

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Sistema de acciones sobre la polifarmacia en adultos mayores.

AUTOR: Dr. Ronald Claros Paco.

CIEGO DE ÁVILA - 2014

REPÚBLICA DE CUBA
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CIEGO DE ÁVILA

TÍTULO: Sistema de acciones sobre la polifarmacia en adultos mayores.

AUTOR: Dr. Ronald Claros Paco.

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Filial de Ciencias de la Salud "Arley Hernández Moreira"

TUTOR: Master Luis Alberto Wright Wehester

INSTITUCIÓN DE PROCEDENCIA: Policlínico 1^{ro} de Enero "José Agustín Mas Naranjo".

RESUMEN

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después acerca de la polifarmacia en el consultorio del médico de familia n^{ro} 5 perteneciente al Policlínico José Agustín Mas Naranjo del área de salud Primero de Enero, en el periodo comprendido de julio de 2013 a julio de 2014, de un universo de 354 pacientes que es el total de población del consultorio, se toma como muestra 80 adultos mayores que representa el 100% de los gerontes, por medio de esta investigación se caracterizó la polifarmacia en un grupo de adultos mayores en estudio con la finalidad de generar un precedente de conocimientos y aportar sugerencias que contribuyan a disminuir la poli medicación. Para obtener la información necesaria se aplicó una encuesta, entrevista y además se utilizaron otros métodos de carácter teórico, empírico y estadístico, teniendo en cuenta datos generales como edad, sexo, grado de escolaridad, enfermedades padecidas, utilización o no de medicamentos, forma de prescripción y capacidad funcional de los pacientes. Entre los principales resultados se destacan la relación entre la polifarmacia y la automedicación, así como su prevalencia en las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) y su elevado índice en el sexo femenino (con 62.5%); los grupos de medicamentos más consumidos fueron analgésicos, vitaminas y minerales, hipotensores, AINES, y psicofármacos.

Palabras clave: **polifarmacia, automedicación.**

Í N D I C E

Resumen	3
Introducción	5
Marco teórico	8
Materiales y métodos	23
Análisis y Discusión de los resultados	29
Conclusiones	39
Recomendaciones	40
Referencias bibliográficas	41
Anexos	44

I N T R O D U C C I O N

El envejecimiento poblacional como problemática social en la actualidad, es un hecho que se manifiesta en todas las latitudes del planeta independientemente del desarrollo socioeconómico de los países, en el caso especial de Cuba, aumenta aceleradamente muestra de ellos es que hoy el 17,8 % de la población total tiene 60 años o más y según la Oficina Nacional de Estadística (ONE) hasta hace solo unos meses se encontraba en un 17 % .¹

La **Polifarmacia** que según la Organización Mundial de la Salud (OMS): es el consumo simultáneo de tres o más medicamentos por un mismo paciente, es en los senescentes un hecho cotidiano en lo que a la práctica médica concierne, siendo no solo de interés científico sino también familiar y social; pues con el creciente número de pacientes geriátricos se amplían los horizontes de enfermedades causadas por medicamentos a nivel mundial, lo cual constituye hoy un problema, que en muchos países se desconoce su magnitud, esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, ya que sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte del adulto mayor.⁷

Una de las razones por la que se debe ser cuidadoso en la prescripción facultativa de medicamentos a los senescentes es porque pueden intoxicarse con mayor facilidad que otros pacientes, más aún si se **auto medican**, ya que pudieran llegar a presentar graves complicaciones que de no ser detectadas a tiempo darían al traste con la vida del paciente o serían tratadas como un nuevo síntoma de otra enfermedad. Es en este sentido que resulta primordial, el control frecuente, para detectar evidencias de apego al tratamiento, efectos adversos y toxicidad, así como

factores de riesgo de **polifarmacia** (soledad, déficit visual y otros) sobre los cuales podemos actuar consecuentemente; siempre que sea posible, administrar fármacos de excreción renal los cuales pueden ser controlados mediante estudios de laboratorio.^{9,10} Cuba ha priorizado el programa del adulto mayor en toda la nación y desde el triunfo de la revolución rigen los principios éticos de nuestra medicina humanista y socialista. Se han ofertado cursos de bioética médica, se han creado comités de ética médica en todos nuestros centros hospitalarios, los cuales garantizan la calidad en la asistencia médica erradicando la asistencia médica privada, la relación médico-paciente está basada en el humanismo, nuestra medicina es **social, preventiva, integral, comunitaria e internacionalista**.^{11,12}

Conscientes de que el aumento de los ancianos es inminente, los trabajadores de la salud se preparan para acoger en todos los servicios de atención médica a un mayor número de senescentes; basada en esa realidad no muy lejana, es que la autor del presente trabajo se motivó para realizar un estudio dirigido a identificar la presencia de **Polifarmacia** en un grupo de ancianos en el consultorio médico de familia 5 perteneciente al Policlínico Docente José Agustín Mas Naranjo del Municipio 1ro de Enero, planteándonos como hipótesis u objetivos de este trabajo el hecho de si la polifarmacia constituye un problema de salud, en la muestra de estudio caracterizando a los ancianos estudiados con relación a edad, sexo, escolaridad y enfermedades más frecuentes, identificar los grupos de fármacos frecuentemente utilizados y los adultos mayores con polifarmacia por prescripción facultativa y/o automedicación.

Problema científico

¿Cómo contribuir en la disminución de la polifarmacia en el adulto mayor en el Consultorio No. 5 de Primero de Enero?

Objetivo General

Implementar un sistema de acciones de salud para disminuir la polifarmacia en el adulto mayor en el Consultorio Médico de Familia No. 5 del área de salud 1ro de Enero.

Objetivos Específicos

1. Determinar los sustentos teóricos-metodológicos de la polifarmacia.
2. Pesquisa activa para caracterizar la conducta de población adulta del área de salud hacia la polimedicación.
3. Diseñar y validar de un sistema de acciones de salud que propicie la disminución de la polimedicación en el adulto mayor.
4. Evaluar el sistema de acciones.

Hipótesis.

Si se aplica un sistema de acciones en el Consultorio Médico de Familia No. 5, entonces se disminuye el consumo excesivo de medicamentos en los adultos mayores y elevamos el nivel de conocimiento de ellos.

MARCO TEÓRICO

Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor, considerados los individuos mayores de 60 años de edad en la mayoría de las bibliografías revisadas sobre el tema.^{2, 4,5} Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo. Existe también el significado sociocultural que se ve afectado no solo por su proceso evolutivo sino por las circunstancias sociopolíticas del país, del que se puede decir se inicia mucho antes de los 40 años. También un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.^{2, 4,5} El anciano está muy relacionado con la libertad y posibilidades de ejercer ese derecho natural, tiene limitaciones propias, individuales y circunstanciales... Sea como sea, es la representación tangible de la primera ley natural: "velar por la propia conservación". La identidad humana y la familia, son términos que las personas reconocen fácilmente como lo idéntico a sí mismas... lo más cercano. Los modelos sociales influyen de forma importante y determinan el lugar reservado para los considerados ancianos en esa sociedad. Dependiendo del énfasis que reciban los valores individuales y/o colectivos, así quedará posicionada la misma. Cómo atemperar los grados de libertad dentro de la familia, es sin duda de gran importancia en el día a día de la convivencia y de la felicidad en esa sociedad primera.⁶ Los adultos mayores con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado, para que pueda abarcar con la mayor integralidad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las

cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas, como su cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la **polifarmacia**. Esta política de fármacos debe volcarse hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son los que con mayor frecuencia atienden a esta población.⁷ Comenzar a vivir, es empezar a navegar hacia el puerto, el destino final. Comenzar a vivir es empezar a envejecer, por lo tanto el envejecimiento, el deterioro, pertenece a todas las edades aunque a la tercera edad le correspondan ciertas características que debemos de aceptar y darles sentido para que no nos lastimen y hagan personas irascibles e intratables. La decadencia física es una de esas características y consiste por lo general, en un "embotellamiento" de los sentidos, en un deterioro de la percepción, en trastornos visuales y auditivos. ⁸Otra característica es la alteración frecuente en la emotividad, que les lleva a no ser dueños de sus sentimientos. Con facilidad se alteran, deprimen y resisten a todo cambio. Se aferran al pasado y temen el futuro. ⁸A pesar de todo, no debe haber lugar para el pesimismo. Lo bello (la juventud) debe dejar paso a lo sublime (la vejez). Porque sublime es la vida cargada con años de experiencia, de sabiduría y entrega a los demás. ⁸La persona de la tercera edad no debe olvidar lo que dice el pensador hindú Tagore: "**No lloremos por haber perdido el sol, pues las lágrimas no nos dejarán ver las estrellas**". Es que la tercera edad es una etapa más de la vida que nos ofrece gozo, nuevas oportunidades, y se debe vivir conscientemente, sin ajetreos, como una oportunidad para reflexionar sobre lo que se ha hecho o dejado de hacer. ¡Lo que falta por hacer! ¡Lo que falta por corregir! Debe ser un "tiempo luminoso" de coloquios interiores. Tiempo para hablar con uno mismo, con Dios, con los demás. Una etapa de la vida donde se ame

la tranquilidad, el reposo, el silencio. Tiempo para huir de los ruidos, conflictos, peligros, y las tensiones.⁸ Sólo con esta actitud se podrá realizar la misión de la tercera edad, que es llenar el vacío entre generaciones, enseñar la verdadera jerarquía de valores, transmitir las buenas costumbres, cultura y la fe. Enriquecer al mundo y a la familia con las propias experiencias, con el consejo, la serenidad y la paz que tanta falta hace.⁸ Usted permanecerá joven mientras sea receptivo a cuanto es bello, bueno y grande, a los mensajes de la naturaleza, del hombre y del infinito.⁹ Si un día su corazón es mordido por el pesimismo y carcomido por el cinismo, que Dios pueda tener piedad de su alma vieja.⁹ En las sociedades industrializadas como la nuestra, el descenso de las tasas de natalidad y mortalidad han dado como resultado un notorio envejecimiento de la población, pues no solamente las funciones de las personas de edad mayor están cambiando, sino también su número, su proporción respecto a la población total y la proporción entre los sexos. Estas variaciones en la distribución por edades de la población tienen consecuencias y repercusiones importantes para la política de los diferentes gobiernos, no solo en aspectos económicos y sociales, sino también en los educativos, ya que en el futuro se prevé un incremento considerable de la población anciana.⁹ El mundo de hoy se desarrolla vertiginosamente, se presentan avances en la ciencia y la técnica, medicina, industria y esto es un aliciente para aquellos que desean vivir más, de hecho la esperanza de vida al nacer ha aumentado y por consiguiente cada día aumenta el envejecimiento poblacional.¹⁰ El fenómeno del envejecimiento resulta un campo interesante para la investigación. ¿Qué experimentan las personas en esta etapa de la vida?, ¿cómo estimularlos, viendo el envejecimiento como un proceso inherente al hombre, que ocurre a lo largo de la vida pero que requiere de atención debido a los cambios que se producen y a las representaciones que se tienen de la vejez.

La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37.6 a 22.7 nacimientos por cada mil habitantes; mientras que la mortalidad pasó de 19.6 defunciones por cada mil habitantes. Esta transformación, que ha adoptado el nombre de transición demográfica, ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y simultáneamente su envejecimiento.¹⁰ Asimismo, se espera que los niveles de natalidad y mortalidad, continúen disminuyendo en la primera mitad del siglo en curso. La primera disminuirá hasta alcanzar 13.7 nacimientos por cada mil habitantes en 2050; mientras que la mortalidad se espera que alcance sus menores niveles alrededor del año 2015 (9 defunciones por cada mil habitantes) y a partir de ese momento aumente hasta alcanzar 10.4 en 2050, en estrecha relación con el incremento de la población de edades avanzadas.¹⁰ Además de los cambios en su magnitud, la población mundial avanza paulatinamente hacia el envejecimiento de su estructura por edades.¹⁰ La mayoría de los adultos mayores se encuentra en los países menos desarrollados, a pesar de que éstos se sitúan en una fase menos avanzada del proceso de envejecimiento demográfico. En el año 2000, en estos países, se alcanzó la cifra de 375 millones, lo que equivale a 62 por ciento del total en el mundo, pero sólo a 7.7 por ciento de la población de estos países. En cambio, 232 millones de adultos mayores residían en los países desarrollados, sólo 38 por ciento de la población mundial mayor de 60 años, 19.4 por ciento de su población total. Se espera que el porcentaje de adultos mayores que reside en países en desarrollo se incremente aún más en las próximas décadas, de tal forma que casi el 80 por ciento de los 1 900 millones de personas de 60 años o más, que habrá en 2050 residirá en los países que hoy tienen menores niveles de desarrollo.⁴

Entre los múltiples problemas de salud que afectan al adulto mayor se encuentra la **polifarmacia** o **polifarmacoterapia**, considerado fenómeno

habitual que concierne a la práctica médica y médica-geriátrica. Esta peligrosa condición preocupa ya a las autoridades médicas en el ámbito internacional y es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social, pues sus efectos colaterales o adversos conducen en muchas circunstancias a incremento en hospitalizaciones, complicaciones graves y en ocasiones desafortunadamente a la muerte del adulto mayor.³ La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna, que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micromundo y el macromundo de él y que pueden modificar las conductas terapéuticas por asumir en una situación específica. Es fácil suponer que en el mundo de los ancianos las prescripciones farmacológicas deben siempre ajustarse a condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica y que deben ser asumidas de rutina.⁹ Por razones personales el adulto mayor tiene tendencia al hábito de la **polifarmacia**. Jorgensen en su estudio de la municipalidad de Tierp, en Suecia, demostró que al menos 1/4 de los 4 769 ancianos de su serie utilizaban 4 grupos diferentes de fármacos, que las mujeres lo hacían con más frecuencia y que había una predisposición al abuso de los mismos en los mayores de 85 años, los que más riesgos tienen de reacciones adversas.¹¹ Por otra parte, es preciso destacar que el 80% de los ancianos padece de una o varias enfermedades crónicas no transmisibles y el 36% puede padecer más de 3 situaciones que hacen imprescindible el uso de fármacos para controlar

metabólica o termodinámicamente su trastorno o para lograr analgesia cuando las medidas locales no lo han logrado.¹²

Otra condición que induce a la **polifarmacia** es la "**automedicación**" o la "**prescripción por varios médicos**" pues a veces un anciano es atendido por más de uno. La paradoja del desarrollo científico-técnico con grandes avances en el campo de la medicina, tanto en diagnóstico como en tratamiento, contrasta con la sensible y progresiva deshumanización de la atención al hombre enfermo, resulta más negativa y contradictoria en los predios de la geriatría y la gerontología.¹³ Los adultos mayores, con enfermedades múltiples, deben ser atendidos, siempre que sea posible, por **un solo profesional** suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integralidad un organismo que sufre por varias dolencias, muchas de las cuales a veces se alivian o eliminan con un análisis minucioso del problema y sugerencias no farmacológicas como su cambio de estilo de vida, variaciones en las concepciones nutricionales o incorporación de actividades físicas o rehabilitadoras que evitan muchas veces la complicidad inconsciente de la polifarmacia. Esta política de fármacos debe volcarse hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son los que con mayor frecuencia atienden a esta población.¹⁴ Entre las enfermedades prevalentes en ancianos en las que se prescriben dos o más drogas, se cuenta la cardiopatía isquémica, la diabetes Mellitus, la patología psiquiátrica en general y la hipertensión arterial. Las personas de la tercera edad presentan un promedio de 3 a 5 patologías y el 80% de ellos padece algún tipo de enfermedad crónica.¹⁴ Debido a que los ancianos consumen pro medialmente tres veces más medicamentos que los jóvenes, Mouliá consideró fundamental jerarquizar ciertos parámetros a la hora de tomar decisiones referentes a la medicación. Entre ellos, debe tenerse en cuenta si la patología incluye un riesgo vital o funcional, hasta qué punto afecta la calidad de vida de la persona, la relación entre riesgo -

beneficio y entre costo - beneficio.¹⁴ Para el profesor es fundamental intentar una coordinación entre los doctores para que no se prescriban medicamentos que generen efectos encontrados. Además prestar atención a las consecuencias que éstos pueden acarrear en el paciente. Reafirmó la importancia de que cada paciente sea considerado como un caso individual, intentando limitar el número de medicamentos y los fármacos innecesarios, así como las dosis. Recomendó además que la posología sea la más simple posible, incluyendo horarios memorizables para afectar lo menos posible la vida cotidiana. Tanto el paciente como sus familiares o cuidadores, deben ser informados exhaustivamente sobre todos los aspectos de la medicación.⁵ El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor. Esta situación se agrava con las dificultades que encuentra al tratar de llevar su vida como la llevaba anteriormente y que al no lograrlo los hace sentirse inútiles.⁵ Según los estudios demográficos de las Naciones Unidas, en el año 2000 el mundo contaban con 590 millones de personas de setenta o más años de edad y en el año 2025 serán 1100 millones, con un aumento del 224 por 100 en relación con las cifras de 1975. Dicha población habitará tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo.¹⁵ Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya

proyectados para esta situación.¹⁵ Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.^{16,17} El envejecimiento de la población se está convirtiendo en uno de los problemas más importantes no sólo para la investigación, docencia y práctica biomédica, sino para el conjunto de las Ciencias Sociales.^{16,17} El siglo XX pasará a la historia de la humanidad como el siglo en el cual el envejecimiento de la población se convirtió en un fenómeno de alcance global, que se extiende por todos los países, fundamentalmente con un alto nivel de desarrollo.^{16,17} La tendencia demográfica hacia el envejecimiento de la población se manifiesta en un aumento en el porcentaje de personas mayores de 65 años, un incremento en el número absoluto de personas mayores y un aumento de la esperanza de vida. Esto determina el crecimiento de la población anciana en la actualidad.^{16, 17} El término de envejecimiento es aplicable a un individuo o a una población en su conjunto, no obstante existen diferencias en ambas aplicaciones. Un individuo envejece al aumentar su edad cronológica de vida, pasando por varias etapas enmarcadas estadísticamente.^{16, 17} El envejecimiento ha sido definido también como todas las modificaciones morfológicas, psicológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos.^{16,17} En la actualidad el índice empleado comúnmente para medir el envejecimiento es la edad cronológica de 65 años o más. Se considera que una población con unos diez o más por ciento de personas con 65 o más años de vida indica la presencia de una estructura poblacional anciana o de edad avanzada.^{16,17} Los resultados de los estudios gerontológicos han originado

la llamada práctica gerontológica que consiste en varias modalidades de intervención y acercamiento profesional a los ancianos, de tal forma que se ayude a transformar actitudes en los mismos ancianos, familiares y comunidad hacia el proceso del envejecimiento.¹⁶ Todo lo anterior permite hablar de una nueva esfera de acción profesional en un Trabajo Social, reconocida como Trabajo Social Gerontológico, que requiere de un abordaje multidisciplinario del envejecimiento y exige sea reconocida y aplicada en los países donde el envejecimiento poblacional lo demanda.²¹⁻²⁵ La Gerontología es la disciplina que aborda sistemáticamente la vejez, el envejecimiento y las personas viejas. Se refiere a como la vejez afecta al individuo y cómo la población anciana cambia la sociedad.^{16,17} Al analizar al ser humano desde el enfoque integral de la Gerontología observamos que existen aspectos que permanecen en un constante inter juego, es decir que cuando se afecta uno de ellos se afecta necesariamente los demás.^{16,17} Estos aspectos se relacionan entre sí creando un solo sistema, el sistema humano.^{16,17} Este aspecto trata el proceso de envejecimiento y el declive normal a nivel estructural y funcional del organismo. Es decir, analiza todos los cambios físicos normales y patológicos se pueden dar a esta última etapa del ciclo vital.²¹⁻²⁵ La Gerontología dirige su atención a tres dimensiones de la vejez. La dimensión biológica se ocupa del estudio de los cambios de la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de habilidad física para resistir enfermedades.^{16,17} Con la dimensión psicológica se tratan los cambios sensoriales y perceptuales, las destrezas motoras, el funcionamiento mental (memoria, aprendizaje e inteligencia), la personalidad, los impulsos y las emociones que caracterizan a esta edad cronológica.^{16,17} Un aspecto importante que hay que destacar es el envejecimiento social el mismo se refiere a los hábitos sociales, a los papeles cambiantes y las relaciones en el ámbito social con familiares y amigos, a las relaciones de trabajo y al conjunto de relaciones

espirituales.^{16,17} Usualmente la persona experimenta una reducción en sus interacciones sociales importantes, el medio social varía, de forma considerable determina el significado de la vejez para una persona y esa experiencia de envejecer será positiva o negativa.^{16,17} Cada una de las dimensiones biológica, psicológica y social, están relacionadas entre sí en las personas de edad avanzada. Por ejemplo, la condición física de la persona afecta la conducta social y viceversa. El producto final del envejecimiento es el resultado de la interacción entre el componente genético, el organismo y el ambiente en el que se desenvuelve cada ser humano.²¹⁻²⁵ Se complementa la gerontología con la geriatría médica y la enfermería geriátrica, especialidades médicas que abordan los problemas clínicos o condiciones de salud en las personas ancianas.^{16,17} Sin embargo el aspecto esencial de la Gerontología está dirigido al examen de las condiciones del ambiente social de la vejez. Atención especial se brinda al problema de la preparación del anciano para enfrentar los cambios propios de la edad y a la preparación de la sociedad para garantizar el bienestar del anciano.^{16,17} Los ancianos constituyen los mayores consumidores relativos y absolutos de servicios de salud y medicamentos, lo que determina una preocupación en todos los países donde la tendencia demográfica indica envejecimiento poblacional por la cantidad de recursos que tienen que destinar a la tercera edad.^{16,17} Las políticas sociales y las instituciones prestan los servicios establecidos como apoyo formal. El apoyo informal, lo constituyen, la familia, los amigos y los vecinos que integran dicho sistema, esto se fundamenta en la dedicación y cooperación que emana de los sentimientos afectivos y de un sentido de solidaridad.^{16,17} En el tratamiento del proceso del envejecimiento poblacional la experiencia mundial, permite inferir la necesidad de promover estudios e investigaciones dirigidas al análisis de la relación envejecimiento- sociedad por la importancia que este tema tiene para el

desarrollo social y el propio anciano como ser humano, lo que permitirá de manera íntegra añadir más vida a los años que han sido añadidos a la vida y así aprovechar el caudal de experiencias acumuladas todo el tiempo vivido.^{16,17} Cuando la persona envejece sus sentidos: vista, oído, olfato, gusto, y tacto, tienden a disminuir. La atención del anciano requiere de mayores conocimientos y habilidades por parte de los que les atienden como el gerontólogo, enfermeras, etc.^{18,19} Uno de los principales objetivos es la atención del anciano, tiene que ver con la respuesta de este hacia el proceso de enfermedad o invalidez que nuestro papel está dirigido a la valoración del estado de salud - enfermedad, el diagnóstico y actividades que deben realizar. Su mundo está relacionado al proceso de pérdidas la cual impacta y ocasiona le un estado de crisis; las pérdidas se compensan a través de nuevas adquisiciones ya sean materiales o sociales, las cuales en la vejez no es posible compensar.^{18,19}

Clásicamente se define **polifarmacia** como el consumo concomitante de 4 o más medicamentos, y en la población geriátrica tiene prevalencia, la cual aumenta en forma proporcional a la edad. El 11% de los ancianos en la comunidad, y entre un 30 a 40% de los atendidos en los diferentes niveles de atención geriátrica, están poli medicados. El elevado consumo de fármacos y las diferencias farmacodinamias y farmacocinéticas características de los viejos produce un aumento de las diferentes reacciones adversas, así como de las interacciones medicamentosas. Todo ello incrementa el riesgo de iatrogenia farmacológica al diseñar un plan terapéutico. Es necesario considerar la dificultad que tiene el anciano para manejar múltiples medicamentos y patologías, lo cual hace que con frecuencia el paciente desconozca la indicación de los mismos. Por todo lo anterior es recomendable formular únicamente los fármacos indispensables, simplificando al máximo la dosificación y la forma de administración.^{20,21}

En algunos países la población geriátrica llega a ser mayor del 12% y más del 25% de las medicaciones están prescritas en este grupo de edad. Cuando se formula a un anciano el médico debe tener presente el fin terapéutico, la calidad de vida y los potenciales efectos adversos.^{20,21} Estudios epidemiológicos muestran que la iatrogenia es muy frecuente entre los adultos mayores institucionalizados. Los factores principales para la prevención de la iatrogenia lo constituyen la calidad de la evaluación médica, junto con la interdisciplinariedad y la coordinación por un único médico tratante.³ Podría ser desalentador el que algunos estudios llevados a cabo tratando de reducir el número de medicamentos, muestran que mientras se hace un seguimiento estrecho y los pacientes hacen parte de las investigaciones el número de drogas disminuye pero una vez concluido, en un período de tres meses, han retornado al número previo de drogas. Gran parte de lo anterior es debido a la costumbre generalizada, por parte de los médicos, de continuar las prescripciones sin indagar sobre sus indicaciones exactas: hasta un 40% de las recetas médicas no son revisadas durante largos períodos de tiempo (principalmente los inductores del sueño y los ansiolíticos); casi 30% de las formulaciones son equivocadas y el 10% innecesarias.¹²

La polifarmacia como problema de salud

Constituye la farmacoterapia en la tercera edad un gran capítulo dentro de la medicina moderna, que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, las que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas, otras que se relacionan con las concepciones psicológicas de esta edad inherentes a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales que influyen en las interacciones entre el micromundo y el macromundo de él y que pueden modificar las conductas

terapéuticas por asumir en una situación específica. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, pobres ingresos económicos y otras serían algunos de estos ejemplos. Es fácil suponer que en el mundo de los ancianos las prescripciones farmacológicas deben siempre ajustarse a condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica y que deben ser asumidas de rutina.³ La paradoja del desarrollo científico-técnico con grandes avances en el campo de la medicina, tanto en diagnóstico como en tratamiento, contrasta con la sensible y progresiva deshumanización de la atención al hombre enfermo, resulta más negativa y contradictoria en los predios de la geriatría y la gerontología.¹² Los efectos desagradables de la polifarmacia: costo, reacciones adversas, mal uso de medicamentos, redundarían negativamente con mayor intensidad y con carácter aún más devastador en los individuos de la tercera edad.⁴ Se ha postulado por muchos eruditos en la materia, que el número máximo de fármacos que mejoraría a un anciano con la debida atención es de tres.^{13,22} Mucho se ha debatido en relación con la polifarmacoterapia en el anciano. La mayoría considera que es un problema clínico propio y característico en estas etapas de la vida, tal como lo es la "automedicación" o el abandono de las propuestas terapéuticas por decisión incorrecta, soledad, abandono, defectos de memoria y otras condiciones habituales de los ancianos.¹⁸

La ciencia de la farmacoterapia en la tercera edad no es sólo prescribir medicamentos, sino seleccionar el mejor medicamento, el más efectivo, pero con menos reacciones colaterales adversas, en la menor dosis sin que se deteriore la eficacia, utilizando la forma farmacéutica más compatible en los ancianos, con los intervalos óptimos y que se ajuste a las exigencias biológicas, pero contemporizando con las eventualidades psicológicas, emocionales, sociales y económicas de cada individuo envejecido.²³

En su conferencia sobre Poli medicación en el adulto mayor, el profesor agregado Dr. Mouliá M. hizo énfasis en que la terapéutica medicamentosa para esta franja de edad debe ser particularmente evaluada con un criterio holístico y racional. Tal como explicó el experto, la llamada polifarmacia, un fenómeno que suele repetirse entre los ancianos, si bien en muchos casos está justificada por las necesidades de tratamiento, en otros se transforma en una acción desproporcionada que puede acarrear serios problemas para los pacientes.¹⁴

En la experiencia del Dr. Mouliá, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características:¹⁴

- Conocimiento racional de cada fármaco.
- Evaluación riesgo/beneficio de cada droga.
- Evaluación geriátrica - gerontológica.
- Plan terapéutico integrado.
- Educación al paciente, familiares y/o cuidadores.
- Considerar siempre la posibilidad de iatrogenia: tanto al agregar como al suspender un fármaco.
- Evaluación y ajuste constante de las indicaciones.

Por esta razón es que Mouliá considera fundamental que la medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, sobre todo entre geriatra, internista y médico de familia.¹⁴

Si se respetan estos cuidados es posible aprovechar toda la potencialidad de beneficio que tienen los medicamentos modernos, evitando los efectos adversos. De hecho, sostuvo Mouliá, el uso adecuado de los fármacos influye positivamente en la calidad de vida de los ancianos.¹⁴

Sin embargo, según apuntó el profesor, la mala prescripción sigue siendo una práctica que se repite, hasta el punto de que en Estados Unidos es la segunda causa de demandas legales. El problema se complica aún más si

se trata de ancianos, ya que ellos son los que padecen más patologías por las que se les recetan diversas drogas.¹⁴

PROBLEMÁTICA:

Actualmente el envejecimiento progresivo de la población está cobrando interés creciente debido principalmente al aumento del número de personas mayores de 60 años en la población cubana, generado por una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y un incremento importante de la esperanza de vida. El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano o sistema, lo cual repercute en un aumento considerable del uso y consumo de fármacos en la población anciana, situándose este grupo de edad como mayor consumidor del gasto farmacéutico en Cuba. Existe una estrecha relación entre la asociación y simultaneidad de enfermedades crónicas en el anciano y el consumo elevado de fármacos. Dado el gran interés que reviste el incremento de la población anciana, en el consultorio 5 del área de salud del municipio 1^{ro} Enero, constituido 354 pacientes del total de la población, los cuales 80 son adultos mayores con predominio del sexo femenino, la dimensión de esta problemática es mucho mayor, por las graves repercusiones socio-sanitarias que conlleva, ya que se produce una elevación del gasto en recursos sanitarios respecto a otros grupos de población, hecho este que se pone de manifiesto, el que más de 1/3 de las consultas a demanda en Atención Primaria procede de personas mayores de 60 años.

MATERIAL Y METODOS

Clasificación de la investigación: Investigación - Desarrollo

Aspectos generales del estudio: Se realizó un estudio pre-experimental a un grupo de ancianos pertenecientes al consultorio 5 del Municipio Primero de Enero en el período comprendido del 1 de julio del 2013 al 1 de julio del 2014; que incluirá a los requisitos de inclusión y exclusión.

Primera fase: esta primera fase nos permitió recoger datos o información, a través de la pesquisa activa. Para la realización de la misma se elaboro un instrumento que permitió recoger datos sobre el comportamiento de la poli medicación en el área de salud.

Segunda fase: en esta fase se realizo diseño y validación de un sistema de acciones.

Definición del universo de estudio:

Se realizó un estudio pre-experimental de tipo antes y después a un grupo de ancianos pertenecientes al consultorio 5 del Municipio Primero de Enero. De un universo de 354 pacientes que representa el total de la población, se seleccionaron 80 adultos mayores, que corresponde al 100 % de la población adulta, se solicitó a todos el consentimiento informado, aplicando los criterios de inclusión y exclusión. Se determinaron los principales factores que conllevan a la polifarmacia, definiendo las variables de control, se conceptualizaron las variables independientes y se operacionalizaron las dependiente mediante el nivel de conocimiento. Durante la primera fase se recogió la información a través de la pesquisa activa. Para la realización de la misma se elaboró un instrumento que permitió recoger los datos sobre enfermedades crónicas más frecuentes, medicamentos más utilizados, actitud con relación hacia los medicamentos para la evaluación y seguimiento de cada uno de los casos. En la segunda fase se aplicó el sistema de acciones. La información obtenida se reflejó en tablas de contingencia en números enteros y por cientos.

Criterios de inclusión:

1. Aceptación por parte de los pacientes a participar en el estudio.
2. Todos los pacientes mayores a 60 que pertenezcan al consultorio médico de 1ro enero.
3. No poseer enfermedades mentales.

Criterios de exclusión:

1. Residentes temporales en el área de salud: extranjeros y cubanos.
2. Tener discapacidad mental.
3. Adulto mayor que no cumpla con los criterios de inclusión.
4. Los que voluntariamente quieran abandonar la investigación.

Criterios de salida

1. Traslado de domicilio o que se mude.

Fuentes de obtención de la información y validación:**Ética**

Todos los pacientes seleccionados para el estudio fueron informados de los objetivos y características de la investigación a través de un modelo de consentimiento informado diseñado al efecto. (Ver Anexo 1) y la investigación fue aprobada por el comité de ética del Policlínico Docente José Agustín Mas Naranjo.

Observación: Se realizara con el objetivo de constatar cómo se comporta la poli medicación.

Revisión Documental (historias clínicas): Para obtener información sobre datos generales, tipo de enfermedades, factores de riesgo, seguimiento recibido previo al estudio y otros datos de interés.

Encuesta: Con el objetivo de realizar la pesquisa activa para detectar factores de riesgo, morbilidad oculta o paciente con dificultades en la dispensarización.(ver anexo 2)

Variable independiente:

Sistema de acciones: Conjunto de vías estructuradas de forma coherente relacionadas entre sí, encaminadas a satisfacer las necesidades partiendo de un diagnóstico, para alcanzar las transformaciones deseadas a la polifarmacia corto, mediano o largo plazo.¹²

Variable dependiente: Polifarmacia.

Operacionalización de variables.

1. Distribución de la muestra según grupo etareo y sexo:

1.1 Grupo etareo

1.1.1 60-64

1.1.2 65-69

1.1.3 70-74

1.1.4 75-79

1.1.5 80-84

1.1.6 85-89

1.1.7 90 y mas

1.2 sexo

1.2.1 Masculino

1.2.2 Femenino

2. Distribución de adultos mayores poli medicados:

2.1 adultos mayores poli medicados

2.1.1 Si

2.1.2 No

3. Distribución de adultos mayores según escolaridad:

3.1 escolaridad

3.1.1 primaria

3.1.2 secundaria

3.1.3 preuniversitaria

3.1.4 universitaria

4. Polifarmacia como problema en los gerontes según sexo:

4.1 Sexo

4.1.1 Femenino

4.1.2 Masculino

4.2 Polifarmacia

4.2.1 Afecta su salud

4.2.2 No afecta su salud

5. Según grupo de Medicamentos:

5.1 Grupo de medicamentos

5.1.1 Vitaminas y minerales

5.1.2 Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

5.1.3 Hipotensores

5.1.4 Antiácidos

5.1.5 Diuréticos

5.1.6 Psicofármacos

5.1.6 Laxantes

5.1.7 Vasodilatadores

5.1.8 Antiulcerosos

5.1.9 Broncodilatadores

5.1.10 Hipoglicemiantes

5.1.11 Para insuficiencia cardíaca

5.1.12 Antianginosos

5.1.13 Antiarrítmicos

5.1.14 Antieméticos

5.1.15 Antiparasitarios

5.1.16 Esteroides

Por cada grupo se evaluará de Sí o No en cada caso.

6. Distribución de la muestra según las enfermedades que afectan a los adultos mayores polimedificados:

6.1 Enfermedades

6.1.1 Cardiovascular

6.1.2 Sistema osteomioarticular (SOMA)

6.1.3 Afecciones Respiratorias

6.1.4 Endocrino metabólicas

6.1.5 Digestivas

6.1.6 Neurológicas

6.1.7 Infecciones

6.1.8 Oftalmológicas

6.1.9 Alteraciones hemolinfopoyéticas

7. Adultos mayores según grupo etéreo y uso de medicamentos prescritos o auto medicados:

7.1 Uso de medicamentos

7.1.1 prescritos: cuando es indicado por uno o varios médicos.

7.1.2 auto medicado: cuando consume algún medicamento por su propia cuenta.

8. Comportamiento de los gerontes hacia los medicamentos antes del estudio

8.1 Polimedicado: cuando toma de 4 y mas medicamentos.

8.2 Medicina tradicional y natural: cuando consume medicamentos a base de MTN.

8.3 Prescripción médica: cuando es indicado por uno o varios médicos.

8.3 Auto medicado: cuando consume algún medicamento por su propia cuenta.

9. Comportamiento de los gerontes hacia los medicamentos después del estudio

9.1 Poli medicado: cuando toma más de 4 y mas medicamentos.

9.2 Medicina tradicional y natural: cuando consume medicamentos a base de MTN.

9.3 Prescripción médica: cuando es indicado por uno o varios médicos.

9.4 Auto medicado: cuando consume algún medicamento por su propia cuenta.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En un primer momento se realizó una pesquisa activa en toda la población adulta perteneciente al CMF 5 para conocer el estado de la polifarmacia.

Tabla 1

Distribución de la muestra según grupo etareo y sexo.

Grupo etareo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
60 - 64	12	31.5	16	38.0	28	35.0
65 - 69	8	21.0	10	23.8	18	22.5
70 - 74	7	18.4	6	14.2	13	16.2
75 - 79	4	10.5	4	9.5	8	10.0
80 - 84	3	7.8	3	7.1	6	7.5
85 - 89	3	7.8	2	4.7	5	6.2
90 y más	1	2.6	1	2.3	2	2.5
Total	38	47.5	42	52.5	80	100

Fuente: Encuesta

Del estudio realizado de 80 ancianos según grupos etéreos y sexo, el 52.5% constituye al sexo femenino es decir (42 en total) y el 47.5% al masculino (38 en total), los grupos predominantes fueron 60 a 64 años con 35.0% , 65 a 69 años con 22.5% y 70 a 74 años con 16.2% para ambos sexos. En correspondencia con otros estudios realizados de la bibliografía consultada es que se corresponde al aumento de esperanza de vida, resultados semejantes lo encontraron la Lic. Ondina Gómez Nario y colaboradores y César Martínez Querol y colaboradores en estudios realizados anteriormente.^{9,11}

Tabla 2

Distribución de adultos mayores según escolaridad.

Escolaridad	Total	
	No	%
Primaria	25	31.2
Secundaria	35	43.7
Preuniversitaria	16	20.0
Universitaria	4	5.0
Total	80	100

Fuente: encuesta

Con respecto a la distribución de los encuestados según escolaridad, 25 tienen vencida el nivel primario para un 31.2%, seguido de los que vencieron la secundaria con 35 adultos para un 43.7%. El elevado nivel de escolaridad brinda la oportunidad para comprender e interiorizar la importancia de no emplear la automedicación y asimilar los riesgos de esta práctica del uso irracional de medicamentos como factor de importancia en el mantenimiento de la salud. Cabe señalar que las observaciones son similares, Zarzona López V.C y Martínez C. encontraron un 36% y 33% respectivamente para el nivel primario y medio y un 37,03% en el nivel superior.^{16,17}

Tabla 3

Distribución de la muestra según criterio de afección de salud.

Sexo	Polifarmacia			
	Afecta su salud		No afecta su salud	
	No	%	No	%
Masculino	34	42.5	2	2.5
Femenino	39	48.7	5	6.2
Total	73	91.2	7	8.7

Fuente: Encuesta

De la muestra selecciona 73 pacientes para un 91.2% de los encuestados reconocen que la polifarmacia afecta su salud como se demuestra en la tabla.

Tabla 4

Distribución de la muestra según grupo de medicamentos.

Grupo de Medicamentos	No.	%
Cardiotónicos	24	30.0
AINES	16	20.0
Psicofármacos	28	35.0
Vitaminas	14	17.5
Otros	10	12.5

Fuente: Encuesta

AINES (antiinflamatorios no esteroideos)

En cuanto al grupo de medicamentos los psicofármacos predominan con 28 para un 35.0%, seguidos de los cardiotónicos con 24 para un 30.0% y AINES con 16 para un 20.0%. Resultados similares que se revisan en el estudio cubano de Fernández Guerra, donde los fármacos que se indican para las enfermedades cardiovasculares fueron las que se prescribieron con más frecuencia a estos ancianos, hecho que está en correspondencia con una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en la tercera edad.²⁸

Tabla 5

Distribución de adultos mayores según enfermedades que los afectan.

Enfermedades	No	%
Cardiovasculares	24	30.0
SOMA	30	37.5
Respiratorias	16	20.0

Endocrino metabólicas	8	10.0
Cerebro vasculares	4	5.0
Otros	6	7.5

Fuente: Encuesta

SOMA: sistema osteomioarticular

Al analizar la tabla 5 se observó una mayor relación en la polifarmacoterapia y aquellos ancianos medicados que sufren enfermedades del SOMA con 30 pacientes para un 37.5%, seguidas de enfermedades cardiovasculares con 24 pacientes para un 30.0% y enfermedades Respiratorias con 16 y endocrino metabólicas con 8 para un 20.0% y 10.0%. Marques y Arango encontraron resultados similares y detecto que las drogas más utilizadas fueron digitálicos y diuréticos. Sin embargo en el estudio de Sánchez y Piola 48 de estos medicamentos se situaron en la segunda prioridad, superados por aquellos que se utilizan para enfermedades del sistema nervioso central.²³

Tabla 6

Adultos mayores según grupo etéreo y uso de medicamentos prescritos o auto medicados.

Grupo etéreo	Uso de medicamentos				Total	
	Prescritos		Auto medicados			
	No	%	No	%	No	%
60 - 64	9	37.5	20	35.7	29	36.2
65 - 69	8	33.3	16	28.5	24	30.0
70 - 74	3	12.5	11	19.6	14	17.5
75 - 79	2	8.3	6	10.7	8	10.0
80 - 84	1	4.1	1	1.7	2	2.5
85 - 89	1	4.1	1	1.7	2	2.5
90 y más	0.0	0.0	1	1.7	1	1.5

Total	24	30.0	56	70.0	80	100
--------------	----	------	----	------	----	-----

Fuente: Compuesta (encuesta - historia clínica)

En la siguiente tabla se aprecia la distribución de los adultos mayores que emplean medicamentos prescritos o se auto medican según grupo etéreo. Donde el 70.0% se auto medican, seguidos de 30.0% que reciben prescripción médica, de ellos corresponden al grupo de edad 60 a 64 con 35.7% , continuándose el grupo de 65 a 69 para un 28.5% .

Resultados semejantes encontró el Centro Nacional para el Desarrollo de la Fármaco- Epidemiología en estudio realizado en el 2009 en la población anciana de Ciudad de La Habana donde el 40.4% reconoce que en ocasiones se automedica.¹⁹ Martínez Querol y colaboradores encontraron que el 29.0% de los ancianos tienen una polifarmacia por automedicación, mientras que Fernández Guerra y colaboradores detectaron un 46.6% de automedicados.²⁰ En algunos países la población geriátrica llega a ser mayor del 12% y más del 25% de las medicaciones están prescritas en este grupo de edad.

Tabla 7

Distribución de los adultos según características de la polimedicación antes del estudio .

Actitud medicamentosa	No .	%
Prescripción médica	24	30.0
Auto medicados	56	70.0

Fuente: Compuesta (encuesta - historia clínica)

En esta tabla se puede representar como estaba el comportamiento de la población adulta antes del estudio. Donde se observa que hay un número elevado de pacientes auto medicados con 56 para un 70.0% , seguidos de la prescripción médica con 24 para un 30.0% .

Tabla 8

Distribución de los adultos según características de la polimedicación después del estudio.

Actitud medicamentosa	No.	%
Prescripción medica	53	66.2
Auto medicados	27	33.7

Fuente: encuesta

Esta tabla representa como está el comportamiento de la población adulta después de aplicar el sistema de acciones, donde aumento la prescripción medica con 53 para un 66.2% , disminuyo los auto medicados con 27 para un 33.7% y 20 para un 25% de los poli medicados. Tal como planteara el Doctor Juan C. Alfonso en su conferencia del IV Congreso de Gerontología y Geriatria en Mayo del 2008, donde expresa que: "La población cubana tiene un ritmo acelerado de envejecimiento, con predominio del sexo femenino en aproximadamente el 54 % debido a que son las mujeres las que más años viven podemos abordar este trabajo con igual afirmación pues vemos que nuestra mayor población es precisamente fémina.^{1,2} Aunque se debe señalar que la diferencia entre las razas no es muy desigual debido al gran mestizaje que existe en nuestro país y más aún en la zona donde nos encontramos realizando el estudio y ello no está en relación con el predominio de polifarmacia pues como expresará la Doctora García Orihuela y otros el predominio de la raza blanca es circunstancial en dependencia del área en estudio en lo cual influyen las migraciones internas en búsqueda de bienestar y mejoría.^{3,5,28}

Todas las patologías afectan la farmacodinamia adecuada a través de trastornos farmacocinéticas que acarrearán insuficiencia de la función orgánica y asociado a los cambios propios del envejecimiento tales como: malnutrición, anemias, desequilibrio hidromineral que modifican la acción de la droga en este grupo de edades provocando efectos adversos que no

pueden compensar, máximo cuando la eliminación de estos medicamentos o sus metabolitos son por vía hepática y/o renal fundamentalmente, ello también aumentaría la toxicidad y reacciones adversas o interacciones medicamentosas viéndose afectada la biotransformación hepática con retardo en la excreción y aumento de la toxicidad de fármacos.^{29,30} Entonces utilicemos métodos no farmacológicos como la Fitoterapia, musicoterapia en la Depresión de los ancianos, y evitemos los efectos desagradables de los medicamentos valorando riesgos-beneficios siempre.

LA hipertensión arterial (HTA) es la enfermedad crónica no transmisible (ECNT) más frecuente, con una prevalencia en nuestro país del 30 %, siendo muy importante insistir en su detección precoz y control como factor de riesgo de múltiples patologías que llegan a ser invalidantes y provocan graves complicaciones con discapacidades a veces irreversibles como: afecciones cardíacas y cerebro vasculares (ECV), Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Aterosclerosis,^{19,23,29} que actúan además acelerando el proceso de envejecimiento y lesiones invalidantes en nuestros ancianos, los cuales se encuentran en posición desfavorable con la evolución de estas enfermedades. Por regla general, los mayores de 80 años consumen menos medicamentos que el resto de los grupos y se concentran en el de 3 a 5 medicamentos; ello coincide con los estudios realizados por la Doctora Fernández Alonso y otros.^{8,29,30} con relación a nuestra búsqueda aunque estos tienen ligera diferencia, pues todos consumían 4 medicamentos o más, con mayoría en el sexo femenino de 60 a 64 años.

Pero seguimos siendo altos consumidores de medicamentos, pues no se ha concientizado a la población de la necesidad del tratamiento integral y no farmacológico del adulto mayor, cambiando el estilo de vida, concepción nutricional, actividad física que eviten la polifarmacia como paradoja del desarrollo científico técnico. Ello es muestra de que aún queda mucho por andar en la prescripción y farmacoterapia de los senescentes, a los cuales

debemos tratar de forma integradora desde el punto de vista bio-psico-social y funcional teniendo en cuenta los cambios que el envejecimiento provoca en el organismo con revisión periódica de los tratamientos y su adecuación a las normas geriátricas con alternativas existentes en los programas de atención al adulto mayor, insistiendo en mejorar su calidad de vida que muestra mejor capacidad funcional y una expectativa de vida más activa.

CONCLUSIONES

En los ancianos pertenecientes al consultorio médico de familia No. 5 perteneciente al Policlínico universitario José Agustín Mas Naranjo, predominó el grupo de edad de 60 a 64 años y dentro de ellos el sexo femenino, el nivel de escolaridad más frecuente encontrado fue el nivel secundario, los grupos de enfermedades más frecuentes que afectan a la población adulta son SOMA y Digestivos. Gran parte de ellos se auto medica y grupo de medicamentos más frecuentes son las vitaminas y minerales seguidas de psicofármacos. Una vez aplicando el sistema de acciones se logro disminuir la polifarmacia y así se dio cumplimiento al objetivo principal.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar, perfeccionar y abordar con mayor solidez e integralidad el estudio y tratamiento de los ancianos en todas las áreas de atención de salud.
2. Mantener una amplia divulgación acerca de los conocimientos mínimos de las interacciones medicamentosas y de la farmacoterapia a la hora de enfrentarse al envejecimiento en el ser humano.
3. Brindar estrategias de ayuda al anciano en las cuatro esferas de la salud, lo cual aumentaría su calidad de vida con medicina alternativa sin utilizar medicamentos.
4. Continuar la realización de trabajos investigativos referentes al tema de la farmacoterapia en los senescentes.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 1. Mehr Sazone P. et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part 2. A. Geriatric health maintenance program. J Fam Pract 2008; 34:320-47.
- 2. De Sada. Fuente P F: Tercera Edad. ¿Decadencia o plenitud? Desarrollo y Formación Familiar, A.C. Artículo revisado en la página: www.familia.cl/tercera_edad/.../decadencia_o_plenitud.htm. 2011
- 3. Jorgensen TM. Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality. Ann Pharmacother. Sep.; 27(9):1120-5. 2009
- 4. Efecto de los Cambios Demográficos en el Envejecimiento de la Población Tomado de la página: www.fiap.cl/p4_fiap/site/.../201030430124658.HTML Julio 2010.
- 5. Jiménez R, S. Y Román G., N. "Los problemas del abuso que presentan las personas mayores de 60 años, atendidas en los servicios de valoración y consulta externa del hospital nacional de geriatría y gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes", Costa Rica, 2009.
- 6. Dr. Pracht, CD Presidente de la Confederación Estatal de Pacientes de España. La Ancianidad. ¿Autonomía o dependencia? Artículo revisado en la página: www.ceoma.org/vicongreso/comunicaciones/18.doc 2009.
- 7. Sheineider JK, Mion LC. Adverse drug reactions in an elderly outpatient population. Am J 49: 90-6. 2012
- 8. Tercera edad. Necesidad de educación en el adulto mayor...Artículo revisado en la página: www.monografias.com/.../tercera-edad.../tercera-edad-educacion.shtml. 2013
- 9. Vargas Castillón E, Moreno González A. Anciano y Fármacos Medicine; 87:3365-71. 2009
- 10. El envejecimiento de la población mundial. Artículo revisado en la página: www.conapo.gob.mx/publicaciones/enveje/enveje01.pdf 2008.

- 11. Castillo Fernando JR, Romero González M. La Terapéutica Farmacológica en Geriátría. Editorial SANDOZ; 139-43. 2010
- 12. Colección Farmitalia Carlos Erba de Diagnóstico y Tratamiento. Geriátría. Tomo I, Barcelona Editorial Geriátrica: 64 -70; 2011
- 13. Beers MH, Ouslander JG. Risk factors in Geriatrics drug prescribing. Drugs; 37:105-112. 2012
- 14. Polifarmacia en la tercera edad: riesgos y beneficios....Revisado en: www.um.edu.uy/.../48_Polifarmacia-en-la-tercera-edad-riesgos. 2007.
- 15. Avalos R, Lowick J, "Maltrato en la Vejez, orientaciones generales para su investigación y un estudio local exploratorio". Serie estudios y documentos Centro de Capacitación C.E.C., Santiago, 2009.
- 16. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 2009
- 17. Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX - Red Latinoamericana de Gerontología. Marzo 2013.
- 18. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriátría. Ediciones Científico y Técnicas SA; 539-43. 2011.
- 19. Mira y López E: "Hacia una vejez joven, Psicología y Psicoterapia de la ancianidad". Editorial Kapelurz. Buenos Aires, Argentina, 2008
- 20. Ireland G. Principles of prescribing medications. Ambulatorygeriatriccare 2009; 18-26.
- 21. Gómez J.F., Curcio C.L., Gómez D. Evaluación de la salud de los ancianos 2008; 77-90.
- 22. Who. Health care in the everly. Report of the technical group on use of medicaments by the elderly. Drugs 2008; 22:279-294.
- 23. Gusney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to Hospital. Lancet 2009; 2:564-7.

- 24. Jorgensen TM. Prescription drug use among ambulatory elderly in Swedish Municipality. Ann Pharmacotherapy. 2008 Sep.; 27(9):1120-5.
- 25. Castillo Fernando JR, Romero González M. La Terapéutica Farmacológica en Geriatria. Editorial SANDOZ; 2006139-43.
- 26. Dra. Fernández Guerra, N.1 Dra. Díaz Armesto N, 2 Dr. Pérez Hernández B 3 y Dr. Rojas Pérez A, 4. Polifarmacia en el ACTA MÉDICA 2007; 10(1-2)
- 27. Jiménez Herrera L G, Fernández Rojas X. Caracterización del uso de medicamentos en personas adultas mayores, Costa Rica 2007.
- 28. Vargas Castillón E, Moreno González A. Anciano y Fármacos Medicine 2009; 87:3365-71.
- 29. Regueira Naranjo JL, Conde Martín M, de Barrio Taupier I. Polifarmacia en la Tercera Edad. Rev. Cubana Med. Gen Integr 2006; 16(4):346-9.
- 30. Sánchez NA.,Piolo JC. Medicación en los ancianos: Prescripción y automedicación. Vivir en Plenitud. Año 2009. No. 338, pp. 21.

Anexo 1.

Consentimiento Informado.

Yo: ----- autorizo a que -----
 ----- utilice la información
 recibida de mí con carácter investigativo y para el beneficio del adulto
 mayor.

Firma del Paciente

Anexo 2.**Encuesta**

Nombre (s) y Apellidos: -----

1) Sexo: Femenino ----- Masculino -----

2) Edad

60- años -----

65-59 años -----

70-74 años -----

75-79 años -----

80-84 años -----

85-89 años -----

90 y más años -----

3) ¿Cuántas enfermedades usted padece?

Ninguna ----- Una -----

Dos o Tres ----- Cuatro o más -----

4) Escolaridad: Según último nivel escolar vencido por el anciano.

- Primaria
- Secundaria
- Pre-Universitario
- Universitario

5) Enfermedades más frecuentes

- Hipertensión Arterial (HTA)
- Diabetes Mellitus (DM)
- Asma Bronquial (AB)
- Hepatopatías
- Cardiopatía Isquémicas (CI)
- Depresiones
- Osteoartritis
- Enfermedad Cerebro Vascular (ECV)
- Insuficiencia Arterial Periférica (referido a trastornos circulatorios)
- Enfermedades digestivas (Hernia Hiatal, Úlceras, Gastritis)
- Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Otras.

5) Usa usted medicamentos.

Si-----

No-----

¿Cuántos?

1 ----- 1 a 2 ----- 3 a 5 -----

6 a 8 ----- 9 o más-----

6) ¿Qué grupo de medicamento toma usted indicados por el médico?

Hipotensores ----- AINES -----

Diuréticos ----- Psicofármacos -----

Digitálicos----- Anticolinérgicos-----

Nitritos----- Antihistamínicos-----

Analgésicos----- Laxantes-----

Hipoglucemiantes----- Broncodilatadores-----

Otros-----

7) Toma algún medicamento por su cuenta?

Si-----

No-----

¿Cuáles?

Hipotensores-----

AINES-----

Diuréticos-----

Psicofármacos-----

Digitálicos-----

Anticolinérgicos-----

Nitritos-----

Anti-histamínicos-----

Analgésicos-----

Laxantes-----

Hipoglucemiantes-----

Broncodilatadores-----

Otros-----

8) Considera la ingestión de muchos medicamentos un problema para su salud?

Si-----

No-----

¿Por qué?

9) Capacidad funcional de medicarse

1 - Conoce y es capaz de utilizarlos-----

2 - Capaz si se le recuerda-----

3 - Ayuda en una parte del acto de tomarlos-----

4 - Necesita ayuda total-----