



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológica prescripta en los adultos mayores.

Autores:

Br. Alves, Alejandra.
Br. Andreoli, Lorena.
Br. Felitas, Sandra.
Br. Manrique, Luciana.
Br. Pilatti, Romy.

Tutora:

Prof. María Cristina Camejo

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2012

1. ÍNDICE	
1. ÍNDICE.....	Página 2
2. PREFACIO.....	Página 3
3. AGRADECIMIENTOS.....	Página 3
4. RESUMEN.....	Página 4
5. INTRODUCCIÓN.....	Página 6
6. FUNDAMENTO TEÓRICO.....	Página 9
7. OBJETIVOS.....	Página 23
8. METODOLOGÍA.....	Página 24
9. ANALISIS.....	Página 32
10. DISCUSIÓN.....	Página 59
11. CONCLUSIÓN.....	Página 63
12. PROYECCIONES DE ENFERMERÍA.....	Página 65
13. BIBLIOGRAFÍA.....	Página 67
14. ANEXOS.....	Página 71
15. GLOSARIO.....	Página 90

2. PREFACIO

El siguiente trabajo es elaborado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, segundo módulo correspondiente al Trabajo Final de Investigación de la Facultad de Enfermería (UDELAR), a cargo de la docente Tutora de Tesis Profesora Adjunta María Cristina Camejo.

3. AGRADECIMIENTOS

A la Profesora Doctora Carolina Seade, especialista en farmacología y terapéutica, grado 5 de la Facultad de Medicina y Facultad de Enfermería, por colaborar en la realización del presente trabajo de Investigación.

A todos aquellos adultos mayores que accedieron a participar en la investigación, ya que sin ellos nos hubiera sido imposible poder realizar este emprendimiento.

A la tutora, que nos acompañó en este proceso de aprendizaje basado en la investigación científica.

A nuestras familias por acompañarnos y apoyarnos en todos estos años de estudio.

4. RESUMEN

En el marco del envejecimiento demográfico, Uruguay mantiene la población más envejecida de la región, según el censo poblacional de 2004.

Por otra parte, esta suele consumir varios medicamentos, lo que según la OMS se denomina Polifarmacia (uso de 3 o más medicamentos).

La mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento farmacológico que se le ha indicado ya que el 85% de ellos se auto administra la medicación y más del 50% no cumple con el tratamiento, manteniendo un uso incorrecto de la medicación.

Esta situación, nos conduce a la siguiente interrogante: ¿los adultos mayores que presenta polifarmacia, adhieren con el tratamiento farmacológico prescripto?

Como enfermeras insertas en la realidad social de nuestros ancianos, nos planteamos como objetivo de este trabajo, determinar si los adultos mayores de 65 años radicados en 5 complejos de BPS, ubicados en distintas zonas de la zona urbana y que presentan polifarmacia, adhieren con el tratamiento terapéutico farmacológico prescripto en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de julio al 30 de agosto de 2012.

La metodología empleada fue un estudio de tipo descriptivo, corte transversal (con enfoque cuanti y cualitativo), de censo poblacional, mediante la aplicación de la visita domiciliaria y la entrevista a los residentes de dichos complejos.

La muestra analizada fue conformada por todo aquel residente que cumplió con los criterios de inclusión. El total de la muestra corresponde a 94 adultos mayores.

Se aplicó a esta población encuesta en base al Estudio de Investigación Transversal del

Adulto Mayor para la recolección parcial de los datos socio – demográficos que aportan a nuestra investigación, el Test de Pfeiffer, el Test de Lawton y Brody y finalmente se midió la adherencia terapéutica aplicando el cuestionario de Morinsky-Green- Levine. Se realizó una representación gráfica de los datos obtenidos con el fin de comparar dichos resultados con estudios realizados en Latinoamérica y el Caribe donde se aplicaron el test de Morinsky-Green-Levine.

En relación a los resultados obtenidos se observó que el 100% de los residentes presenta diversas patologías prevalentes y polifarmacia con un periodo de consumo prolongado. La adherencia al régimen terapéutico fue de un alto porcentaje (51%), debido a múltiples causas que serán analizadas en dicho trabajo.

Es evidente que la enfermería es un pilar muy importante en la atención a esta población y las actividades de enfermería irán encaminadas al el abordaje de estrategias para lograr aumentar la adherencia al tratamiento farmacológico y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

5. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, entre el 65 y 90% de las personas de la tercera edad consumen alrededor del doble de los medicamentos que consumen los adultos jóvenes, y no es extraordinario que un adulto mayor reciba 5 o 6 prescripciones y en muchos casos de especialistas diferentes.

La polifarmacia, que indica una mayor utilización de medicamentos, puede llevar al incumplimiento terapéutico, (se estima que entre el 30 y el 50% de los pacientes no siguen de forma correcta el tratamiento prescrito). La desmotivación no es la razón principal por la que la población anciana no sigue los tratamientos prescritos, pues su concientización puede ser mayor que en los pacientes más jóvenes, sino que el problema suele radicar en que el anciano tiene más dificultad para entender el tratamiento prescrito¹. Éste fenómeno está favorecido por factores como la pérdida de memoria, la soledad, la disminución de la capacidad intelectual y los déficit sensoriales. Debe tenerse en cuenta que el envejecimiento acarrea la aparición de pequeños déficit que, si bien de manera aislada no afectan a las actividades cotidianas, tienen un efecto sumatorio que interfiere en el entendimiento y la praxis del tratamiento, lo que dificulta el cumplimiento de prescripciones relativamente sencillas².

De acuerdo a lo expuesto, surge la importancia de estudiar el grado de adherencia

¹ Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada, agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX. Red Latinoamericana de Gerontología, Marzo 2005.

² J.M. Baena Dieza, M.A. Martínez Adellb y J. Tomás Pelegrina. Terapéutica en APS. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7):501-7 Disponible en : www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/45/45v10n07a13051139pdf001.pdf

terapéutica en los Adultos mayores que padecen polifarmacia. Esto nos permitirá como enfermeras elaborar sugerencias dirigidas hacia el fomento de la autonomía, la prevención del problema y contribuir a la disminución de la incidencia del mismo. Metodológicamente se aplicó al universo conformado por 230 adultos mayores, un formulario de consentimiento de consentimiento informado, que permitió la aplicación de instrumentos a la muestra que aceptó participar del estudio (N: 94), mediante la técnica de visita domiciliaria.

Se caracterizó a la población, desde el punto de vista socio demográfico, mediante variables extraídas del instrumento de valoración "formulario ETSA" (Estudio Transversal del Adulto Mayor) proporcionado por la cátedra de Adulto y Anciano. A toda la muestra se les aplicó el test de Pfeifer y test de Lawton y Brody. El primero de ellos se utiliza para detectar el grado de deterioro cognitivo, se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones generales y personales y el segundo es uno de los instrumentos de valoración de la independencia en la realización de las AIVB (Actividades instrumentales de la vida diaria). Ambos instrumentos permitieron delimitar la muestra de población con la finalidad de recoger datos lo más fidedignos posibles, en adultos mayores activos que padecen polifarmacia y presentan menor deterioro cognitivo, y a los cuales se le aplicó el test de Morinsky Green que mide el grado de adherencia terapéutica farmacológica.

La utilización de estos instrumentos permitió obtener datos fiables en una muestra de 94 adultos mayores autónomos, donde se encontró que el 91 % de la población

correspondía al sexo femenino que presentaban entre 75 a 84 años de edad , sin deterioro cognitivo en un 87 % y personas activas en un 80 % .

El 48 % de la población encuestada viven solos y concurren solos a la consulta médica, ya sea institución pública (63 %) o privada (37 %), cabe destacar que el 100 % de dicha población refieren presentar diversas patologías prevalentes y consumen medicamentos hace más de un año:

- El 63 % entre 3 y 5 medicamentos
- El 25 % entre 6 y 8 medicamentos

Concurren a consulta médica cada 3 meses (34 %), cada 6 meses (32 %) y un 20 % consultan cada un mes.

En referencia a la adherencia terapéutico medido con la aplicación del test de Morinsky Green, se obtuvo un 51 % que adhieren (contestaron correctamente las 4 preguntas).

De esta manera este trabajo, contribuye a actualizar nuestro conocimiento y mediante la valoración análisis y discusión de dicha temática se demuestra la importancia de la investigación permanente e incentivar el trabajo interdisciplinario para abordar la prevención, promoción y educación, fomentando el autocuidado para favorecer las prácticas de vida saludable.

6. FUNDAMENTO TEÓRICO

Desde la segunda mitad del siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, se produjo un aumento en la expectativa de vida de la población y una disminución en las tasas de natalidad lo que trajo como consecuencia un "ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO". La ancianidad se presenta como un fenómeno universal y un proceso natural, progresivo e irreversible en el que intervienen factores bio-psico-sociales.

El ciudadano Adulto Mayor es un actor social con capacidades para aportar y con necesidades propias³.

Para hablar del geronte (persona que ya se encuentra en el grupo etario denominado tercera edad o adulto mayor) debemos tener en cuenta:

La **Geriatría**: Como la rama de la medicina que se ocupa de los aspectos preventivos, curativos y de la rehabilitación de las enfermedades del adulto mayor.

La **Gerontología**: Es el área de conocimiento que estudia la vejez y el envejecimiento de una población.

El **envejecimiento**: se define el "envejecimiento normal", a los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No todos estos cambios relacionados con la edad tienen consecuencias clínicas negativas. Por el contrario, el "proceso de envejecimiento" está

³ Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada, agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX. Red Latinoamericana de Gerontología, Marzo 2005.

muy influenciado por los efectos del entorno, del estilo de vida y de las enfermedades.

El concepto de envejecimiento activo, fomentado por la OMS, anima al "proceso de hacerse mayor sin envejecer mediante el desarrollo continuado de actividades físicas, sociales y espirituales a lo largo de toda la vida"⁴.

Por tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física⁵.

No debemos olvidar que los cambios propios del proceso normal del envejecimiento ocurren desde tres perspectivas:

- Cambios biológicos, como los cambios orgánicos que afectan sus capacidades físicas.
- Cambios psíquicos que comienzan con un declive de las capacidades intelectuales y alteraciones de la memoria.
- Cambios sociales, con el rol del anciano en la comunidad.

En cuanto a la **tipología del anciano**:

- Anciano sano, que presenta características físicas, funcionales, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica.
- Anciano enfermo, que presenta alguna afección aguda o crónica de diferente gravedad que no lo invalida.

⁴ Envejecimiento activo: un marco político, Revista Española (Geriatría - Gerontológica)- programa de envejecimiento y ciclo vital OMS - Madrid España 2002.

⁵ Envejecimiento activo: un marco político, Revista Española (Geriatría - Gerontológica)- programa de envejecimiento y ciclo vital OMS - Madrid España 2002.

-Anciano frágil o vulnerable, que presenta tres o más de las siguientes características:

- Mayor de 75 años, que presentan pluripatologías y/o hospitalizaciones recientes
- Polifarmacia.
- Problemas sociales
- Deterioro funcional y/o mental (Síndrome Geriátrico)
- Episodios de caídas (Síndrome geriátrico)

Consideramos relevante valorar el deterioro cognitivo y la declinación funcional que éstos presentan, lo cual nos permitirá conocer sobre sus patologías y el manejo de la medicación, lo más objetivamente posible.

Deterioro cognitivo: puede conceptualizarse como el conjunto de disminuciones de diferentes funciones intelectuales atribuibles a distintas causas, que no significa irreversibilidad ni causa lesional. Utilizaremos para esta valoración la escala del estado mental de Pfeiffer.

Deterioro funcional: es un fenómeno frecuentemente asociado con la edad y no es reversible. Está relacionado con enfermedades agudas y/o crónicas, estilo de vida, estrés, etc. Permite planificar el tratamiento médico y el tipo de cuidado. La declinación funcional puede disminuirse, con la cuidadosa restauración de la función del paciente anciano a su máximo nivel, después de cada episodio de enfermedad aguda. Utilizaremos la escala de Lawton y Brody que mide las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), permitiendo detectar las capacidades que tienen los adultos mayores de realizar tareas en forma independiente (desempeño de las tareas sin ayuda) o en forma dependiente

(ayuda en grado variable).

Uruguay constituye actualmente uno de los países más envejecidos de Las Américas con un 17% de su población mayor de 60 años, de los cuales el 13,4 % es mayor de 65 años. Dentro de ellos el subgrupo que crece más aceleradamente es el de mayores de 75 años (envejecimiento del envejecimiento), es decir aquellos con mayor demanda de cuidados y mayor probabilidad de pérdida de autonomía, según el censo poblacional de 2004⁶.

El 94% de las personas mayores de 60 años reside en la comunidad y casi la mitad (47%) se concentran en Montevideo, alcanzando este grupo el 19 % de la población capitalina.

La ausencia de estructuras y servicios intermedios y diferenciados para adultos mayores (atención socio sanitaria domiciliaria programada, centros diurnos, viviendas protegidas), que proporcionen soporte a las familias en la comunidad, ha derivado en un crecimiento de población anciana en instituciones de larga estancia (residencias - "casas de salud", hogares de ancianos).

Según el Programa Nacional del adulto mayor, hay que trabajar con este grupo etario en forma coordinada con un equipo interdisciplinario para realizar una valoración geriátrica integral y establecer actividades donde se puede agregar sugerencias no farmacológicas (como variaciones nutricionales e incorporación de actividades físicas rehabilitadoras) que eviten la complicidad inconsciente de la polifarmacia.

Se debe establecer que el adulto mayor sea asistido en lo posible por un médico de

⁶ Ver Anexo N 8. Censo poblacional de 2004 en el Uruguay. Disponible en: <http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/pobhogyviv2008.asp>

cabecera, que actúe como con los demás especialistas, para brindarles continuidad a los cuidados médicos.

La **Enfermería** se define, como una Disciplina Científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional de personas, familias, grupos poblacionales. Realiza un proceso integral humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención⁷.

En el grupo poblacional escogido para la Investigación científica, el rol de los profesionales de enfermería, debería consistir en los siguientes cuidados:

- Lograr empatía con el usuario para generar confianza mutua.
- Orientar claramente al adulto mayor sobre la pauta indicada, de tomar la medicación, para favorecer el cumplimiento.
- Educar al paciente sobre la importancia de leer el prospecto para saber cuál es el modo de dosificación adecuada.
- Brindar información con respecto que todos los fármacos pueden producir efectos indeseables e interactuar con otros.
- Recomendar no moler el medicamento si no se indica específicamente.
- Informar que los medicamentos líquidos no es recomendable utilizar cucharas, sino los dosificadores de medición que acompañan al fármaco o, en sustitución, una jeringa con la dosificación.

⁷ Plan de estudio de INDE 1993. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/bedelia/86-nuevo-reglamento-plan-93>

- Informar que cuando se toman medicamentos por vía oral, para evitar que se produzcan irritaciones en el esófago, es necesario ingerir los medicamentos con agua. En cuanto a los medicamentos que presentan como efecto secundario el estreñimiento, se recomienda beber suficiente líquido. Por el contrario hay otros que provocan diarrea, por lo cual es igual de importante mantener al organismo adecuadamente hidratado.
- Colocar los medicamentos en un lugar de fácil acceso al adulto mayor, cercanos a una lupa o lentes de aumento si utiliza.
- Incentivar la utilización diaria de dispensadores de medicamentos.
- Recomendar realizar consultas periódicas con Oftalmólogo y Otorrinolaringólogo.
- Fomentar el trabajo en equipo, por parte de los trabajadores de salud que asisten al adulto mayor.

Entendiendo que la esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo las metas de nuestros cuidados fomentar la autonomía.

Al constituir un grupo poblacional que cada día va en aumento, son los que requieren mayor atención médica y mayor medicación debido a que el 80% de los ancianos padece de una o varias enfermedades crónicas no transmisibles y el 36% puede padecer más de las tres situaciones que hacen imprescindible el uso de fármacos para controlar metabólicamente o termodinámicamente su trastorno, como principal herramienta terapéutica. Como consecuencia de esto, al momento de prescribir una terapia farmacológica, se debe seleccionar el medicamento más efectivo y con menos reacciones adversas.

Esto nos lleva a la problemática actual de la **polifarmacia**, definida por la OMS como el uso de 3 o más medicamentos. Por tal situación es de vital importancia que el equipo de salud tenga presente los cambios biológicos referidos a todas alteraciones celulares y tisulares que acompañan el proceso natural del envejecimiento, provocando modificaciones en la farmacodinámica y farmacocinética de los fármacos, lo que afecta a la selección, dosificación, y frecuencia de administración de muchos medicamentos.

En relación a la Farmacodinámica, como la ciencia que estudia los efectos que provoca un fármaco sobre el organismo, o como las repuestas del organismo a este fármaco (unión-fármaco-receptor), se debe empezar los tratamientos con dosis bajas y modificarlas luego en base a una revisión periódica del diagnóstico y la paraclínica existente, porque hay cambios en el número y sensibilidad de los receptores.

En lo que se refiere a la Farmacocinética, como el estudio de los efectos del organismo sobre el medicamento (absorción, distribución, metabolismo y excreción), luego de la unión-fármaco-receptor, se observa:

- Absorción: hay un aumento del pH gástrico, con disminución de las células absortivas lo que provoca una disminución en el vaciamiento gástrico y en el tránsito intestinal.

-Distribución: hay un aumento de la grasa corporal y una disminución del tamaño corporal y del agua total, que junto a la disminución de la albumina plasmática y del flujo tisular, pueden acentuar los efectos de los fármacos porque hay un aumento de la fracción libre de estos.

-Metabolismo: hay una disminución de la masa hepática y el flujo plasmático hepático lo

que provoca una merma de la capacidad metabólica.

-Excreción: disminuye la masa renal y el flujo plasmático renal provocando una disminución de la filtración glomerular y de la secreción tubular lo que provoca la disminución de la eliminación renal de algunos fármacos por lo tanto la dosis de estos se deben ajustar cuando los pacientes se deshidratan o se están recuperando de una deshidratación⁸.

En su conferencia sobre "Polimedición en el adulto mayor" (Uruguay 2009) el doctor Marcos Mouliá Tuana hizo hincapié en que la terapéutica medicamentosa para esta franja de edad debe ser particularmente evaluada con un criterio holístico y racional⁹.

Tal como explicó Mouliá "La polifarmacia es un fenómeno que suele repetirse entre los ancianos" donde 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.

Las patologías prevalentes de la tercera edad donde se prescriben dos o más drogas según el estudio realizado por dicho doctor son:

- Cardiopatía isquémica (52.4%)
- Diabetes Mellitus (36.1%)
- Patología psiquiátrica (32.2%)

⁸ Mark.H.Beers,Md, Robert S.Porter, Md; Thomas V.Jones, Md, Michel Berkiwits, Tustin L.Kaplan,Md; El Manual Merck, 11ª edición 2007, Editorial El Sevier, Madrid- España

⁹ Dr. Marcos Mouliá, Conferencia sobre Polimedición en el Adulto Mayor, Maestría en Farmacología Clínica de Ciencias Biomédicas, Universidad de Montevideo, Uruguay 2009.

- HTA (28.1%)

Se presenta en los ancianos un promedio de tres a cinco patologías crónicas provocando varios tratamientos por diversos especialistas, donde muchas veces no se mantiene un plan farmacológico integrado, por esta razón es que Mouliá considera fundamental que la medicación a personas de la tercera edad se realice en forma conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento de estos pacientes, sobre todo médico geriatra, internista, médico de familia y enfermería.

En la experiencia del doctor Mouliá, una polifarmacia exitosa exige considerar detenidamente ciertas características:

- 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 yatrogenia, tanto al agregar como al suspender un fármaco.
- Evaluación y ajuste constante de las indicaciones.

Independientemente de la enfermedad y la edad del paciente, siempre hay personas que no cumplen con el tratamiento ya que no inician la indicación médica, realizan un cumplimiento parcial e irregular o un abandono prematuro de la misma, debido a los siguientes motivos:

- Falta de motivación.
- Falta de comprensión del tratamiento.
- Falta de dinero para comprar o renovar la receta.
- Complejidad del régimen posológico (varias dosis al día).
- Baja escolaridad que dificulta el poder leer las etiquetas o instrucciones.
- Pérdida de memoria.
- Pérdida de la agudeza visual.
- Problemas de autoadministración por pérdida de destreza manual.
- Tendencia a autorregular las dosis del medicamento según la salud percibida, sin consulta médica previa.
- Efecto secundario desagradable¹⁰.

Elementos que favorecen la adherencia farmacológica¹¹

- 1) Elaborar un plan terapéutico lo menos complejo posible, mediante la prescripción del menor número de medicamentos y dosis necesarias y asociar la toma de medicación con actos cotidianos según las características del paciente (horario laboral, gustos, situación económica y familiar).
- 2) Información adecuada a cada paciente sobre los factores de riesgo que le afectan, hábitos y estilo de vida que debe modificar y en referencia a los medicamentos informar (dosis, frecuencia de toma, tiempo que debe tomarlo, efectos secundarios

¹⁰ Valoración Clínica- Evaluación farmacológica del adulto mayor, módulo 6 , OMS, OPS. Medicamentos (línea de medicamentos seguros).

¹¹ Adherencia al tratamiento a largo plazo (pruebas para la acción) OMS, 2004

posibles).

- 3) Interacciones. Las interacciones de medicamentos pueden afectar a la medicación prescrita, haciéndola menos efectiva, causando efectos secundarios inesperados o aumentando su acción sin necesidad. En algunos casos las interacciones de medicamentos puede llegar a ser perjudicial para su salud¹².

Como detectar la adherencia farmacológica terapéutica:

-**Valoración clínica**, situación actual del paciente (síntomas y signos) luego de consumir la medicación.

-**Métodos directos** que se basan en la determinación del fármaco en sangre, orina u otro fluido (útiles en la práctica clínica).

-**Métodos indirectos** por medio de la entrevista personalizada estructurada, donde el más utilizado es el cuestionario de Morinsky-Green- Levine (se le considera cumplida si responde a las 4 preguntas bien) de evaluación de cumplimiento terapéutico que posee una alta fiabilidad (61 %) y esta validado en la población española¹³.

De acuerdo a lo anteriormente planteado surge la importancia de llevar a cabo una valoración del grado de cumplimiento terapéutico en los Adultos mayores que padecen polifarmacia.

Creemos que para esto lo más adecuado es la aplicación de los siguientes instrumentos de valoración, los mismos no poseen copyright y por lo cual son de uso público:

¹² Dr. Marcos Mouliá, Conferencia sobre Polimedición en el Adulto Mayor, Maestría en Farmacología Clínica de Ciencias Biomédicas, Universidad de Montevideo, Uruguay 2009.

¹³ Adherencia al tratamiento a largo plazo (pruebas para la acción) OMS, 2004.

- **Formulario en base al ETSA** de donde se extrajeron las principales variables de interés para la recolección de los datos socio-demográficos, el cual es utilizado por estudiantes de grado del Curso de Enfermería de Salud del Adulto y Anciano, para la caracterización de los adultos mayores de la cátedra de Adulto y Anciano de la Facultad de Enfermería (UDELAR).
- **Test de Pfeiffer**, se utiliza para detectar la posible existencia de deterioro cognitivo. Se trata de un cuestionario heteroaplicado de 10 ítems, sobre cuestiones muy generales y personales. Se puede pasar en 4 –5 minutos. Se van anotando las respuestas erróneas. Se permite un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno de menos si tiene estudios superiores. Explora: Memoria a corto plazo. Orientación. Información sobre hechos cotidianos, y la Capacidad de cálculo.
- **Test de Lawton y Brody**, es uno de los instrumentos de medición de AIVD (Actividades instrumentales de la vida diaria). Valora 8 ítems (capacidad para utilizar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a la medicación y administración de su economía) y les designa un valor numérico 1 (independiente) o 0 (dependiente) . La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas. Oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total).

Método para el control de calidad de los datos:

Los instrumentos de medición deben tener dos requisitos básicos que son fundamentales:

la confiabilidad y la validez. Si no cumple con los mismos la investigación tendrá ciertas limitaciones.

La validez es el grado con que los datos miden lo que se pretenderá estudiar, tiene como significado que los resultados de una medición corresponden al estado real del fenómeno que se está midiendo.

La confiabilidad refiere a la capacidad del instrumento para arrojar datos que correspondan a la realidad que se pretende conocer.

El instrumento que se utilizó fue la **encuesta** que es un estudio observacional en el cual el investigador busca recaudar datos por medio de un cuestionario prediseñado, y no modifica el entorno ni controla el proceso que está en observación (como sí lo hace en un experimento). Los datos se obtienen a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa o al conjunto total de la población estadística en estudio, formada a menudo por personas, empresas o entes institucionales, con el fin de conocer estados de opinión, características o hechos específicos. El investigador debe seleccionar las preguntas más convenientes, de acuerdo con la naturaleza de la investigación.

Según la OMS la estrategia más eficaz para mejorar el uso adecuado de medicamento (que el paciente reciba la medicación apropiada a sus necesidades clínicas en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado y al menor costo para él y su comunidad) ,consiste en una conjunción de la formación y supervisión del personal sanitario, la educación de los consumidores y su entorno social

como factor protector de la salud partiendo siempre de un suministro de medicamentos apropiados y en cantidades suficientes de acuerdo a la valoración geriátrica integral – continua y con un enfoque interdisciplinario¹⁴.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población a través de variables socio-demográficas.
- Describir las características de la polifarmacia y su adherencia terapéutica farmacológica en los adultos mayores autónomos y autónomos.
- Comparar los datos obtenidos sobre adherencia farmacológica con otros estudios internacionales, que utilicen dicho instrumento de evaluación el test de Morisky Green.

¹⁴ La salud de los ancianos "Una preocupación de todos", OPS-OMS (1992).

7. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar si los adultos mayores de 65 años de 5 complejos del BPS que presentan polifarmacia, adhieren tratamiento farmacológico prescripto en el período de tiempo comprendido entre el 01/07/12 al 30/08/12.

Objetivos Específicos

- Caracterizar la población a través de variables socio-demográficas.
- Describir las características de la polifarmacia y su adherencia terapéutica farmacológica en los adultos mayores activos y autónomos.
- Contrastar los datos obtenidos sobre adherencia farmacológica con otros estudios latinoamericanos, que utilizaron como instrumento de evaluación el test de Morinsky Green.

8. METODOLOGÍA

Contexto

La investigación se realizó en 5 complejos del BPS ubicados en diferentes zonas urbanas de Montevideo.

Clasificación del estudio

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, corte transversal y con enfoque cuantitativo utilizando variables cuantitativas y cualitativas.

Definición y operacionalización de las variables

1) Edad:

Definición conceptual: tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la muerte.

Definición operacional: mayores de 65 años, porque según la OMS, la considera el comienzo de la tercera edad o adulto mayor

Variable cuantitativa ordinal.

Categorías: años cumplidos en el momento de la investigación siendo divididos en los siguientes grupos de edades: 65- 74 años, 75- 84 años, 85 y más.

2) Sexo:

Definición conceptual: se refiere a la división del género humano en dos grupos: mujer y hombre.

Definición operacional: masculino o femenino

Variable demográfica, cualitativa nominal dicotómica

Categoría: femenino o masculino.

3) Nivel de instrucción:

Definición conceptual nivel de educación alcanzado por el adulto mayor.

Definición operacional nivel de educación alcanzado por el geronte, el cual puede repercutir en la forma de administrarse la medicación.

Variable cualitativa ordinal politómica.

Categoría: analfabetismo, primaria completa, primaria incompleta, secundaria completa, secundaria incompleta, terciaria completa, terciaria incompleta, UTU, otros.

4) Estado civil:

Definición conceptual situación de las personas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio.

Definición operacional relación familiar proveniente de la relación actual del geronte que se puede manifestar como un riesgo social

Escala Cualitativa Nominal.

Categoría: soltero, casado, unión libre, divorciado y viudo.

5) Ocupación:

Definición conceptual se refiere al trabajo que tiene el individuo

Definición operacional ingreso que percibe el geronte de acuerdo a su actividad laboral previa o actual, que se vincula con la accesibilidad de la medicación

Escala cualitativa nominal

Categoría: trabaja, desocupado, pensionista, Jubilado y Ama de casa

6) Cobertura de salud:

Definición conceptual: Prestador de servicios sanitarios a la población

Definición operacional: prestador de salud donde se atiende el adulto mayor

Variable cualitativa nominal dicotómica clasificada en: Salud Pública o Privada.

7) ¿Posee emergencia móvil?

Definición conceptual: Servicio de salud que opera en el área de la medicina pre-hospitalaria y actúa en situaciones de emergencia, asistiendo y trasladando al paciente al prestador de salud que posee.

Definición operacional: si posee servicio de emergencia móvil actualmente

Escala cualitativa nominal

Categoría: Si o No

8) ¿Con quién vive?

Definición conceptual: si vive con personas

Definición operacional: brinda información sobre el apoyo con que cuenta para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Escala: cualitativa nominal

Categoría: Sola/o o acompañado

9) Periodicidad con la que concurre al médico

Definición conceptual: cada cuanto tiempo concurre al médico

Definición operacional nos permite saber si concurre a consulta indicada por el médico cada vez que este se lo establezca y por iniciativa propia ante algún síntoma que presente. Partimos de la base de que se deberán realizar 2 consultas al año según el

programa del adulto mayor del MSP.

Escala cualitativa ordinal

Categoría: Cada 6 meses, Cada 12 meses, Mayor a 18 meses y Mayor a 24 meses.

Otros.

10) Presencia de alguna enfermedad

Definición operacional patología/as frecuentes en los adultos mayores.

Definición conceptual si presenta alguna enfermedad que contribuya al uso o no de varios fármacos.

Grupo de patologías que afectan el organismo y que contribuyen con mayor frecuencia a la polifarmacia en el adulto mayor.

Variable cualitativa nominal

Categoría: Si o No y Cuales (pregunta abierta)

11) Especialidades médicas:

Definición conceptual: posgrado realizado por los profesionales médicos luego de haber obtenido el título de doctorado en medicina.

Definición operacional: especialidad que brinda el medico al momento de realizar consulta a los adultos mayores.

Variable cuantitativa nominal politómica.

Categoría: Medicina general, geriatría, cardiología, endocrinología, reumatología, neurología, nefrología, urología, dermatología, traumatología y otros.

12) Tratamiento farmacológico prescripto.

Definición conceptual: que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un período adecuado, y al menor costo para él y su comunidad (OMS).

Definición operacional: utilización habitual del consumo de los medicamentos por parte de los adultos mayores.

Variable cuantitativa nominal politómica

Categoría: medicamento, dosis, vía de administración y periodo de consumo.

Universo

Está constituido por la totalidad de la población de los 5 complejos del BPS, son 230 habitantes.

Muestra

A partir del universo poblacional de 230 adultos mayores, se conformo la muestra por medio de la participación voluntaria, mediante un consentimiento informado¹⁵ que los mismos firmaron previo a la realización de la encuesta. Se tomo en cuenta para la conformación de la muestra que los adultos mayores reunieran los siguientes criterios inclusión:

- Edad igual o mayor a 65 años
- Que presenten polifarmacia.
- Test de Pfeiffer entre 0-4 errores (sin deterioro cognitivo y deterioro cognitivo)

¹⁵ Ver Anexo N° 1

leve)¹⁶.

- Test de Lawton y Brody entre 5-8 puntos (activo y muy activo)¹⁷.

Luego de la aplicación de estos criterios de inclusión la muestra quedó conformada por una población de 94 adultos mayores.

Instrumentos de recolección de datos

- 1) Utilización del test de Pfeiffer para valorar dentro de los Síndromes Geriátricos, el deterioro cognitivo.
- 2) Utilización del Lawton y Brody es uno de los instrumentos de medición de AIVD (Actividades instrumentales de la vida diaria). Donde nos muestra la declinación funcional de dicha población.
- 3) Encuesta semi-abierta a los adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión, creada en base al Formulario ETSA (Estudio de Investigación Transversal del Adulto Mayor), para realizar la caracterización demográfica de una población, de dónde se extrajeron las principales variables para elaborar una encuesta a utilizar en la población objeto de estudio (diseñado por la Cátedra de Adulto y Anciano - bajo el modelo de Virginia Henderson)¹⁸.
- 4) Realización de Test de Morinsky - Green¹⁹ para evaluar el cumplimiento terapéutico de la muestra poblacional escogida, con una fiabilidad de 61% según diversos estudios sobre

¹⁶ Ver Anexo N° 4

¹⁷ Ver Anexo N° 5

¹⁸ Ver Anexo N° 6

¹⁹ Ver Anexo N° 7

cumplimiento terapéutico realizados en la población española²⁰, entendiendo como fiabilidad, la elevada probabilidad del que el Test funcione adecuadamente durante un periodo determinado según el estudio en el que sea empleado.

Técnicas para levantar la información

- 1) VISITA DOMICILIARIA: Previo a la ejecución de la investigación se realizaron visitas domiciliarias donde se explico lo relativo al control ético. También se les brindo información del estudio a realizar. Se informo sobre los objetivos y datos necesarios, se brindo la opción de no inclusión en la investigación. Para mantener la confidencialidad de la información se omitió el nombre del adulto mayor.
- 2) APLICACIÓN DE TEST: si el adulto mayor accedió a participar se procedió a aplicar el Test de Pfeiffer y luego el Test de Lawton y Brody para la determinación de los criterios de inclusión que llevaron a conformar la muestra poblacional. Obteniendo de esta forma datos mas objetivos, mediante las escalas respectivas para cada test.
- 3) ENCUESTA: La recolección de datos se realizó mediante una encuesta semi-abierta, la cual fue creada por el grupo, en base a variables extraídas del formulario ETSA y realizada por un encuestador al adulto mayor. El encuestador completo la encuesta de la siguiente forma:
 - A) marco la opción elegida por el adulto mayor con una cruz o circulo
 - B) en preguntas abiertas se lleno espacio con una palabra o frase brindada por el adulto mayor.

²⁰ Ver Anexo N° 8

4) Realización de Test de Morinsky – Green: Como actividad propia de enfermería durante la visita, se realizó control de PA y entrega de diferentes folletos informativos, entre los cuales se formuló una tarjeta de medicamentos que contenía el nombre del medicamento, dosis y momento del día en que toma dicha medicación y se adjuntó a esta una cuadrícula para el registro de valores de presión arterial.

Control ético²¹ un consentimiento informado a los residentes, con vistas de garantizar los derechos de las personas objeto de estudio. Este consentimiento fue por escrito, comprendido y competente desde el punto de vista legal y voluntario. Se tomó como base el decreto N° 379/008²².

Procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos son tabulados individualmente según cada variable, con un análisis de frecuencias absolutas y relativa porcentual.

Para el procesamiento de datos se utilizó, el programa planilla de cálculo: Excel (Open y Microft-office), con la finalidad de resumir y representar los datos obtenidos.

²¹ Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008, artículo 1° (Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, artículo 4°, numeral 5 -Anexo) por el cual se regula sobre la investigación con seres humanos. Disponible en: <http://www.redipd.org/documentacion/legislacion/common/legislacion/uruguay/decreto-379-008.pdf>

²² Ver Anexo N 2

9. ANALISIS DE LOS DATOS

Durante el periodo entre julio y agosto de 2012 realizamos la aplicación de los diferentes instrumentos mencionados en la metodología en 5 complejos del BPS, partiendo de un universo de 230 adultos mayores donde participaron 94 adultos mayores de 65 años que conformaron la muestra del estudio, los cuales dieron su consentimiento por escrito.

Tabla 1: Distribución de la población según participación del estudio

Población	FA	FR%
No encuestados	136	60%
Encuestados	94	40%
Total	230	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los AM de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 1: Distribución de la población según participación del estudio



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los mayores de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

De un universo conformado por 230 personas, un 40% participo de la encuesta realizada.

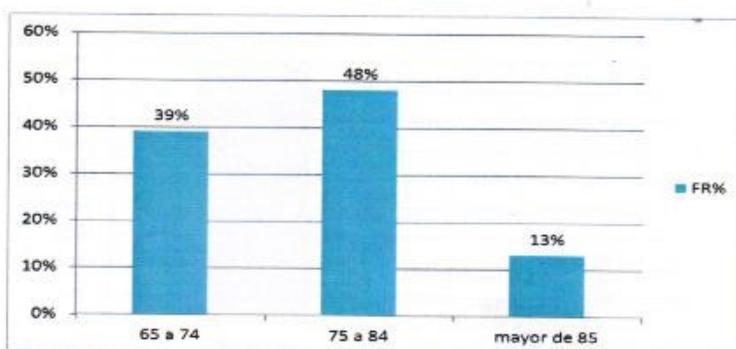
De estos 94 adultos mayores socio-demográficamente obtuvimos los siguientes datos:

Tabla 2: Distribución de la población según Edad

Edad	FA	FR%
65 a 74	37	39
75 a 84	45	48
mayor de 85	12	13
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 2: Distribución de la población según Edad



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

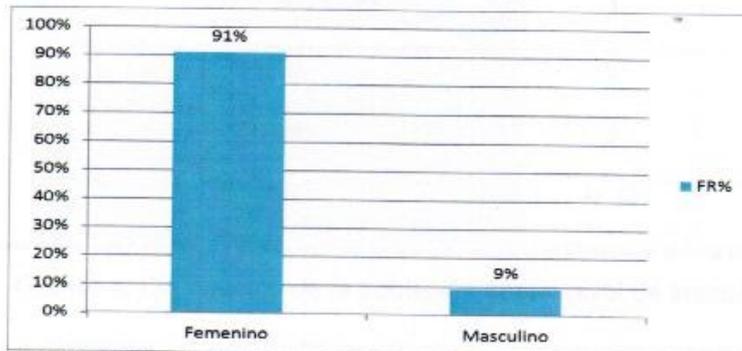
Población entre 75 a 84 años de edad con un 48 %, con 39% entre 65 a 74 años y los mayores de 85 años son un 13%.

Tabla 3: Distribución de la población según sexo

Sexo	FA	FR%
Masculino	8	9
Femenino	86	91
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 3: Distribución de la población según sexo



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

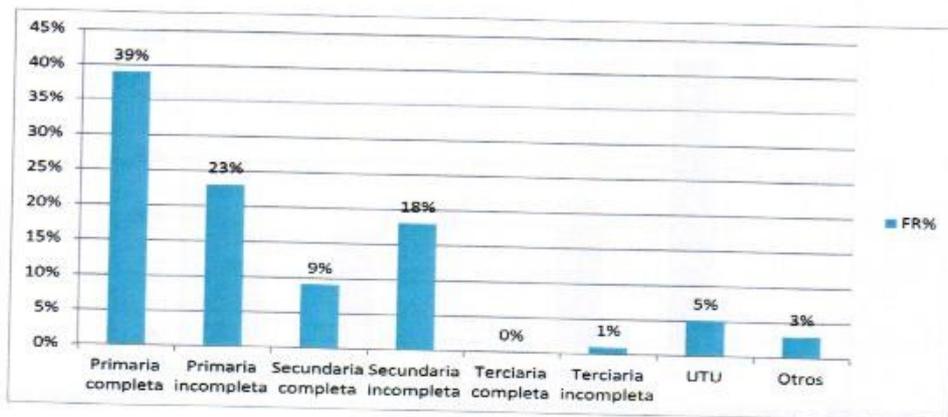
En este otro gráfico podemos observar que la población femenina es el 91% y el sexo masculino solo un 9%.

Tabla 4: Distribución de la población según nivel de instrucción

Nivel de instrucción	FA	FR%
Primaria completa	37	39
Primaria incompleta	22	23
Secundaria completa	9	9
Secundaria incompleta	17	18
Terciaria completa	0	0
Terciaria incompleta	1	1
UTU	5	5
Otros	3	3
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 4: Distribución de la población según nivel de instrucción



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

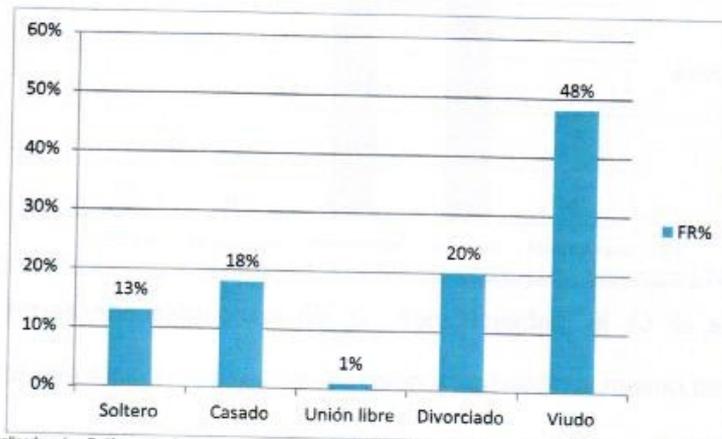
En cuanto al nivel de instrucción se observa que un 39% posee primaria completa, luego primaria incompleta con 23% y secundaria incompleta con un 18%.

Tabla 5: Distribución de la población según estado civil

Estado civil	FA	FR%
Soltero	12	13
Casado	17	18
Unión libre	1	1
Divorciado	19	20
Viudo	45	48
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 5: Distribución de la población según estado civil



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

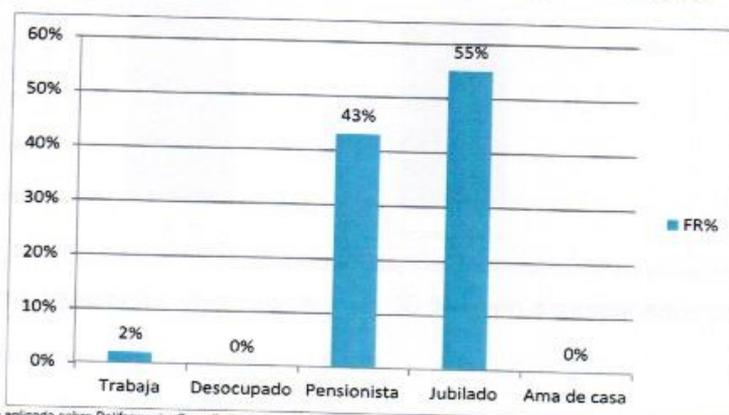
En cuanto al estado civil, se observó que el 48% son viudos y un 20% divorciados.

Tabla 6: Distribución de la población según ocupación

Ocupación	FA	FR%
Trabaja	2	2
Desocupado	0	0
Pensionista	42	43
Jubilado	54	55
Ama de casa	0	0
Total	N: 98	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 6: Distribución de la población según ocupación



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

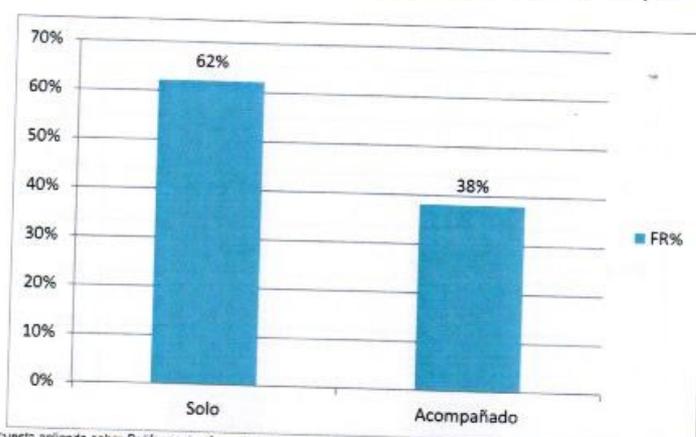
De las 94 personas encuestadas el 55 % son jubiladas, el 43 % son pensionistas
 Debemos aclarar que 4 personas reciben pensión y jubilación al mismo tiempo.

Tabla 7: Distribución de la población según con quien vive

¿Con quien vive?	FA	FR%
Solo	59	62
Acompañado	35	38
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 7: Distribución de la población según con quien vive



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

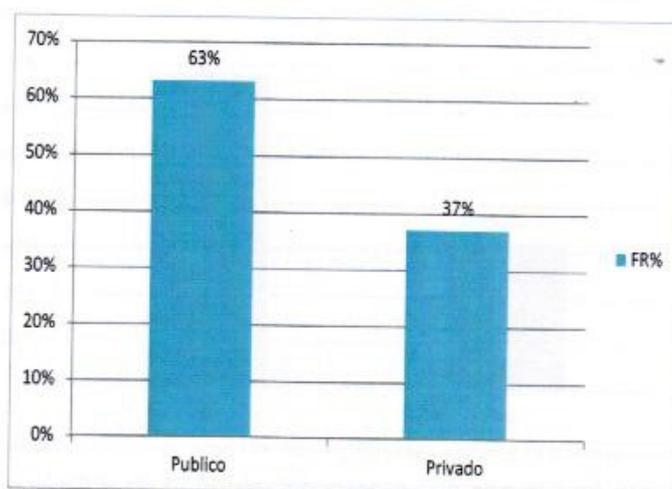
El 62 % de los encuestados viven solos, y un 38 % viven acompañados por un integrante de su núcleo familiar.

Tabla 8: Distribución de la población según cobertura de salud

Cobertura medica	FA	FR%
Público	59	63
Privado	35	37
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 8: Distribución de la población según cobertura de salud



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

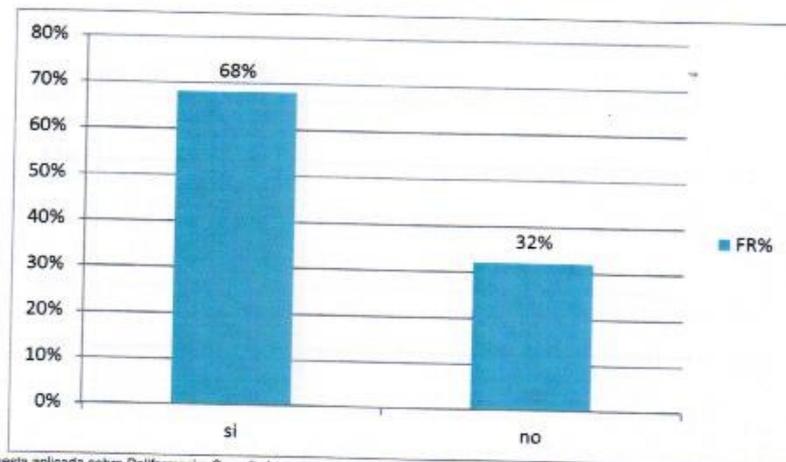
Un 63% se atiende en instituciones públicas y el 37 % lo hace por instituciones privadas.

Tabla 9: Distribución de la población según emergencia móvil

Emergencia móvil	FA	FR%
si	64	68
no	30	32
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 9: Distribución de la población según emergencia móvil



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

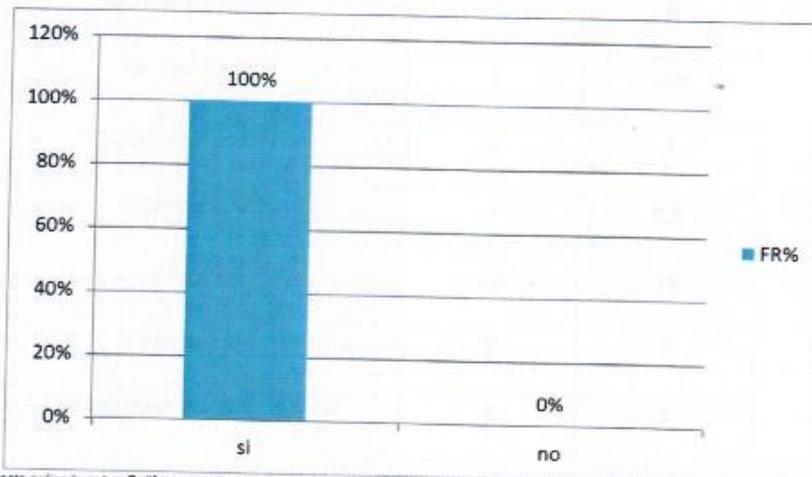
Se observó que el 68% de la población cuenta con servicio de emergencia móvil y el 32% no cuenta con dicho servicio.

Tabla 10: Distribución de la población según presencia de patología

Posee alguna patología	FA	FR%
si	94	100
no	0	0
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 10: Distribución de la población según presencia de patología



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

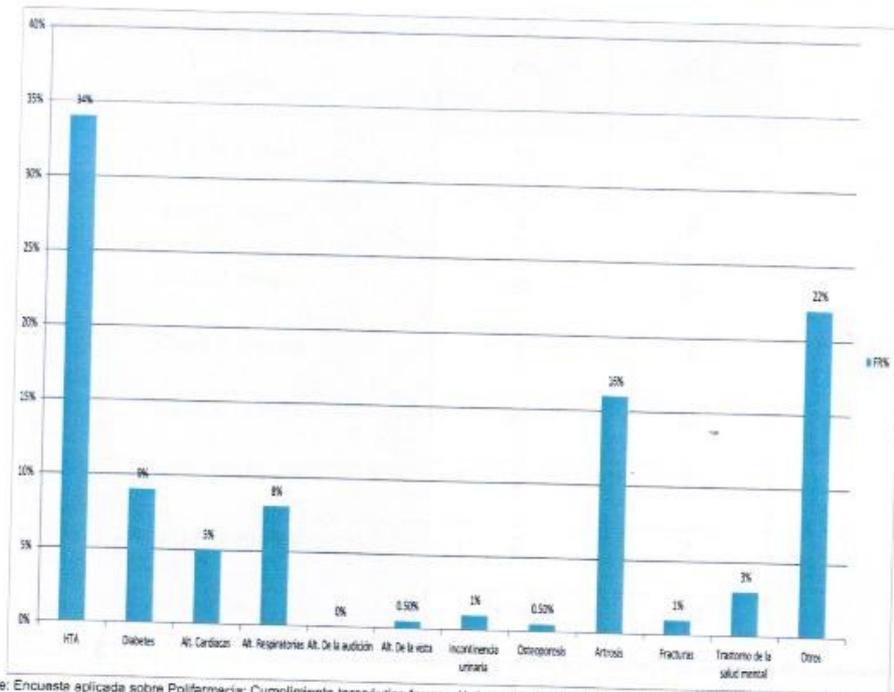
En este gráfico se observó que el 100% de los adultos mayores encuestados refirieron tener alguna patología.

Tabla 11: Distribución de la población según patologías prevalentes

Patologías prevalentes	FA	FR%
HTA	72	34
Diabetes	19	9
Alt. Cardíacas	11	5
Alt. Respiratorias	17	8
Alt. De la audición	0	0
Alt. De la vista	1	0.5
Incontinencia urinaria	2	1
Osteoporosis	1	0.5
Artrosis	33	16
Fracturas	2	1
Trastorno de la salud mental	6	3
Otros	45	22
Total	N: 209	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 11: Distribución de la población según patologías prevalentes



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

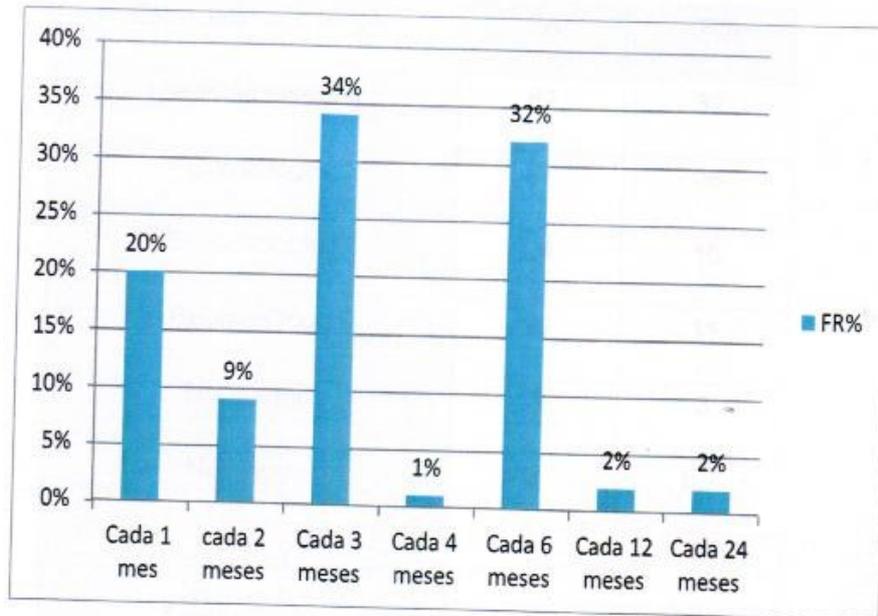
En este gráfico se observa que el 34 % de los adultos mayores presentan HTA, el 16 % presentan artrosis, el 9 % presentan Diabetes, el 8 % presentan alteraciones respiratorias y un 22 % de los adultos mayores manifestaron presentar otras patologías.

Tabla 12: Distribución de la población según concurrencia al médico en meses

Periodicidad con la que concurre al médico	FA	FR%
Cada 1 mes	19	20
Cada 2 meses	8	9
Cada 3 meses	32	34
Cada 4 meses	1	1
Cada 6 meses	30	32
Cada 12 meses	2	2
Cada 24 meses	2	2
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 12: Distribución de la población según concurrencia al médico en meses



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

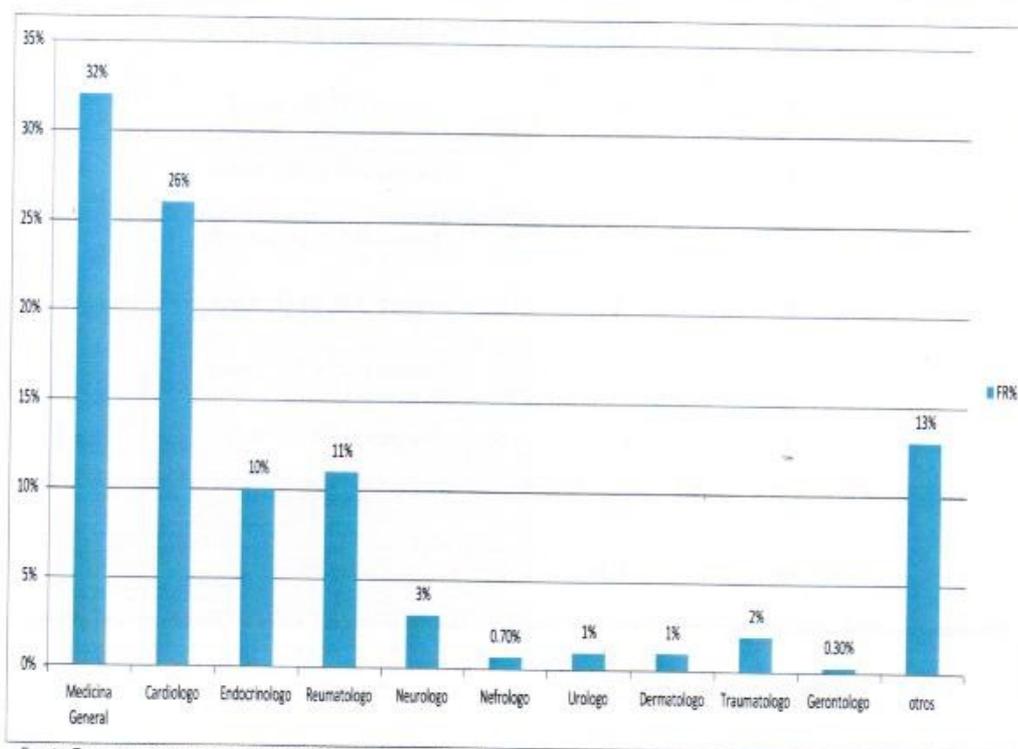
Se observó que el 34 % de los adultos mayores concurren al médico cada 3 meses, un 32 % lo hacen cada 6 meses y un 20 % concurre cada un mes .

Tabla 13: Distribución de la población según especialidad médica a la que concurre

Especialidad médica	FA	FR%
Medicina General	82	32
Cardiólogo	67	26
Endocrinólogo	24	10
Reumatólogo	29	11
Neurólogo	9	3
Nefrólogo	2	0.7
Urólogo	3	1
Dermatólogo	3	1
Traumatólogo	5	2
Gerontólogo	1	0.3
otros	33	13
Total	258	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 13: Distribución de la población según especialidad médica a la que concurre



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

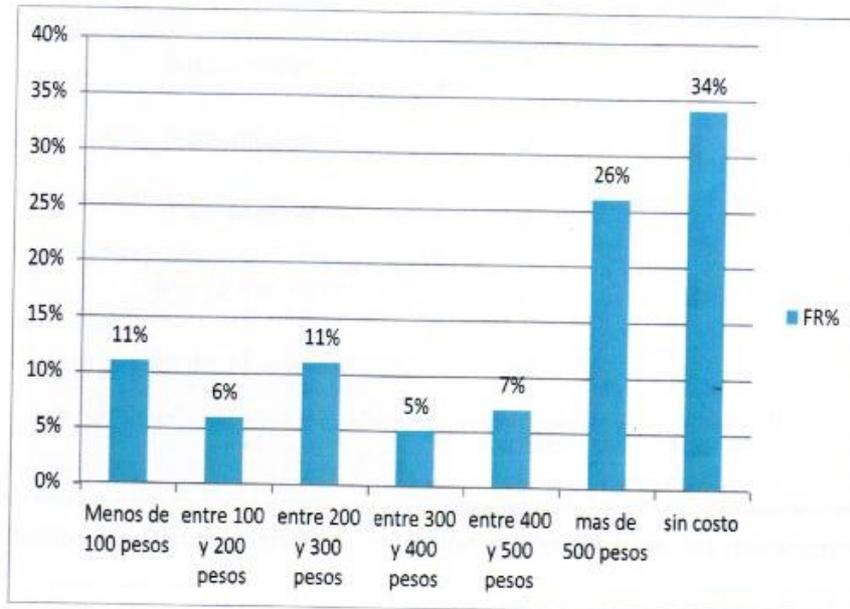
Se observó que un 32 % de los adultos mayores concurren a medicina general, un 26 % concurren al cardiólogo, un 11 % al reumatólogo y el 10 % al endocrinólogo.

Tabla 14: Distribución de la población según costo de la medicación

Costo de la medicación	FA	FR%
Menos de 100 pesos	10	11
entre 100 y 200 pesos	6	6
entre 200 y 300 pesos	10	11
entre 300 y 400 pesos	5	5
entre 400 y 500 pesos	7	7
mas de 500 pesos	25	26
sin costo	32	34
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012

Gráfico 14: Distribución de la población según costo de la medicación



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

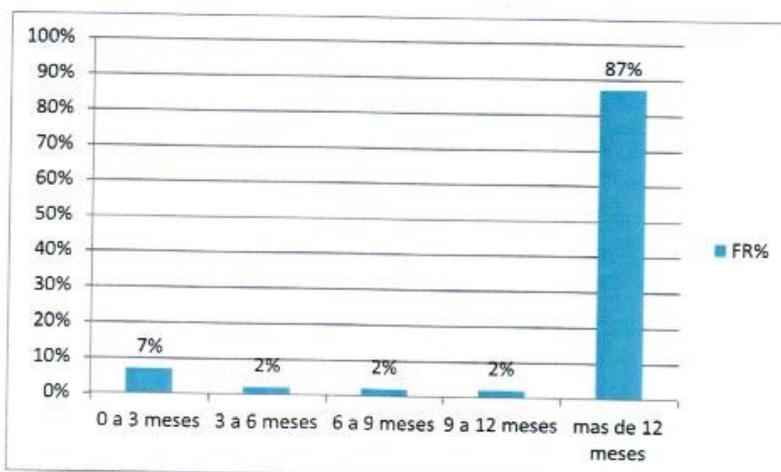
En cuanto al costo de la medicación se pudo observar que el 34% accede a los medicamentos en forma gratuita, el 11% paga menos de 100 pesos al mes y un 26% pago más de 500 pesos.

Tabla 15: Distribución de la población según consumo de medicamentos

Periodo de consumo	FA	FR%
0 a 3 meses	7	7
3 a 6 meses	2	2
6 a 9 meses	2	2
9 a 12 meses	2	2
mas de 12 meses	83	87
Total	N: 96	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfico 15: Distribución de la población según consumo de medicamentos



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

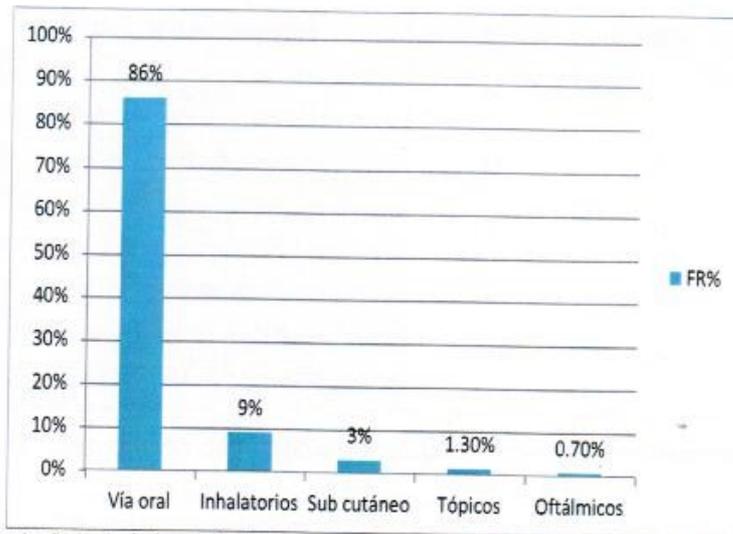
El 87 % de la población encuestada, hace más de un año que consume la medicación prescripta.

Tabla 16: Distribución de la población según vía de administración de la medicación

Vía de administración	FA	FR%
Vía oral	94	86
Inhalatorios	13	9
Sub cutáneo	4	3
Tópicos	2	1.3
Oftálmicos	1	0.7
Total	N: 149	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Grafico 16: Distribución de la población según vía de administración de la medicación



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescrito en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

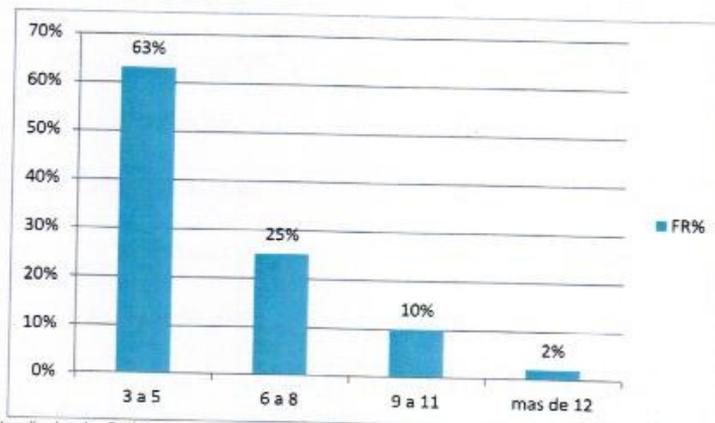
Se observó que el 86 % de los adultos mayores consumen los medicamentos por vía oral

Tabla 17: Distribución de la población según número de medicamentos empleados

Uso de medicamentos	FA	FR%
3 a 5	59	63
6 a 8	24	25
9 a 11	9	10
mas de 12	2	2
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Grafico 17: Distribución de la población según número de medicamentos empleados



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

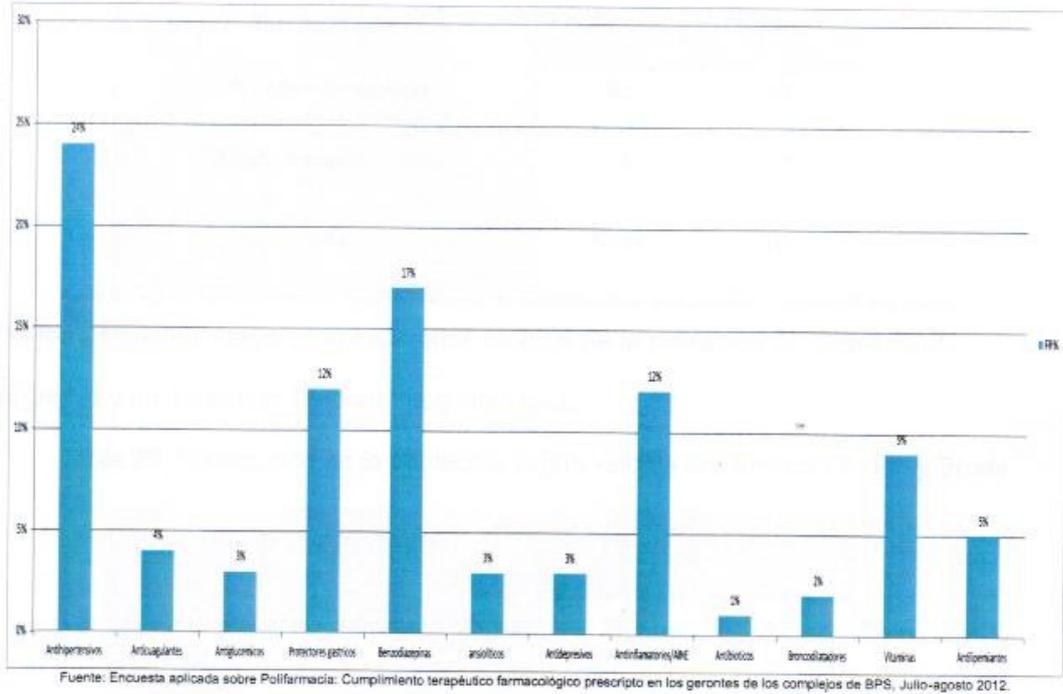
El 63 % consumen entre 3 y 5 medicamentos, mientras que el 25 % consumen entre 6 y 8 medicamentos y un 10 % consumen entre 9 y 11 medicamentos.

Tabla 18: Distribución de la población según tipo de medicamento utilizado

Fármacos utilizados	FA	FR%
Antihipertensivos	91	24%
Anticoagulantes	17	4%
Antiglicémicos	13	3%
Protectores gástricos	47	12%
Benzodiazepinas	66	17%
ansiolíticos	12	3%
Antidepresivos	13	3%
Antiinflamatorios/AINE	47	12%
Antibióticos	2	1%
Broncodilatadores	10	2%
Vitaminas	37	9%
Antilipemiantes	19	5%
Total	N: 374	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfica 18: Distribución de la población según uso tipo de medicamento utilizado



Los medicamentos mas empleados se corresponden con las patologías prevalentes que los adultos mayores encuestados presentan.

De estos 94 adultos mayores obtuvimos los siguientes datos respecto a los test aplicados:

Tabla 19: Distribución de la población según valores del Test de Pfeiffer

Test de Pfeiffer	FA	FR%
Sin deterioro cognitivo	82	87
Deterioro cognitivo leve	12	13
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

De los 94 adultos mayores encuestados un 87% de la población no presentaron deterioro cognitivo y un 13 % con deterioro cognitivo leve.

Tabla 20: Distribución de la población según valores del Test de Lawton y Brody

Test de Lawton y Brody	FA	FR%
Activo que realizan actividades limitadas	28	30
Muy activo que realizan actividades instrumentales completas	66	70
Total	N: 94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

En cuanto a las actividades de la vida diaria un 70% de la población son muy activos y un 30% son activos con actividades limitadas.

De estos 94 adultos obtuvimos los siguientes datos sobre adherencia al tratamiento farmacológico prescripto:

Tabla 21: Distribución de la población según respuestas al test de Morinsky-Green

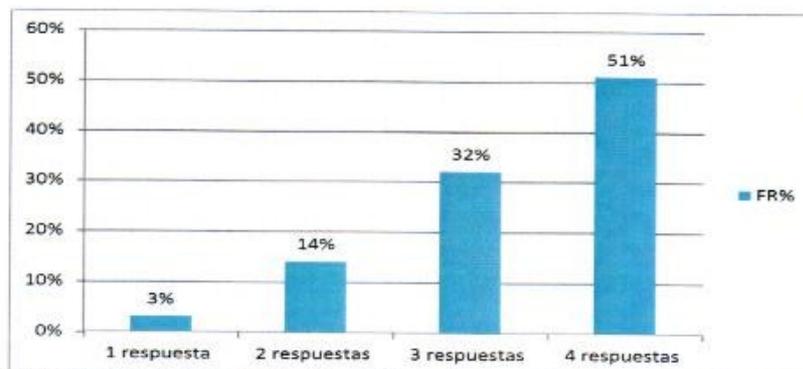
correctas

Preguntas Correctas	FA	FR%
1 respuesta	2	3%
2 respuestas	13	14%
3 respuestas	31	32%
4 respuestas	48	51%
Total	94	100%

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

Gráfica 21: Distribución de la población según respuestas al test de Morinsky-Green

correctas



Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia: Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerontes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

El 51 % de las personas encuestadas contestaron correctas las 4 preguntas del test, por lo tanto este sería el porcentaje de adherencia al tratamiento farmacológico prescripto.

Tabla 22: Distribución de la población según respuestas al test de Morinsky-Green

Preguntas/Respuestas	SI		NO		Total	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad (especificar)?	17	18	77	82	94	100
¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado?	83	88	11	12	94	100
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	17	18	77	82	94	100
Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?	28	30	66	70	94	100

Fuente: Encuesta aplicada sobre Polifarmacia. Cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en los gerentes de los complejos de BPS, Julio-agosto 2012.

10. DISCUSIÓN

Los siguientes datos conforman el perfil socio demográfico de la muestra estudiada (N: 94). El 91% corresponden al sexo femenino y el 48% de la muestra se encuentra en el intervalo de edad de 65 a 74 años, seguido de un 39% ubicado en el intervalo de 65 a 74 años (en edad inactiva, jubilados o pensionistas).

En relación al estado civil, el 48% son viudos y el 20% divorciado, nos conduce a un 62% de dicha población que viven solos y concurren solos a la consulta médica

Cabe destacar que el 100% de dicha muestra poseen pluripatologías prevalentes requiriendo consultas con los especialistas médicos correspondientes, lo cual es un factor que aumenta el consumo de varios medicamentos mensuales.

Las patologías prevalentes encontradas fueron:

- Hipertensión (34%)
- Artrosis (16 %)
- Diabetes tipo II (9%)

La medicación más utilizada se correlaciona con las patologías anteriormente mencionadas: - - El 24% consumen antihipertensivos

- El 17% consumen benzodiazepinas
- El 12% consumen antiinflamatorios y protectores gástricos
- El 87% de los adultos mayores mantienen dicha medicación por periodos prolongados (mas de un año), con un consumo diario de 3 a 5 medicamentos (63 %) y de 6 a 8 medicamentos (25%) .

Un dato relevante a destacar es que el 32% de los adultos mayores encuestados concurren a consulta con médico general para repetición de medicamentos y por orden de especialistas el 26% consultan con cardiólogo, lo más importante en relación a las especialidades médicas, un solo adulto mayor refirió consultar o haber consultado con médico geriatra, él cual realiza una valoración integral y un seguimiento del procesos natural del envejecimiento y los diferentes síndromes geriátricos que se presentan en esta etapa vital, lo cual seria un factor de incidencia positiva en el manejo de la polifarmacia.

Consideramos que la polifarmacia acompañada de los cambios metabólicos propios de la vejez que inciden en la farmacodinámica y farmacocinética de la medicación prescripta, eleva el riesgo de interacciones medicamentosas, lo cual lleva a que el 82% de los adultos mayores dejen de tomar la medicación cuando se encuentran bien, aumentando el riesgo de no adherencia terapéutica.

Se observo además que la presencia de comorbilidades es mayor en la población no adherente al tratamiento farmacológico, debido al aumento de la polifarmacia y la incorporación además de tratamientos higiénico- dietéticos, lo cual a los ancianos que viven solos y de mayor edad les puede resultar dificultosa la comprensión de dichas indicaciones medicas.

Una característica fundamental de los adultos mayores y que suma a la no comprensión de las indicaciones medicas correspondientes, es el deterioro cognitivo que estos presenten, en dicho estudio el 87% no presentan deterioro cognitivo y el 13% presentan deterioro cognitivo leve, sin embargo hay un dato relevante en el consumo de

medicamentos, el 17% (66 adultos mayores) consumen benzodiazepinas mayormente de eliminación prolongada del organismo (Diazepan 10 mg), lo cual sumaria sus efectos depresivos del SNC al deterioro cognitivo que estos puedan tener , predisponiendo al anciano a presentar algún síndrome geriátrico (ejemplo: caídas).

Como dato subjetivo manifestado por los adultos mayores, encontramos que los que poseen cobertura médica privada (37%) cuentan con su médico de referencia, el cual realiza consultas domiciliarias lo cual permite un seguimiento mas integral en su procesos salud –enfermedad, ya que puede trabajar además los cuidados básicos dentro del hogar que ayudan a la prevención y promoción de hábitos saludables, sobre todo en ancianos solos.

En relación a la adherencia farmacológica prescripta, se observo que la muestra se proyecta como una población adherente al tratamiento (51% contesto correctamente a las 4 preguntas), de acuerdo a los resultados obtenidos con la aplicación del test de Morinsky-Green-Levine.

Analizando las diferentes respuestas obtenidas con la aplicación de dicho test, podemos resumir las siguientes características de la muestra poblacional:

- El 82% refieren no olvidar de tomar la medicación (presentan tarjeta de medicación con horarios y dosis indicadas).
- El 88% refieren tomar la medicación prescripta a la hora indicada.
- El 82% refieren abandonar la medicación cuando se encuentran bien, lo cual como se analizó anteriormente puede ser una causa de no adherencia al plan terapéutico

indicado.

- El 70% refieren no abandonar la medicación indicada si esta le sienta mal, sin previa consulta médica.

Si contrastamos los datos porcentuales obtenidos, en referencia a la adherencia terapéutica farmacológica (51%) con otros estudios realizados en Latinoamérica, durante los años 2004-2005²³, observamos que existe semejanza con los porcentajes finales obtenidos:

- Estudio realizado en Colombia (2004)adherencia del 52%
- Estudio realizado en Argentina (2004).....adherencia del 48%
- Estudio realizado en Chile (2005).....adherencia del 41%
- Estudio realizado en Cuba (2005).....adherencia del 34%

(Datos obtenidos mediante la aplicación del test Morinsky-Green-Levine)

Consideramos que al momento de realizar la prescripción farmacológica terapéutica en el adulto mayor, se debe tener en cuenta hasta que punto afecta la calidad de vida de la persona (relación riesgo / beneficio).

La polifarmacia se debe limitar a los pacientes donde los beneficios superen los riesgos y por ende una valoración continua e integral de la salud de los ancianos, mediante el trabajo en equipo y el seguimiento por parte de un médico geriatra en esta etapa vital es el pilar básico para prevenir la iatrogenia por el uso incorrecto de la medicación y la no adherencia farmacológica al régimen terapéutico indicado.

²³ Ver Anexo N 9.

11. CONCLUSIÓN

De acuerdo a la recolección de datos en los 5 complejos habitacionales del BPS y teniendo como base la referencia bibliográfica utilizada en relación al tema analizado, observamos que existe una gran diversidad de factores que inciden en la adherencia farmacológica prescripta (edad, nivel sociocultural, grado de deterioro cognitivo, presencia de pluripatologías, politerapia, convivencia en relación a anciano solo y el poco relacionamiento con sus pares, etc.).

Si bien la adherencia al tratamiento farmacológico prescripto supero la mitad de la muestra en estudio (51%), no debemos olvidar que los diferentes factores mencionados anteriormente conducen a que el proceso salud / enfermedad sea individual, variable y continuo.

Consideramos que la conclusión más importante a destacar se traduce en desarrollar e implementar por parte del personal de salud, las herramientas necesarias para trabajar en relación a la salud de nuestros ancianos con mas participación y compromiso, sobre todo en el primer nivel de atención fomentando las visitas domiciliarias de acuerdo a las limitaciones físicas y cognitivas que los adultos mayores presenten, como una actividad de valoración y seguimiento fundamental en esta etapa vital.

Los adultos mayores son los mayores consumidores de los servicios de salud, los que requieren y producen mayores gastos en medicación y rehabilitación, situación que en nuestro país va en aumento de acuerdo a la tendencia demográfica actual, lo cual llevaría al aumento de los recursos destinados al cuidado de esta población.

La salud como entidad debe redoblar esfuerzos en el proceso de mejoramiento de la adherencia farmacológica terapéutica, con mas trabajo participativo por parte del equipo de salud, donde el cuidado del adulto mayor debe ser guiado por el médico geriatra referente y con enfoque educativo, preventivo y de promoción de hábitos saludables en la convivencia con sus diversas patologías y el manejo correcto de la politerapia, con el fin de que la adherencia farmacológica continúe en accenso.

El estudio cumplió con los objetivos planteados y además se obtuvo una muy buena recepción por parte de los adultos mayores que participaron en él.

Con la realización de este trabajo se logro crear una base de conocimientos para futuras investigaciones en relación al tema planteado, que conduzcan a disminuir la prevalencia de la politerapia como síndrome geriátrico y mejorar el cuidado de la salud del adulto mayor.

12. PROYECCIONES DE ENFERMERÍA

Dicho estudio nos propone una crítica constructiva al trabajo diario como enfermeras/os profesionales, partiendo de la base que nuestra profesión trabaja con una visión integral del ser humano (bio-psico-social y cultural).

Los cuidados de enfermería se deben centrar en la educación e individualización del tratamiento integral (farmacológico-higiénico-dietético) para poder trabajar las diferentes patologías que los adultos mayores presenten.

Las acciones de enfermería deben estar enfocadas a establecer confianza y participación activa de los ancianos en el cuidado de sus procesos salud/enfermedad, para ello es fundamental capacitar enfermeros en los conocimientos básicos de la geriatría, en especial dentro del primer nivel de atención (primer contacto del adulto mayor con el equipo de salud).

Como enfermeras/os universitarios debemos adherir el adulto mayor al programa de paciente crónico y realizar una anamnesis completa, para poder captar falencias dentro del cuidado que el anciano realiza de su salud, además debemos promover acciones de enfermería no solo a nivel de la consulta que este realice en el centro de salud, sino también en visitas domiciliarias de seguimiento con enfoque de prevención, educación y rehabilitación en salud.

Particularmente en lo que se refiere a la polifarmacia y la adherencia farmacológica prescripta indicada, enfermería debe educar al anciano y su familia sobre los beneficios de la correcta adherencia farmacológica y sobre todo analizar los posibles signos y

síntomas de las interacciones medicamentosas entre los fármacos de consumo más frecuentes en esta población, para evitar el uso incorrecto de la terapia farmacológica.

Nos parece fundamental implementar el adecuado uso del carnet del adulto mayor, como nexo entre las diferentes especialidades médicas que indican diferentes tratamientos, ya sea farmacológico como higiénico- dietético dentro del procesos salud/enfermedad del adulto mayor. Enfermería y profesionales del primer nivel de salud, identificados como "vínculos de enlace" con el equipo de valoración geriátrica del servicio al cual el adulto mayor pertenece.

Nos parece importante en un futuro no tan lejano, como enfermeras/os universitarios afianzar el trabajo en red en los distintos servicio que conforman el nuevo sistema integrado de salud (FONASA), para de esta forma implementar el Programa Nacional del Adulto Mayor con el objetivo de asegurar la calidad de vida de los adultos mayores en base a sus necesidades actuales para lograr la participación activa de estos en sus derechos de salud.

13. BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

- 1) Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada, agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX. Red Latinoamericana de Gerontología, Marzo 2005.
- 2) J.M. Baena Díeza, M.A. Martínez Adellb y J. Tomàs Pelegrina. Terapéutica en APS. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10(7):501-7. Disponible en:
www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/45/45v10n07a13051139pdf001.pdf
- 3) Envejecer en Latinoamérica en una sociedad globalizada, agenda de sensibilización en Colombia en el siglo XX. Red Latinoamericana de Gerontología, Marzo 2005.
- 4) Envejecimiento activo: un marco político, Revista Española (Geriatría - Gerontológica)- programa de envejecimiento y ciclo vital OMS - Madrid España 2002.
- 5) Envejecimiento activo: un marco político, Revista Española (Geriatría - Gerontológica)- programa de envejecimiento y ciclo vital OMS - Madrid España 2002.
- 6) Censo poblacional de 2004 en el Uruguay. Disponible en:
<http://www.ine.gub.uy/socio-demograficos/pobhogyviv2008.asp>
- 7) Plan de estudio de INDE 1993. Disponible en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/bedelia/86->

nuevo-reglamento-plan-93

- 8) Mark.H.Beers,Md, Robert S.Porter, Md; Thomas V.Jones, Md, Michel Berkiwits, Tustin L.Kaplan,Md; El Manual Merck, 11ª edición 2007, Editorial El Sevier, Madrid-España
- 9) Dr. Marcos Mouliá, Conferencia sobre Polimedición en el Adulto Mayor, Maestría en Farmacología Clínica de Ciencias Biomédicas, Universidad de Montevideo, Uruguay 2009.
- 10) Valoración Clínica- Evaluación farmacológica del adulto mayor, módulo 6, OMS, OPS. Medicamentos (línea de medicamentos seguros).
- 11) Adherencia al tratamiento a largo plazo (pruebas para la acción) OMS, 2004.
- 12) Adherencia al tratamiento a largo plazo (pruebas para la acción) OMS, 2004.
- 13) La salud de los ancianos "Una preocupación de todos", OPS-OMS (1992).
- 14) Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008, artículo 1° (Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, artículo 4°, numeral 5 -Anexo) por el cual se regula sobre la investigación con seres humanos. Disponible en:

<http://www.redipd.org/documentacion/legislacion/common/legislacion/uruguay/decreto-379-008.pdf>

Bibliografía consultada

- Alvarado y F. H de Canales, Metodología de la Investigación, Oficina Sanitaria Panamericana de la OPS, Oficina Regional de la OMS; 2da edición 1994.Washington

EE.UU.

- Enba, Carlos. Acciones de salud para contrarrestar la polifarmacia en el adulto mayor
Diagnóstico y tratamiento en Geriatría. tomo 1, editorial Barcelona.
- Seth Londefeld C., Palmer Roberto, Johnson Mary; Diagnóstico y Tratamiento en
Geriatría; Editorial El manual moderno S.A 2005; México.
- De Canales Francisca H.. Metodología de la investigación. Editorial Lumisa. México D.
F. 1986
- Fernandez Sampieri R, Fernandez Collado C, Baptista P, Metodología de la
Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill, 2003.
- Kape, Ouslande. Geriatría Clínica. Mc Graw 2001. 4° edición
- Beers Mark.H., Md, Robert S. Porter, Md; Thomas V. Jones, Md, Michel Berkiwits,
Tustin L. Kaplan, Md; El Manual Merck, 11ª edición 2007, Editorial El Sevier, Madrid-
España.
- Burke Wolsh Mary M., Enfermería Gerontológica: Cuidados integrales del adulto mayor;
Editorial Harcourt Brece 1998; Madrid España.
- Jenicek Milos, Epidemiología: La lógica de la medicina moderna; Editorial Masson S.A ;
Barcelona España, 1996.
- M.S.P, Programa nacional del adulto mayor, julio 2007.
- MSP, Protocolo para el manejo en el primer nivel de atención de los principales
síndromes geriátricos, 2007.
- Polit. Investigación científica en ciencias de la salud. Editorial Mc Graw Hill 6° edición

2000

- Hernández Sampieri R.. Metodología de la investigación. Editorial Mc Graw Hill 4° edición 2000
- Kane R., Geriatria clínica Editorial Mc Graw Hill 4° edición 2001.
- Mariño R., Vivir con alegría la tercera edad, edición Polifeno.
- Rodríguez R., J. Morales, Z. Trujillo, Geriatria, Editorial Mc. Graw Will. Iberoamericana; 1999; México D.F.
- Sentis, H. Pardel, E. Cobo y J. Cancela. Manual de Bioestadística, Editorial Mansson S.A; 2da edición 1995; Barcelona España.

ANEXO N° 1: Consentimiento informado.

Original / Copia

Montevideo de de 2011.

Consentimiento informado.

Somos un grupo de cinco estudiantes pertenecientes a la facultad de Enfermería, que nos encontramos realizando nuestro Trabajo de Investigación Final de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El mismo tiene como objetivo conocer si los adultos mayores de 65 del complejo BPS ubicados en X₁, X₂, X₃, X₄ y X₅, que presentan polifarmacia, realizan el cumplimiento terapéutico farmacológico prescripto en el periodo de tiempo comprendido entre el 01/10/11 al 30/10/11.

Por dicho motivo solicitamos su autorización para realizarle un cuestionario, cuyos datos serán empleados en el referido trabajo de investigación con la total confidencialidad.

Se resalta que su participación en la Investigación no conlleva ningún perjuicio para usted, así como ningún beneficio directo.

Autorizo a que la información brindada sea utilizada con fines de investigación científica.

Firma del usuario:

Aclaración:

ANEXO N° 2

Decreto N° 379/008 de 4 de agosto de 2008, artículo 1° (Proyecto elaborado por la Comisión de Bioética y Calidad de Atención dependiente de la Dirección General de la Salud, del Ministerio de Salud Pública, artículo 4°, numeral 5 - Anexo) por el cual se regula sobre la investigación con seres humanos.

“Todo acto o conjunto de actos de cualquier naturaleza, que tenga como objeto analizar o determinar resultados de la aplicación o utilización de drogas, dispositivos, procedimientos o sistemas con fines diagnósticos, terapéuticos o de desarrollo, actualización o introducción de nuevos conocimientos científicos, que tengan relación con el ser humano, será considerado como investigación.

Los procedimientos referidos incluyen entre otros, los de naturaleza operacional, ambiental, nutricional, educacional, sociológica, antropológica – económica, física, psíquica o biológica. Asimismo se considerará investigación la recolección y todo tipo de manipulación de datos personales relacionados con la salud de individuos y comunidades. Esta enumeración no es taxativa”

Universidad de la República - Facultad de Enfermería
Tesis Final sobre Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológica prescripto en los adultos mayores

 UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA UR	 FACULTAD DE ENFERMERÍA	ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO							
FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR (C.V.)									
Patologías (si es portador de estas patologías marque con una X lo adecuado)									
	Se controla		Toma medicación		Nombre el fármaco				
	Si	No	Si	No					
Hipertensión									
Diabético									
Obeso									
Hipercolesterolemia									
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES									
Hábitos de vida - Hábitos Alimenticios									
	Si	No	Todos los días	3 veces/semana	1 vez al mes				
Consumo carnes rojas									
Consumo pollo									
Consumo cerdo o derivados									
Consumo pescado									
Realiza ejercicio físico									
	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	Cant. minutos				
Bicicleta									
Correr al gimnasio									
Caminar									
Otros									
Otro tipo de actividad									
Consumo con sal	Si	No	Hiposódico	Lo habitual	Normal				
Consumo comida rápida (pizza, hamburguesas, etc.)	Si	No	Diariamente	3 veces/semana	1 vez al mes				
Consumo comidas elaboradas (preparadas, ya procesadas, etc.)									
Actividad laboral									
Trabajo rural	Si	No							
Trabajo con productos químicos (químicos, barniz, cadenas)									
CONTROL MÉDICO									
¿Tiene carnet de salud vigente?			Si	No	6 meses	2 años			
Resulta control médico									
			Preventivo		Rutina				
Cardiólogo	Si	No	Ginecología	Si	No	Medicina (sal.)	Si	No	Otro:
U. R. - Facultad de Enfermería - Centro de la Salud del Adulto y Anciano - Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - Montevideo									

Universidad de la República - Facultad de Enfermería
Tesis Final sobre Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológica prescripto en los adultos mayores

		ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO													
Exámenes	Control DHA(1)	BGL(2)	DCO(3)	DCO(4)	DCO(5)	Otros(6)	DCO(7)	DCO(8)	DCO(9)	DCO(10)	DCO(11)	DCO(12)	DCO(13)	DCO(14)	DCO(15)
Si															
No															
											Si	No	Cada cuanto		
Examen ginecológico															
Papanicolaou (PAP)															
Ecografía ginecológica															
Colposcopia															
Ecografía Transvaginal															
Mamografía															
Eco de mama															
Presenta alguno de estos síntomas (marque el dato afirmativo)												Si	No		
Confusión repentina, dificultad al hablar o del entendimiento del habla															
Dificultad repentina para ver en uno o en ambos ojos															
Dificultad repentina al caminar, vértigo o pérdida del equilibrio o de la coordinación															
Dolores de cabeza fuertes, repentinos y sin causa conocida															
Visión doble															
Sensación															
Otros															
EXAMEN FÍSICO															
												Fecha			
Talla											Valor				
Peso											Valor				
IMC											Valor				
Perímetro de la cintura											Valor				
Cifra de glucemia											Valor				
Cifra de colesterol											Valor				
P/A											Valor último				
Realizar escalas de adulto mayor (mayor de 65 años)															
Tinetti												Lawton y Brody			

U. R. - Facultad de Enfermería - Centro de la Salud del Adulto y Anciano Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - J. Morosutti, _____



**ESTUDIO
EPIDEMIOLÓGICO
SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

II) FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Antecedentes Personales CÁNCER DE BOCA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres (enferm. Inf. A. Digestivo)			
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	No sabe

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Consumo alcohol		Frecuencia		Fumar		Cuentos cigarrillos diarios	
Si	No	1 vaso diario (70 cm ³)	Más de 70 cm ³	Si	No	Si	No

Mala higiene bucal		Uso de prótesis		Alto consumo de bicarbonato de sodio	
Si	No	Si	No	Si	No

Observaciones: _____

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESÓFAGO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes Familiares				Padres (enferm.)			
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

Antecedentes Familiares

Padre	Si	No	Madre	Si	No	Tíos	Si	No	Antecedentes Familiares
									Si No Si No

Acalasia _____

Esófago previa _____

Esófago Cáustica _____

Divertículo esofágico _____

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Presenta od. reflujo gastro esofágico		Si	No

Observaciones: _____

Consumo de alimentos muy calientes		Si	No

EXAMEN SÍNTOMAS

Síntomas (marque Si o No)	Si	No	A veces
Dificultad para sólidos			
Retención para líquidos			
Hemorragia digestiva			
Diarrea o estreñimiento			
Dolor precordial			
Pérdida de peso			
Tos			
Disfonia			

U. R. - Facultad de Enfermería - Centro de la Salud del Adulto y Anciano Estudio Epidemiológico Salud del Adulto y Anciano - 4 - Montevideo



**ESTUDIO
 EPIDEMIOLÓGICO
 SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

Antecedentes Personales CÁNCER DE ESTÓMAGO E INTESTINO

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES									
Antecedentes Familiares					Padres fallecidos				
Sí		No			Sí		No		
Infección por <i>Helicobacter pylori</i>		Anemia megaloblástica o perniciosa (causada por deficiencia de vitamina B12)			Gastritis aguda o crónica				
Sí		No			Sí		No		
Antecedentes Familiares									
Padre	Sí	No	Madre	Sí	No	Tíos	Sí	No	Quem
Tiene sangre tipo A			Sí			No			
			Sí			No			Quem
Cáncer de estómago									
Cirugía previa del estómago									
Cáncer de colon o polipóico									
Poliposis familiar Adenomatosa									
Observaciones									

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		
Consumo una dieta que incluye:		
Cantidades elevadas de alimentos carnes y pescados curados con sal	Sí	No
Alimentos con alto contenido de almidón y con poca fibra		
Vegetales en vinagre		
Alimentos y bebidas que contienen NITROS y NITROS (cerdo, salado, en otros levados)		
El abuso del tabaco		
El abuso del alcohol		
Exposición a factores ambientales como polvo y vapores en el lugar de trabajo		

EXAMEN SÍNTOMAS		
Síntomas (marque Sí o No)		
Malestar o dolor en el abdomen	Sí	No
Náuseas y vómitos		
Diarrea o estreñimiento		
Pesadez abdominal después de las comidas		
Pérdida del apetito		
Fatiga y debilidad		
Vómitos con sangre o sangre en las heces		




**ESTUDIO
 EPIDEMIOLÓGICO
 SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

III) FACTORES DE RIESGO PARA PATOLOGÍA DE PROSTATA - CP (Cáncer de próstata)

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

Antecedentes de patologías neoplásicas		Raza Negra		Antecedentes Familiares de CP	
Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Actividad física		Actividad sexual		Dieta		Hábitos: Tabaquismo/Alcohol	
Si	No	Si	No	Si	No	Si	No

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

Obesidad		
Peso (kg)	Talla ²	IMC > 25

EXÁMENES PREVENTIVOS A PARTIR DE LOS 40 AÑOS

	Si	No
Control con Urologo 1 vez al año		
PSA (Antígeno prostático específico)		
Tacto rectal		

PRESENCIA DE SIGNOS Y SÍNTOMAS

	Si	No
Hematuria		
Dysuria		
Nicturia		
Trastornos en la micción (dificultad en inicio, chorro débil, estrechado, micción prolongada, urgencia)		
RAC		
Polaquiuria		
Incontinencia		

IV) FACTORES DE RIESGO PARA EL CÁNCER DE MAMA

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

	Si	No
Menarca precoz		
Antecedentes familiares de cáncer de mama		
Nulipara		

Universidad de la República - Facultad de Enfermería
Tesis Final sobre Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológico prescripto en los adultos mayores



**ESTUDIO
 EPIDEMIOLÓGICO
 SALUD DEL ADULTO Y ANCIANO**

V) FACTORES DE RIESGO DE LA PIEL

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

			Antecedentes Familiares		Padres Galicidos	
	Si	No	Si	No	Si	No
Cáncer de cualquier origen						
Piel blanca						
Piel negra						
Piel asiática						
Tiene protuberancias o manchas que cambien de color, duelan o sangren			Si	No		

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

	Si	No
Exposición al medio ambiente		
Horas de exposición al sol a horas inapropiadas		
Uso de sombra como protección		
Exposición a RX (ej: laborales)		
Exposición a sustancias químicas		
Tiene en cuenta el índice de radiación ultravioleta		

VI) FACTORES DE RIESGO OFTALMOLÓGICO

FACTORES DE RIESGO

	Si	No
Presenta signos y síntomas de disminución de la visión		
Antecedentes Familiares patología ocular		
Antecedentes Personales patología ocular (aclare cial)		
Antecedentes Familiares patologías crónicas		
Cirugías oculares previas		
Usa lentes (registro: Artigmatismo - Presbicia - Miopía)		
Trabajo donde se expongan los ojos o tengan riesgo, o estudio esfuerzo visual		
Traumas peri oculares y oculares (astentores)		
	Tipifique cuales	
Ingesta de medicamentos (Amiodarona, Ictretanolo, Sumatriptan, Clonidina, etc.)		
Alergias y hospitalizaciones	Si	No
Última consulta	Fecha	
Otros datos		

ANEXO N° 4: Cuestionario portátil del estado mental de Pfeiffer

Puntuación orientadora

- 0 a 2 errores: Sin deterioro cognitivo
- 3 a 4 errores: Deterioro cognitivo leve
- 5 a 7 errores: Deterioro cognitivo moderado
- 8 a 10 errores: Deterioro cognitivo severo.

- Se resta un error si la persona es analfabeta o ha tenido únicamente educación primaria.
- Se suma un error si la persona ha tenido educación terciaria.

1) Fecha de hoy: día, mes, año	0	1
2) Día de la semana de hoy.	0	1
3) Nombre del lugar.	0	1
4) Número de teléfono. La dirección (si no tiene teléfono)	0	1
5) Edad.	0	1
6) Fecha de nacimiento.	0	1
7) Nombre del presidente actual.	0	1
8) Nombre del presidente anterior.	0	1
9) Nombre de la madre.	0	1
10) Restar 3 a 20 y seguir restando sucesivamente.	0	1
Total		

ANEXO N° 5: Escala de Lawton y Brody

Puntuación orientadora

- 8 puntos - Muy activo: actividades instrumentales completas.
- 5 a 7 puntos - Activo: actividades limitadas.
- 1 a 4 puntos - Poco activo: limitación del 50% o más de esas actividades.
- 0 punto - Inactivo: no realiza actividades instrumentales.

<u>Capacidad para usar el teléfono</u>	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono	0
<u>Compras</u>	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
<u>Preparación de comida</u>	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan comidas	0
<u>Cuidado de la casa</u>	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
<u>Lavado de la ropa</u>	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<u>Uso de medios de transporte</u>	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1
Utiliza el taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0
<u>Responsabilidad respecto a su medicación</u>	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
<u>Manejo de sus asuntos económicos</u>	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza compras de cada día, necesita ayuda en las grandes compras	1
Incapaz de manejar dinero	0
Total	

ANEXO N° 6: ENCUESTA

Montevideo de de 2011.

Sr/a:

Está de acuerdo con la inclusión de sus datos personales en el estudio y se encuentra en conocimiento de los objetivos del mismo.

Firma:.....

Aclaración:.....

Edad:	65 - 74 años	75 - 84 años	85 y más.	
Sexo:	Masculino	Femenino		
Nivel de instrucción:	Primaria Completa	Primaria Incom.		
	Secundaria Completa	Secundaria Incom.		
	Terciaria Completa	Terciaria Incom.		
	UTU	Otros		
Estado civil:	Soltero	Casado	Unión libre	
	Divorciado	Viudo		
Ocupación:	Trabaja	Desocupado	Pensionista	
	Jubilado	Ama de casa		
Cobertura de salud:	Salud Pública	Privada		
¿Posee emergencia móvil?	Si			
	No			
¿Con quién vive?	Solo	Acompañado		
¿Presenta alguna Patología?	Si	No		
	¿Cuál?			
Periodicidad con la que concurre al medico	Cada 6 meses	Cada 12 meses		
	Mayor a 18 meses	Mayor a 24 meses		

Universidad de la República - Facultad de Enfermería
Tesis Final sobre Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológico prescripto en los adultos mayores

ANEXO B. TIPO DE MEDICACIÓN ENTREN DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO

Especialidades médicas que concurren

Medicina general	Geriatría	Cardiología	
Endocrinología	Reumatología	Neurología	
Nefrología	Urología	Dermatología	
Reumatología	Neurología	Nefrología	
Urología	Dermatología	Traumatología	
Otros			

Costo de la medicación adquirida por fármaco

Menos de 100	entre 100- 200	entre 200-300	
entre 300- 400	entre 400- 500	más de 500	

Medicamentos empleados:

Medicamento utilizado	Dosis habitual consumida/ día (mg)	Via de adm.:v/o, v/s, v/i,v/m	Período de consumo de medicamentos				
			0 a 3 meses	3 a 6 meses	6 a 9 meses	9 a 12 meses	Más de 12.

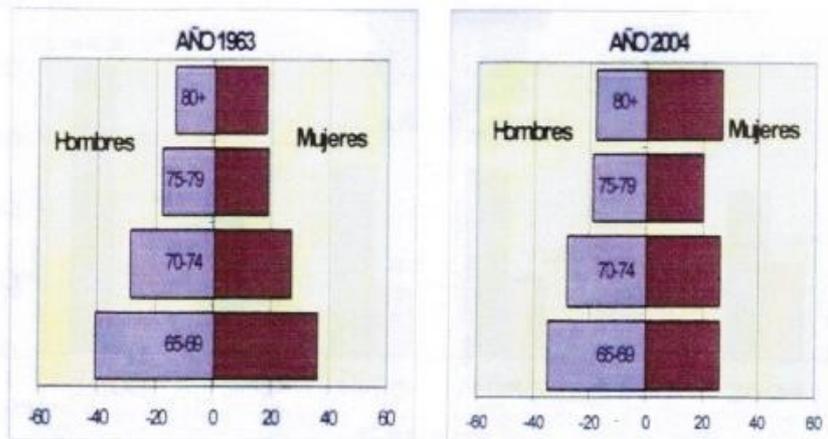
ANEXO N° 7 : TEST DE MORINSKY- GREEN DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO.

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad (especificar)?	Si	
	No	
¿Toma los medicamentos a las horas que le han indicado?	Si	
	No	
Cuando se encuentra bien, ¿deja alguna vez de tomar la medicación?	Si	
	No	
Si alguna vez la medicación le sienta mal, ¿deja de tomarla?	Si	
	No	

En todos los casos de debe responder "SI" o "NO".

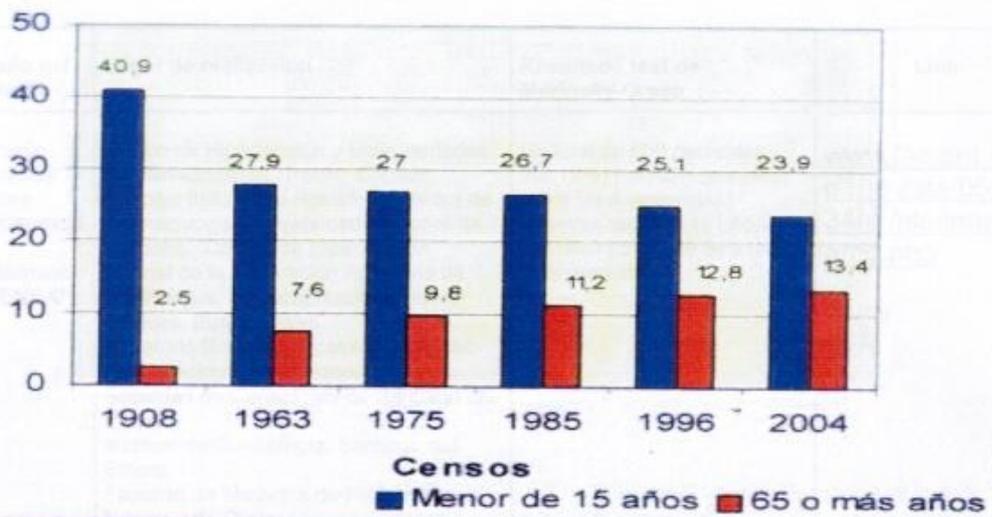
Se considera cumplidor a quien contesta de forma correcta a las cuatro preguntas realizadas entremezcladas durante una conversación sobre su enfermedad.

ANEXO N° 8: Datos extraídos del Censo poblacional de 2004



Como puede verse en el gráfico comparativo, existe un importante incremento de la población femenina dentro de este grupo de edad, la que pasa a representar el 19 a un 27 por ciento.

Indicadores de envejecimiento demográfico



ANEXO N° 9: Resumen de estudios en Latinoamérica y el Caribe, donde se aplico el test de Morinsky-Green.

Autor/es	Titulo del estudio	Lugar de realización	Resultado test de Morinsky-Green	Link
Roberto a. Ingaramo, Nestor vita, Mario Bendersky, Miguel Arnolt, Claudio Bellido, Daniel Piskorz, Omar Lindstrom, Angel García Piazza, Rafael Manzur, Emilio Marigliano, Sergio Hauad, Alfredo Donato, Mirta Santana.	Estudio Nacional Sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT)	Centro de Hipertensión y Enfermedades Cardiovasculares. Trelew. Chubut. Hospital Italiano de Rosario. Cátedra de Farmacología. Universidad Nacional de Córdoba. Comité de Hipertensión Arterial de la Federación Argentina de Cardiología. Hospital Nacional de Clínicas. Buenos Aires. Sanatorio Británico. Rosario. Sociedad de Cardiología de Misiones. Sociedad de Cardiología de Santiago del Estero. Instituto de Cardiología. Santiago del Estero. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo. Universidad Nacional de Tucumán. Hospital Abel Ayerza. Marcos Juárez. Córdoba. Profesora de Bioestadística. Universidad Nacional de Tucumán. Dirección postal: Roberto A. Ingaramo. Howell Jones 415. 9100 Trelew. Chubut. Argentina.	Un total de 859 pacientes (48,15%) fue ADH (contestó NO a las 4 preguntas) mientras que 925 (51,85%) fue NAD (contestó SI a una o más preguntas).	www.fac.org.ar/1/revista/05v34n1/hta/ingaramo.php
mMSc. DrGerardo Alvarez Alvarez. z	Hipertensión Arterial Esencial. Adherencia terapéutica y control de la Tensión Arterial.	Los enfermos fueron tomados al azar en línea continua, en dos consultorios del médico de la familia del área urbana del municipio de Encrucijada y en los que asistieron a consulta de medicina interna, así como en el cuerpo de guardia del Hospital Universitario "Arnaldo Millán Castro" de Santa Clara, Villa Clara. Cuba	Con conocimientos adecuados y correctos sobre su enfermedad solo fueron encontrados el 34.5% de los enfermos, lo que además representa que en el 65.48% de aquellos exhibían elementos deficitarios sobre los conocimientos en su proceso patológico. Esos mismos enfermos respondieron llevar un cumplimiento terapéutico correcto en un 35.37%, significando que el resto de los investigados (64.42%) manifestaron incumplimientos notables de las prescripciones médicas.	www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/642/1/Hipertension-Arterial-Esencial-Adherencia-terapeutica-y-control-de-la-Tension-Arterial.html

Universidad de la República - Facultad de Enfermería
Tesis Final sobre Polifarmacia: Adherencia terapéutica farmacológica prescripto en los adultos mayores

Autor/es	Titulo del estudio	Lugar de realización	Resultado test de Morinsky-Green	Link
José Alejandro Tapia Muñoz	Adhesión al tratamiento Farmacológico Antihipertensivo en el Hospital de Chaiten- 2005	Valdivia-Chile 2006	Las respuestas afirmativas (SI = No Adherencia) se concentraron mayoritariamente en la pregunta número 1 con un 41.2%, indicando al olvido como la causa más frecuente de no adherencia farmacológica. Además la respuesta negativa más comunicada (NO = Adherencia) se encuentra representada por la respuesta número 4, indicadora de que las reacciones adversas al medicamento, afectan en menor medida en la no adherencia con un 83.8%.	www.cybertesis.uach.cl/tesis0/uach/2006/fmt172a/doc/fmt172a.pdf
Rodolfo Herrera, Estadístico ; Marisol Badiol, MD. ; Helmer Zapata, Estadístico	Factores asociados al no control de la presión arterial en pacientes inscritos al programa de hipertensión de una Entidad Promotora de Salud en Cali-Colombia, 2004.	Cali, Colombia.	La adherencia al tratamiento farmacológico fue 56,2% (IC 95%: 51,0% - 61,3%).	www.scc.org.co/REVISTASCC/v16/v16n4/v16n4/pdf/v16n4a2.pdf

GLOSARIO

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria
BPS: Banco Provisión Social
ETSA: Estudio de investigación transversal del adulto mayor
FA: Frecuencia absoluta
FR: Frecuencia relativa
FR%: Frecuencia relativa porcentual
IMC: Índice de masa corporal
M.S.P: Ministerio de Salud Pública
OMS: Organización Mundial de la Salud
UDELAR: Universidad de la República
UTU: Universidad del Trabajo del Uruguay