



**UNIVERSIDAD
DEL AZUAY**

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Medicina

**“POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO
MIESPACIO DE SABIDURÍA EN EL PERIODO 2016”**

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico.

Autoras:

Sara Carolina Mejía Freire

Lorena Elizabeth Muñoz Cañas

Director:

Dr. Fabián Guapizaca

Asesor Metodológico:

Dr. Fernando Arias

Cuenca – Ecuador

2017

“POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO MIESPACIO DE SABIDURÍA EN EL PERIODO 2016”.

Mejía Sara¹, Muñoz Lorena¹, Guapizaca Fabián², Arias Fernando³.

1. Autora: Estudiante de la Escuela de Medicina, Universidad del Azuay.
2. Director de Trabajo de Tesis.
3. Asesor de investigación.

“POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO MIESPACIO DE SABIDURÍA EN EL PERIODO 2016.”

Mejía Sara ¹, Muñoz Lorena ¹, Guapizaca Fabián ², Arias Fernando³.

RESUMEN

Antecedentes: La polifarmacia es muy frecuente en la actualidad debido a la pluripatología de los adultos mayores lo que puede llevar a sobredosis, interacciones farmacológicas y mayor riesgo de efectos adversos.

Objetivo:

Determinar la frecuencia de polifarmacia y características de la prescripción.

Metodología:

Estudio descriptivo, muestra por conveniencia, conformada por 120 adultos mayores (mujeres y hombres) pertenecientes al Centro MiEspacio de Sabiduría de la ciudad de Cuenca, pacientes de atención ambulatoria, a todos los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se les realizó un cuestionario de forma individual, que previamente fue validado con una prueba piloto, los datos se procesaron en el programa SPSS V22.0, se utilizó estadística descriptiva, con frecuencias, medias, desviaciones y porcentajes, analizando cada una de las variables clínicas y epidemiológicas.

Resultados: El rango de edad de adultos mayores entre 65 y 90 años con un 37,5% de polifarmacia con predominio del sexo femenino de 64,1%, la enfermedad más prevalente fue la hipertensión arterial. El 44,2% tomaban dos medicamentos diarios, el 40% toma una vez al día los medicamentos y el 21,6% toma medicación innecesaria.

Conclusiones: La prevalencia de polifarmacia en nuestro estudio es equiparable con estudios de américa latina.

Palabras claves: Envejecimiento, polifarmacia, prevalencia.

1. Autora: Alumna de la Escuela de Medicina, Universidad del Azuay.
2. Director de Trabajo de Tesis.
3. Asesor de investigación.

**POLYPHARMACY IN THE ELDERLY OF *MIESPACIO DE SABIDURIA* CENTER
DURING THE 2016 PERIOD.**

Mejía Sara ¹, Muñoz Lorena ¹, Guapizaca Fabián ², Arias Fernando³.

ABSTRACT

BACKGROUND: Polypharmacy is very frequent at present as a consequence of the multiple pathology of the elderly, which can lead to overdose, pharmacological interactions and greater risk of adverse effects.

OBJECTIVE: To determine the frequency of polypharmacy and characteristics of the prescription.

METHODOLOGY: Descriptive study, convenience sample made of 120 seniors (women and men) ambulatory care patients at *MiEspacio de Sabiduría* Center of Cuenca. A questionnaire was applied to all patients who fulfilled the inclusion criteria. The data were processed in the SPSS V22.0 program. Descriptive statistics with frequencies, means, deviations and percentages were used, analyzing each of the clinical and epidemiological variables.

RESULTS: The age range of seniors was between 65 and 90, with a 37.5% polypharmacy, with a predominance of 64.1% in females. Hypertension was the most prevalent disease. 44.2% of them took two drugs a day, 40% take medicines once a day, and 21.6% take unnecessary medication.

Conclusions: The prevalence of polypharmacy in our study is equivalent to studies carried out in Latin America.

KEYWORDS: aging, polypharmacy, prevalence.

1. Author: Student of the School of Medicine, *Universidad del Azuay*.
2. Thesis Director.
3. Research Adviser.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

INTRODUCCIÓN

La polifarmacia se define como el uso excesivo de fármacos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el uso de tres o más medicamentos simultáneamente, excluyendo vitaminas o complementos alimenticios (1) aunque no existe un consenso en la cantidad de fármacos necesarios para considerar polifarmacia. Tratamiento insuficiente es cuando no se prescribe medicamentos de eficacia probada, polimedición se define como la utilización justificada de medicamentos para el tratamiento de la polipatología del anciano.

La OMS calcula que más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente. Este uso incorrecto puede adoptar la forma de un uso excesivo, insuficiente o indebido de medicamentos de venta con o sin receta. (2)

La polifarmacia puede llevar a sobredosis, interacciones farmacológicas y mayor riesgo de efectos adversos, una de las causas de polifarmacia es la prescripción múltiple de varios especialistas que realizan a los adultos mayores y sin que exista comunicación entre ellos (3) por lo que es importante disminuir la cantidad de fármacos que se prescriben al realizar una buena anamnesis.

Debido a que la población de adultos mayores va en aumento en nuestra sociedad lo cual conlleva plantearnos nuevos problemas como los síndromes geriátricos (4), dentro de los cuales se encuentra la polifarmacia, un tema de interés para médicos familiares, internistas, y otros especialistas que son visitados por adultos mayores por las múltiples patologías, esto les hace propensos a presentar interacciones farmacológicas peligrosas, por lo que se requiere conocer la prevalencia de polifarmacia y cuáles son los fármacos usados con mayor frecuencia y de esa manera intentar disminuir al mínimo la prescripción de fármacos y tratar de tomar medidas higiénico dietéticas en lugar de aumentar fármacos cuando se presente algún síntoma.

Dentro de los factores de riesgo para la polifarmacia tenemos:

- Edad avanzada
- Sexo femenino
- Bajo nivel educacional
- Múltiples comorbilidades
- Hospitalización reciente
- Depresión
- Consulta a múltiples médicos los cuales no se comunican entre sí. (5)
- Falta de evaluación geriátrica.
- Falla en establecer la duración de la terapéutica.
- Falla en discontinuar medicamentos innecesarios o inefectivos.
- Inadecuada educación para el paciente y de sus cuidadores.
- Automedicación (6)

De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 son viejas o ancianas y las personas mayores de 90 son los llamados grandes viejos o grandes longevos. (7) Otro concepto a considerar es el de anciano frágil: persona mayor de 80 años, vive solo, con patología crónica invalidante, polifarmacia, déficit auditivo o visual importantes, demencia u otro deterioro cognitivo.

Las enfermedades más frecuentes en este grupo etario son: cardíacas, cerebrovasculares, respiratorias, diabetes, hipertensión arterial, delirio, demencia, caídas, síndrome de inmovilidad y la incontinencia. La frecuencia, severidad y discapacidad aumentan con la edad. (8)

En nuestro país según la constitución se considera como adulto mayor a las personas de 65 años en adelante. (9) Según datos del Instituto Nacional de

Estadísticas y Censos (INEC) del año 2011, en el Ecuador existen 1'229.089 (8.05%) personas mayores de 65 años, la mayoría pertenecientes a la sierra del país, 596.429 (48.5%), seguido de la costa, 589.431 (47.9%). De acuerdo por la división según el género de la población nacional adulta mayor es de 53% para las mujeres y de 47% para los hombres. Según proyecciones para el año 2016 la población será de 1'659.518 y para el año 2020 se espera que haya 1'904.568 lo que representaría el 10,8% de la población por lo que son un grupo etario donde cada vez se debe poner mayor interés. (10)

Los factores que más inciden en el uso inadecuado de medicamentos son la mala interpretación de las prescripciones, las fallas amnésicas, galénica, factores económico, social, vivienda no fija, inestabilidad familiar o prejuicios de las personas encargadas de la atención de los ancianos. (11)

Cuando dos fármacos se prescriben de manera simultánea el riesgo potencial para que se presente interacción medicamentosa es del 6%, éste aumenta al 50% cuando se administran 5 y a un 100% cuando son 8 o más medicamentos. (12)

Los adultos mayores consumen entre 5 a 7 medicamentos, lo que podrían reducirse con medidas de educación sanitaria y no aumentando el número de fármacos que el paciente consume. (8)

Para evitar la polifarmacia es importante individualizar a cada paciente, conocer sus enfermedades de base y la medicación que consume para tomar medidas en el control de un consumo inadecuado o excesivo de medicamentos, por lo que es necesario que la prescripción se realice de manera conjunta y coordinada entre los diferentes especialistas que intervienen en el tratamiento del paciente así como los cuidadores o familiares que ayudan al adulto mayor. (13)

En cuanto a las consecuencias de la polifarmacia podemos enumerar:

- Es un predictor de mortalidad
- Incrementa las consultas a servicios de Urgencia
- Aumenta las frecuencias de hospitalizaciones.

- Incrementan las caídas, fracturas de caderas, neumonías por aspiración e incidencia de delirium. (14)

La polifarmacia se ve afectada por la automedicación que es el consumo de medicamentos sin poseer receta médica, se da por decisión del propio paciente sin ser supervisado por profesionales de la salud (15), generalmente los pacientes que tienen este hábito pueden adquirir los medicamentos de venta libre, estos medicamentos se venden sin ninguna restricción debido a que no necesitan de receta médica. (11)

En la ciudad de Cuenca no existen datos sobre la polifarmacia en el adulto mayor no hospitalizado, sólo encontramos información en pacientes hospitalizados en el Hospital Vicente Corral Moscoso por lo cual nos hemos planteado la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de polifarmacia en el adulto mayor en la ciudad de Cuenca?

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo con los integrantes del Centro MiEspacio de Sabiduría en la ciudad de Cuenca. El universo son todos los pacientes del programa MiEspacio de sabiduría durante el periodo de estudio, en total son 170 personas del cual se calculó una muestra no probabilística de conveniencia para lo cual se obtuvieron 120 pacientes, el proceso se muestra en el siguiente gráfico.

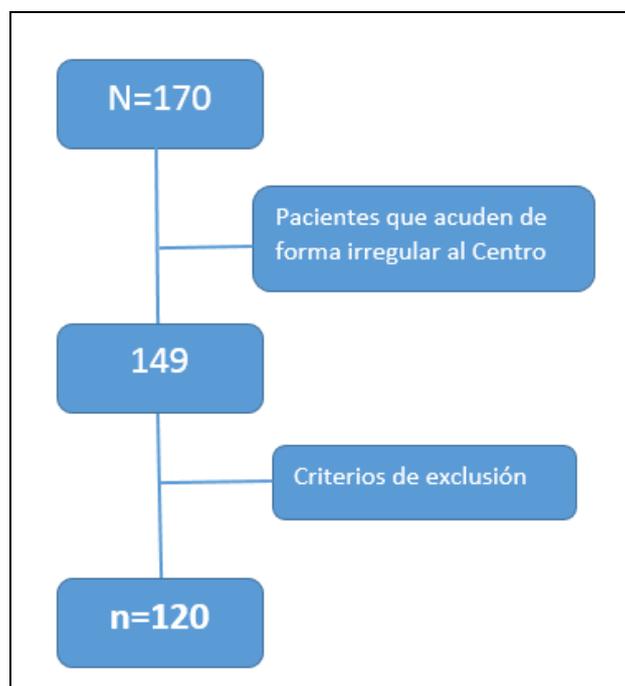


Gráfico 1. Forma de obtención de la muestra. N= universo, n= muestra. Fuente: Base de datos. Realizado por las autoras.

Se incluyeron en el estudio personas mayores a 65 años, que sepan leer y escribir y aquellos que aceptaron colaborar y hayan firmado el consentimiento informado. Se excluyeron del estudio a personas que se negaron a colaborar y los que consumían fármacos de forma aguda.

Para validar el formulario realizado por las autoras, se hizo una prueba piloto con 25 pacientes de consulta externa del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, una vez validado la encuesta, se presentó el proyecto a todos los participantes y autoridades del centro, los participantes firmaron el consentimiento informado y se les solicitó

acudir a las entrevistas con todos los fármacos que estén consumiendo hasta el momento. Se efectuaron entrevistas individuales a cada uno de los pacientes de 20 a 30 minutos de duración donde se procedió al llenado del cuestionario de acuerdo a las respuestas con un tiempo de recolección de los datos de 3 meses.

Se recolectaron los datos en formularios y se procesaron utilizando el programa SPSS V22.0; donde se utilizó estadística descriptiva, con frecuencias, medias, desviaciones y porcentajes, analizando cada una de las variables clínicas y epidemiológicas.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, estado civil, instrucción, autoidentificación étnica, enfermedades crónicas diagnosticadas, tiempo transcurrido desde el diagnóstico, tratamiento actual, número de fármacos que consume al día, número de veces al día que consume medicamentos. La financiación de la investigación estuvo a cargo de las autoras. Declaramos que no existe ningún conflicto de interés.

RESULTADOS

Nuestra muestra estuvo conformada por 120 hombres y mujeres con edades entre 65 años y 90 años con una media de 72,49 años. Las variables se presentan Tabla 1., no se consideró dentro del estudio a los pacientes analfabetos.

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Femenino	89	74,20%
	Masculino	31	25,80%
Edad	65-79 años	102	85%
	>80 años	18	15%
Estado civil	Soltero	11	9,20%
	Casado	55	45,80%
	Divorciado	25	20,80%
	Separado	9	7,50%
	Viudo	20	16,70%
Autoidentificación Étnica	Mestizo	107	89,20%
	Blanco	10	8,30%
	Afroecuatoriano	1	0,80%
	Indígena	1	0,80%
	Otros	1	0,80%
Nivel de educación	Primaria	77	64,20%
	Secundaria	32	26,70%
	Superior	11	9,20%

Tabla 1. Características de la población. Fuente: Base de datos. Realizado por las autoras.

De acuerdo a las enfermedades diagnosticadas tenemos que el 39,2% tienen una patología, el 26,7% dos patologías, el 17,5% no tienen patologías, un 15% tres patologías y el 1,7% con cuatro patologías.

La enfermedad más prevalente se muestra en la siguiente tabla.

Comorbilidades	
Patología	Total
Hipertensión arterial	55
Diabetes mellitus	26
Hipotiroidismo	20
Enf. músculo esquelético	30
Dislipidemias	12
Enf. Digestivas	11
Otras	22

Tabla 2. Enfermedades diagnosticadas. Fuente: Base de datos. Realizado por las autoras.

La frecuencia de polifarmacia en nuestra población representa 37,5%.

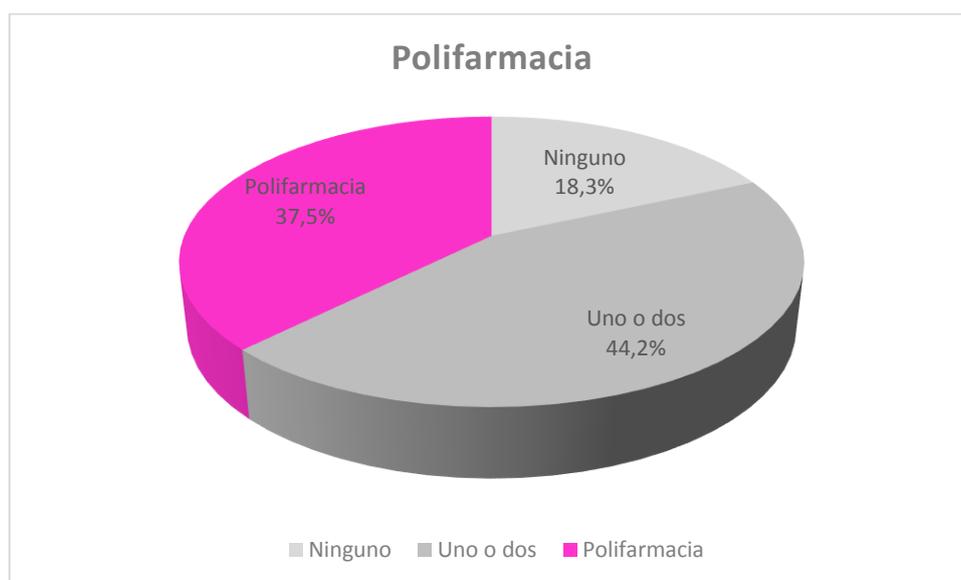


Gráfico 2. Frecuencia de polifarmacia. Fuente: Base de datos. Realizado por las autoras.

El 44.2% consume de uno a dos fármacos diarios, 27.5% de tres a cuatro, 18.3% no consume ningún tipo de medicación, 7.5% cinco a seis y 2.5% restante siete o más fármacos.

En el gráfico 3 se muestra el número de tomas que la persona consume la medicación.

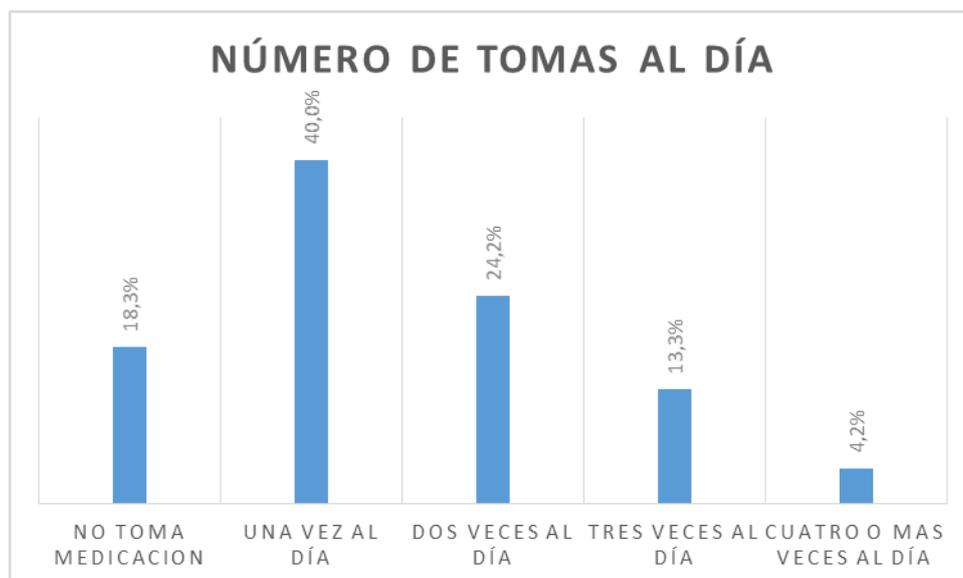


Gráfico 3. Frecuencia de consumo diario de fármacos. Fuente: Base de datos Realizado por las autoras.

Para correlacionar el sexo con el consumo de fármacos encontramos que el 64,1% son mujeres, el 17,5% hombres y el 18,3% no consumen fármacos.

El 21,6% de la población consume fármacos de manera innecesaria los mismos que se indican en el gráfico a continuación expuesto.



Gráfico 4. Frecuencia de consumo innecesario de fármacos. Fuente: Base de datos Realizado por las autoras.

DISCUSIÓN

El grupo etario en el que se enfocó nuestro estudio tiene importancia fundamental debido a que la esperanza de vida ha aumentado por los avances médicos con tratamientos oportunos que prolongan la vida, se estima que para el año 2050 la población del adulto mayor representa más de una cuarta parte de la población mundial, por lo que es esperable encontrar un aumento de las enfermedades crónicas degenerativas lo que condiciona una mayor exposición de fármacos.

La prevalencia de polifarmacia es muy variable, se encuentra en rangos del 5% hasta 78% (16). Fialova, et al., en un estudio europeo de 2,707 pacientes con una media de edad de 82.2 años, obtuvieron el 51% de polifarmacia. Kaufman, et al., en Estados Unidos, documentaron que el 57% de las mujeres mayores de 65 años recibían polifarmacia. En Cuba, se encontró que existe mayor consumo de fármacos en las mujeres en relación con los hombres

Martinez-Arroyo, et al. indicaron que en escasos estudios realizados en México hay entre el 55 y el 65% de polifarmacia en pacientes no hospitalizados en el grupo de edad de 75-79 años, de los cuales 76.3% correspondió a mujeres y 62.8% a hombres de la población encuestada. (5) La Guía de Práctica Clínica para la Prescripción Farmacológica Razonada para el Adulto Mayor reporta que el 35% de la población de 75 a 85 años consume de forma ambulatoria cinco o más medicamentos diariamente (5).

En comparación con nuestros resultados tenemos una prevalencia menor de polifarmacia, coincidiendo su predominio en el sexo femenino, la causa probable de este mayor índice en mujeres se debe a componentes genéticos y hormonales lo que lleva a más problemas de salud. Considerando la edad, en nuestra muestra existe discrepancia pues el grupo en el que se encuentra mayor polifarmacia es en menores de 70 años lo que se podría explicar porque actualmente hay una detección temprana de enfermedades y mayor concientización por parte de la población para acudir a revisiones periódicas lo que no se ve en la población de edad más avanzada.

En nuestro medio se encontraron dos estudios realizados en pacientes adultos mayores hospitalizados los mismos que se realizaron con 9 años de diferencia, pero no existen datos de polifarmacia en pacientes ambulatorios. Basándonos en el estudio más reciente que fue realizado en los pacientes hospitalizados en el área de clínica del Hospital Vicente Corral Moscoso (HVCM) por Picón y Tenesaca se observó un 37,7% de polifarmacia previo al ingreso hospitalario, y un 78,6% (17) posterior al mismo la que relacionando con Guachún y Guevara incrementó pues en este estudio del 2008 existía un 14,9% de polifarmacia (18).

Si comparamos el resultado de Guachún y Guevara con el nuestro, vemos que la polifarmacia incrementó en un 22,6%, creemos que algunos factores como diagnóstico precoz y aumento de la esperanza de vida influyen en estos datos. Con los datos de Picón y Tenesaca podemos considerar que la prevalencia de polifarmacia antes de la hospitalización es similar al de una población ambulatoria como la de nuestro estudio y no se muestra que exista una gran diferencia (diferencia del 0,2%).

El consumo promedio de medicamentos es de 2,28 fármacos por paciente, cuyo dato se asemeja a trabajos realizados en América Latina con una media de 2,8 medicamentos/paciente en Brasil, 3,2 en Perú y 2,23 en los pacientes hospitalizados del HVCM en Cuenca-Ecuador (17).

Nuestra población tiene como enfermedad más frecuente la hipertensión arterial como consecuencia, se observa en mayor cantidad el uso de fármacos cardiovasculares específicamente los antagonistas de receptor de angiotensina II lo que también se ha observado en estudios realizados en Cuba y en Cuenca (19) (17).

Alvarado en su estudio analizó la relación que existe entre polifarmacia y medicina natural encontrando que el 32% de pacientes indicaron consumir regularmente estos productos, cifra un poco menor a la que encontramos en nuestros resultados. La causa podría ser porque la medicina natural es considerada como inofensiva para la salud, esta creencia puede ser falsa ya que faltan estudios que demuestren lo inocuos o perjudiciales que pueden ser estos medicamentos.

Una vez que conocemos la realidad en la que se encuentran nuestros adultos mayores en cuanto al consumo de fármacos, tenemos que analizar el impacto que tiene en la salud tanto, física como emocional, en la intervención en sus actividades diarias, aspecto económico y la repercusión en el sistema de salud tanto público como privado.

Una fortaleza de nuestro estudio fue que se realizó con pacientes adultos mayores ambulatorios pues en los hospitalizados la cantidad de fármacos van a ser mayores porque estarán bajo tratamiento por la patología que causó su ingreso, otra fortaleza es la validación de las encuestas que se podría utilizar en estudios futuros. Dentro de las limitaciones tenemos que se solicitó que el paciente acuda con todos los fármacos que consume evitando el sesgo de memoria pero al no confirmar el número real de fármacos nos puede llevar a error, otra debilidad fue que al momento de encuestar a los pacientes no se preguntó si vive solo, tiene apoyo familiar o de algún cuidador lo que se ha visto que influye en la toma de medicación, como el estudio se realizó en un solo establecimiento nos limita el poder generalizar los resultados por lo que se necesitaría un estudio multicéntrico, en una población similar del área urbana y rural para conocer la situación de polifarmacia en la ciudad de Cuenca.

En nuestro estudio se encontró que la prevalencia de polifarmacia en comparación a países desarrollados se encuentra en menor porcentaje pero con países de América Latina los resultados son equiparables.

RECOMENDACIONES

- Promover el tratamiento no farmacológico en diversas patologías que presentan los adultos mayores.
- Instruir a los adultos mayores los riesgos de la automedicación.
- Complementar las encuestas con test de evaluación funcional del adulto mayor para correlacionar con la polifarmacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez L. et.al (2012) “Efectos de la Polifarmacia sobre la calidad de vida en adultos mayores” Revista Fuente Año 4 No. 10 Enero - Marzo 2012. Recuperada en marzo de 2015 en <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>
2. Dionne M. (2010) “Adulto mayor” Centro de recreación para Adultos Mayores. Puebla, México. Recuperado en marzo de 2015 en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf
3. López J. J., Dennis R., Moscoso S., Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Departamento de Investigaciones, Estudio sobre la Automedicación en la localidad de Bogotá, Publicado el 4 de mayo del 2010.
4. Luengo C. et. al (2013) Síndromes geriátricos. Tratado de Geriatria para residentes. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Recuperado en julio de 2016 en: https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2013_II.pdf
5. Martínez-Arroyo J.L. et, al. (2014) Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. Gaceta médica de México 2014;150 Suppl 1:29-38. Recuperado en julio 2016 en: http://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_029-038.pdf
6. Arango V. (2010) “Polifarmacia en el anciano”. Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado en marzo de 2015 en <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0025%20Polifarmacia.PDF>
7. Zelaya M. (2010) Formulario terapéutico 2010. Instituto Hondureño de Seguridad Social. Recuperado en julio de 2016 <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18604es/s18604es.pdf>
8. Cruz M. (2013) “Farmacología en geriatría. Polifarmacia, prescripción inadecuada en adultos mayores”. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado en marzo de 2015 en

- http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/anciano/15_Farmacologia.pdf
9. Consejo Nacional para la igualdad intergeneracional. Adultos mayores, ¿Quiénes y cuántos son?, Publicado el 29 de septiembre de 2014, Recuperado en agosto de 2017 en <http://igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/quienes-son-adulto-mayor.html>
 10. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC (2010). "Base de datos". Disponible en Dirección electrónica: <http://www.inec.gov.ec/cpv/>, visitado: 6 de marzo del 2015
 11. Vásquez J. y colaboradores. (2009) "Prevalencia de la automedicación y del consumo de remedios herbolarios entre los usuarios de un centro de salud" Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
 12. Martín A. Piñeiro A. (2013) Farmacología y yatrogenia. Tratado de Geriátrica para residentes. Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Recuperado en julio de 2016 en <https://www.segg.es/download.asp?file=/tratadogeriatria/PDF>
 13. Mendoza S. (2012). La Polifarmacia como un problema de salud en el Adulto mayor. Rev. Hosp. Psiquiátrico de la Habana 2012, 9 (3). Recuperado en julio de 2016 en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2012/hph123d.pdf>
 14. Toral F. (2012) "Prevalencia de polifarmacia en personas mayores". Gerontología y Geriátrica. Universidad de Salamanca. Recuperado en marzo de 2015 en <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec//handle/28000/315>
 15. Kregar G., Filinger E., (2010) Universidad de Buenos Aires, Que se entiende por automedicación?, Publicado en Bonearensense 2010. Recuperado en julio de 2017 en http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/1/LAJOP_24_1_6_2_5ROG2AU4L2.pdf
 16. Regueira M, et, al (2011) Uso de medicamentos en adultos mayores no institucionalizados. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2011;28(4):643-47. Recuperado en agosto de 2017 en <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v28n4/a12v28n4>
 17. Picón A, Tenesaca C, Sacoto A., (2017) Prevalencia y factores asociados a polifarmacia en adultos mayores, Hospital Vicente Corral Moscoso, área de clínica 2016. Universidad de Cuenca; 2017. Recuperado en

septiembre de 2017. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27046/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

18. Guachún M, Guevara M, Iñiguez G, Solis R, Cordero P. (2008) Polifarmacia por automedicación y prescripción médica en personas de la tercera edad de la ciudad de Cuenca-Ecuador 2008, Universidad de Cuenca; 2008 Recuperado en febrero de 2016. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/19784> 50
19. Serra M. y Meliz J. (2013) "Polifarmacia en el adulto mayor". Revista Habanera de Ciencias Médicas 2013:12(1)142-151. Recuperado en marzo de 2015 en <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v12n1/rhcm16113.pdf>

ANEXOS**CONSENTIMIENTO INFORMADO****INFORMACIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:**

“Polifarmacia en adultos mayores del Centro MiEspacio de Sabiduría”.

Código del protocolo:

Nombre de investigador principal: Sara Carolina Mejía Freire – Lorena Elizabeth Muñoz Cañas.

Nombre del patrocinador: Sara Carolina Mejía Freire – Lorena Elizabeth Muñoz Cañas.

Centro de investigación: Centro de Promoción del Adulto y Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

PARTE I: INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE**1. INTRODUCCION:**

Somos estudiantes de quinto año de la facultad de Medicina de la Universidad del Azuay, nos encontramos realizando este estudio, que se refiere a la Polifarmacia, frente a la posible interacción entre medicamentos, la duplicación de los mismos o la automedicación. Antes de decidir, usted puede hablar con alguien con quien se sienta cómodo. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor pídanos la explicación necesaria, si usted tiene preguntas ahora o después puede realizarlas.

2. DESCRIPCION DE LA METODOLOGIA DE INVESTIGACION

Le invitamos a formar parte de esta investigación ya que es importante conocer la cantidad de adultos mayores que consumen tres o más fármacos de manera simultánea y muchas veces puede repetirse la medicación o asociarse de una manera no conveniente los pacientes con mayores de 65 años que acuden al Centro MiEspacio de Sabiduría, ya que dentro de estas edades empiezan a diagnosticarse enfermedades que requieren fármacos de manera prolongada. La cantidad de sujetos en investigación a nivel nacional es un aproximado de 300. La decisión de participar en este estudio es completamente voluntaria. Es su decisión participar o no, si usted elige no participar, todos los servicios que usted reciba en esta Institución continuará y nada cambiará. Usted puede también cambiar su decisión más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado previamente. La información personal que se obtendrá a través de las encuestas es estrictamente confidencial, asegurando así que sus nombres no serán expresados en resultados o posibles publicaciones del estudio.

3. JUSTIFICACION Y OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de polifarmacia en adultos mayores ya que cada vez es mayor la cantidad de personas de este grupo etario y el que deban consumir varios fármacos por sus múltiples patologías los hace propensos a presentar interacciones farmacológicas peligrosas, por lo que se requiere conocer la prevalencia de polifarmacia y cuáles son los fármacos usados con mayor frecuencia y de esa manera intentar disminuir al mínimo la prescripción de fármacos y tratar de tomar medidas higiénico dietéticas en lugar de aumentar fármacos cuando se presente algún síntoma.

4. PROCEDIMIENTO Y PROTOCOLO

Se iniciará con la explicación del consentimiento informado, aclarando dudas que los participantes puedan tener para luego seguir con la entrega de las encuestas, las mismas que se tabularán en una base de datos para conocer prevalencias y tener una visión general de las mayores causas de automedicación en los adultos mayores. Las visitas al Centro serán realizadas hasta concluir con el número propuesto de participantes.

Para constancia de que se está realizando la investigación hemos de tomar varias fotografías, sin necesariamente mostrar los rostros de los participantes y en caso de requerir fotografiar los rostros se pedirá verbalmente el consentimiento de la misma.

5. CONFIDENCIALIDAD

La información que recolectamos para esta investigación se mantendrá confidencial, ya que en los cuestionarios no se pide el nombre del participante, los investigadores podrán ver el resto de la información que se pide en las encuestas, la misma que no se compartirá ni se dará a nadie excepto a los investigadores que tenemos acceso a la investigación.

6. PARTICIPACION VOLUNTARIA

Las personas invitadas a participar pueden elegir, libre y voluntariamente, participar o no en la investigación, pueden abandonar el estudio en cualquier momento, lo único que deberán hacer es informar esta decisión a los investigadores del estudio, su retiro no le ocasionará ninguna penalidad ni la pérdida de ninguno de los beneficios a los cuales la persona que otorga el consentimiento, no sufrirá ningún perjuicio en relación con la atención médica o su participación en investigaciones futuras. Es importante que informe cualquier problema que pueda ocurrir durante su participación en el estudio. El investigador puede cancelar la participación de un sujeto en investigación en cualquier momento, con o sin su consentimiento, cuando corresponda.

7. RESPONSABILIDADES DEL INVESTIGADOR

Las obligaciones de los investigadores constan en informar detalladamente la razón por la que se está realizando el estudio, resolver las dudas de los participantes de manera clara y explícita, estas se podrán responder antes, durante o después del inicio del estudio.

8. PREGUNTAS Y CONTACTOS RELATIVOS A LA INVESTIGACION

Se especifica que el sujeto en investigación puede formular libremente preguntas acerca de este formulario de consentimiento informado o del estudio clínico, ahora o en cualquier momento durante el mismo. Señala que si el sujeto que otorga el consentimiento o su representado, en el caso que corresponda, desea formular preguntas acerca de la investigación puede comunicarse con los mismos.

Sara Carolina Mejía Freire sari_713@hotmail.com

Lorena Elizabeth Muñoz Cañas lolom_18@hotmail.com

9. RESPONSABILIDAD DEL PARTICIPANTE

Deberá llenar de manera adecuada el cuestionario a entregarse, expresar las dudas que tenga a cerca del mismo.

10. REFERENCIA PARA INFORMACIÓN Y EMERGENCIAS

Esta propuesta ha sido evaluada y aprobada por el comité de ética en investigación, cuya tarea es asegurarse de que a los participantes se los protegerá de daños. Para averiguar algo más acerca del comité, puede contactar al Dr. Ángel Rodríguez Guerra, Director del Comité de Ética en Investigación

PARTE II. MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído este formulario de consentimiento informado y que su contenido me ha sido explicado. Mis preguntas han sido respondidas. **Consiento voluntariamente participar en este estudio.**

No estoy participando en otro proyecto de investigación en este momento, ni lo he hecho en los treinta (30) días previos a la firma del consentimiento informado.

Iniciales del sujeto _____

Al firmar este formulario de consentimiento informado, no renuncio a ninguno de mis derechos legales.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

_____/_____/_____
Firma del sujeto de investigación *Fecha*

Cédula de ciudadanía

Nombre del sujeto de investigación

_____/_____/_____
Firma de la persona que explicó el contenido del consentimiento *Fecha*

Nombre de la persona que explicó el consentimiento

Investigador

He dado lectura y he aclarado las dudas generadas por el participante del documento de consentimiento informado. Confirmo que el individuo ha dado consentimiento libre y voluntariamente.

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado

_____/_____/_____
Firma del Investigador *Fecha*

Cédula de ciudadanía

ENCUESTA**FORMULARIO DE ENCUESTA
UNIVERSIDAD DEL AZUAY
ESCUELA DE MEDICINA****FRECUENCIA DE POLIFARMACIA EN ADULTOS MAYORES EN CUENCA
EN EL 2016**

Instrucciones: Por favor responda o marque con una X en la opción que elija como respuesta a cada una de las preguntas.

1. **Edad en años cumplidos:** _____

2. **Sexo:**

- Masculino ()
- Femenino ()

3. **Autoidentificación étnica**

- Mestizo ()
- Blanco ()
- Afroecuatoriano ()
- Indígena ()
- Montubio ()
- Otros ()

4. **Estado civil:**

- Soltero/a ()
- Casado/a ()
- Viudo/a ()
- Unión libre ()
- Separado/a ()
- Divorciado/a ()

5. **Nivel educacional:**

- Primaria ()
- Secundaria ()

- Superior ()

6. Enfermedades crónicas diagnosticadas

- Hipertensión arterial ()
- Diabetes mellitus ()
- Hiperlipidemias ()
- Osteoartrosis ()
- Psiquiátricas ()
- Otros () Especifique:

De acuerdo a sus respuestas anteriores por favor llenar lo que corresponda. Si no padece ninguna enfermedad de las anteriores siga con la pregunta 9, caso contrario avance hasta la pregunta 13.

7. Diabetes Mellitus Tipo 2:

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()
- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

8. Hipertensión arterial: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()
- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

Si tiene otras enfermedades, por favor indíquelas a continuación.

9. Otras enfermedades diagnosticadas:

Enfermedad: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()
- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

10. Enfermedad: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()
- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

11. Enfermedad: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()

- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

12. Enfermedad: _____

Tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

- Menos de 1 año. ()
- 1 a 5 años. ()
- 6 a 10 años. ()
- Más de 10 años. ()

Tratamiento actual:

13. ¿Consume otros fármacos? ¿Cuáles?

14. ¿Estos fármacos fueron recetados por un médico?

- Si ()
- No ()

15. ¿Cuántas veces al día consume la medicación?

- Una vez al día ()
- Dos veces ()
- Tres veces ()

- Cuatro o más ()

16. ¿Cuántos fármacos consume al día? (incluye tabletas, jarabes, inyecciones, supositorios)

- Una a dos ()
- Tres a cuatro ()
- Cinco a seis ()
- Siete o más ()

Agradecemos su colaboración.

