo anterior y atendiendo a las demás disposiciones jurídicas aplicables;

II. Será revisado y, en su caso, aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución de atención a la salud;

III. Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

ARTICULO 24.- Si existiera algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador, que le impida otorgar libremente su consentimiento, éste debe ser obtenido por otro miembro del equipo de investigación, completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

ARTICULO 27.- Cuando un enfermo psiquiátrico este internado en una institución por ser sujeto de interdicción, además de cumplir con lo señalado en los artículos anteriores será necesario obtener la aprobación previa de la autoridad que conozca del caso.

ARTÍCULO 100. Las funciones generales de los comités serán las siguientes:

- I. Proporcionar asesoría a los titulares o responsables de la institución, que apoye la decisión sobre la autorización para el desarrollo de investigaciones;
- II. Auxiliar a los investigadores para la realización óptima de sus estudios, y
- III. Vigilar la aplicación de este Reglamento y demás disposiciones aplicables.

De igual forma se tomará en cuenta la ley de Núremberg para la investigación médica, Finlandia junio 1964 y en la 29a Asamblea Medica Mundial Tokio Japón de octubre de 1975, por la 35a Asamblea Medica Mundial de Venecia, Italia de octubre de 1983, la 41 Asamblea Medica Mundial de Hong Kong en septiembre de 1989.

La Norma oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2010, del Expediente Clínico confidencialidad de esta norma, establece los criterios científicos, éticos, tecnológicos y administrativos obligados en la elaboración, integración, uso, manejo, archivo, conservación, propiedad, titularidad y confidencialidad del expediente clínico.

Campo de aplicación de esta norma, es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención medica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, para el caso amerita la elaboración y asentamiento de carta de consentimiento informado, ya que es un estudio intervencionista y los datos requeridos se tomarán de la entrevista con el paciente por el investigador.

El investigador declaró que no existe conflicto de interés. Todos los datos obtenidos se respetaron y son confidenciales.

## RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

### Recursos Humanos.

- Investigador Principal Residente de Medicina Familiar (Investigador)
- Investigador Asociado o Tutor.

### Recursos Materiales.

RECURSOS	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	TOTAL
Computadora	1 pieza	\$ 14,999.00	\$ 14,999.00
Impresora	1 pieza	\$ 2,500.00	\$ 2,500.00
Memoria USB 16 Gb	1 pieza	\$ 149.00	\$ 149.00
Tinta Impresora (Negro y Color)	2 cartuchos	\$ 525.00	\$ 1,050.00
Servicio de Internet (Mensuales)	6 meses	\$ 199.00	\$ 1194.00
Paquete de Hojas Blancas	2 paquetes	\$ 75.00	\$ 150.00
Lápiz (paquete con 10)	1 paquete	\$ 45.00	\$ 45.00
Borrador (paquete con 6)	1 paquete	\$ 30.00	\$ 30.00
Plumas (paquete con 10)	1 paquete	\$ 30.00	\$ 30.00
Mini engrapadora	1 pieza	\$ 35.00	\$ 35.00
Folders Manila (paquete con 10)	1 paquete	\$ 86.00	\$ 86.00
Total			\$ 20,268.00

## **Recursos Financieros**

Todos los gastos derivados del presente protocolo estuvieron a cargo del investigador principal, no se obtuvo ningún apoyo de alguna institución privada o pública para el financiamiento.

## RESULTADOS

Se encuestó a un total de 115 pacientes mayores de 65 años de edad en la U.M.F. No. 8 dentro de los cuales ningún paciente fue excluido ni eliminado. De acuerdo a los datos obtenidos mediante el instrumento de recolección, la cantidad de pacientes del sexo masculino se presentó en el 57.39% (66) (IC 95%47.83-66.56) a diferencia del sexo femenino en el 42.61% (49) (IC 95%33.44-52.17). Tabla 1.

**Tabla 1. Sexo de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

<b>Género</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>IC 95 %</b>
Hombre	66	57.39	47.83-66.56
Mujer	49	42.61	33.44-52.17
Total	115	100	

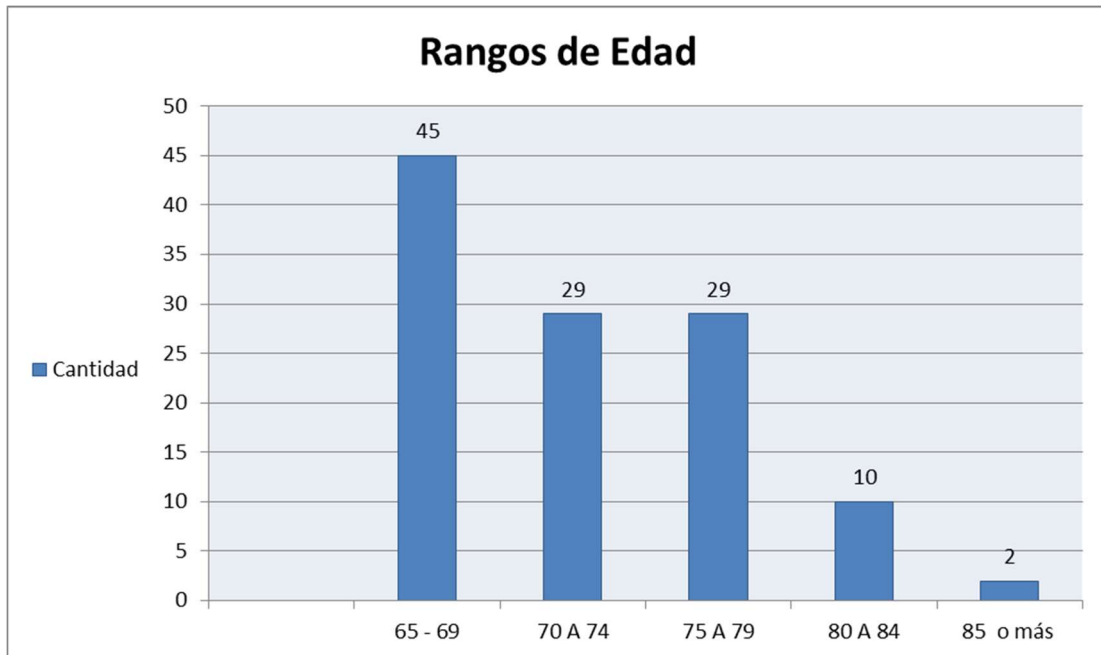
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

El rango de edad más frecuente fue el de 65 a 69 años en 39.13% (45) como lo demuestra la Tabla 2 y Gráfica 1.

**Tabla 2. Rango de Edad de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

<b>Edad (años)</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje %</b>	<b>IC 95 %</b>
65 - 69	45	39.13	24.72 – 36.10
70 A 74	29	25.22	24.37 – 35.71
75 A 79	29	25.22	24.37 – 35.71
80 A 84	10	8.69	10.35 – 19.15
85 o más	2	1.74	1.31 – 5.86
Total	115	100	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**



**Gráfica 1. Rango de Edad de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**  
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

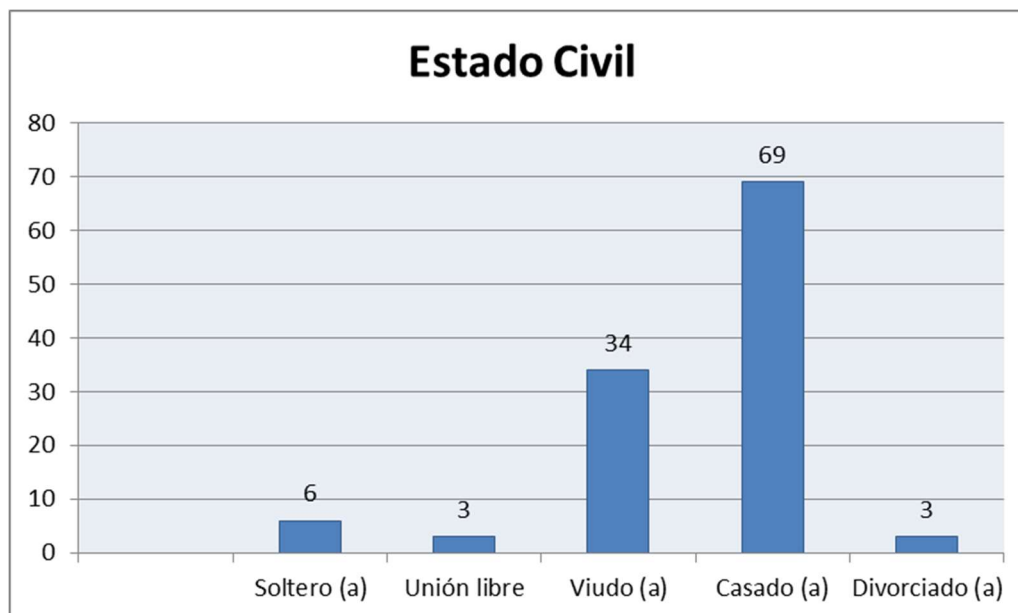
La mayor parte del estado civil de los pacientes eran casados en el 60% (69) (IC 95% 50.45-69.02) y los menos frecuentes fueron los divorciados y de unión libre en el 2.61% (3) (IC 95% 0.54-7.43) cada uno. Tabla 3. Gráfica 2.

**Tabla 3. Estado Civil de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

Estado Civil	Cantidad	Porcentaje %	IC 95 %
Soltero (a)	6	5.22	1.94-11.01
Unión libre	3	2.61	0.54-7.43
Viudo (a)	34	29.57	21.42-38.79
Casado (a)	69	60	50.45-69.02
Divorciado (a)	3	2.61	0.54-7.43
Total	115	100	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**





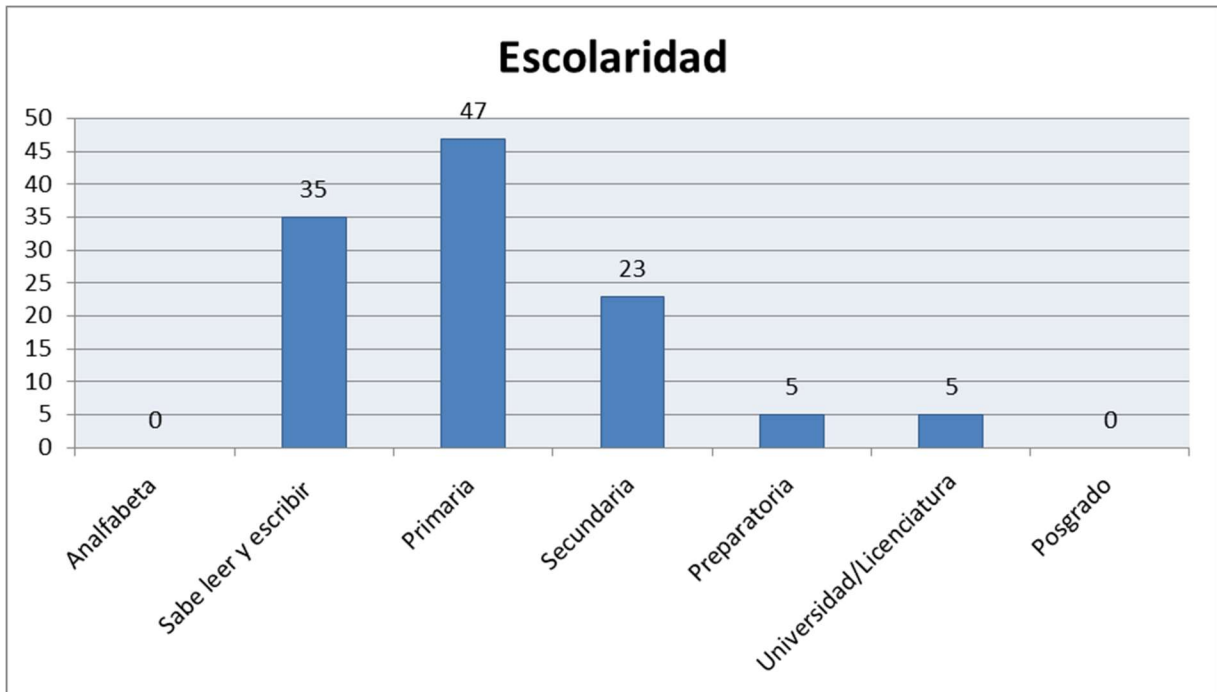
**Gráfica 2. Estado Civil de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**  
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

En relación a la escolaridad se encontró que el mayor porcentaje de los pacientes encuestados tenían primaria en un 40.87% (47) (IC 95% 31.79-50.43) mientras que no se reportaron pacientes analfabetas ni con posgrado. Tabla 4. Gráfica 3.

**Tabla 4. Escolaridad de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

Escolaridad	Cantidad	Porcentaje %	IC 95 %
Analfabeta	0	0	
Sabe leer y escribir	35	30.43%	22.20-39.71
Primaria	47	40.87%	31.79-50.43
Secundaria	23	20.00%	13.12-28.48
Preparatoria	5	4.35%	1.43-9.85
Universidad/Licenciatura	5	4.35	1.43-9.85
Posgrado	0	0	
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>100</b>	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

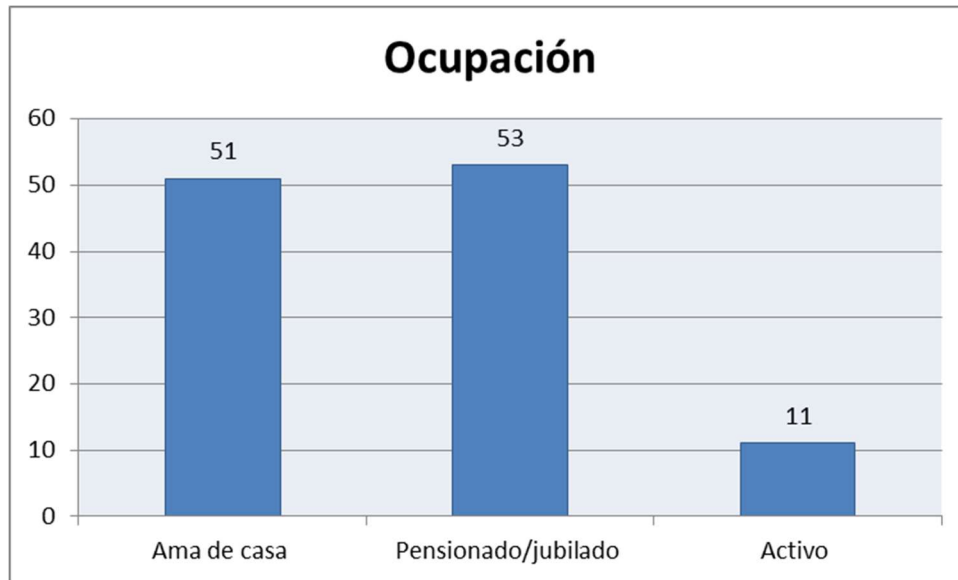


**Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**  
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

De acuerdo a la ocupación en primer lugar fueron los pensionados o jubilados en el 46.09% (53) (IC 95% 36.75-55.63), le siguieron las amas de casa en el 44.35% (51) (IC95% 35.09-53.91) y por último los activos en el 9.57% (11) (IC 95% 4.87-16.47). Tabla 5. Gráfica 4.

**Tabla 5. Ocupación de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

Ocupación	Cantidad	Porcentaje %	IC 95 %
<b>Ama de casa</b>	51	44.35	35.09-53.91
<b>Pensionado/jubilado</b>	53	46.09	36.75-55.63
<b>Activo</b>	11	9.57	4.87-16.47
<b>Total</b>	115	100	



**Gráfica 4. Ocupación de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

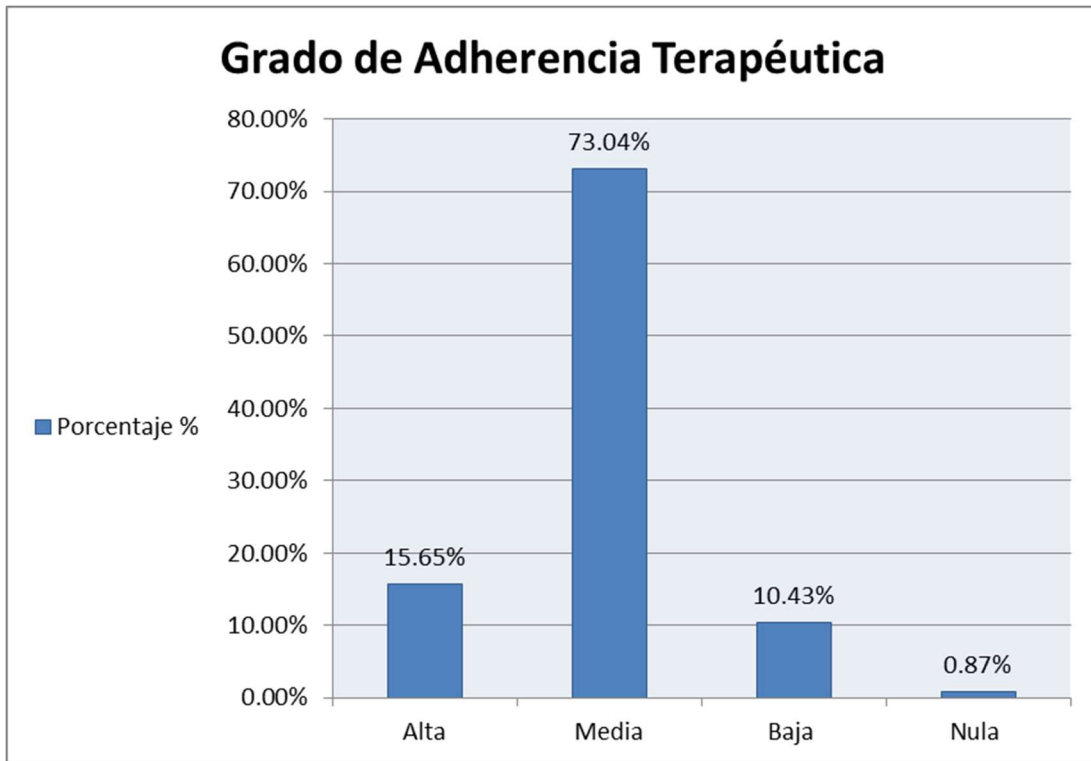
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

Referente al grado de adherencia terapéutica se encontró que la nula solo se presentó en un pequeño porcentaje en el 0.87% (1) (IC95% 0.02-4.75) y en el mayor porcentaje fue la adherencia media en el 73.04% (84) (IC95% 63.97-80.89). Tabla 6. Gráfica 5.

**Tabla 6. Grado de Adherencia Terapéutica de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

Grado de Adherencia Terapéutica	Cantidad	Porcentaje %	IC 95 %
<b>Alta</b>	18	15.65%	9.55-23.60
<b>Media</b>	84	73.04%	63.97-80.89
<b>Baja</b>	12	10.43%	5.51-17.52
<b>Nula</b>	1	0.87%	0.02-4.75
<b>Total</b>	115	100	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**



**Gráfica 5. Grado de Adherencia Terapéutica de los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

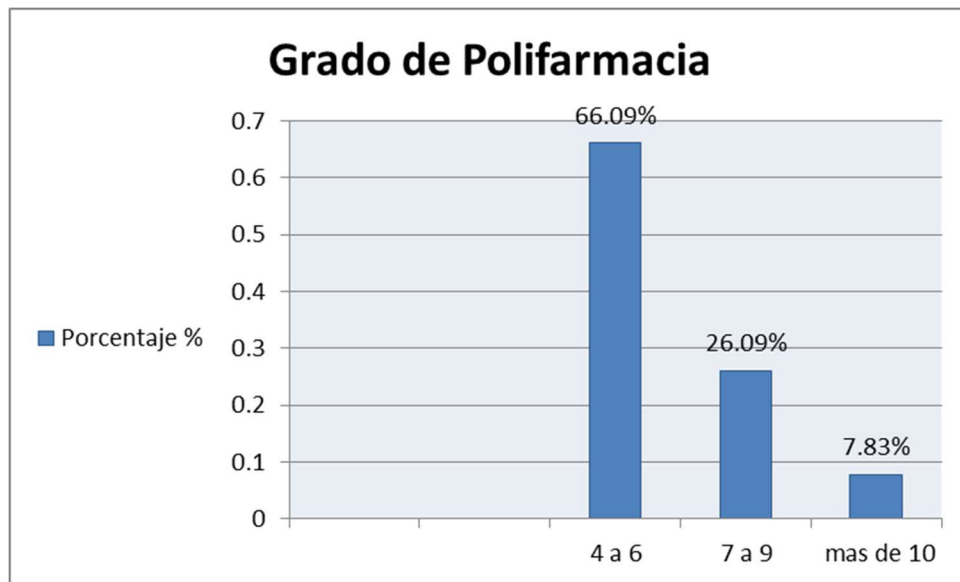
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

El grado de polifarmacia más frecuente fue de 4 a 6 medicamentos en el 66.09% (76) (IC 95% 56.57-74.65), posteriormente con 7 a 9 medicamentos en el 26.09% (30) (IC95% 18.34-35.10) y por último con más de diez medicamentos en un 7.83% (9) (IC95% 3.64-14.34). Tabla 7. Gráfica 6.

**Tabla 7.- Grado de Polifarmacia en los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

Grado de Polifarmacia	Cantidad	Porcentaje %	IC 95 %
1: 4 a 6	76	66.09%	56.67-74.65
2: 7 a 9	30	26.09%	18.34-35.10
3: >10	9	7.83%	3.64-14.34
Total	115	100	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**



**Gráfica 6. Grado de Polifarmacia en los pacientes adultos mayores de 65 Años de la UMF No. 8**

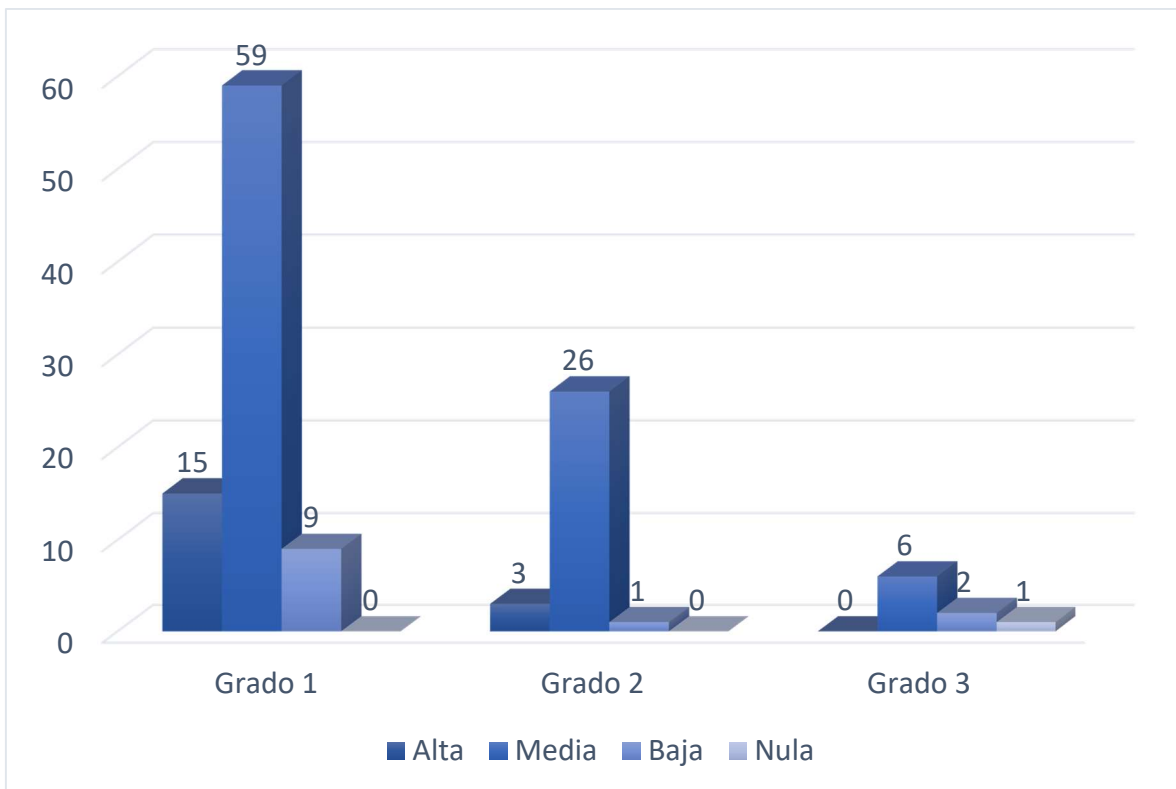
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

De acuerdo a la asociación, los pacientes con el grado de adherencia terapéutica media fueron los más frecuentes en los 3 grados de polifarmacia en el grado 1 de fue del 68.42% (52) de 4 a 6 medicamentos, en el grado 2 de 7 a 9 medicamentos en el 86.67% (26) y en el grado 3 con más de 10 medicamentos en el 66.67% (6). Tabla 8. Grafica 7.

**Tabla 8. Asociación del Grado de Adherencia Terapéutica y Polifarmacia de los pacientes adultos mayores de 65 años de la UMF No. 8**

Grado De Adherencia Terapéutica	Grado De Polifarmacia (%)			Total (%)	Chi cuadrada
	1	2	3		
<b>Alta</b>	15(19.74)	3(10)	0(0)	18(15.65)	
<b>Media</b>	52(68.42)	26(86.67)	6(66.67)	84(73.04)	
<b>Baja</b>	9(11.84)	1(3.33)	2(22.22)	12(10.43)	
<b>Nula</b>	0(0)	0(0)	1(11.11)	1(0.87)	
<b>Total</b>	76(66..9)	30(26.09)	9(7.83)	115(1009)	18.43

FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección



**Gráfica 7. Asociación del Grado de Adherencia Terapéutica y Polifarmacia de los pacientes adultos mayores de 65 años de la UMF No. 8**

FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección

De acuerdo a las enfermedades que reportaron los pacientes fueron la HTA, DM, cáncer, osteoartritis y cardiopatías, siendo las cardiopatías como las más frecuentes en el 87.83% (101) (IC95% 80.42-93.18) a diferencia del cáncer que solamente se presentó en un 3.48% (4) (IC 95% 0.96-8.67). Tabla 9.

**Tabla 9. Enfermedades presentes en los pacientes adultos mayores de 65 años de la UMF No. 8**

	DM (%)	HTA (%)	Cáncer (%)	Cardiopatías (%)	Osteoartritis (%)	Enf. Renales	Epilepsia
<b>Si</b>	72 (62.61)	44 (38.26)	4 (3.48)	101 (87.83)	82 (71.30)	9 (92.17)	8 (6.96)
<b>IC 95%</b>	53.10- 71.45	29.35- 47.79	0.96- 8.67	80.42- 93.18	62.12- 79.35	3.64- 14.34	3.05- 13.25
<b>No</b>	43 (37.39)	71 (61.74)	111 (96.52)	14 (12.17)	33 (28.70)	106 (92.17)	107 (93.04)
<b>IC 95%</b>	28.55- 46.90	52.21- 70.65	91.33- 99.04	6.82- 19.58	20.65- 37.88	85.66- 96.36	86.79- 96.95
<b>Total</b>	115 (100)	115 (100)	115 (100)	115 (100)	115 (100)	115 (100)	115 (100)

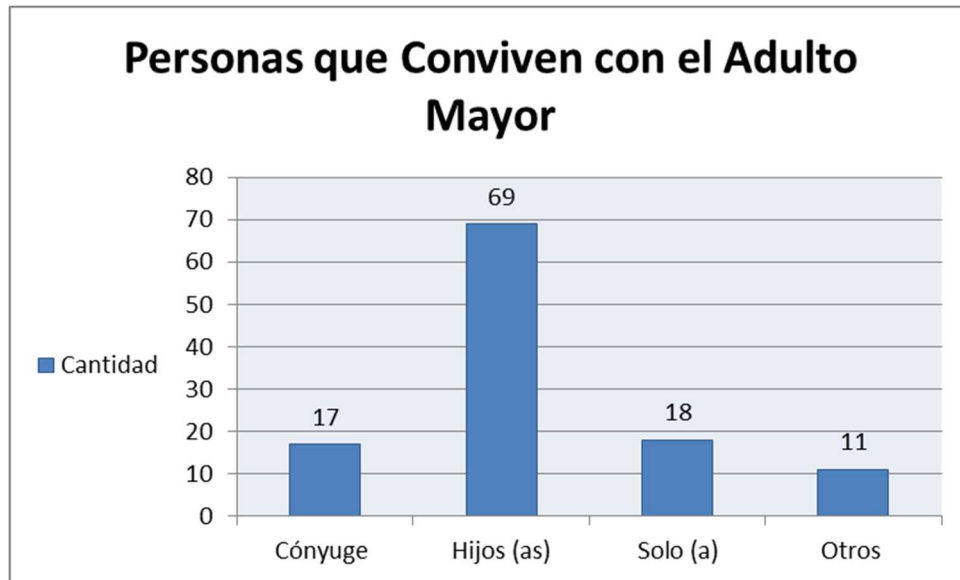
**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**

A los pacientes también se les preguntó acerca de las personas que viven con ellos, la mayoría reportó que viven con los hijos en un 60 %(69) (IC 95% 50.45-69.02) y en menor porcentaje con otros en el 9.57% (11) (IC 95% 4.87-16.47). Tabla10. Gráfica 7.

**Tabla 10. Personas que viven con los pacientes adultos mayores de 65 años de la UMF No. 8**

Personas	Cantidad	Porcentaje	IC 95%
<b>Cónyuge</b>	17	14.78	8.85-22.61
<b>Hijos (as)</b>	69	60	50.45-69.02
<b>Solo (a)</b>	18	15.65	9.55-23.60
<b>Otros</b>	11	9.57	4.87-16.47
<b>Total</b>	115	100	

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**



**Gráfica 7. Personas que viven con los pacientes adultos mayores de 65 años de la UMF No. 8**

**FUENTE. Base de datos del Instrumento de Recolección**



## DISCUSIÓN

Como lo señalado en la Guía de Práctica clínica de Prescripción Farmacológica en el Adulto Mayor, los factores de riesgo para que se presente la polifarmacia además de la edad avanzada, son la hipertensión, angina, osteoartritis, y Diabetes Mellitus 2 principalmente, los cuales fueron semejantes a los que se reportaron en este estudio como las cardiopatías en el 87.83%, DM en el 62.61%, HTA en un 38.26%, osteoartritis en el 7.83%, además de la epilepsia en el 6.96% y finalmente el cáncer que solamente se presentó en un 3.48%.

Sánchez-Rodríguez y colaboradores en su estudio reportó que la polifarmacia en adultos mayores es una problemática frecuente que se manifiesta en los adultos mayores con bajos niveles de escolaridad y vulnerabilidad socioeconómica, semejante a lo que se reportó en este estudio ya que la escolaridad que se encontró en la mayor parte de los pacientes encuestados, tenían de escolaridad la primaria en un 40.87% y de acuerdo al sexo, en ese mismo estudio se presentó con mayor consumo de medicamentos, más en las mujeres que en los hombres, a diferencia de nuestro estudio, el género masculino fue del 57.39%, mientras que la ocupación más frecuente fueron los Pensionado(s)/Jubilado(s) en el 46.09%.

Salech F, y colaboradores en su estudio reportaron que el uso simultáneo de múltiples fármacos es también muy frecuente en esta población un 65% de los adultos mayores usa regularmente más de tres medicamentos, semejante a lo reportado en nuestro estudio, donde el 66.09% de los pacientes tomaban entre 4 a 6 medicamentos diarios, también en nuestro estudio se reportó que el 100% de los pacientes presentaron cierto grado de polifarmacia cifras importantes a las reportadas en la revisión realizada por Casas-Vásquez y colaboradores, en donde la población adulta mayor está expuesta a la polifarmacia entre 14 a 37%, siendo mayor al 40% en residencias geriátricas mientras que en Europa, la frecuencia varía entre 12 al 80%.

De acuerdo al grado de adherencia terapéutica en nuestro estudio la Hipotesis Alterna se aceptó ya que establece que los adultos mayores con polifarmacia de la UMF No. 8 presentan una Adherencia Terapéutica de grado Medio, ya que se presentó con el mayor porcentaje del 73.04%, mientras que la baja en el 10.43% y la Alta en el 18%.

En relación al estado civil el 60% de los pacientes a pesar que eran casados, las personas refirieron vivir con los hijos en el 60 %, por lo que a pesar que no vivían solos aun así se encontró una adherencia terapéutica media en el 73.04%, por lo que es importante proporcionar información, verificar que tanto el paciente como el cuidador o persona a cargo del paciente entienda las indicaciones, escribir con letra clara, como lo refiere en la revisión realizada por Casas-Vásquez y colaboradores, al igual que Ortega Cerda y colaboradores en donde el tratamiento debe ser integral, y por ende así la familia podrá aconsejar y apoyar al paciente en todo momento, debido a que en el apego terapéutico también se involucra el apoyo familiar.

## CONCLUSIÓN

Concluimos que es de gran importancia la valoración de la adherencia terapéutica aunado a la polifarmacia desde que el paciente acude en su primera consulta de control ante cualquier patología o con enfermedades crónicas degenerativas ya que se requiere una atención especial en los adultos mayores teniendo en cuenta que el metabolismo del organismo presenta cambios fisiológicos en este grupo de edad, sin dejar de mencionar que una valoración integral en cada uno de los pacientes y el entorno donde se desenvuelve es para que se logre un mejor apego a su tratamiento en base al padecimiento que presente cada uno de ellos de una manera individual ya que en nuestro estudio se reportó una adherencia terapéutica media con un alto porcentaje con un 73.04%, con estado civil casado pero viviendo con los hijos y con un nivel educativo de nivel primaria por lo que esto nos reiteró que existe un apoyo familiar y sobre todo al tomar de 4 a 6 medicamentos en base a la presencia de enfermedades crónicas degenerativas tales como cardiopatías, DM y osteoartritis entre las más importantes.

## RECOMENDACIONES

Es necesario hacer énfasis constantemente que cada paciente debe ser evaluado individualmente y en cada cita de control médico, de una manera integral para que se logre el objetivo de tener un adecuado control terapéutico de sus enfermedades crónico degenerativas, teniendo en cuenta de evitar una posible polifarmacia en estos pacientes y sobre todo apearse a las Guías de Práctica Clínica y con esto disminuir el riesgo de posibles reacciones medicamentosas o cruzadas, o incluso de que se produzcan alteraciones en la funcionalidad del adulto mayor ya que por ce el organismo presenta cambios fisiológicos con el envejecimiento y que la principal vía de eliminación de los medicamentos es por excreción urinaria pudiéndose verse afectada por cambios propios de la edad y por la toxicidad de algunos medicamentos tanto en la disminución de tasa de filtración glomerular, secreción tubular y/o reabsorción tubular, así como también las otras vías de excreción tales como la vía biliar, entre otras, es decir se pueden ver repercusiones tanto en la farmacodinamia o farmacocinética de los medicamentos en estos pacientes.

Por otra parte el contar con apoyo familiar es de gran importancia para que el paciente sea vigilado en la toma de cada uno de sus medicamentos y así lograr que tenga una adherencia terapéutica más adecuada y alta, teniendo en cuenta que es de gran importancia el conocer los factores que pueden alterar la adherencia terapéutica ya sea los económicos, los relacionados con la enfermedad, los relacionados con el paciente, el sistema de salud y los relacionados con el tratamiento farmacológico. Además Se debe tener un apoyo constante multidisciplinario tales como trabajo social, nutrición, centro de seguridad social y de medicina preventiva para que este grupo de edad logre con un envejecimiento activo, la menor ingesta posible de sus medicamento y reiterarle frecuentemente a los pacientes de los programas educativos que se llevan a cabo institucionalmente para preservar y mejorar tanto su salud de manera integral para disminuir el riesgo de síndromes geriátricos y “la cascada de prescripción”.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Casas P, Ortiz P, Penny E. Estrategias para optimizar el manejo farmacológico en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2016; 33(2): 335-41. [citado 05 de junio de 2020] doi: 10.17843/rpmesp.2016.332.2153.
- (2) Vicente S, Olmos R, Ramirez C, et al. Treatment adherence in patients more than 65 years who experience early readmissions. Farm Hosp. 2018; 42(4): 147-151. [citado 18 de septiembre de 2020]. doi: 10.7399/fh.10907
- (3) Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado el 19 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
- (4) Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Por una cultura del Envejecimiento [Internet]. Ciudad de México: INAPAM; 2010 [citado el 20 de junio de 2020]. Disponible en: [http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos\\_Inicio/Cultura\\_del\\_Envejecimiento.pdf](http://www.inapam.gob.mx/work/models/INAPAM/Resource/Documentos_Inicio/Cultura_del_Envejecimiento.pdf)
- (5) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population. Prospects 2019: Highlights [Internet]. New York: United Nations; 2019 [citado el 20 de agosto de 2020]. Disponible en: [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_Highlights.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_Highlights.pdf)

- (6) INEGI. Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID 2019 [Internet]. México: [citado el 20 de agosto de 2020] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2019>
- (7) Cordero M, Medina H. Fisiología del Envejecimiento. Práctica de la geriatría [Internet]. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2011 [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1500&sectionid=98096106>
- (8) Aymanns C, Keller F, et al. Review on Pharmacokinetics and Pharmacodynamics and the Aging Kidney. Clin J Am Soc Nephrol. 2010; 5: 314-327. [citado 08 de junio de 2020] doi:10.2215/CJN.03960609.
- (9) Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Actualización Manual de Geriatría para Médicos 2019. Santiago de Chile: División de Prevención y Control de Enfermedades/ Departamento de Ciclo Vital Resolución; 2019 [citado el 20 de mayo de 2020]. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13\\_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf)
- (10) Cantlay A, Glyn T, Barton N. Polypharmacy in the elderly. InnovAiT. 2016;9(2):69–77. [citado 09 de junio de 2020]. doi:10.1177/1755738015614038.
- (11) Lam WY, Fresco P. Medication Adherence Measures: An Overview. BioMed Research International. 2015: e217047. [citado el 20 octubre de 2020] doi: 10.1155/2015/217047

- (12)Montoya, A. Parra, J. et al. (2018). Consumo farmacológico y salud en personas mayores. Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.2018; 4(1), 235-240. [ citado 18 de noviembre de 2020 ]
- (13)Cueva N. (2020). Asociación entre polifarmacia y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus Tipo 2; del Centro de Salud Lucha de los Pobres, en el periodo enero-junio de 2019. Instituto Superior de Investigación y Posgrado. Quito: UCE. 78 p
- (14)Masnoon N, Shakib S, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatr. 2017; 17(1):230. doi: 10.1186/s12877-017-0621-2. PMID: 29017448 [citado 19 de octubre de 2020]
- (15)Secretaria de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor. México;, 2010. [www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html](http://www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html)
- (16)Ibarra O, Morillo R. Definición e Importancia de la Adherencia. Lo que se debe de saber sobre la Adherencia al tratamiento. Euromedice Vivactis. 2018. p 5-12
- (17)Ferreira A. Therapeutic adherence: The elephant in the room. Rev Port Cardiol. 2018. 37(4): 305-306. [citado 20 de septiembre de 2020]. doi: 10.1016/j.repc.2018.03.006
- (18)Rodríguez MA, García E, Rodríguez A, et al. Revisión de test validados para la valoración de la adherencia al tratamiento farmacológico utilizado en la práctica clínica habitual. Pharm Care Esp. 2020; 22(3): 148-172. [citado 21 de septiembre de 2020].

- (19)Montenegro AJ, Luque AM, et al. Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Aten Primaria*. 2014; 46(5): 238-245. [citado 18 de septiembre de 2020]. doi: 10.1016/j.aprim.2013.10.003.
- (20)Kim J, Combs K, Downs J. Medication adherence: The elephant in the room. *US Pharm*. 2018; 43(1): 30-34. [citado 19 septiembre de 2020]
- (21)Shams N, Amjad S, Kumar N, et al. Drug Non-Adherence In Type 2 Diabetes Mellitus; Predictors And Associations. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2016 Apr-Jun; 28(2):302-307. [Internet]. 2020 [citado el 20 de octubre de 2020]
- (22)Zelko E, Klemenc Z, Tusek K. Medication Adherence in Elderly with Polypharmacy living at home: A systematic Review of existing studies. *Mater Sociomed*. 2016; 28(2): 129-132. doi:10.5455/msm.
- (23)Gomes D, Placido AI, Mó R, et al. Daily Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2019; Vol. 17. 200. [Internet]. 2020 [citado el 28 de Octubre de 2020] doi:10.3390/ijerph17010200
- (24)Bazargan M, Smith J, Yazdanshenas H, et al. Non-adherence to medication regimens among older African-American adults. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1):163. Published 2017 Jul 25. doi:10.1186/s12877-017-0558-5 [citado 01 diciembre 2020]



- (25) Zavala R, Terán M, Nava Á, et al. Polypharmacy Detection and Potentially Inappropriate Prescription in the Elderly in a Family Medicine Unit. *Aten.Fam.* 2018;25(4):141. [citado 09 de junio de 2020]. doi: 10.22201/facmed.14058871p.2018.4.67257
- (26) Luna U, Haro SR, Uriostegui LC, et al. Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan, Jalisco, México. *Aten. Fam.* 2017; 24(3):116-120. [citado 20 de septiembre de 2020].
- (27) Ramos LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Rev Cubana Angiol Cir Vasc* [Internet]. 2015 [citado el 13 de septiembre de 2020]; 16(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es).
- (28) Park H, Seo SA, Yoo H, Medication adherence and beliefs about medication in elderly patients living alone with chronic diseases. *Patient preference and adherence.* 2018; 12: 175–181. [citado 10 de septiembre de 2020]. doi: 10.2147/PPA.S151263
- (29) Reyes E, Trejo R, Arguijo S, et al. Adherencia terapéutica: conceptos, determinantes y nuevas estrategias. *Rev Med Hondur.* 2016; 84(3), 125-132. [citado 18 septiembre de 2020]
- (30) Rudi N, Fernández MF. Factores y Barreras a la Adherencia. Lo que debes de saber sobre la Adherencia al tratamiento. *Euromedic Vivactis.* 2018. p.30-44.

- (31) Pagès N, Valverde MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm.* 2018;59(3): 163-172. [citado 18 de septiembre de 2020]. doi: 10.30827/ars. v59i3.7387
- (32) González J, Calvo E, Sevilla D, et al. Traducción y adaptación transcultural al español del cuestionario ARMS para la medida de la adherencia en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2017; 49(8): 459-464. [citado 18 septiembre de 2020].
- (33) Salech F, Palma D, et al. Epidemiología del Uso De Medicamentos En El Adulto Mayor. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2016; 27(5) 660-670

## ANEXOS

### ANEXO I. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.



NSS. \_\_\_\_\_ Fecha. \_\_\_\_\_

Nombre. \_\_\_\_\_ Edad. \_\_\_\_\_

Masculino. \_\_\_\_\_ Femenino. \_\_\_\_\_ Consultorio Asignado. \_\_\_\_\_


Favor de responder según lo que se indica con una X; en caso de duda o comentario favor de acudir con Entrevistador.

- Podría por favor indicar su Estado Civil:  
Soltero /a \_\_\_ Viudo/a \_\_\_ Unión Libre \_\_\_ Casado /a \_\_\_ Divorciado \_\_\_
- Escolaridad:  
Analfabeta \_\_\_\_\_ Sabe leer y escribir \_\_\_ Primaria \_\_\_ Secundaria \_\_\_ Preparatoria \_\_\_ Licenciatura \_\_\_ Posgrado \_\_\_\_\_
- Ocupación:  
L Ama de Casa \_\_\_ Jubilado (a)/Pensionado (a) \_\_\_ Activo \_\_\_
- Vive con:  
Cónyuge \_\_\_ Hijos \_\_\_ Solo \_\_\_ Otros \_\_\_
- ¿Cuál de las siguientes Enfermedades padece usted?  
Hipertensión \_\_\_ Diabetes Mellitus \_\_\_ Enf. Del Corazón \_\_\_ Osteartrosis \_\_\_  
Cáncer \_\_\_ Epilepsia \_\_\_ Enfermedades del Riñón \_\_\_\_\_

Responda a las preguntas con una de las siguientes respuestas: Nunca, algunas veces, casi siempre o siempre.

- ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia decide no tomar sus medicinas?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia olvida recoger de la farmacia las medicinas que le han recetado?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia se queda sin medicinas?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia se salta una dosis de su medicación antes de ir al médico?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mejor?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas cuando se encuentra mal?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia deja de tomar sus medicinas por descuido?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia cambia la dosis de su medicación y la adapta a sus necesidades (por ejemplo, cuando se toma más o menos pastillas de las que debería)?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia olvida tomar sus medicinas cuando debe tomarlas más de una vez al día?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia retrasa ir a recoger sus medicinas de la farmacia porque cuestan demasiado dinero?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Con qué frecuencia planifica recoger de la farmacia sus medicinas antes de que se le acaben?  
Nunca \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ Casi siempre \_\_\_ Siempre \_\_\_
- ¿Cuántos medicamentos de diferente nombre prescritos por su Medico toma al día?  
1. 4 a 6 \_\_\_ 2. 7 a 9 \_\_\_ 3. Mayor de 10 \_\_\_

## ANEXO 2: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	<b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)</b>	
Nombre del estudio:	<b>ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS CON POLIFARMACIA DE LA UMF 8 CASTAÑOS, COAHUILA</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No Aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Número 8 Castaños, Coahuila. A realizarse de 01 de Mayo al 30 de Noviembre del 2021.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La polifarmacia es un factor de mal apego terapéutico, lo que ocasionará un descontrol con presencia de síntomas y signos que requerirán de un aumento farmacológico, que al ser numeroso el paciente terminará abandonando. Por esta razón nos enfocaremos a determinar la asociación entre adherencia terapéutica y polifarmacia en adultos mayores de 65 años de la UMF 8 Castaños, Coahuila.
Procedimientos:	Prevía autorización por el Comité de Ética en Investigación y Comité Local de Investigación en Salud se seleccionaron mediante muestreo a conveniencia a los sujetos de estudio que cumplieron con los criterios de inclusión. Se les otorgó una hoja de consentimiento informado para su autorización por escrito, y posteriormente se aplicó el instrumento de evaluación de Adherencia Terapéutica Cuestionario ARMS (Adherence to Refills Medicatios Scale).
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos en la aplicación de dicha investigación, no descartando que algunas preguntas pudieran generar molestias al paciente encuestado
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se les otorgó orientación a los pacientes sobre el uso adecuado de los medicamentos, así como la importancia de evitar la Polifarmacia. Disminuir complicaciones, hospitalizaciones y/o muerte derivada de una deficiente o bajo grado de Adherencia Terapéutica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Una vez obtenidos los resultados, se les dieron las recomendaciones sobre los fármacos indispensables a los Adultos Mayores y su uso Adecuado, además de haberse presentado los resultados a los médicos para evitar esta acción.
Participación o retiro:	El Investigador responsable respondió cualquier pregunta y se aclararon las dudas que se les planteó acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos y los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Se conservó el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo consideró conveniente, sin que ello afectase la atención médica que recibe el paciente en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador Responsable otorgó la seguridad de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con la privacidad son manejados en forma confidencial.
<input type="checkbox"/> No acepto participar en el estudio <input type="checkbox"/> Si acepto participar en el estudio.	
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No Aplica
Beneficios al término del estudio:	Detectar a los adultos mayores con polifarmacia sin adherencia, nos permitirá concientizarlos para disminuir costos institucionales, evitar prescripciones innecesarias, control de sus enfermedades así como evitar complicaciones a largo plazo por falta de adherencia farmacológica.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Sara Natalia Blanqueto Menchaca. Unidad de Medicina Familiar Numero 8 Castaños, Coahuila. Matricula 98052090. Email: saritabm@hotmail.com
Colaboradores:	Dra. Leticia Carrillo Acevedo. Instituto Mexicano del Seguro Social H.G.Z. y M.F. Numero 7 Monclova, Coahuila. Matricula 8944393. Email: lety3ca@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comité.eticainv@imss.gob.mx">comité.eticainv@imss.gob.mx</a>	
_____ Nombre y firma del paciente	<b>Sara Natalia Blanqueto Menchaca</b> <b>Residente de Medicina Familiar</b> _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2
_____ Nombre, dirección, relación y firma	_____ Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	
Clave: 2810-009-013	