

La Polifarmacia como un problema de salud en el Adulto mayor.

Sonia Caridad Mendoza Acosta

RESUMEN

En el contexto cubano actual, los estudios demográficos revelan que la esperanza de vida está casi en los niveles de las naciones del llamado Primer Mundo, lo cual se traduce en una expectativa para todos los sectores en los que repercute el incremento de la población del adulto mayor, entre ellos el sector de la salud. De ahí que se haya decidido realizar un estudio transversal y descriptivo acerca de la polifarmacia en los ancianos ingresados en el servicio de Gerontología y Geriatria, del Hospital Docente Clínico Quirúrgico de 10 de Octubre; con el propósito de corroborar que la polifarmacia constituye un problema que afecta la salud del anciano y que está vinculada con el grado de funcionabilidad del **geronte**.

Fueron tomados como muestra 154 pacientes, de un universo de 600 ingresados, en un semestre. Para obtener la información necesaria se aplicó una encuesta 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 61,90 %); los grupos de medicamentos más consumidos fueron analgésicos, hipotensores, AINES, y psicofármacos.

Palabras clave: gerontes, polifarmacia, automedicación.

INTRODUCCIÓN

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 ello 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

En los últimos años se ha hecho más activa la investigación sobre los problemas que afectan a los ancianos, con la especialidad de Gerontogeriatría cuyo punto de partida en Cuba se inicia en 1985, tomando especial importancia el estudio fármaco-terapéutico del anciano, influido a su vez por las pluripatologías que muchas veces los acompañan en este camino a la madurez tardía. El envejecimiento es un fenómeno contemporáneo, eminentemente urbano con despliegue alarmante hacia la década del 80, en Europa y América del Norte la quinta parte de la población tiene 60 años y más, resultando un campo interesante para la **investigación**.

América Latina es una de las áreas en vías de desarrollo más envejecidas, en el 2025 será 14,6 % inferior a otras como Europa (26,4 %), América del Norte (24,1 %), y Oceanía (18,9 %) y se estima que Cuba llegará a un 26 % en esta fecha,^{1,2,3} hoy aparece como el tercer país más envejecido de América Latina, pero con un ritmo acelerado pudiendo alcanzar el primer lugar en el 2015 con un 22 %, es decir que una de cada cuatro personas será un adulto mayor con una expectativa de vida de 78 a 80 años^{2,4,5} y para sobrepasar la centuria con óptima calidad de vida se necesita en primer lugar de motivación, pero también de una alimentación rica en frutas y vegetales, actividad física, cultura y medio ambiente adecuado.⁶

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 ⁷ 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.

Los estudios de utilización de medicamentos constituyen un instrumento imprescindible para la **evaluación** del impacto

y de las consecuencias beneficiosas o perjudiciales del **consumo** de los mismos por la **comunidad**, ello posibilitará a las autoridades sanitarias una correcta **toma de decisiones** en el área del manejo de los **recursos** terapéuticos farmacológicos disponibles, así como también el **análisis** de los beneficios, los efectos adversos y el **costo** económico.⁸

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 automedican, 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 y de manera práctica mediante la Ecuación de COCKROFT (aclaramiento de creatinina), la más utilizada actualmente.^{9,10}

$$FGE = \frac{(140 - \text{Edad del paciente}) \times (\text{peso en kg})}{0,82 \times (\text{creatinina plasmática del paciente en mmol / l}) \text{ ó } 72 \times (\text{creatinina plasmática del paciente en ml / dl})}$$

A 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, la 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.

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} y mantienen la autonomía del adulto mayor, éstos comités constituyen un foro de discusión actual en muchos países desarrollados, como Gran Bretaña, Estados Unidos e Italia.

Conscientes de que los ancianos del 2025 ya forman parte de la población cubana, 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 autora del presente trabajo se motivó para realizar un estudio dirigido a identificar la presencia de **Polifarmacia** en un grupo de ancianos en el servicio de geriatría y gerontología donde desarrolla su actividad, y 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, color de la piel, escolaridad y enfermedades más frecuentes, Identificar los grupos de fármacos frecuentemente utilizados y los gerontes con polifarmacia por prescripción facultativa y/o automedicación y finalmente con una opinión subjetiva referente a polifarmacia como problema de salud y la capacidad funcional de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño Metodológico:

Se realizó un estudio descriptivo y transversal a un grupo de ancianos ingresados en el servicio de Gerontología y Geriatría del Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre", en el primer semestre del año 2007 (1ro. de enero-30 de junio).

El universo estuvo constituido por 600 paciente excluyendo del estudio aquellos pacientes que no tuvieran capacidad para responder a las entrevistas como demenciados, trastornos psiquiátricos, ó que no dieran su consentimiento informado para la investigación.

La muestra fue seleccionada aleatoriamente para obtener un tamaño adecuado se utilizaron las fórmulas del muestreo aleatorio simple para proporciones:

$$n_0 = \frac{Z^2 PQ}{d^2} \quad n = \frac{n_0}{1 + n_0/N}$$

donde:

$Z = 1,96$ es el valor crítico de la distribución normal para un nivel de significación $\alpha = 0,05$

P representa la proporción esperada. Se partió del supuesto de un 60% - 90% de polifarmacia en concordancia con las bibliografías revisadas.

$$Q = 100 - P$$

y d representa la precisión utilizada, en este caso: $\pm 10\%$

El tamaño de muestra resultó igual a 154 adultos mayores.

Descripción operativa de las variables

Para la recolección de la información se aplicó una entrevista a la muestra seleccionada conformada y supervisada por un grupo de expertos del hospital (anexo 1)

Procesamiento y presentación de la información

Para toda la información se prefijó un nivel de significación del 5 % y se procesó la información mediante el paquete profesional estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences); presentando los resultados en tablas y gráficos para facilitar su interpretación y comparándolos con los de las bibliografías revisadas. Ello permitió arribar a conclusiones y recomendaciones útiles para futuras investigaciones relacionadas con el tema de la polifarmacia en el adulto mayor.

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 2) y la investigación fue aprobada por el comité de ética del Hospital Docente Clínico y Quirúrgico de 10 de Octubre.

RESULTADOS

Del estudio realizado en 154 ancianos según grupos etareos y sexo, el 55,84 % lo constituye el sexo femenino es decir (86 en total) y el 44,15 % el masculino (68 en total), en concordancia con otras investigaciones referidas en las bibliografías consultadas, los grupos etareos predominantes fueron de 60 a 64 años, el 33,43 % y 65 a 69 años el 24,02 % para ambos sexos, con un notable incremento en el grupo de 75 a 79 años, 15,58 % en correspondencia con el aumento de la esperanza de vida en la actualidad cubana, por la mejora en la atención integral al adulto mayor, viviendo más años y postergando la discapacidad (ESPERANZA DE VIDA ACTIVA) para el anciano 13,14,15 (tabla 1) .

Tabla 1: Distribución de ancianos según grupo etáreo y sexo.

Grupo etáreo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
60 - 64	20	12,98	30	19,08	50	32.46
65 - 69	18	11,68	19	12,33	37	24.02
70 - 74	6	3,89	12	7,79	18	11.68
75 - 79	10	6,49	14	9,09	24	

						15.58
80 - 84	6	3,89	5	3,24	11	7.14
85 - 89	6	3,89	3	1,94	9	5,84
90 y más	2	1,29	3	1,94	5	3.24
Total	68	44,15	86	55,84	154	100

Fuente: Anexo 1

En general el nivel primario y medio ocupan un 35,06 % con 54 ancianos y el nivel medio superior 40,25 % con 62 ancianos, hemos de recordar que la Secundaria Básica terminada con 38 ancianos ocupa el 24,67 % y fue tomada como línea intermedia entre ambos niveles, en comparación con otros estudios realizados al respecto, 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} (tabla2) lo cual reafirma nuestro planteamiento a cerca de que después del triunfo revolucionario, hubo emancipación de la educación y en todos los sentidos con igualdad de derecho sin distinción de raza ni sexo, existe un ligero predominio en la raza blanca para ambos sexos, femeninas 31 pacientes igual a 20,12 % y masculino 25 igual a 16,23 %, conformando un total de 56 ancianos para el 36,36 %, los mestizo ocupan el 33,76 % y la raza negra el 29,87 %, en proporción con otros estudios realizados^{15,18} (tabla3).

Tabla 2: Distribución escolaridad según grupo etareos.

Grupo Etareos	Escolaridad														Total	
	Pst		Pt		SBst		SBt		PUst		PUt		UNIV			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
60-64	0	0	2	1,29	6	3,89	11	7,14	6	3,89	15	9,74	10	6,49	50	32.4
65-69	0	0	5	3,24	6	3,89	8	5,19	10	6,49	4	2,59	4	2,59	37	24.02
70-74	0	0	5	3,24	2	1,29	8	5,19	2	1,29	0	0	1	0,64	18	11.68
75-79	0	0	5	3,24	7	4,54	4	2,59	1	0,64	3	1,94	4	2,59	24	15.58
80-84	1	0,64	4	2,59	1	0,64	4	2,59	0	0	0	0	1	0,64	11	7.14
85-89	1	0,64	2	1,29	2	1,29	3	1,94	0	0	0	0	1	0,64	9	5,84
90 y más	2	1,29	3	1,94	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3.24
Total	4	2,59	26	16.8	24	15.58	38	24.67	19	12.3	22	14.3	21	13.6	154	100

Fuente: Encuestas

- Pst (primaria sin terminar)
- Pt (primaria terminada)
- SBst (Secundaria Básica sin terminar)
- SBt (Secundaria Básica terminada)
- PUst (Pre Universitario sin terminar)
- PUT (Pre Universitario terminado)
- UNIV (Universitario)

Tabla 3: Distribución de ancianos según color de la piel y sexo.

Color de la piel	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
Blanco	25	16,23	31	20,12	56	36,36
Mestizo	23	14,93	29	18,33	52	33,76
Negro	20	12,98	26	16,88	46	29,87
Total	68	44,15	86	55,84	154	100

Fuente: Encuestas

Como patología predominante se encuentra la Hipertensión Arterial en 105 paciente para un 68,18 %, de ellas mujeres son 60 para un 38,96 %. Las enfermedades del SOMA 54,34 % tales como: Osteoartritis y Osteoporosis se reportan en segundo lugar con predominio en el sexo femenino de 52 ancianas para un 33,76% y 20,77 % del sexo masculino 32 gerontes, un total de 84 pacientes, cifras similares fueron reportadas por Guillén Llera F. planteando que esta afección la padecen una de cada dos mujeres y uno de cada cuatro hombres (relación de 2:4) y en ocasiones progresan sin que hallan síntomas cardinales, sobre todo la Osteoporosis y son detectadas tardíamente por sus complicaciones como las fracturas, que conllevan a discapacidades, en tercer lugar de este análisis se encuentran las enfermedades Cardiovasculares 49,35 %, es decir 76 ancianos de los cuales 46 son mujeres 29,87 % y 30 hombres 19,48 %, en correspondencia con los estudios de Fernández Guerra que encontró un 40 % en relación con las afecciones cardiacas, las cuales ocupan en Ciudad de la Habana el 24,1 % con prevalencia en mujeres^{5,18-21,22} (tabla4) y que son importante factor de riesgo en la morbimortalidad del adulto mayor .

Tabla 4: Distribución de los gerontes según enfermedades y sexo.

ECNT	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
HTA	45	29,29	60	38,96	105	68,18
BNF. del SOMA	32	20,77	52	33,76	84	54,34
Cardiopatías	30	19,48	46	29,87	76	49,35
Diabetes Mellitus	21	13,63	42	27,27	63	40,90
EPOC	36	23,37	24	15,58	60	38,96
Depresión	16	10,38	31	20,12	47	30,59
IAP	14	9,09	23	14,93	42	27,27
ECV	21	13,63	19	12,33	40	25,97
BNF. Digestivas.	20	12,98	13	8,44	33	21,42
Hepatopatías	5	3,24	2	1,29	7	4,54
Otras	13	8,44	22	14,24	35	22,72
Ninguna	3	1,94	2	1,29	5	3,24

Fuente: Cuestionario

Nota: Un mismo paciente puede padecer más de una enfermedad.

ECNT (enfermedades crónicas no transmisibles)

La distribución de medicamentos utilizados por grupos etareos es más elevado en los grupos de 60 a 64 y de 65 a 69 años con 32,46 % y 24,02 % respectivamente, de ellos el mayor consumo está en los grupos de 3 a 5 y de 6 a 8 medicamentos, tanto así, que estos dos grupos son los más altos consumidores de medicamentos en total. En el grupo etareos de 70 a 74 años existe predominio de consumo para 9 gerontes en el grupo de 3 a 5 fármacos para un 5,84 % de los 18 que pertenecen a este grupo, representando el 11,68 %. En estudios realizados por Hernández Martínez P. y Castillo Polo se refleja en sentido general, consumo de más de 5 medicamentos en todos los grupos.^{5,15,23} (tabla5)

Tabla 5: Distribución del número de medicamentos ingeridos grupos etáreos.

	Número de medicamentos
--	------------------------

Grupo Etéreo	Ninguno		1-2		3-5		6-8		9 o más		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
60-64	1	0,64	7	4,54	24	15,58	15	9,74	3	1,94	50	32.46
65-69	1	0,64	3	1,94	17	11,02	10	6,40	6	3,89	37	24.02
70-74	1	0,64	4	2,59	9	5,84	3	1,94	1	0,64	18	11.68
75-79	0	0	4	2,59	11	7,14	7	4,54	2	1,29	24	15.58
80-84	0	0	3	1,94	5	3,24	3	1,94	0	0	11	7.14
85-89	1	0,64	2	1,29	5	3,24	1	0,64	0	0	9	5.84
90 y más	1	0,64	0	0	4	2,59	0	0	0	0	5	3.24
Total	5	3,24	23	14,94	75	48,70	39	25,32	12	7,79	154	100

Fuente: Encuesta

Los medicamentos utilizados por prescripción facultativa aparecen los hipotensores con un 61,68 %, en 2do lugar tenemos los analgésicos que al unirlos con los AINES conforman un % mayor, los analgésicos ocupan el 51,95 % para 80 pacientes, en 3er lugar encontramos nitritos y diuréticos prescritos en 70 pacientes en ambos casos, con un 45,45 % y los diuréticos por automedicación en diez pacientes 6,49 % para un 51,94 % en 80 pacientes, los nitritos no los encontramos en automedicación, prosiguen los psicofármacos con el 38,92 % para 60 pacientes, los Hipoglicemiantes con 56 pacientes para un 36,36 %, los AINES ocupan la 6ta posición con 46 pacientes para un 29,8 % y finalmente en orden decreciente Digitálicos 18,88 %, Broncodilatadores 17,53 %, el resto en menor cuantía. Es decir que por prescripción facultativa están en primeros lugares: hipotensores, analgésicos y diuréticos con cardiotónicos, al igual que lo encontrado en algunos textos revisados como los de Martínez Águila y Martínez Querol.^{24,25} (tabla6)

Tabla 6: Medicamentos más utilizados (por prescripción facultativa y automedicación)

MEDICAMENTOS	Por prescripción facultativa		Por automedicación		TOTAL	%
	Cant.	%	Cant.	%		

Analgésicos	80	51,95	48	44,10	128	83,12
Hipotensores	95	61,60	10	6,49	105	68,19
AINES	46	29,87	50	32,51	96	62,34
Psicofármacos	60	38,96	22	14,22	82	53,24
Nitritos	70	45,45	0	0	70	45,45
Diuréticos	70	45,45	10	6,49	80	51,94
Hipoglicemiantes	56	36,36	0	0	56	36,36
Laxantes	6	3,80	24	15,53	30	19,48
Broncodilatadores	27	17,53	10	6,49	37	24,02
Digitálicos	29	18,88	0	0	29	18,88
Anticolinérgicos	4	2,59	10	6,49	14	9,09
Antihistamínicos	13	8,44	8	5,19	21	13,63
Otros	8	5,19	12	7,79	20	12,98

Fuente:

Encuesta

En la automedicación el primer lugar lo alcanzan los AINES con un 32,51 % para 50 pacientes, seguidos de analgésicos (44,10 %), laxantes (15,53 %), psicofármacos (14,22 %) y en distribución equitativa de 10, hipotensores, diuréticos, Broncodilatadores, y Anticolinérgicos para un 6,49 %. Resultados similares fueron encontrados por García Mesa y otros autores.^{24,26,27} (tabla 7)

Tabla 7: Polifarmacia por Automedicación y Prescripción Facultativa según grupo etéreo.

Grupo etéreo	Polifarmacia				Total	
	Prescripción Facultativa		Automedicación			
	No	%	No	%	No	%
60 - 64	23	18,25	19	15,07	42	33,33
65 - 69	20	15,87	13	10,31	33	26,49
70 - 74	9	7,14	4	3,17	13	10,31
75 - 79	13	10,31	7	5,55	20	15,87
80 - 84	5	3,96	3	2,38	8	6,34
85 - 89	5	3,96	1	0,79	6	4,76
90 y más	4	3,17	0	0	4	3,57

Total	79	62,69	47	37,30	126	100
--------------	-----------	--------------	-----------	--------------	------------	------------

Fuente:

Encuesta

Nota: Los porcentos fueron calculados por el total de polifarmacia

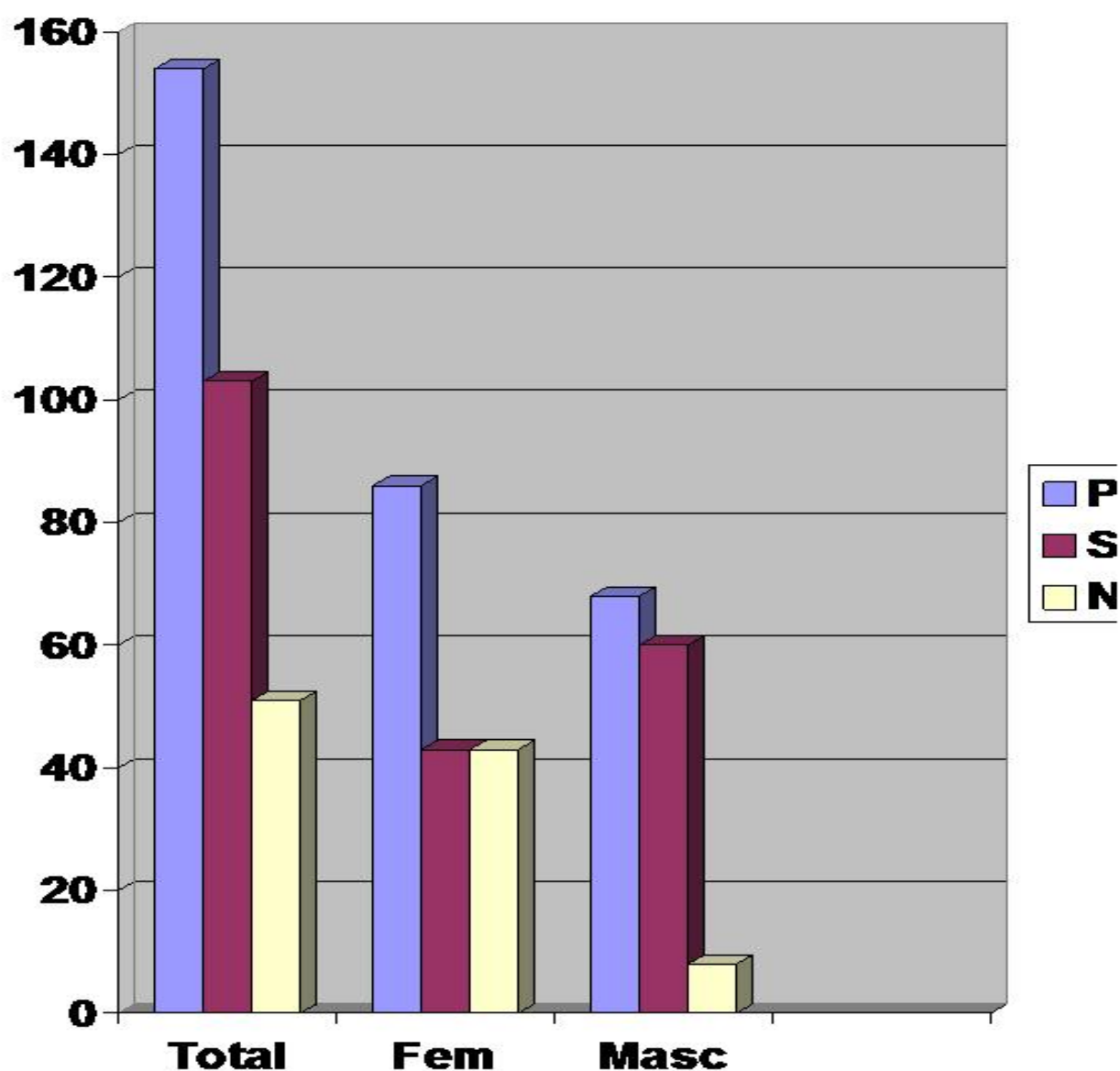
La capacidad funcional muestra que 131 de los gerontes encuestados, es decir el 85,06 % tienen una buena capacidad funcional; de ellos son 72 féminas representando el 46,75 %.^{11, 13,28} (tabla8)

Tabla 8: Capacidad Funcional según sexo.

Sexo	Capacidad Funcional según Sexo									
	Es capaz		Recordatorio		Ayuda Parcial		Ayuda Total		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
M	59	38,31	7	4,54	2	1,29	0	0	68	44,15
F	72	46,75	12	7,79	2	1,29	0	0	86	55,84
Total	131	85,06	19	12,33	4	2,59	0	0	154	100

Fuente: Encuesta

De la muestra seleccionada 103 pacientes de los encuestados, para el 66,88 %, reconocen la polifarmacia como un problema que afecta su salud (grafico1).

Gráfico #1: Polifarmacia como problema de salud subjetivo.

Fuente: Encuesta

DISCUSIÓN

Tal como plantea el Doctor Juan C. Alfonso en su conferencia del IV Congreso de Gerontología y Geriátrica en Mayo del 2006, 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, máxime 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}

La comorbilidad y pluripatología constituyen factores de riesgo para la polifarmacia y estas a su vez incrementan los riesgos de las anteriores, pues como dijera Granado Ponce existe confluencia entre Depresión y polifarmacia como enfermedad en ciclos cerrados que lleva implícitos desajustes metabólicos que las complican y exacerban,^{21,27} entonces utilicemos métodos no farmacológico como la musicoterapia en la Depresión de los ancianos, y evitemos los efectos desagradables de los medicamentos valorando riesgos-beneficios siempre”.

La 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:

1. En el grupo de senescentes estudiados, la polifarmacia estaba presente en la mayoría de los pacientes, con predominio de la automedicación en las femeninas.
2. Predominaban los ancianos del sexo femenino en los grupos etáreos de 60 a 64 años y 65 a 69 años, con un nivel de escolaridad de Secundaria Básica terminada y de la raza blanca.
3. Las afecciones más frecuentes encontradas fueron: la Hipertensión Arterial, Osteoartritis, Cardiopatías y Diabetes Mellitus.
4. Los hipotensores, analgésicos, diuréticos, nitritos y psicofármacos resultaron ser los medicamentos más utilizados por prescripción facultativa.
5. Los AINES, analgésicos, laxantes y psicofármacos constituyeron los grupos predominantes en la automedicación.
6. Un alto porcentaje de los encuestados consideró la Polifarmacia como un problema que afecta su salud.
7. El grado de funcionabilidad en los gerontes que componían la muestra se valoró como elevado.

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.

Anexo 1: Encuesta

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

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

2) Color de la piel Blanca----- Mestiza ----- Negra -----

3) Escolaridad

- Primaria terminada (PT) -----
- Primaria sin terminar (Pst) -----
- Secundaria Básica Terminada (SBT) -----
- Secundaria Básica sin terminar (SBst) -----
- Preuniversitario Terminado o Técnico Medio (PU/TM) -----
- Preuniversitario sin Terminar o Técnico Medio (PU/TMst) -----
- Universitario (U) -----

4) Edad

- 60-64 años-----
- 65-69 años-----
- 70-74 años-----
- 75-79 años-----
- 80-84 años-----
- 85-89 años-----
- 90 y más años-----

5) ¿Cuántas enfermedades usted padece?

- Ninguna----- Dos o Tres-----
- Una----- Cuatro o más----

6) Enfermedades más frecuentes

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

7) Usa usted medicamentos. Si----- No-----

¿Cuántos?

1----- 1 a 2----- 3 a 5----- 6 a 8----- 9 o más____

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

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| Hipotensores ----- | AINES----- |
| Diuréticos ----- | Psicofármacos ----- |
| Digitálicos----- | Anticolinérgicos----- |
| Nitritos----- | Antihistamínicos----- |
| Analgésicos----- | Laxantes----- |
| Hipoglicemiantes----- | Broncodilatadores----- |
| Otros----- | |

9) Toma algún medicamento por su cuenta?

Si----- No-----

¿Cuáles?

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| Hipotensores ----- | AINES----- |
| Diuréticos ----- | Psicofármacos ----- |
| Digitálicos----- | Anticolinérgicos----- |
| Nitritos----- | Anti-histamínicos----- |
| Analgésicos----- | Laxantes----- |
| Hipoglicemiantes----- | Broncodilatadores----- |
| Otros----- | |

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

Si-----

No-----

¿Por que?

11) 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-----

Para dar salida a los objetivos se describen las variables siguientes.

-Edad: Según la referida en el momento de la encuesta.

- * De 60 a 64 Años
- * De 65 a 69 Años
- * De 70 a 74 Años
- * De 75 a 79 Años
- * De 80 a 84 Años
- * De 85 a 89 Años
- * De 90 o más Año

-Sexos: Según sexo biológico.

- * Femenino
- * Masculino

- Color de la piel: Según declaración del carné de identidad.

- * Blanca
- * Mestiza
- * Negra

- Escolaridad: Según último nivel escolar vencido por el anciano.

- * Primaria sin terminar (Pst)
- * Primaria terminada (Pt)
- * Secundaria Básica sin terminar (SBst)
- * Secundaria Básica terminada (SBt)
- * Pre - Universitario sin terminar (PUst)
- * Pre- Universitario terminado (PUT)
- * Universitario (U)

- Enfermedades: Las padecidas hasta el momento del Ingreso.

- * HTA (Hipertensión Arterial)
- * Enfermedades del SOMA (Sistema Osteomioarticular.
- * Cardiopatía isquémica
- * Diabetes Mellitus (DM)
- * EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
- * Depresiones
- * Insuficiencia Arterial Periférica (IAP)
- * ECV (Enfermedad Cerebrovascular)
- * Enfermedades digestivas
- * Enfermedades hepáticas
- * Otras

Grupo Farmacológicos de medicamentos empleados

- * Analgésicos
- * Hipotensores
- * AINES
- * Psicofármacos
- * Nitritos
- * Diuréticos
- * Hipoglucemiantes
- * Laxantes
- * Broncodilatadores
- * Digitálicos
- * Anticolinérgicos

- * Antihistamínico
- *Otros
- Modo de prescripción
 - * Prescripción facultativa
 - * Automedicación
- Opinión a cerca del consumo de medicamentos como problemas de salud:
 - * Sí
 - * No
 - *¿Por qué?
- Capacidad de medicarse
 - * Conoce y es capaz
 - * Conoce con recordatorio
 - * Conoce con ayuda parcial
 - * Necesita ayuda total

Anexo 2.

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

Polypharmacy: A Health Problem in the Elder?

SUMMARY

Nowadays, the Cuban reality shows that the demographic studies evidence that the life expectant it is almost equal to the ones of the developing countries, resulting in an expectative for all the sectors in which have repercussion the elder's population increase and among them the health sector. Due to in the this, a descriptive and transversal study has been done about the polypharmacy in the admitted elders in the service of Gerontology and Geriatrics of "10 de Octubre Teaching and Surgical- Clinical Hospital" with the aim to verify that polypharmacy constitutes a problem that affects the elder's health and that it is closely related with functionality degree of the gerontist.

During a semester, from a universe of 600 admitted elders a sample of 154 was taken. In order to obtained the needed information, an inquire was applied and other methods of theoretical, empirical and statistical character were used taking into consideration general information such as age, sex, school level acquired, suffering diseases, use or not use of medicines, way of prescription and functional capacity of the patients.

Polypharmacy and self medication relation outstand among the main results, as well as its prevalence in the Non Transmittable Chronic Diseases (NTCD) and its high level in the feminine sex (61, 90%). The most consumed group of medicine was psychopharmacs, analgesics and hypotensors.

Key words: gerontist, polypharmacy, self medication.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario Estadístico de Salud 2010 Oficina Nacional de Estadística (ONE).Envejecimiento Poblacional.
2. Biotecnología y Adulto mayor. Suplemento especial. Parte 1 (Biotecnología y longevidad) Parte 2 Como somos por dentro y por fuera. Editorial academia 2008.
3. Carrasco M, Hernández G, Espinosa A, Situación del envejecimiento social actual. Tema de Maestría de longevidad satisfactoria 2004.

4. González M, Carrasco M. Envejecimiento poblacional. Alarmas retos y reflexiones. Tema de Maestría de longevidad satisfactoria. 2004
5. Estudios sobre salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) .Ciudad de La Habana. 2000.
6. Seilman – Housein Eugenio. Cuba y reporte de los centenarios en el mundo.Cibercuba.com 2008.
7. Pamela Chávez “Adulto Mayor. Ojo con los Medicamentos Clínica Alemana de Santiago de Chile. S.A. 2008
8. Fernández Alonso María C. Maltrato a los Ancianos Grupo de Salud Mental del PAPPS: 2010
9. Manual Merk, Vol. 6 “Farmacología Clínica y Farmacoterapia en el adulto mayor. Pág. 1255-1290. 2006
10. Rodríguez Rodríguez, J.R. Curso del diplomado de Geriatria 2003, conferencias y seminarios acerca de las teorías del envejecimiento y polifarmacia en el adulto mayor. 2006
11. Propuesta de estrategia para Derecho de las personas de la tercera edad en América Latina y el Caribe 10 -5. 2010. CEPAL.
12. Hernanz G. Polifarmacia en Geriatria. Implicaciones Éticas. Universidad de Navarra. .2010.
13. Alfonso Fraga, JC. Envejecimiento Poblacional en Cuba. Conferencia del IV Congreso Iberoamericano de Geriatria y Gerontología. V Congreso Centro Americano y del Caribe. XIII Seminario Internacional de Atención al Adulto Mayor. Palacio de las Convenciones, Mayo 2-5 del 2006.
14. Prieto Ramos O. Longevidad saludable del adulto mayor .Temas de Maestría de Longevidad Satisfactoria 2004 atención integral al adulto mayor.
15. Hernández Martínez, P. y Castillo Polo A. Estudio del consumo de fármacos en la residencia del Incerso de Melilla. Revista Española de Gerontogeriatría. Vol. 37 #3. Pág.134 - 140. Mayo – Junio. 2002.
16. Zarzona López, VC; Castro Carratalá “¿Sabemos qué significa envejecer? Revista Geriátrica “: Editorial Gericuba. Pág. 23-27, año 2006.
17. Martínez C y Pérez V “Polifarmacia en el Adulto Mayor” Revista Cubana de Medicina General Integral. Pág. 21 (1-2). 2005.
18. Estudio sobre adherencia al tratamiento (ENSAT). Revista Federativa. Argentina Cardiología. 34 Pág. 104 -111 .2008.
19. Enfermedades crónicas y consumo de fármacos en mayores de 65 años. Rev. MGI. Pág. 684 -695 2002.
20. Guillen Llera, F. y Ruy Pérez, I. Manual de Geriatria. Tercera edición Pág. 301-316. 2007.
21. Granado Ponce, J.A, Peralta Pedrero y otros. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia, en pacientes mayores de sesenta años. Gaceta médica de México, Vol. 143 # 4, 2007.
22. Tabares Neyra, H. Nuevos enfoques sobre La Osteoporosis y Artrosis. Gerontoger. La Habana. Cuba. 2008.
23. La obesidad: Una epidemia mundial. Suplemento Editora Abril. 2008.
24. Martínez Águila, Lilian. La polifarmacia, sus consecuencias en el adulto mayor hipertenso, del policlínico Martha Abreu. Simposio de Hipertensión Arterial 2008.
25. Martínez Querol, Cesar, Pérez Martínez, Víctor T y otros. Polifarmacia en el adulto mayor. Revista cubana MGI. 2005.
26. García Mesa, J.C, Núñez de la Fuente, I. “Problemas con el Uso y Abuso de Medicamentos en la Población Anciana”. Monografía CITED. 2000”.

27. Maimonides J.C. "Psicofarmacología y Polifarmacia en la Tercera Edad, Usos y Exigencias", Gerontología, Madrid, España. 2006.
28. García Orihuela, M. Polifarmacia y dependencia funcional en adultos mayores. Cuba. 2006.
29. Training of Pharmacotherapy. Vol.30 pág.286-293 Cardiology. 2004.
30. GEROINFO .RNPS, Uso de medicamentos en ancianos. pag.2110 vol.2 2007.

Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral. Master en Longevidad satisfactoria. Diplomada en Medicina Natural y Tradicional. Especialista de 1er Grado en Geriatria y Gerontología Hospital Psiquiátrico de La Habana.

[Sumario, Siguiente](#)