

POLICLÍNICO DOCENTE ERNESTO GUEVARA DE LA SERNA

Intervención educativa para modificar la polifarmacia en el adulto mayor. Niquero

Autores:

Ismenia Fonseca Reyes¹, Daysis Licea González²,
Ana Cristina Ortega Barbán³, Lisbeth del Pilar Sánchez Árias⁴,
Jerjes Iván Gutiérrez López⁵

1 Instructor. Titular. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria.

2 Instructor. Titular. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria.

3 Instructor. Titular. Licenciada en Enfermería. Máster en Longevidad Satisfactoria.

4 Instructor. Titular. Licenciada en Enfermería.

5 Asistente. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Enfermedades Infecciosas.

RESUMEN

Se realizó un estudio de intervención educativa con el objetivo fundamental de modificar el comportamiento de la polifarmacia en los adultos mayores en el municipio Niquero, durante los meses de enero a octubre del 2010. El universo estuvo conformado por 123 pacientes de ambos sexos. De ellos, se tomó una muestra de 89 adultos mayores a través de un muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado, aplicando los criterios de inclusión. Se aplicó una encuesta diseñada por los autores para determinar la frecuencia de la polifarmacia y las necesidades de aprendizaje en el adulto mayor. Como medida estadística se utilizó el porcentaje y la prueba de los signos. Se determinó que existen altos niveles de polifarmacia, fundamentalmente en el sexo femenino y en las primeras edades del adulto mayor. Los grupos

medicamentosos más utilizados fueron las vitaminas y minerales, las enfermedades que predominaron fueron las cardiovasculares y osteomioarticulares.

Al inicio del estudio los abuelos tuvieron un conocimiento inadecuado sobre la polifarmacia, que se modificó adecuadamente después de la intervención, lográndose una disminución considerable del consumo de medicamentos. Se recomendó mantener el trabajo con estos ancianos y hacer extensivo el programa educativo en todas las áreas de salud del municipio

PALABRAS CLAVE: Polifarmacia, adulto mayor, modificar

INTRODUCCIÓN

La población mundial se encuentra en un proceso de envejecimiento que resulta preocupante a la comunidad científica. Entre las particularidades más notables de esta etapa se encuentran: el deterioro intelectual, las alteraciones del sueño, las depresiones, la susceptibilidad a las enfermedades y el debilitamiento del sistema inmune.^{1,2}

Una de las problemáticas que afecta al adulto mayor hoy día es la polifarmacia, definida como el consumo simultáneo de más de tres medicamentos, lo que constituye un importante problema médico-social que concierne a la práctica médica-geriátrica.^{3,4}

No obstante, la polifarmacia en la población envejecida es de difícil abordaje. Con frecuencia, su solución escapa de la intervención del sector salud y precisa la participación de otros actores sociales y de la intersectorialidad.^{5,6}

Las prescripciones farmacológicas del anciano deben siempre ajustarse a las condiciones individuales específicas y de acuerdo con las leyes generales que rigen la farmacología geriátrica, y nunca asumirse rutinariamente.^{7,8}

Teniendo en cuenta que en Cuba se propician condiciones que favorecen la polifarmacia, debido a la facilidad para adquirir medicamentos no prescritos por

facultativos y crear esta situación un consumo indiscriminado de los mismos, se determinó como problema científico: ¿Cómo contribuir a disminuir la polifarmacia en los adultos mayores de los Consejos Populares No 7 y 8, del municipio de Niquero?

El objetivo general de la investigación consistió en: modificar la polifarmacia en los adultos mayores de los Consejos Populares No 7 y 8 del municipio de Niquero a través de una intervención educativa.

De esta forma, se reducirá la aparición de eventos adversos que repercuten en la calidad de vida de ese período de la ontogenia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio intervención educativa con el objetivo fundamental de modificar la polifarmacia en los adultos mayores de los Consejos Populares No 7 y 8 del municipio de Niquero a través de una intervención educativa, durante los meses de enero a octubre del 2010. El universo estuvo conformado por 123 adultos mayores, a los cuales se les aplicó un muestreo no probabilístico de tipo intencional o deliberado, y se seleccionó una muestra de 89 gerontes, siempre y cuando cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y las consideraciones éticas de las investigaciones.

Criterios de inclusión:

1. Aquellos adultos mayores que aunque tengan la condición de polifarmacia justificada, porque padezcan varias enfermedades, también consuman medicamentos no prescritos por el médico y que estuvieran de acuerdo a participar en el estudio.

La información para ejecutar esta investigación se obtuvo de la aplicación de una encuesta confeccionada por los autores, previamente validada por el concejo científico. Para el análisis estadístico se empleó la prueba de los signos, de gran sencillez y confiabilidad, útil para determinar las modificaciones en la distribución de las variables en los individuos en los dos momentos del estudio

RESULTADOS

Al analizar los 123 pacientes estudiados, se determina que el 72,3 % tenía la condición de polifarmacia (Tabla I).

Tabla I: Frecuencia de polifarmacia en adultos mayores. Consejos Populares 7 y 8. Niquero.

Condición de polifarmacia	No	%
Si	89	72,3
No	34	27,6
Total	123	100

Fuente: Encuesta.

En relación a la edad y sexo se identifica al grupo de 60–64 años y al sexo femenino como los de más predominio, para un 32,5% y 68,8%, respectivamente (Tabla II).

Tabla II: Distribución de adultos mayores polimedcados según edad y sexo. Consejos Populares 7 y 8. Niquero.

Grupos de edades	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
60-64 años	10	11,2	19	21,3	29	32,5
65-69 años	7	8,0	16	18,0	23	26,0
70-74 años	4	6,0	9	10,1	13	6,1
75-79 años	5	4,0	12	13,4	17	7,4

80 años y más	2	2,0	5	6,0	7	8,0
Total	28	31,2	61	68,8	89	100

Fuente: Encuesta.

Los grupos medicamentosos más utilizados en el estudio fueron las vitaminas y minerales en un 60,6%, seguidos de los psicofármacos y antiinflamatorios no esteroideos con un 56,1%, los hipotensores y digitálicos en un 37,0 y 33,7% respectivamente (Tabla III).

Tabla III: Distribución de los adultos mayores polimedicados según grupos medicamentosos.

Grupo de Medicamentos	No	%
Vitaminas y minerales	54	60,6
Psicofármacos	50	56,1
Antiinflamatorios no esteroideos	50	56,1
Hipotensores	33	37,0
Digitálicos	30	33,7
Diuréticos	25	28,0
Otros	12	13,4

Fuente: Encuesta.

Las enfermedades de mayor predominio fueron las del aparato cardiovascular en un 63,0%, seguidas de las del SOMA y respiratorias con un 56,1% y 18% respectivamente (Tabla IV).

Tabla IV: Enfermedades que afectan a los adultos mayores polimedicados. Consejos Populares 7 y 8. Niquero.

Enfermedades	No	%
Cardiovasculares	56	63,0
SOMA	50	56,1
Respiratorias	16	18,0
Endocrino-metabólicas	14	16,0
Digestivas	9	10,1
Otras	3	3,3

Fuente: Encuesta

Al inicio de la intervención los conocimientos fueron inadecuados en el 100% de los ancianos, después de la intervención se logró elevar los conocimientos en un 87,6% (Tabla V).

Tabla V: Nivel de conocimiento sobre la polifarmacia en los adultos mayores polimedicados. Consejos Populares 7 y 8. Niquero.

Nivel de conocimientos de los adultos mayores polimedicados	Antes		Después	
	No	%	No	%
	89	100%	78	87,6%

Fuente: Encuesta.

$t_{ro} < t_{rt}$ se rechaza H_0 .

Antes de la intervención el 100% de los adultos mayores estaban polimedicados, disminuyendo el consumo de medicamentos en un 89,8% después de la misma (tabla VI).

Tabla VI: Modificación del consumo de medicamentos en los adultos mayores polimedicados. Consejos Populares 7 y 8. Niquero.

Adultos mayores polimedicados	Antes		Después	
	No	%	No	%
	89	100%	9	10,1%

Fuente: Encuesta.

ro < rt se rechaza Ho

DISCUSIÓN

Los ancianos tienen de 2 a 3 más probabilidades de tener una reacción adversa a los fármacos, explicable por la disminución marcada de la aclaración renal y hepática, por la afectación de la distribución tisular y la reducción de los niveles séricos de albúmina que provoca más droga libre. Hay una mayor respuesta ante igual nivel sérico que los jóvenes, así como una mayor posibilidad de recibir múltiples medicamentos, la morbilidad múltiple que acompaña al envejecimiento, facilita comprender el aumento del consumo de drogas en este grupo, lo que complica más el tratamiento.^{9,10}

En este estudio se demostró que existe un alto nivel de polimedicación en el anciano pues el 72,3% de los estudiados se encontraban polimedicados.

En el estudio de Fernández G, en Ciudad de La Habana, encontró que un 28.4% de los ancianos estaban polimediados, cifra inferior a la obtenida en esta investigación, nuestros resultados están en correspondencia con los de Gómez J el cuál demostró que de 90 ancianos estudiados el 80 % estaban polimedicados, lo cual nos hace pensar que la población cubana culturalmente está adaptada a la polimedicación, realidad palpable en el quehacer diario, pues muchas personas se automedican ante cualquier dolencia sin antes acudir a una institución de salud, además en esta etapa de la vida aparecen síntomas propios del envejecimiento y enfermedades asociadas para los cuales los pacientes quieren ser medicados, cediendo el facultativo en muchas ocasiones a estas expectativas, sin antes utilizar otras alternativas.^{4,5}

Al distribuir los ancianos según edad y sexo en la tabla II, predominó el grupo de edades entre 60 – 64 años con 25% y el sexo femenino con 68,8%. Estos

resultados concuerdan con los de Jorgensen en Suecia, quién estudió 4 769 casos descubriendo que la polifarmacia fue superior en las mujeres y difieren del estudio cubano de Fernández G donde predominó el grupo de 65 a 74 años de edad.⁴

Los autores opinan que predomina el grupo de edad de 60-64 años, ya que si analizamos la pirámide poblacional niquereña hay un predominio de este grupo de edad sobre el resto de las edades analizadas, el hecho de que la polifarmacia en las mujeres fue superior se debe a la tendencia de sobreprotección familiar hacia ellas, estas acuden con más frecuencia a las instituciones de salud que los hombres pues estos sufren más soledad y aislamiento. Por otra parte, las ancianas son más propensas a padecer algunas de las enfermedades crónicas no transmisibles que requieren medicación y tienen más tendencia a la automedicación.

Al analizar la tabla III se pudo apreciar que los grupos medicamentosos más utilizados fueron las vitaminas y minerales en un 60,6% seguidos de los psicofármacos y antiinflamatorios no esteroideos con un 56,1%, y en tercer lugar se ubicaron los hipotensores y digitálicos para un 37,0 y 33,7% respectivamente, resultados similares se revisan en el estudio cubano de Fernández G donde los fármacos que se indican para las enfermedades cardiovasculares fueron los que se prescribieron con más frecuencia a estos ancianos.⁴

Gómez J obtuvo resultados diferentes detectando que las drogas más utilizadas fueron digitálicos y diuréticos.⁵

Los autores atribuyen tales resultados a la correspondencia de estos grupos medicamentosos con las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes en la tercera edad, a que algunos especialistas indican vitaminas y minerales de manera profiláctica en esta etapa de la vida y a la costumbre que tienen estas personas de consumir medicamentos para dormir, vitaminas y minerales sin prescripción médica.

En cuanto a las enfermedades se muestra en la tabla IV que las más frecuentes fueron las cardiovasculares en un 63.0%, seguidas de las del SOMA en un 56,1% de los pacientes estudiados.

Estos resultados coinciden con la investigación realizada por Gómez J en la ciudad de La Habana donde demostró, que había mayor predominio de las enfermedades cardiovasculares así como de las del sistema nervioso, discrepando esta última con el resultado obtenido en nuestro estudio.⁵

No es de extrañar tales resultados si se tiene en cuenta que algunas enfermedades cardiovasculares como la cardiopatía isquémica, exhiben una alta morbilidad en individuos de la tercera edad, así como las enfermedades del SOMA son muy asociada a esas edades.

El nivel de conocimiento al inicio de la intervención fue inadecuado en el 100% de los ancianos, después de la misma se modificó adecuadamente, pues se logró elevar los mismos en un 87,6%.(Tabla V)

En la investigación realizada por Gómez J logró modificar el conocimiento en 80 abuelos, de los 90 estudiados, cifra similar a la obtenida en este estudio.⁵

La polifarmacia es un problema de salud que afecta a los ancianos lo cual los conlleva a múltiples reacciones adversas, interacciones medicamentosas así como complicaciones que ponen en peligro su vida, por lo que se creó este programa educativo para su prevención y control, lo que constituye una medida para mejorar la calidad de vida de los mismos.

En los resultados obtenidos en la tabla IV se muestra que existía un 100% de adultos mayores polimedicados antes de la intervención, logrando disminuir la condición de polifarmacia en el 89,8% de los mismos. Gómez J considera fundamental que la medicación a personas de tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas, en su estudio de 90 abuelos, logró que el 80% dejaran de practicar la polifarmacia resultados similares a los obtenidos en este trabajo.⁵

Estos resultados son atribuidos a los conocimientos adquiridos por los ancianos, pues antes de la intervención ellos no tenían bien establecidos los riesgos y complicaciones que generaban para su salud el uso indiscriminado de medicamentos, así como por las modificaciones que han acaecido en el estilo de vida de los mismos.

CONCLUSIONES

Se demostró que los niveles de polifarmacia son altos, en el sexo femenino y en las primeras edades del adulto mayor. Los grupos medicamentosos más utilizados fueron las vitaminas y minerales, las enfermedades que predominaron fueron las cardiovasculares, los conocimientos acerca de la polifarmacia antes de la intervención eran inadecuados quedando enriquecidos después de la misma ,disminuyendo así el consumo de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehr Sazone P. et al. A criterion-based review of preventive health care in the elderly. Part Z.A. Geriatric health maintenance program. J
2. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriatría. Ediciones Científico y Técnicas SA; 539-43. 2008.
3. Ireland G. Principles of prescribing medications. Ambulatory geriatric care 2007; 18-26.
4. 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 2006; 10(1-2)
5. Gómez J.F., Curcio C.L., Gómez D. Evaluación de la salud de los ancianos 2005; 77-90.
6. Gómez. M. J.F. et al. Evaluación de la Salud de los ancianos. Manizales. Columbia. 2009
7. Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada Agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX - Red Latinoamericana de Gerontología. Marzo 2005.
8. Who. Health care in the everly.Report of the technical group on use of medicaments by the elderly. Drugs 2005; 22:279-294.
9. Gusney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to Hospital. Lancet 2009; 2:564-7.
10. Mahaluf J, Nader A y Kornfeld M R.: "Reflexiones Psicológicas para el Adulto Mayor". Programa para el Adulto Mayor, colección Adulto Mayor
11. Vicerrectoría Académica. Pontificia Universidad Católica de Chile 2009.
- Ireland G. Principles of prescribing medications. Ambulatory geriatric care 2007; 18-26.
12. Gusney M, Tallis R. Prescription of contraindicated and interacting drugs in elderly patients admitted to Hospital. Lancet 2009; 2:564-7.