

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018

Tesis presentada por la Bachiller:
Robles Machaca, Jhamilet Aracelly
para optar el Título Profesional de Médica
Cirujana

Asesor: Dr. Alvarado Dueñas, Ervis

Arequipa - Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

☎ (51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 108 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

JHAMILET ARACELLY ROBLES MACHACA


Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

El título se cambió


Arequipa, *9/03/2018*.....


.....
Dr. Dante Valdes Corzo
MEDICO GERIATRA
C.M.P. 19457 - R.N.E. 950
HOSPITAL III GONZALEZ VALDES CORZO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GONZALEZ VALDES CORZO


.....
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodriguez
PSIQUIATRA
C.M.P. 033303 - R.N.E. 015303

.....
**DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRIGUEZ**


.....
DR. GERMAN VARGAS OLIVERA
Mgter. Germán Vargas Olivera
Director Académico (e)
Universidad Católica de Santa María

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por qué me dio la oportunidad de vivir y por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A MIS PADRES

Rodolfo e Ivett, gracias por darme una carrera para mi futuro, por creer y confiar en mí.

A MIS MAESTROS

Aquellos que marcaron cada etapa de mi camino universitario y que me apoyaron día a día.

DEDICATORIA

A DIOS.

Por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A MI FAMILIA

A pesar de la distancia siempre los lleve en mi corazón y al Hospital General Honorio Delgado Espinoza, mi segunda casa que me abrió sus puertas para mi internado médico.

A todos ustedes que hicieron posible mi más grande sueño, ser Médico.

INTRODUCCIÓN

Como estudiantes de medicina sabemos que el envejecimiento como proceso fisiológico normal de la vida predispone a la aparición de enfermedades y comorbilidades que llevan al consumo de medicamentos, los cuales han cambiado la forma de tratar y combatir distintas enfermedades. Sin embargo, es importante mencionar que pese a todas las ventajas que ofrecen la utilización de diferentes fármacos, estos en la tercera edad abren un gran capítulo en la medicina moderna, constituyendo la «polifarmacia» o «polifarmacoterapia», uno de los llamados «problemas capitales de la geriatría», pues es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el anciano, que ha constituido junto con el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia en uno de los grandes retos para la geriatría de nuestros tiempos.

(2)

De la misma manera, los trastornos mentales forman parte de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores en todo el mundo, siendo la depresión la más común de ellas. Pero muchas veces el paciente con depresión no la considera una enfermedad o no la manifiesta al médico; por otro lado, existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicósomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos, causando un impacto negativo sobre su calidad de vida, lo cual da como resultado una pérdida importante de capacidad funcional de la persona y ésta se convierte en una mayor carga para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud y por lo tanto, representa un problema de salud pública.

Esta peligrosa condición preocupa ya en primer lugar a la familia, a los médicos tratantes en el ámbito nacional e internacional, por tales motivos es de interés no sólo a nivel científico, sino también familiar y social.

Gracias a esta investigación aportaré de alguna manera sobre los temas que hago referencia, como un reto en mi vida profesional; a su vez representa la gran importancia de implementar programas de salud mental dirigidos hacia la población geriátrica, que impulsen la promoción de vida mental saludable, la prevención de la depresión a nivel de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. De igual manera es importante mencionar que una adecuada prescripción farmacológica en los adultos mayores incluye consideraciones propias del envejecimiento, de las patologías tratadas, de las características propias del paciente y dejar de lado la opción del tratamiento sintomatológico, pues aunque sea una manera de disipar las molestias del paciente, siempre es mejor tratar la causa de la enfermedad, lo cual conlleva a uno o dos medicamentos. “La muerte no llega con la vejez, sino con el olvido” Gabriel García Márquez.

Luego de realizar el estudio se ha encontrado que la polifarmacia se asocia de manera significativa a la presencia de síntomas depresivos en pacientes mayores de 60 años que acuden por consulta externa al hospital General Honorio Delgado Espinoza. Además se encontró una alta tasa de presentación de polifarmacia en la población geriátrica estudiada mediante el uso de escala de depresión geriátrica (test de Yesavage) por lo cual se puede afirmar que la depresión en el anciano se está convirtiendo en un importante problema de salud pública, caracterizada por una mayor gravedad, un elevado riesgo de suicidio y dificultades a la hora de identificarla, es una enfermedad que, con todo, puede y debe ser tratada.

RESUMEN

Antecedentes: La población geriátrica tiene mayor probabilidad de recibir medicamentos de manera excesiva, lo que puede influir en su salud mental.

Objetivo: Establecer la asociación entre polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes mayores de 60 años que acuden por consulta externa al hospital General Honorio Delgado Espinoza 2018.

Métodos: Se encuestó una muestra representativa de 160 adultos mayores que cumplieron criterios de selección, aplicando un cuestionario para valorar la ingesta de medicamentos y la escala de depresión geriátrica (EDG) de Yesavage de 15 ítems. Se asocian variables con coeficiente de correlación de Spearman y mediante odds ratio.

Resultados: El 58.75% de pacientes fueron mujeres y 41.25% varones, con edad para los varones de 71.65 ± 6.68 años y para las mujeres de 70.70 ± 7.10 años ($p > 0.05$). Se encontró polifarmacia (de 4 a más medicamentos) en 63.75% de casos. Con la aplicación del test de Yesavage para la identificación de síntomas depresivos en adultos mayores, el 35.00% tuvo valores normales, 38.75% mostró síntomas probables, y 26.25% de casos mostraron síntomas de depresión. Entre los que no tenían síntomas depresivos el 37.50% presentó polifarmacia, que aumentó a 70.97% entre los adultos mayores con probable depresión, y ascendió a 88.10% en los pacientes con síntomas de depresión (chi cuadrado; $p < 0.05$) y que implicó una relación de regular intensidad ($\rho > 0.30$) pero estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El Odds ratio fue de 4.22 veces de mayor probabilidad de depresión cuando se presenta la polifarmacia.

Conclusiones: La polifarmacia se asocia de manera significativa a un riesgo 4.22 veces mayor de síntomas depresivos en pacientes mayores de 60 años.

Palabras Clave: Polifarmacia – depresión – adulto mayor.

ABSTRACT

Background: The geriatric population is more likely to receive drugs excessively, which may influence their mental health.

Objective: To establish the association of polypharmacy and risk of depression in patients over 60 years of age who attend the General Hospital Honorio Delgado Espinoza 2018.

Methods: A representative sample of 160 older adults who met the selection criteria was surveyed, applying a questionnaire to assess medication intake and the Yesavage geriatric depression scale (EDG) of 15 items. Variables are associated with the Spearman correlation coefficient and by odds ratio.

Results: A 58.75% of patients were female and 41.25% were male, with age for men of 71.65 ± 6.68 years and for women of 70.70 ± 7.10 years ($p > 0.05$). Polypharmacy (from 4 to more medications) was found in 63.75% of cases. With the application of the Yesavage test for the identification of depressive symptoms in older adults, 35.00% had normal values, 38.75% showed probable symptoms, and 26.25% of cases showed symptoms of depression. Among those who did not have depressive symptoms, 37.50% presented polypharmacy, which increased to 70.97% among older adults with probable depression, and amounted to 88.10% in patients with symptoms of depression (chi square, $p < 0.05$), which implied a relationship of regular intensity ($\rho > 0.30$) but significant ($p < 0.05$). The Odds ratio was 4.22 times more likely to be depressed when polypharmacy occurs.

Conclusions: Polypharmacy is significantly associated with a 4.22 times higher risk of depressive symptoms in patients older than 60 years.

Keywords: Polypharmacy - depression - older adult.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
CAPÍTULO I MATERIAL Y MÉTODOS	1
CAPÍTULO II RESULTADOS	6
CAPÍTULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	13
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	17
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	24
Anexo 1: Consentimiento informado	25
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	26
Anexo 3: Test de Yesavage - Escala de Depresión Geriátrica	27
Anexo 4 Matriz de sistematización de información	28
Anexo 5 Proyecto de investigación	33

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1:	Distribución de pacientes adultos mayores según edad y género.....	7
Tabla 2:	Distribución de pacientes adultos mayores según nivel de instrucción.....	8
Tabla 3:	Tipo de medicamentos prescritos a los adultos mayores..	9
Tabla 4:	Distribución de pacientes adultos mayores según presencia de polifarmacia.....	10
Tabla 5:	Resultados de la valoración de síntomas depresivos en los adultos mayores.....	11
Tabla 6:	Influencia de la polifarmacia en el desarrollo de síntomas depresivos.....	12

CAPÍTULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

Instrumentos: Los instrumentos utilizados consistieron en una ficha de recolección de datos y polifarmacia (más de 4 medicamentos) (Anexo 2) y el test de Yesavage o llamado también Escala de Depresión Geriátrica (Anexo 3).

Materiales:

- Fichas de recolección de datos.
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

El presente estudio se realizó en el servicio de Geriátrica del hospital General Honorio Delgado Espinoza 2018 del departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante el mes de enero del 2018.

2.3. Unidades de estudio:

Pacientes que acuden al servicio de Geriátrica del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

Población: Está constituido por la totalidad de pacientes que acuden al servicio de Geriátrica del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

Muestra: Constituido por la totalidad de pacientes que acuden al servicio de Geriatria del Hospital General Honorio Delgado Espinoza en el período de estudio y cumplieron criterios de inclusión.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 60 años de edad
- De ambos sexos
- Que acuden a consultorio externo del servicio de Geriatria del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

Criterios de Exclusión

- No aceptaron participar
- Que tenga impedimento mental grave para la realización de la entrevista.
- Que tenga impedimento físico que le impidiera escribir o hablar.
- Manifestaron alcoholismo positivo (5 o más consumiciones o “tragos” al menos una vez por semana), tabaquismo positivo (más de 5 cigarrillos al día), consumo de café (más de 3 tazas al día), ya que estas sustancias causan alteración del estado de ánimo,
- Prescripción farmacológica no médica (los que tomaron sin prescripción médica algún fármaco por 15 días, al menos en dos ocasiones en los últimos 2 meses.

3. TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio de campo.

4. NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación se trata de un estudio Observacional, prospectivo, transversal.

5. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.1. Organización

- a. Presentación de la solicitud para realizar el estudio dirigido al director del Hospital.
- b. Presentación de un Cronograma de Trabajo para la recolección de datos.
- c. Se llevó a cabo la aplicación de los tests con la autorización y coordinación con las respectivas autoridades, médicos y personal que labore en el servicio de Geriatría del hospital Honorio Delgado Espinoza
- d. Concluida la recolección de datos se continuó con el análisis estadístico de los mismos y consecuentemente la posterior elaboración del informe final de la investigación.

5.2. Validación de los instrumentos

La ficha de recolección de datos y polifarmacia (más de 4 medicamentos) no necesita validación ya que solo requiere información.

Test de Yesavage llamado también *Geriatric Depression Scale de Yesavage*, *GDS*, diseñada por Brink y Yesavage en 1982, la cual es una escala de evaluación desarrollada para detectar la presencia de síntomas de depresión en las personas mayores. La versión original consta de 30 ítems, posteriormente *Sheikh* y *Yesavage* propusieron una versión abreviada, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que requiere de 5 a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad siendo su principal ventaja que no mezcla síntomas físicos con los depresivos. Se centra en aspectos cognitivo conductuales relacionados con las características específicas de la depresión del adulto

mayor. A su vez este instrumento fue validado en Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 4. La versión corta de 15 ítems es tan confiable y válida como la versión original de 30 ítems; tiene una sensibilidad entre el 80 - 90% y una especificidad entre 70 - 80% con un punto de corte de 6 para considerar la presencia de síntomas depresivos, con un rango normal entre 0 – 5. (23).

Es importante aclarar que esta escala indica la presencia de síntomas de depresión, en otras palabras es una escala de tamización mas no arroja un diagnóstico de depresión, para tal requisito es necesaria el diagnóstico médico y su confirmación debe realizarse con los criterios del *DSM V (Diagnostic and statistical manual of mental disorders)*.

5.3. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Recolección

La recolección de datos se realizó previa autorización para la aplicación del instrumento.

b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados de manera consecutiva y tabulados para su análisis e interpretación.

c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentan como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo de chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas mediante la prueba de T de Student considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. La asociación entre variables ordinales y nominales se evaluó con el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0 para Windows.



**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 1

Distribución de pacientes adultos mayores según edad y género

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
60-64 a	10	6.25%	20	12.50%	30	18.75%
65-69 a	14	8.75%	26	16.25%	40	25.00%
70-74 a	19	11.88%	24	15.00%	43	26.88%
75-79 a	16	10.00%	9	5.63%	25	15.63%
80-84 a	4	2.50%	12	7.50%	16	10.00%
85-89 a	3	1.88%	3	1.88%	6	3.75%
Total	66	41.25%	94	58.75%	160	100.00%

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx)

- Masculino: 71.65 \pm 6.69 años (60 – 87 años)
- Femenino: 70.70 \pm 7.10 años (60 – 87 años)

Prueba t = 0.86

G. libertad = 158

p = 0.39

**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 2

Distribución de pacientes adultos mayores según nivel de instrucción

	N°	%
Sin estudios	25	15.63%
Primaria	55	34.38%
Secundaria	44	27.50%
Técnica	20	12.50%
Superior	16	10.00%
Total	160	100.00%

**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 3

Tipo de medicamentos prescritos a los adultos mayores

	N°	%
Antiulceroso	52	32.50%
Antihipertensivo	50	31.25%
AINEs	36	22.50%
Analgésicos	30	18.75%
Antiagregante pl	23	14.38%
Antidiabético	19	11.88%
Antiácido	16	10.00%
Broncodilatador	16	10.00%
Hipolipemiente	13	8.13%
Antiepilépticos	11	6.88%
Corticoides	7	4.38%
Antibiótico	5	3.13%
Diuréticos	4	2.50%
Insulina	3	1.88%
Antimigrañoso	1	0.63%
Otros	40	25.00%

**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 4

Distribución de pacientes adultos mayores según presencia de polifarmacia

	N°	%
Sin polifarmacia	58	36.25%
Polifarmacia	102	63.75%
Total	160	100.00%

**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 5

Resultados de la valoración de síntomas depresivos en los adultos mayores

	N°	%
Normal	56	35.00%
Probable	62	38.75%
Depresión	42	26.25%
Total	160	100.00%

**POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018**

Tabla 6

Influencia de la polifarmacia en el desarrollo de síntomas depresivos

	S. depresivos	Total	Polifarmacia		Sin polifarmacia	
			N°	%	N°	%
Sin depresión	Normal	56	21	37.50%	35	62.50%
Depresión	Probable	62	44	70.97%	18	29.03%
	Depresión	42	37	88.10%	5	11.90%
	Total	160	102	63.75%	58	36.25%

Chi² = 28.87 G. libertad = 2 p = 0.026

Spearman r = -0.4196 p = 0.0005

Odds ratio: 4.22 IC 95%: 2.14 – 8.31

CAPÍTULO III.

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio se llevó a cabo para establecer la asociación entre polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes mayores de 60 años que acuden por consulta externa del servicio de Geriátrica del hospital General Honorio Delgado Espinoza 2018. Se realizó la presente investigación debido a que durante la realización de mi internado médico, he notado que los adultos mayores son importantes consumidores de fármacos, constituyendo de esta manera el grupo poblacional que mayor medicación y atención sanitaria requiere, además de que concentra múltiples enfermedades que conllevan al uso de diversos medicamentos, en consecuencia un mayor riesgo de polifarmacia (utilización de cuatro o más medicamentos en forma simultánea) y una relación beneficio/riesgo desventajosa, que junto con la depresión que es cada vez más reconocida, pero desafortunadamente se trata aún de una enfermedad que pasa con frecuencia desapercibida, llegando a causar un impacto negativo en la calidad de vida para el paciente y su entorno aumentando la morbilidad y la demanda de salud.

Para tal fin se encuestó una muestra representativa de 160 adultos mayores que cumplieron criterios de selección, para aplicar un cuestionario para valorar la polifarmacia y la escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems. Se comparan variables mediante prueba chi cuadrado y se asocian con coeficiente de correlación de Spearman y mediante odds ratio.

En la **Tabla 1** se muestra la distribución de pacientes adulto mayores según edad y género; el 58.75% de pacientes fueron mujeres y 41.25% varones, con edades que en 43.75% de casos estuvieron entre los 60 y 69 años, siendo la edad promedio de los varones de 71.65 ± 6.68 años y para las mujeres de 70.70 ± 7.10 años, sin diferencias significativas entre géneros ($p > 0.05$). Situación que es similar al estudio realizado por Jeanie De la Torre Maslucan y col. el 2006 Lima (6), en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, en donde la edad media fue 70,85 años (60-98 años), que se explica debido a que la expectativa de vida en el Perú es de 75 años. A diferencia de estudios realizados en la población española en donde el promedio de edad de la población geriátrica es de 82.2 años,

que se explica debido al lugar en donde se desarrolló el estudio, donde la expectativa de vida es más alta según la OMS.

En la **tabla 2** se aprecia el nivel de instrucción de los pacientes; el 15.63% no tenía estudios, 34.38% tenía educación primaria, 27.50% secundaria, 12.50% educación superior técnica y 10.00% instrucción superior universitaria. Los resultados concuerdan parcialmente con el estudio realizado por Rodríguez Tejada y col. en la asociación de adultos mayores “caminitos de Jesús” en Cerro Colorado Arequipa 2015, en donde el nivel de instrucción más frecuente es el de primaria incompleta en 50% seguidos de analfabetos en un 40,7%, en este estudio los adultos mayores encuestados en su mayoría proceden del departamento de Puno, seguido de Arequipa y sus provincias.

Los tipos de medicamentos prescritos a los adultos mayores fueron predominantemente los antiulcerosos (32.50%), antihipertensivos (31.25%) y antiinflamatorios no esteroideos (22.50%); en menor proporción se prescribieron analgésicos (18.75%), antiagregantes plaquetarios como la aspirina (14.38%) o antidiabéticos orales (11.88% cada uno), entre otros diversos, como se muestra en la **Tabla 3**.

Los resultados concuerdan parcialmente con el estudio realizado a pacientes mayores de 65 años beneficiarios del Programa de Termalismo Social del IMSERSO (Instituto de mayores y servicios sociales) en España 2010 (27), en donde los fármacos utilizados para el tratamiento de las patologías de origen cardiovascular (grupo farmacológico C) son los más utilizados (72,4%), lo que coincide con la mayor prevalencia de estas patologías en las personas mayores, dentro de los que resaltan los hipotensores. Los medicamentos que tienen como fin el tratamiento de las enfermedades de origen musculoesquelético (grupo farmacológico M), son usados por 57,6% de los pacientes, en este grupo resaltan los analgésicos no opiáceos y en segundo lugar los AINES, esto se debe a la gran prevalencia de enfermedades que afectan este sistema y su vez a la fácil accesibilidad de estos fármacos por la población geriátrica. Los fármacos prescritos para el tratamiento de las enfermedades de origen gastrointestinal (grupo farmacológico A), son utilizadas por el 47,9% de los pacientes. Se podría interpretar que estos fármacos están siendo utilizados para el tratamiento sintomático de

efectos colaterales de otros fármacos (cascada terapéutica), dentro de esto se encuentran principalmente los protectores gástricos que aparentemente están siendo utilizados como arquetipo. (rochon, Gurwitz, 1997).

Al valorar la cantidad de medicamentos prescritos a cada paciente, se encontró polifarmacia (de 4 a más medicamentos) en 63.75% de casos, como se aprecia en la **Tabla 4**. Los resultados concuerdan con el estudio realizado por Casas Paola y colaboradores a través de encuestas aplicadas a pacientes en la consulta ambulatoria de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) 2011 – 2012, en donde el 45 % de pacientes consumía más de 3 fármacos. A nivel internacional con el estudio europeo realizado por Fialova, Topinkova y Gambassi en 2005 en donde se halló una incidencia de polifarmacia de 61 %. En el proyecto SABE (Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento) realizado en población adulta mayor informa que el 80 % de esta población recibe 3 o más medicamentos y el 90% recibe al menos uno (Albala C, Marin PP, García C. Proyecto SABE-OPS: resultados preliminares en Chile. XXIII Congreso Chileno de Medicina Interna. Santiago, Chile 2001). (26) Estos datos muestran que la polifarmacia se ha tornado en la salud del paciente adulto mayor como uno de los grandes síndromes geriátricos, probablemente porque la polifarmacia como entidad clínica se comporta como un simulador de enfermedad, generando síntomas sugerentes de cualquier estado patológico, lo cual trae como consecuencia un riesgo aumentado de hospitalizaciones, mayor consumo de servicios de salud aumento de la fragilidad y/o pérdida de la funcionalidad.

La **Tabla 5** muestran los resultados de la aplicación del test de Yesavage para la identificación de síntomas depresivos en adultos mayores; el 35.00% tuvo valores normales, 38.75% mostró síntomas probables, y 26.25% de casos mostraron síntomas de depresión. Estas manifestaciones son similares a los reportados con otros estudios, como el realizado por Chezya y col. en el Albergue Buen Jesús de Arequipa el año 2015 (24), en donde se evalúa la depresión en la calidad de vida de adultos mayores, se utiliza el mismo instrumento EDG (versión de 30 preguntas) en 40 personas, indicando una frecuencia de depresión de 80%, en la que predomina la depresión moderada con 45%, similar nuestros resultados pero en diferente orden de frecuencia, en el estudio mencionado existe mayor grado de depresión severa

10% a diferencia del nuestro, este es un dato importante a considerar y recalcar ya que puede traer consecuencias que pueden repercutir gravemente en la salud de estas personas e incrementar el número de suicidios o generar una evolución desfavorable de enfermedades somáticas.

En la **Tabla 6** se muestra la influencia de la polifarmacia en el desarrollo de síntomas depresivos; entre los que no tenían síntomas el 37.50% presentó polifarmacia, que aumentó a 70.97% entre los adultos mayores con probable depresión, y la polifarmacia ascendió a 88.10% en los pacientes con síntomas de depresión, diferencia estadísticamente significativa (chi cuadrado; $p < 0.05$) y que implicó una relación de regular intensidad ($\rho > 0.30$) pero estadísticamente significativa ($p < 0.05$). El valor de proporción de riesgo (Odds ratio) fue de 4.22 veces mayor probabilidad de presentar síntomas depresión cuando se presenta la polifarmacia. Situación que concuerda con el estudio realizado por Friedrich von Muhlebrock S. y col. quien realizó un estudio pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el hospital militar de Santiago Chile 2011 (24), en el que observo que el 78,37% de los pacientes tienen polifarmacia y a su vez tienen la más alta prevalencia de depresión 66.7%. Esto se puede explicar por la relación existente entre polifarmacia y el número de patologías, siendo este un factor predisponente para alteraciones del ánimo en el adulto mayor.

Este estudio demuestra la fuerte asociación entre la presencia de polifarmacia y síntomas depresivos no identificados por los médicos tratantes además se resalta la proporción de adultos mayores que requieren atención médica es cada vez mayor y entre los principales problemas de este grupo poblacional se encuentra la polifarmacia, uso simultaneo de medicamentos que no tienen indicación clínica, por lo cual es necesario implementar acciones que la puedan reducir los factores que le dan origen y así disminuir los posibles efectos adversos de esta, como lo es la depresión. Por otro lado, existe a menudo presencia de síntomas depresivos no diagnosticados y en consecuencia no tratados los cuales se pueden expresar con síntomas psicosomáticos que podrían condicionar a tratamientos sintomáticos e indirectamente contribuir al desarrollo de polifarmacia en este grupo etario.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

Primera. Se encontró una elevada tasa de polifarmacia que corresponde a un 63.75% de los pacientes adultos mayores de 60 años en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

Segunda. Se encontró que un 38.75% de los pacientes presentan síntomas probables y un 26.25% presentan síntomas de depresión mediante el uso de escala de depresión geriátrica abreviada (test de Yesavage - 15 ítems) en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

Tercera.- Polifarmacia se asocia de manera significativa a un riesgo 4.22 veces más de probabilidad para presentar síntomas depresivos en pacientes adultos mayores de 60 años que acuden por consulta externa al hospital General Honorio Delgado Espinoza.

RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda a la Facultad de Medicina y al Comité de Investigación de la UCSM enfocarse en realizar trabajos acerca de prescripción inapropiada de medicamentos en adultos mayores ya que son uno de los principales focos de atención.
- 2) A la jefatura de enfermería del HRHDE que trabaja con esta población, implementar un formulario para que cada paciente anote la medicación que utiliza habitualmente, sus dosis y frecuencia de administración, de esta forma se podría tener una clara idea de la terapéutica utilizada para los médicos tratantes.
- 3) Al director del HRHDE y la jefatura de farmacia de esta institución, establecer programas permanentes de auditoria de medicamentos en adultos mayores.
- 4) Al Colegio Médico del Perú, Consejo regional V, comité de capacitación de médicos de primer nivel de atención, considerar la valoración geriátrica integral y el diagnóstico de depresión puesto que influye y encubre la mayoría de comorbilidades que el adulto mayor, utilizando como método de cribado rápido la aplicación del cuestionario GDS-15 para posterior diagnóstico de depresión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Juárez M José, León F. Angélica, Alata L. Vicky. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta”. La Molina, Lima-Perú. Disponible en:
http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/ Art4_Vol12_N2.pdf
- 2) Serra Urral Madelaine, Germán MelizII Jorge Luis. POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016
- 3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima: INEI; 1995.
- 4) Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública México; vol.47, suplemento 1 de 2005.
- 5) Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 1era edición. Lima: Centro Editorial UPCH; 2002. pag.349.
- 6) De la Torre Maslucan Jeanie et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta medica peruana: Acta méd. peruana v.23 n.3 Lima sep./dic. 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003
- 7) Allonier et al., 2004; Thomas & Morris, 2003.
- 8) Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry. Mar 2007;64(3):327-37
- 9) Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK, McGinnis S, Mahurin RK, Jerabek PA, et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. Am J Psychiatry. May 1999;156(5):675-82.

- 10) American Psychiatric Association: APA. Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona:Ed. Ars Médica; 2003.

- 11)Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río: Polifarmacia en el adulto mayor: ¿es posible su prevención?. Rev Ciencias Médicas vol.18 no.5 Pinar del Río sep.-oct. 2014. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500008

- 12) Organización Panamericana de la Salud, “La Salud de los Adultos Mayores: Una visión compartida”. Segunda edición Farmacología y vigilancia en el adulto mayor capítulo 10, pág: 218.

- 13) ANZOLABEHERE, F., FRÍAS, G., HERNÁNDEZ, M., VALIÑO, I. "Polifarmacia y farmacovigilancia en el adulto mayor". Tesis de grado, Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería, 2013. Disponible en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/2410/1/FE-0471TG.pdf>

- 14) Arango Lopera Victoria Eugenia. Polifarmacia en el anciano. Univ Méd Bogotá Colombia 2002, 43(1).

- 15) Sánchez-Gutiérrez Rogelio et al. EFECTOS DE LA POLIFARMACIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. Revista Fuente Año 4 No. 10 Enero - Marzo 2012. Disponible en:

<http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>

- 16) Dr. Homero Gac E. Polifarmacia y Morbilidad en adultos mayores. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 31-35]. Disponible en:
http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Polifarmacia-6.pdf .

- 17) Arriola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, et al. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Avances en odontoestomatología Vol. 25 - Núm. 1 – 2009. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original3.pdf>

- 18) Greenblatt DJ. Reduced serum albumin concentration in the elderly: A report from the Boston Collaborate Drug Surveillance Program. American Geriatric Society. 1979;27:20-32.
- 19) García Fj. Características de las enfermedades en Geriátria. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriátria. Barcelona: Salvat. 1990;157-63.
- 20) GÓMEZ AYALA ADELA EMILIA. La depresión en el anciano Clínica y tratamiento. OFFARM VOL 26 NÚM 9 OCTUBRE 2007. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062-S300
- 21) Jiménez Manuel Antón, Gálvez Sánchez Noemí y Sáiz Raquel Esteban. SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología). Capítulo 23: DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023_II.pdf
- 22) Palomo Tomás, Jiménez-Arriero Miguel Ángel et al. MANUAL DE PSIQUIATRÍA. Capítulo 23. p. 333.
- 23) Angel Ramirez Valentina et al. Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores institucionalizados en la red de asistencia social al adulto mayor. Medellín. 2015. Trabajo de investigación, Universidad CES (Colombia). Facultad de Medicina. Departamento de Salud Pública, 2013. Disponible : http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4439/2/Riesgo_Depresion_Adultos_Mayores.pdf
- 24) P. Galván, E. Fernández y J. Fonseca. Síntomas residuales en el anciano con depresión. Medicina familiar. SEMERGEN. 2012;38(5):285---291. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-sintomas-residuales-el-anciano-con-S1138359312000196>
- 25) Friedrich von Mühlenbrock at al. Revista chilena de meuro - psiquiatria. Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.49 no.4 Santiago dic. 2011. Prevalencia de depresión en pacientes mayores de 60 años hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital militar de Santiago 2011. Disponible en:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272011000400004.

26) Leonardo Arriaga et al. Uso de medicamentos en el adulto mayor. Sección de Geriatria, HCUCh. Facultad de Ciencias Químicas y Farmacéuticas, Universidad de Chile. Disponible en : https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Publicaciones/Revista/uso_medicamentos_adulto_mayor.pdf

27) T-SENESCYT . Prevalencia de polifarmacia en personas mayores. Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/315/1/T-SENESCYT-0085.pdf>





Anexo 1:

Consentimiento informado

PRESENTACIÓN:

Sra. o Sr. ante todo buenos días mi nombre es Jhamilet Aracelly Robles Machaca, soy estudiante del último año de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Actualmente estoy realizando un estudio de investigación en coordinación con el hospital General Honorio Delgado Espinoza a fin de obtener información sobre polifarmacia y riesgo de depresión en los adultos mayores para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta.

Para lo cual se aplicará un cuestionario que tiene como objetivo conocer la presencia o no de los síntomas depresivos en pacientes adultos mayores.

Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial. Se agradece anticipadamente su valiosa participación, esperando obtener sus respuestas con veracidad. Muchas gracias.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

DNI:

Anexo 2:

Ficha de recolección de datos

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad: años
2. Sexo: Masculino () Femenino ()
3. Nivel de instrucción:
 - 1.Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior
4. Numero de medicamentos:
 - 1-3 medicamentos ()
 - Más de 4 medicamentos ()

5 o más consumiciones o “tragos” al menos una vez por semana :	SI	NO
más de 5 cigarrillos al día:	SI	NO
más de 3 tazas de café al día:	SI	NO

Anexo 3:

Test de Yesavage - Escala de Depresión Geriátrica.

la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) - Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		





Anexo 4

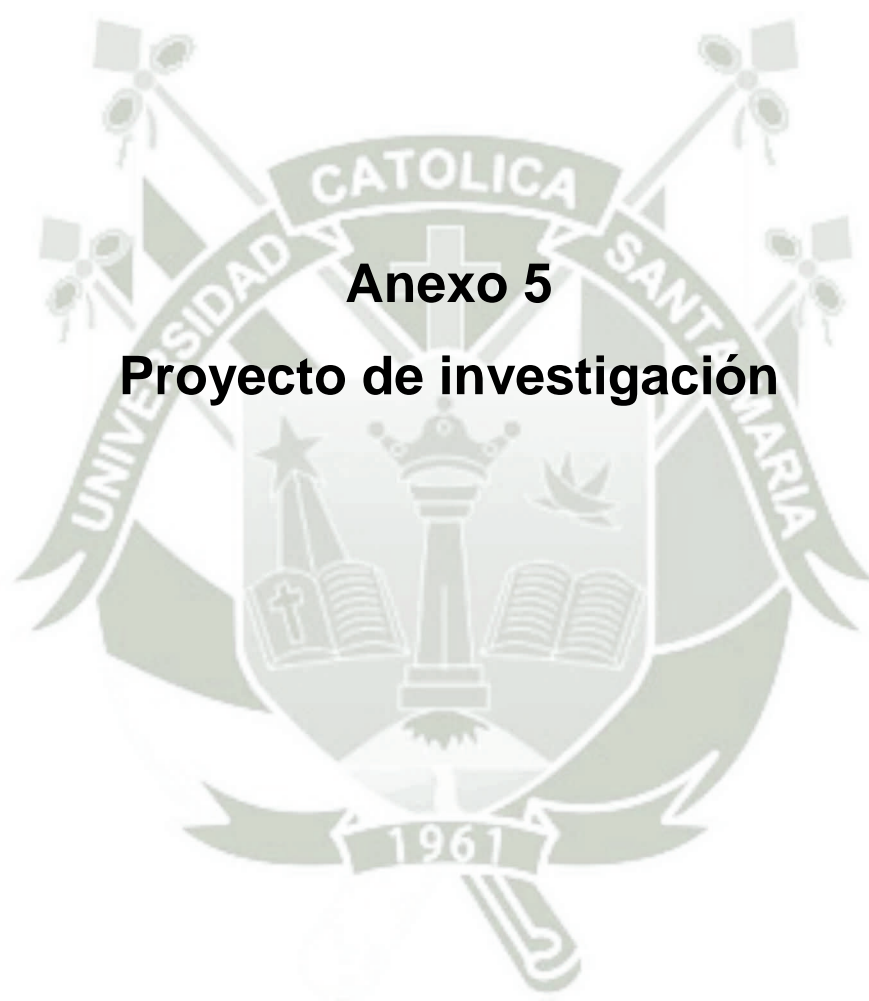
Matriz de sistematización de información

Nº	Eda	Cat ed	Se	Instrucci	Numero med	Tipos	Alcol	Taba	Caf	esav	Depresio
13	69	65-69 a	Fem	Superior	Polifarmacia	omeprazol + aspirina + cloroquina + prednisona + gabapentina + paracetamol + tramadol	No	No	No	0	Normal
3	65	65-69 a	Fem	Secundaria	1 a 3	ibuprofeno + omeprazol + condroitina	No	No	No	1	Normal
6	77	75-79 a	Fem	Superior	Polifarmacia	Losartan + gabapentina + paracetamol + omeprazol + aspirina	No	No	No	2	Normal
20	74	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	enalapril + amlodipino + naproxeno + omeprazol	No	No	No	2	Normal
23	79	75-79 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	Analgesicos + sulfato mg + antidiabetico + inhaladores	No	No	No	2	Normal
35	74	70-74 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	naproxeno + salbutamol + omeprazol + inalador	No	No	No	2	Normal
36	64	60-64 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	paracetamol + sucralfato + inhaladores	No	No	No	2	Normal
57	81	80-84 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	diltiazem + losartan + aspirina + paracetamol	No	No	No	2	Normal
65	68	65-69 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	2	Normal
77	74	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	metformina + paracetamol + ranitidina	No	No	No	2	Normal
91	68	65-69 a	Fem	Secundaria	1 a 3	naproxeno + analgesico	No	No	No	2	Normal
100	70	70-74 a	Mas	Primaria	1 a 3	paracetamol + aspirina	No	No	No	2	Normal
113	74	70-74 a	Mas	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	2	Normal
116	87	85-89 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	ranitidina + inhaladores (2) + enalapril	No	No	No	2	Normal
117	75	75-79 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	inhaladores+ omeprazol y analgesicos	No	No	No	2	Normal
123	62	60-64 a	Mas	Secundaria	1 a 3	tamsulosina + prostacil	No	No	No	2	Normal
139	75	75-79 a	Mas	Superior	1 a 3	clorfenanima	No	No	No	2	Normal
147	71	70-74 a	Mas	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	2	Normal
154	80	80-84 a	Fem	Superior	1 a 3	inhaladores	No	No	No	2	Normal
7	67	65-69 a	Fem	Secundaria	1 a 3	Omeprazol + antimigrañoso + analgesico	No	No	No	3	Normal
61	64	60-64 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	prednisina + losartan + celecoxib + metotrexate	No	No	No	3	Normal
88	64	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	levotiroxina + omeprazol	No	No	No	3	Normal
92	62	60-64 a	Fem	Primaria	1 a 3	metformina + atorvastatina + enalapril	No	No	No	3	Normal
120	81	80-84 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	3	Normal
129	65	65-69 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	3	Normal
133	60	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	3	Normal
146	87	85-89 a	Mas	Primaria	1 a 3	naproxeno	No	No	No	3	Normal
8	61	60-64 a	Mas	Superior	Polifarmacia	Metformina + atorvastatina + losartan + higanatur	No	No	No	4	Normal
21	84	80-84 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	losartan + enalapril	No	No	No	4	Normal
33	75	75-79 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	4	Normal
37	70	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	4	Normal
38	69	65-69 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	4	Normal
76	69	65-69 a	Mas	Primaria	1 a 3	omeprazol + sucralfato + aspirina	No	No	No	4	Normal
78	72	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	4	Normal
81	71	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	omeprazol + naproxeno	No	No	No	4	Normal
82	68	65-69 a	Fem	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	4	Normal
84	63	60-64 a	Fem	Superior	1 a 3	omeprazol + metformina + gabapentina	No	No	No	4	Normal
98	60	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	nitrofurantoina + paracetamol	No	No	No	4	Normal
106	72	70-74 a	Mas	Secundaria	1 a 3	omeprazol + aspirina + naproxeno	No	No	No	4	Normal
125	75	75-79 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	losartan + captopril + omperazol + analgesico	No	No	No	4	Normal
126	70	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	4	Normal

128	77	75-79 a	Mas	Técnica	1 a 3	omperazol + sucralfato+ paracetamol	No	No	No	4	Normal
137	65	65-69 a	Mas	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	4	Normal
142	70	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	captopril	No	No	No	4	Normal
148	63	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	enalapril	No	No	No	4	Normal
12	60	60-64 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	5	Normal
34	60	60-64 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	5	Normal
74	70	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	5	Normal
75	62	60-64 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	5	Normal
105	72	70-74 a	Mas	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	5	Normal
107	70	70-74 a	Fem	Secundaria	1 a 3	-	No	No	No	5	Normal
119	87	85-89 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	5	Normal
130	60	60-64 a	Fem	Superior	1 a 3	-	No	No	No	5	Normal
149	61	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	sucralfato + ac folico{	No	No	No	5	Normal
153	79	75-79 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	5	Normal
155	60	60-64 a	Fem	Primaria	1 a 3	captopril + paracetamol	No	No	No	5	Normal
2	72	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	Insulina Enalapril + Omeprazol + Atorvastatina + metformina	No	No	No	6	Probable
9	65	65-69 a	Mas	Sin estudios	1 a 3	Dimeticona + floratil + antihipertensivo	No	No	No	6	Probable
14	74	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	antiulceroso + antibiotico + omeprazol + sucralfato	No	No	No	6	Probable
43	75	75-79 a	Mas	Superior	Polifarmacia	aspirina + naproxeno + enalapril + atorvastatina + omeprazol + sucralfato	No	No	No	6	Probable
44	72	70-74 a	Fem	Superior	Polifarmacia	-	No	No	No	6	Probable
48	74	70-74 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	6	Probable
93	79	75-79 a	Mas	Primaria	1 a 3	antiprostático + omeprazol + aspirina	No	No	No	6	Probable
94	63	60-64 a	Mas	Superior	1 a 3	enalapril + gabapentina + omeprazol	No	No	No	6	Probable
97	63	60-64 a	Fem	Secundaria	1 a 3	omeprazol + sucralfato	No	No	No	6	Probable
111	84	80-84 a	Fem	Primaria	1 a 3	atorvastatina + calcio + enalapril	No	No	No	6	Probable
112	74	70-74 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	naproxeno+espasmoanalgin+omeprazol+sucralfato	No	No	No	6	Probable
118	86	85-89 a	Fem	Primaria	1 a 3	paracetamol	No	No	No	6	Probable
159	68	65-69 a	Mas	Técnica	1 a 3	apronax + aspirina	No	No	No	6	Probable
10	60	60-64 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	Amoxicilina + ibuprofeno + captopril + omeprazol	No	No	No	7	Probable
15	83	80-84 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	paracetamol + captopril + ranitidina + aspirina	No	No	No	7	Probable
45	66	65-69 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable
49	64	60-64 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	omeprazol + sucralfato + aspirina + naproxeno	No	No	No	7	Probable
51	69	65-69 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable
59	70	70-74 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	enalapril + hidroclorotiazida + ketorolaco + meloxicam + salbutamol + betametasona	No	No	No	7	Probable
60	79	75-79 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	captopril + atorvastatina + paracetamol + omeprazol	No	No	No	7	Probable
68	68	65-69 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable
85	60	60-64 a	Mas	Secundaria	1 a 3	enalapril + glibenclamida	No	No	No	7	Probable
89	77	75-79 a	Mas	Primaria	1 a 3	transamin + aspirina + amlodipino	No	No	No	7	Probable
101	80	80-84 a	Mas	Secundaria	1 a 3	omeprazol + mosaprida	No	No	No	7	Probable
110	71	70-74 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable
115	85	85-89 a	Mas	Secundaria	polifarmacia	dolofurovion+ranitidina+acfolioo+ibuprofeno	No	No	No	7	Probable
134	62	60-64 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable

143	69	65-69 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	7	Probable
151	70	70-74 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	aspirina + gabapentina+ insulina+ omeprazol	No	No	No	7	Probable
160	83	80-84 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	losartan + aspirina + ranitidina + analgesicos	No	No	No	7	Probable
19	73	70-74 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	paracetamol + gabapentina + metformina + omeprazol	No	No	No	8	Probable
40	78	75-79 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	salbutamol + naproxeno + aspirina + captopril	No	No	No	8	Probable
41	62	60-64 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	glibenclamida + naproxeno + metformina + inhaladores	No	No	No	8	Probable
46	67	65-69 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	glibenclamida + naproxeno + metformina + aspirina	No	No	No	8	Probable
47	78	75-79 a	Fem	Superior	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
52	67	65-69 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
53	74	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
54	75	75-79 a	Mas	Superior	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
55	60	60-64 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
56	76	75-79 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
73	72	70-74 a	Mas	Superior	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
79	67	65-69 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	8	Probable
80	72	70-74 a	Mas	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	8	Probable
90	83	80-84 a	Fem	Primaria	1 a 3	metformina + glibenclamida + captopril	No	No	No	8	Probable
95	80	80-84 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	ibuprofeno + omeprazol + captopril + aspirina	No	No	No	8	Probable
96	70	70-74 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	atorvastatina + aspirina + losartan + sucralfato	No	No	No	8	Probable
108	65	65-69 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
121	74	70-74 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	propranolol y espirinone y 2 analgesicos	No	No	No	8	Probable
122	68	65-69 a	Fem	Superior	Polifarmacia	warfarina+ atenolol + diltiazem + ibuprofeno/omeprazol	No	No	No	8	Probable
152	69	65-69 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	metformina+ sucralfato+ atorvastatina + enalapril+ gabapentina	No	No	No	8	Probable
157	66	65-69 a	Fem	Superior	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
158	72	70-74 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	8	Probable
17	75	75-79 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	omeprazol + enalapril + hidroclorotiazida + amlodipino	No	No	No	9	Probable
39	81	80-84 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	sucralfato + omeprazol + paracetamol + ranitidina + inhaladores	No	No	No	9	Probable
83	76	75-79 a	Fem	Sin estudios	1 a 3	-	No	No	No	9	Probable
102	65	65-69 a	Fem	Primaria	1 a 3	ibuprofeno + amoxicilina	No	No	No	9	Probable
103	62	60-64 a	Fem	Primaria	1 a 3	omeprazol + sucralfato	No	No	No	9	Probable
104	71	70-74 a	Fem	Primaria	1 a 3	-	No	No	No	9	Probable
124	63	60-64 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	celecoxib + a folico + omeprazol +deblaxacord	No	No	No	9	Probable
135	66	65-69 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	9	Probable
136	68	65-69 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	losartan+aspirina+cetirizina+paracetamol	No	No	No	9	Probable
145	66	65-69 a	Fem	Primaria	1 a 3	ibuprofeno + amoxicilina	No	No	No	9	Probable
4	70	70-74 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	Calcio + amlodipino + omeprazol + prednisona	No	No	No	10	Depresión
16	72	70-74 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	risperidona + biperideno + gabapentina + omeprazol	No	No	No	10	Depresión
31	73	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión
32	69	65-69 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión
42	75	75-79 a	Mas	Superior	Polifarmacia	losartan + atorvastatina + metformina + naproxeno + sucralfato + ranitidina	No	No	No	10	Depresión
50	66	65-69 a	Fem	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión

63	70	70-74 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión
66	66	65-69 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	aspirina + inhaladores + meloxicam	No	No	No	10	Depresión
72	68	65-69 a	Mas	Técnica	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión
99	81	80-84 a	Fem	Sin estudios	1 a 3	analgesico + enalapril + paracetamol	No	No	No	10	Depresión
114	75	75-79 a	Fem	Sin estudios	1 a 3	aspirina y 2 analgesicos	No	No	No	10	Depresión
127	82	80-84 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	enalapril+ vitaminas+sucralfato+analgesicos	No	No	No	10	Depresión
138	78	75-79 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	10	Depresión
141	72	70-74 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	analgesicos+ losartan+ clorfenaima+omeprazol+ salbutamol	No	No	No	10	Depresión
150	77	75-79 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	inhaladores + apronax + tiamina + ac folico+ omeprazol	No	No	No	10	Depresión
11	67	65-69 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	11	Depresión
28	72	70-74 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	11	Depresión
29	67	65-69 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	11	Depresión
30	69	65-69 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	11	Depresión
70	63	60-64 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	beclometasona + inhaladores + naproxeno + ranitidina	No	No	No	11	Depresión
109	70	70-74 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	11	Depresión
144	81	80-84 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	warfarina+aspirina+celecoxib+ranitida+clorfenmina	No	No	No	11	Depresión
156	84	80-84 a	Fem	sin estudios	Polifarmacia	metformina + gabapentina + enalapril + atorvastatina	No	No	No	11	Depresión
18	73	70-74 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	Metformina + amlodipino + gabapentina + furosemida	No	No	No	12	Depresión
22	64	60-64 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	captopril + naproxeno + iuprofeno + insulina	No	No	No	12	Depresión
24	64	60-64 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	enalapril + atorvastatina + sucralfato + aspirina	No	No	No	12	Depresión
58	74	70-74 a	Mas	Técnica	1 a 3	omeprazol + naproxeno + captopril	No	No	No	12	Depresión
67	71	70-74 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	12	Depresión
86	66	65-69 a	Fem	Primaria	1 a 3	omeprazol + sucralfato	No	No	No	12	Depresión
87	78	75-79 a	Mas	Secundaria	1 a 3	antivertiginoso + omeprazol + sucralfato	No	No	No	12	Depresión
26	71	70-74 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	-	No	No	No	13	Depresión
27	65	65-69 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	13	Depresión
62	78	75-79 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	-	No	No	No	13	Depresión
64	68	65-69 a	Mas	Secundaria	Polifarmacia	-	No	No	No	13	Depresión
71	62	60-64 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	tiamina + ac folico + naproxeno + sucralfato + calcio	No	No	No	13	Depresión
131	87	85-89 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	apronax + captopril + ranitidina+tiamina	No	No	No	13	Depresión
5	65	65-69 a	Fem	Primaria	Polifarmacia	Metrotexato + meloxicam + prednisona + ac folico + deexametasona+ diclofenaco	No	No	No	14	Depresión
25	69	65-69 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	metformina + gabapentina + enalapril + atorvastatina	No	No	No	14	Depresión
69	70	70-74 a	Fem	Secundaria	Polifarmacia	hormonas + inhaladores + meloxicam + sucralfato	No	No	No	14	Depresión
140	84	80-84 a	Mas	Sin estudios	Polifarmacia	captopril + loratadina + analgesicos + inhalador	No	No	No	14	Depresión
1	66	65-69 a	Fem	Sin estudios	Polifarmacia	Omeprazol + Sucralfato + Atorvastatina + Captopril	No	No	No	15	Depresión
132	75	75-79 a	Mas	Primaria	Polifarmacia	warfarina+ enalapril+ tramadol+ calcibone+vitD	No	No	No	15	Depresión



Anexo 5

Proyecto de investigación

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2018

Proyecto de Tesis presentado por la Bachiller:
Robles Machaca, Jhamilet Aracelly
para optar el Título Profesional de Médica
Cirujana

Asesor: Dr. Alvarado Dueñas, Ervis

Arequipa - Perú

2018

I. PREÁMBULO

El envejecimiento como proceso fisiológico normal de la vida, dinámico e irreversible que involucra la disminución de las capacidades de los diferentes órganos y sistemas para responder a cambios en el medio ambiente o en el medio interno, también predispone a la aparición de enfermedades y comorbilidades que llevan al consumo de medicamentos. Sin embargo, es importante mencionar que pese a todas las ventajas que ofrecen la utilización de diferentes fármacos, estos en la tercera edad abren un gran capítulo en la medicina moderna, constituyendo la «polifarmacia» o «polifarmacoterapia», uno de los llamados «problemas capitales de la geriatría», pues es una de las situaciones más frecuentes, con suficientes implicaciones relacionadas con la morbilidad y la mortalidad en el anciano, a lo que se suma el delirio, las demencias, las caídas, la inmovilidad y la incontinencia (2).

De la misma manera, los trastornos mentales forman parte de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en los adultos mayores en todo el mundo, siendo la depresión la más común de ellas. Pero muchas veces el paciente con depresión no la considera una enfermedad o no la manifiesta al médico, por otro lado, existen a menudo trastornos depresivos no diagnosticados ni tratados que se pueden expresar con síntomas psicósomáticos que podrían estar condicionando tratamientos sintomáticos con la probable prescripción de mayor cantidad de fármacos, causando un impacto negativo sobre su calidad de vida, lo cual da como resultado una pérdida importante de capacidad funcional de la persona y esta se convierte en una mayor carga para sus familiares, cuidadores y los servicios de salud y por lo tanto, representa un problema de salud pública.

Gracias a esta investigación aportare a los temas al que hago referencia, como un reto en mi vida profesional; a su vez representa la gran importancia de implementar programas de salud mental dirigidos hacia la población geriátrica, que impulsen la promoción de vida mental saludable, la prevención de la depresión a nivel de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. De igual manera es importante mencionar que una adecuada prescripción farmacológica en los adulto mayores incluye consideraciones propias del envejecimiento, de las patologías tratadas,

de las características propias del paciente y dejar de lado la opción del tratamiento sintomatológico, pues aunque sea una manera de disipar las molestias del paciente siempre es mejor tratar la causa de la enfermedad, lo cual conlleva a uno o dos medicamentos. “La muerte no llega con la vejez, sino con el olvido” Gabriel García Márquez.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

a) Enunciado del trabajo o problema

¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y RIESGO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA?

b) Descripción del problema

i. Área del conocimiento:

- **General:** Ciencias de la Salud
- **Específica:** Medicina Humana
- **Especialidad:** geriatría
- **Línea:** farmacología

ii. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

- **Variable independiente:** Polifarmacia
- **Variable dependiente:** Depresión

VARIABLE	INDICADOR	VALORES NUMÉRICOS O CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Polifarmacia	Numero de medicamentos	1-3 medicamentos Más de 4 medicamentos	Cuantitativa discreta
Depresión	Test de Depresión Geriátrica	depresivo (>5 puntos en 15- GDS) y no depresivo (<5 puntos en 15- GDS)	Cualitativa discreta

VARIABLE INTERVINIENTES	INDICADOR	VALORES NUMÉRICOS O CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Fecha de nacimiento	60 - 70 años 70 – 80 años 80 años a mas	Cuantitativa discreta e intervalos
Sexo	Sexo reportado en el DNI	Masculino Femenino	Categórica nominal
Escolaridad	Refiere el paciente	Sin estudios Primaria. Secundaria Técnica Superior	Categórica nominal

iii. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es la tasa de presentación de polifarmacia en los adultos mayores de 60 años que acuden a consulta externa del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuál es la frecuencia de presentación de depresión en la población geriátrica estudiada?
- ¿Cuáles son las características socio demográficas de los pacientes adultos mayores de 60 en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza?
- ¿Cuál es la asociación entre polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes adultos mayores de 60 años que acuden al Hospital General Honorio Delgado Espinoza?

iv. Tipo de investigación: Básica

- v. **Nivel de la investigación:** Estudio observacional –prospectivo – transversal.

c) Justificación del problema.

La polifarmacia es uno de los llamados problemas capitales de la geriatría, porque es una de las situaciones más frecuentes, que tiene una gran morbi-mortalidad en dicha población debido a cambios en la farmacocinética y farmacodinamia relacionados con la edad y al deterioro cognitivo.

En la población geriátrica los trastornos afectivos, cognoscitivos y conductuales constituyen un problema de salud pública de enormes proporciones, debido a su alta prevalencia, costo social y económico. Dentro de ellas se encuentran la depresión y otras enfermedades crónicas que conllevan al uso de diversos medicamentos y por tanto, posee un mayor riesgo de polifarmacia, reacciones adversas medicamentosas, interacciones medicamentosas y una relación beneficio/riesgo más desventajosa.

Actualmente a nivel mundial la depresión es un padecimiento frecuente en los adultos mayores por tal motivo es importante determinar los síntomas depresivos, en consecuencia poder desarrollar estrategias efectivas de diagnóstico y tratamiento. Según la sociedad americana de psicología, los síntomas depresivos como: decaimiento, tristeza, sensación de incapacidad para afrontar las actividades y retos diarios, y la pérdida de interés en actividades que previamente resultaban placenteras, las actividades básicas (alimentación, sueño y autocuidado) estos suelen dejar emociones negativas que tiene consecuencias físicas y mentales que pueden complicar un problema de salud existente de una persona de edad avanzada y desencadenar nuevas preocupaciones.

Se considera importante la identificación y estudio de la polifarmacia, que aún no ha sido reconocido como tal y que en determinado momento puede incrementarse más y producir efectos indeseables de los que ya

ha causado en los adultos mayores, siendo este un problema de salud que reconociéndolo a tiempo se puede trabajar para mejorar en la prescripción de medicamentos por parte del médico.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Envejecimiento:

2.1.1. Conceptos generales

El envejecimiento de la población es de especial importancia a nivel mundial por su impacto económico y sociales, del mismo modo es un grupo que ejerce una demanda al sistema de salud, por la alta demanda de enfermedades crónicas, malnutrición, abandono familiar y/o social, pérdida prematura de su capacidad funcional y otras. (1).

Se define como un proceso normal propio organismo que inicia desde el momento del nacimiento, y si bien no se considera como una enfermedad, lo que genera es un terreno propicio para el desarrollo de varias condiciones que afectan la salud del adulto mayor, además se caracteriza por una disminución progresiva en la capacidad de llevar a cabo las funciones de cada órgano y sistema.

2.1.2. Epidemiología del envejecimiento

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años, se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de PAM en América Latina y el Caribe, y que para esa fecha las PAM representarán el 13,3% de la población peruana (3). A nivel mundial, los diferentes cambios demográficos reflejan un aumento significativo de las personas mayores de 60 años, a nivel de los países desarrollados el porcentaje de la población de esta edad alcanza el 15-20%, a nivel de América Latina este grupo alcanza

el 8,1% y en el Perú actualmente la población de adultos mayores representa el 7.5 %. (6)

2.2. Polifarmacia:

2.2.1. Conceptos generales:

De acuerdo a la OMS la polifarmacia se define como un “síndrome geriátrico que envuelve el uso concomitante de cuatro o más fármacos”, esta situación por sí misma constituye un factor de vulnerabilidad en los ancianos, siendo un predictor de mortalidad en esta franja etaria.

Antes de desarrollar con mayor detalle el papel que juega la polifarmacia en la Geriátrica, es importante mencionar que según la Organización Panamericana de la Salud existe una diferencia entre Polifarmacia adecuada: en la que el paciente ingiere varios medicamentos todos con indicaciones correctas; de la Polifarmacia inapropiada: en la que el paciente recibe más medicamentos que los indicados, y la pseudo Polifarmacia redundante: en la que en la historia médica del paciente figura que tiene indicado más drogas de las que realmente consume(12).

La polifarmacia guarda relación directa con el envejecimiento; para comprender el tema es necesario conocer conceptos básicos como la Gerontología y la Geriátrica. Gerontología: es el estudio de los fenómenos asociados al envejecimiento para su diferenciación. Geriátrica: es la rama de la medicina que se ocupa de la prevención, curación y rehabilitación del adulto mayor. (13)

2.2.2. Farmacoepidemiología de las interacciones medicamentosas.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 65 al 90% de los Adultos Mayores consumen más de tres medicamentos en forma simultánea (polifarmacia), el 25% de los adultos entre los 65 años y más presentan reacciones adversas a medicamentos, siendo ésta una de las formas más frecuentes de iatrogenia, lo que repercute en la salud, economía, integración social y calidad de vida en este grupo de edad.

En el análisis matemático realizado por el Dr. Homero Gac y col. si un paciente está tomando 5 medicamentos, existe la probabilidad de 50% de una interacción importante clínicamente y, cuando son 7 los fármacos por paciente, la posibilidad se incrementa al 100%; 20% de ellos podrían ser con manifestaciones de reacciones adversas severas. (16).

2.2.3. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en pacientes geriátricos (17)

Se define farmacodinamia como el estudio de los efectos bioquímicos y fisiológicos de los fármacos así como su mecanismo de acción. Analiza la interacción de la molécula del fármaco con el receptor. No disponemos de mucha literatura sobre las modificaciones farmacodinámicas en el anciano, pero algunos estudios han demostrado que en la vejez, los receptores sufren modificaciones tanto en su número como en su sensibilidad y la respuesta celular, así como otras modificaciones en el sistema central, periférico y autónomo en algunas de las enfermedades que afectan a estas edades, modificándose la respuesta a determinados medicamentos.

La farmacocinética es el estudio de la absorción, distribución, metabolismo y excreción de los medicamentos. Todos estos procesos están alterados en mayor o menor medida en el anciano. La farmacocinética sugiere que los cambios en la

respuesta a medicamentos con la edad se deben a estas alteraciones.

- La absorción enteral de un fármaco está determinada por su solubilidad, la dosis, el flujo sanguíneo, y la motilidad gastrointestinal. A partir de los 65 años, se producen cambios morfológicos y fisiológicos que pueden modificar la absorción de un medicamento, tales como: aumento del pH gástrico, disminución de la producción de ácido gástrico, disminución de la velocidad de vaciamiento gástrico, disminución del flujo sanguíneo esplácnico, disminución de la motilidad intestinal, y disminución de la superficie de absorción.

El anciano, por acción de los medicamentos, hay una disminución en la salivación que implica dificultad en la deglución, y disminución de la disolución de medicamentos administrados por vía sublingual. Con respecto a la administración de fármacos por vía intramuscular, debemos considerar la menor proporción de masa muscular y de flujo sanguíneo en el paciente anciano.

- En relación a la distribución, una vez que el fármaco está absorbido se vehiculiza a todo el organismo aprovechando la corriente sanguínea. Este transporte del fármaco por vía sanguínea desde el lugar de entrada lo lleva al líquido extravascular, de modo reversible (distribución) o irreversible (eliminación). Los cambios en la distribución se producen por disminución de agua corporal total (en conjunto con disminución del estímulo de la sed) reducción de la masa magra corporal y de las proteínas totales lo que afecta el transporte ligado ellas (16).
- Modificaciones de la composición corporal: aumento del tejido adiposo, disminución de la masa músculo

esquelético, disminución del agua corporal total, disminución del agua extracelular.

- Modificaciones en las proteínas plasmáticas e hícticas: disminución de la albúmina, aumento de la alfa-glicoproteína.
- Otras modificaciones corporales: disminución del gasto cardíaco, aumento de la resistencia vascular periférica, disminución del gasto sanguíneo hepático y renal y aumento de la fracción de eyección cardíaca hacia la circulación cerebral, la coronaria y la de músculo esquelético
- El concepto de metabolismo o biotransformación, se define como los cambios que se producen en las moléculas de los fármacos mediante la acción de sistemas enzimáticos que se encuentran localizados en distintos lugares del organismo, principalmente el hígado. En el anciano se producen una serie de cambios fisiológicos que pueden modificar el metabolismo farmacológico, tales como: disminución del flujo sanguíneo hepático, disminución de la masa hepática (menos hepatocitos funcionantes) y disminución de la capacidad metabólica hepática. Esta disminución es variable de un medicamento a otro y de un individuo a otro y determina una mayor vida media de algunas drogas en el organismo.
- Con relación a la excreción, la vía más importante de eliminación de los fármacos es la renal. Greenblatt y cols. (18) observaron en 1982 que es a este nivel donde se producen los efectos más notables de la edad sobre la farmacocinética de los medicamentos. Las modificaciones fisiológicas que se producen en los ancianos y que podrían afectar a la eliminación renal de los fármacos, incluyen: disminución del

flujo sanguíneo renal, disminución de la filtración glomerular y disminución de la capacidad de secreción tubular renal.

Todos los procesos farmacocinéticos están modificados en mayor o menor medida en el paciente mayor de 65 años (19), por tales motivos es que debemos ser cuidadosos a la hora de prescribir cualquier medicamento teniendo en cuenta las posibles interacciones y patologías para evitar reacciones adversas evaluando siempre el riesgo y el beneficio de cada uno de ellos.

2.2.4. Complicaciones de la polifarmacia

En adultos mayores, las reacciones adversas medicamentosas (RAM)

Están entre las causas principales de morbilidad y letalidad en gran parte de los países.

En estudios realizados, las personas mayores son las que presentan elevadas prevalencias de RAM tanto en la atención primaria como en hospitalizados, entre 15 y 20 %, muy por encima de los niños y jóvenes. Otros estudios revisados exponen que las RAM fueron catalogados como potencialmente prevenibles y pueden necesitar internamiento por horas o días en hospitales. Los fármacos que más reacciones adversas provocan o problemas relacionados con medicamentos son los antibióticos, antiinflamatorios no esteroideos, los analgésicos, sedantes dentro de otros.

La prescripción inadecuada en pacientes mayores y polimedcados es uno de los problemas de primera magnitud de nuestro Sistema Nacional de Salud por las repercusiones sanitarias que tiene, además de las que existen en el terreno económico. La idoneidad de la prescripción y detección de la prescripción inadecuada puede ser evaluada mediante la revisión periódica y sistemática de los tratamientos farmacológicos. (11).

Un ejemplo de dichas complicaciones es el efecto cascada este se define como “el uso excesivo de medicamentos que provoca la aparición de un evento adverso en un paciente con múltiples afecciones y que puede confundirse con un nuevo síntoma clínico” , lo cual significa que este efecto cascada es una cadena que se provoca al usar varios y diferentes tipos de fármacos, que al combinarse provocan daños en el cuerpo, capaces de presentarse como un nuevo síntoma (tos, dolor de cabeza, vómitos, náuseas, etc.) lo cual vuelve difícil para el médico reconocer la verdadera causa de dicha afección, y esto puede llevar a que se piense en una nueva enfermedad, para la cual se receta un nuevo medicamento, que puede continuar el ciclo. Suceso que también aumenta el riesgo de intoxicación, según (Baños, 2002).

En el ámbito internacional, la OMS en respuesta al uso inapropiado de los medicamentos, efectúa un seguimiento a los medicamentos del uso mundial y de las políticas farmacéuticas, pero más de la mitad de los países no aplican estas políticas básicas para fomentar el uso racional de los fármacos.

De igual manera proporciona orientaciones de política y apoya a los países para que formulen, estrategias nacionales que fomenten el uso racional de los medicamentos.

Este problema de polifarmacia es más habitual de lo que se cree y está en manos de pacientes y profesionales de la salud, es nuestra función y compromiso evitar de manera activa su práctica.

2.2.5. Consecuencias de la polifarmacia

Como consecuencias directas de la polifarmacia, la OMS señala las siguientes consecuencias:

- a) El uso excesivo de antibióticos aumenta la resistencia a los antimicrobianos, prolonga las enfermedades y aumenta el

número de medicamentos que dejan de ser eficaces para combatir las enfermedades infecciosas.

- b) Las reacciones adversas a los medicamentos originadas por su uso erróneo o por reacciones alérgicas pueden ser causa de enfermedad, sufrimiento y muerte.

2.2.6. Normas generales para la prescripción de fármacos en el anciano

Como lo señala Arango Lopera y Victoria Eugenia en el estudio realizado en Colombia 2002, titulado “Polifarmacia en el anciano” (14) resalta la importancia de una prescripción adecuada mediante el uso de normas para dicha indicación.

- No utilizar medicación innecesaria para el tratamiento de una patología, evitando la medicación de complacencia.
- Revisar periódicamente el tratamiento y eliminar aquellos fármacos no necesarios.
- Recordar que todos los fármacos pueden producir efectos indeseables e interactuar con otros.
- Evitar la polifarmacia.
- Escoger aquellas presentaciones farmacéuticas que para los adultos mayores sean más fáciles de administrar (suspensión, sobres, tabletas efervescentes, etc.).
- Usar dosis pequeñas al comienzo del tratamiento e incrementar progresivamente.
- Evitar las dosis repartidas a lo largo del día. La dosis única diaria es lo ideal, en aquellas drogas cuya farmacocinética lo permita.

- La forma de tomar la medicación debe estar clara para el paciente.
- Tratar enfermedades y no síntomas.

Es de vital importancia el conocimiento fármaco-vigilancia en el personal de enfermería, médico y cuidadores de los pacientes en edad geriátrica, pues estos pacientes son portadores de varias enfermedades “pluripatologías” que generalmente son tributarias de tratamiento y en ocasiones acuden a las instituciones de salud con polifarmacia que no siempre representa el estado actual del anciano. Es necesario crear otras estrategias con el objetivo de estimular una prescripción racional y segura de los medicamentos en las personas mayores y así prevenir el uso y prescripción inadecuada de medicamentos en personas adultos mayores (11).

2.3. Depresión:

2.3.1. Conceptos Generales:

La depresión es después de la hipertensión arterial, la condición crónica más común, encontrada en la práctica médica general y está asociada al deterioro de la calidad de vida y a una mayor morbilidad y mortalidad (4).

Esta enfermedad no es solo tristeza, es un estado de ánimo caracterizado por otros sentimientos como: indiferencia, soledad y pesimismo, afecta todo el cuerpo, su estado de ánimo y sus pensamientos; afecta la forma en que el paciente opina de sí mismo, su concepto de la vida y su comportamiento general. Lo mencionado anteriormente, va en contra de la creencia popular, que considera la depresión como una parte natural y propia del envejecimiento, la cual a menudo puede revertirse con tratamiento inmediato y adecuado, pero si no se trata, la depresión puede disparar el deterioro físico, cognitivo y social, dilatar la

recuperación de enfermedades y cirugías, provocar un aumento del uso de la atención médica, y el suicidio (1).



2.3.2. Epidemiología:

De la misma forma la OMS estima que para el año 2020, la depresión llegara a ser la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial, y la primera en países desarrollados. (4)

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes entre los adultos mayores. En esta etapa de vida el trastorno depresivo, es considerado como una de las grandes epidemias de este siglo junto con la demencia tipo Alzheimer, debido a que deterioran la calidad de vida, predisponen a enfermedades físicas y disminuyen el tiempo de vida [].... “Las tasas de prevalencia varían de unos estudios a otros, hablándose del 25 al 45%, aunque no se conoce con certeza qué porcentaje de estos casos son causados por trastorno depresivo mayor” (5).

2.3.3. Etiopatogenia de la depresión

Se describe que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios biológicos y psicosociales los que a su vez se constituyen en factores de riesgo para desarrollar depresión en edades tardías (5). Como lo señala la Dra Adela E. Gómez Ayala, la depresión en el colectivo geriátrico, los factores etiopatogénicos son los mismos (neuroquímicos, genéticos y psicosociales) que condicionan los trastornos anímicos en otros grupos de edad, aunque en este grupo poblacional los factores precipitantes que más impacto traen consigo son: psicosocial y somático, en comparación con otros grupos poblacionales.

Dentro de esta enfermedad se han visto involucrados tres neurotransmisores: norepinefrina, serotonina y dopamina (8). Al realizar estudios de neuroimagen, se evidencia que las alteraciones del estado de ánimo pueden ser consecuencia de una disminución de la actividad en estructuras neo corticales y un aumento de esta en el sistema límbico (9).

Al mencionar los acontecimientos capaces de desencadenar un trastorno anímico en el anciano, destaca “el duelo, seguido por la jubilación con la consiguiente pérdida de estatus social y económico, el rechazo de la familia, la precariedad económica, el impacto psicológico de los trastornos somáticos invalidantes y las enfermedades que tienen otros miembros de la familia” y dentro de los principales factores precipitantes de carácter somático resaltan “los accidentes cerebrovasculares, los trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer), el infarto de miocardio, las infecciones agudas, la radioterapia y la terapia con hormonas esteroideas”. (20)

2.3.4. Manifestaciones clínicas de la depresión

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables y de este modo, la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerbaban en estos pacientes...[] Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias, por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. (21)

La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud). Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su

reversibilidad, al menos en parte. Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos pre mórbida.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

2.3.5. Diagnóstico

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, el cual se basa en la anamnesis y exploración del paciente para identificar los síntomas depresivos. Un factor que interfiere negativamente a la hora de establecer el diagnóstico de depresión senil es la creencia de que la depresión es parte del envejecimiento, creencia que no es respaldada por datos clínicos y epidemiológicos. (20)

La historia clínica debe rescatar los antecedentes de enfermedad depresiva que haya tenido el anciano o su familia, además que incluya los principales rasgos de la personalidad del anciano, especialmente si la personalidad de éste ha sido una personalidad basada en la necesidad de orden y perfeccionismo.

El síntoma más temprano de depresión, es la anhedonia o pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades u ocupaciones que antes le resultaban gratas y la pérdida de ilusión. “Frecuentemente, junto con la tristeza, aparece un sentimiento de angustia, que puede reflejarse tanto a nivel psíquico (nerviosismo, inquietud interior) como somático (cefaleas de tensión, bolo esofágico, meteorismo, diarreas, tensión muscular, etc.)” (20). Otros síntomas resaltantes son la irritabilidad y la lentitud en el pensamiento; el paciente tiende a sentirse inseguro, se infravalora y se hace autorreproches.

Los trastornos somáticos que con mayor frecuencia forman parte del espectro depresivo son las alteraciones del sueño y del apetito:

- La alteración del sueño más común en los estados depresivos es el insomnio tardío, caracterizado por un despertar temprano, la variedad frecuente en los casos graves.
- La depresión se asocia frecuentemente con una disminución del apetito, existiendo una relación entre la intensidad de la alteración del apetito y la gravedad de los síntomas del cuadro depresivo.

Finalmente, conviene destacar el alto riesgo de suicidio detectado en los enfermos con depresión senil, estimado en cuatro veces mayor que en individuos deprimidos de menor edad.

La alta prevalencia de enfermedad depresiva en los ancianos con tentativas suicidas, en comparación con otras enfermedades, justifica el compromiso de los profesionales de la salud para detectar la posible presencia de conducta autolítica y proceder a un tratamiento vigoroso y a la vigilancia estrecha a cargo de los familiares del enfermo. Con lo ya mencionado es importante "identificar de forma temprana, sencilla y práctica, los síntomas depresivos en adultos mayores, debido a que tienen

connotaciones negativas en la vida de este grupo poblacional; por ejemplo, los adultos mayores deprimidos tienen un riesgo aumentado para enfermedades cardiovasculares y de muerte, el siguiente año, mayor que los no deprimidos” (7).

2.3.6. Escala de depresión de Yesavage

Las guías de la academia americana de médicos familiares recomiendan para el tamizaje de la depresión que se hagan siempre estas dos preguntas, las cuales tienen una sensibilidad del 96%: Durante las últimas dos semanas se ha sentido triste, depresivo o sin esperanzas y durante las últimas 2 semanas ha sentido menor interés o placer al hacer las cosas (10).

La respuesta positiva puede ser seguida de una entrevista más completa utilizando escalas como la escala de depresión de Yesavage, ficha de evaluación que estaba compuesta por algunos datos de filiación del entrevistado (edad, género, estado civil, lugar de nacimiento y grado de instrucción) y por el cuestionario de 15 ítems de la Escala Geriátrica de Yesavage (GDS-15).

El GDS-15 consiste en 15 preguntas, de las cuales 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indican depresión leve; 9-11 indican depresión moderada; y 12- 15 indican depresión severa (1). Cabe resaltar que a pesar de los esfuerzos realizados en la descripción de la depresión geriátrica y en el mejoramiento de los tratamientos, continúan existiendo consecuencias nefastas tanto para las personas afectadas, como para su entorno familiar y social.

Como lo demuestra un estudio publicado con el nombre de: Validación de la versión reducida de la escala de depresión

geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia, el GDS- 4 (versión reducida de la escala de presión geriátrica) tuvo alta sensibilidad y valor predictivo negativo, por lo que sería una herramienta útil en el screening de depresión en el adulto mayor y significaría una marcada optimización en el tiempo de atención al paciente.

Teniendo en cuenta lo extenso que puede llegar a ser una correcta y adecuada valoración geriátrica integral en el adulto mayor además del tiempo que se brinda la personal de salud para ello y sobre todo si se tratan con pacientes que tienen pluripatologías, lleva a la necesidad de contar con un método de evaluación de síntomas depresivos que sea válido, rápido y fácil de aplicar; por ellos se probó la utilidad en nuestro medio de la escala de depresión geriátrica de 4 preguntas (GDS-4), de esta manera se demuestra su gran valor en la práctica clínica (6).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1.A nivel local

a) **Autor:** JAVIER ALBERTO GUTIÉRREZ VÁSQUEZ. Trabajo de investigación para optar el Título de Médico-Cirujano

Título: MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO EN EL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL III YANAHUARA – ESSALUD - AREQUIPA 2013

Lugar: HOSPITAL III YANAHUARA

Resumen:

Antecedentes: La medicación inapropiada en el paciente geriátrico es un problema que aumenta la morbilidad de dicho grupo etario por las reacciones adversas que puede provocar. El estudio del problema podrá diseñar estrategias para controlar la ocurrencia.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la medicación potencialmente inadecuada en pacientes geriátricos durante la hospitalización.

Métodos: Se revisaron retrospectivamente 229 historias clínicas de pacientes hospitalizados en el servicio mayores de 60 años del Hospital III Yanahuara – Arequipa que cumplían los criterios de selección. Se analizó las características epidemiológicas, la polifarmacia del paciente, y los medicamentos utilizados fueron evaluados de acuerdo a los criterios STOPP/START.

Resultados: Se encontró una polifarmacia en el 92,1% de los pacientes hospitalizados, siendo 38,0% que pertenecía a polifarmacia excesiva. Se encontró uno o más fármacos potencialmente inapropiados según los criterios STOPP en el 16,4% durante la hospitalización, siendo la medicación que afecta negativamente a las caídas y la relacionada al sistema cardiovascular la más prevalente. El 46,7% de los pacientes hospitalizados presentaron al menos una medicación omitida (según criterios START), siendo la medicación de sistema endocrino la más frecuentemente omitida.

Conclusiones: El estudio revela que 1,6 de cada 10 pacientes poseen al menos una medicación potencialmente inadecuada al ser hospitalizado, y que cerca de 1 de cada 2 personas una medicación omitida durante la hospitalización.

Palabras clave: Medicación potencialmente inapropiada, adulto mayor, polifarmacia, criterios STOPP/START

3.2.A nivel nacional

- a) **Autor:** Jeanie De la Torre Maslucan; Rosa Shimabukuro Maeki; Luis Varela Pinedo; Hever Krüger Malpartida; Leandro Huayanay Falconí; Javier Cieza Zevallos; Miguel Gálvez Cano.

Título: Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia

Lugar: Lima consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia

Resumen:

Objetivo: validar la versión reducida (4 preguntas) de la escala de depresión geriátrica en pacientes adultos mayores. Materiales y métodos: estudio realizado entre setiembre 2002 y junio 2003, en 400 pacientes mayores de 60 años que no recibían tratamiento antidepresivo ni tenían evidencia de deterioro cognitivo y que acudieron al consultorio externo del Servicio de Geriatría del hospital nacional Cayetano Heredia. A ellos se les aplicó el DSM-IV (gold standard), la escala de depresión geriátrica de 15 ítems (GDS- 15) y la escala de depresión geriátrica de 4 ítems (GDS-4). Resultados: la edad media fue 70,85 años (60-98 años), 66,25% fueron mujeres. El 17,3% tuvo depresión según DSM –IV, 11,8% según GDS-15 y 34,3% según GDS-4. La sensibilidad del GDS-15 fue 49%, especificidad 96%, valor predictivo negativo de 90% y valor predictivo positivo de 72%. La sensibilidad del GDS-4 fue de 93%, especificidad de 78%, valor predictivo negativo 98% y valor predictivo positivo de 47%. El valor Kappa para el GDS-15 en relación al DSMIV fue 0,52 y para el GDS-4 fue 0,50. Conclusion: el GDS- 4 tuvo alta sensibilidad y valor predictivo negativo, por lo que sería una herramienta útil en el screening de depresión en el adulto mayor y significaría una marcada optimización en el tiempo de atención al paciente. Palabras clave: depresión, adultos mayores, GDS.

3.3.A nivel internacional

- a) **Autor:** J. Alejandro Castro-Rodríguez , Juan P. Orozco-Hernández , Daniel S. Marín-Medina

Título: Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos.

Lugar: Colombia

Resumen:

La prescripción de medicamentos en pacientes ancianos es y ha sido compleja debido a la influencia de los cambios fisiológicos de la edad en el metabolismo de estos, a los sesgos de selección de diversos ensayos clínicos que excluyen pacientes geriátricos, al mayor número de comorbilidades y al mayor riesgo de toxicidad e interacciones farmacológicas. De esta manera, los pacientes geriátricos han sido blanco de la polifarmacia y de la prescripción inapropiada de medicamentos, y como consecuencia de ello, de mala adherencia a los esquemas terapéuticos, deterioro en la calidad de vida, cascadas de prescripción y en general mayor morbimortalidad. Por esta razón, se han diseñado herramientas para la clasificación de prescripciones inadecuadas que buscan otorgarle al médico un apoyo para el correcto manejo farmacológico de estos pacientes, de estos, los Criterios de Beers y los Criterios STOP-START han sido los más utilizados.

Palabras claves: Colombia; Polifarmacia; Adulto mayor; Reducción daño

- b) **Autor:** Malinali Alvarado Orozco, Víctor Manuel Mendoza Núñez a Unidad de Investigación en Gerontología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, (UNAM)

Título: Prevalencia y factores de riesgo para polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo.

Lugar: Distrito Federal, México.

Resumen:

El propósito del estudio fue determinar la prevalencia y factores de riesgo de polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. Se llevó a cabo un estudio transversal en una muestra de 311 adultos mayores con residencia en el Valle del Mezquital Hidalgo. Los ancianos fueron entrevistados para conocer cuántos medicamentos ingerían simultáneamente. Se definió como polifarmacia la ingesta de 4 o más medicamentos. Se realizó un cálculo de riesgos (razón de momios) a través del análisis multivariado de regresión logística. La prevalencia de polifarmacia fue del 18%, de los cuales el 32% reportó consumir productos de herbolaria. Por otro lado, se detectaron como principales factores de riesgo, la polipatología con una razón de momios de 11.2 (IC95% 4.5-28.3; $p < 0.001$) y visitas a varios médicos (3 o más) por el mismo problema de salud, por insatisfacción en su tratamiento, con una razón de momios de 7.5 (IC95% 3.4-16.4; $p < 0.01$). Los resultados muestran que la ingesta de productos de herbolaria tiene una influencia relevante sobre la prevalencia de polifarmacia en la población evaluada

4. OBJETIVOS:

General:

- Establecer la asociación de polifarmacia y riesgo de depresión en pacientes mayores de 60 años que acuden por consulta externa al hospital General Honorio Delgado Espinoza 2018.

Específicos:

- Determinar la tasa de presentación de polifarmacia de los pacientes adultos mayores de 60 años en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza
- Determinar la frecuencia de presentación de síntomas depresivos en pacientes mayores de 60 mediante el uso de escala de depresión geriátrica abreviada (test de yesavage) en el Hospital General Honorio Delgado Espinoza
- Identificar las características socio demográficas en la población geriátrica estudiada.

5. HIPÓTESIS

- Dado que existen cambios cognitivos y fisiológicos propios del envejecimiento que llevan a cambios en la farmacocinética en las personas que presentan polifarmacia, es posible que estos influyan en la presentación de depresión en los pacientes mayores de 60 años que acuden a consultorio externo de geriatría del hospital General Honorio Delgado Espinoza.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

- **Técnicas:** En la presente investigación se utilizará la técnica encuesta.
- **Instrumentos:** El instrumento que se utilizará para obtener la información será, la ficha de recolección de datos y el test de Yesavage o llamado también Escala de Depresión Geriátrica.
- **Materiales:** Computadora, impresiones y lapiceros.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

El estudio se realizará en el servicio de Geriátria del hospital General Honorio Delgado Espinoza 2018 del departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

Mes de Enero del 2018

2.3. Unidades de estudio:

Está constituido por la totalidad de pacientes que acuden al servicio de Geriátria del Hospital General Honorio Delgado Espinoza en el período de estudio y cumplan criterios de inclusión.

2.4. Población:

Muestra: constituido por la totalidad de pacientes que acuden al servicio de Geriátria del Hospital General Honorio Delgado Espinoza en el período de estudio y cumplan criterios de inclusión.

2.4.1 Criterios de inclusión:

Se incluyeron pacientes mayores de 60 años de edad, de ambos sexos y pacientes que acuden a consultorio externo del servicio de Geriátria del Hospital General Honorio Delgado Espinoza.

2.4.2 Criterios de exclusión:

- a. No aceptaron participar
- b. Que tenga impedimento mental grave para la realización de la entrevista.
- c. Que tenga impedimento físico que le impidiera escribir o hablar.
- d. Manifestaron alcoholismo positivo (5 o más consumiciones o “tragos” al menos una vez por semana), tabaquismo positivo (más de 5 cigarrillos al día), consumo de café (más de 3 tazas al día), ya que estas sustancias causan alteración del estado de ánimo,
- e. Prescripción farmacológica no médica (los que tomaron sin prescripción médica algún fármaco por 15 días, al menos en dos ocasiones en los últimos 2 meses.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- a. Presentación de la solicitud para realizar el estudio dirigido al director del Hospital.
- b. Presentación de un Cronograma de Trabajo para la recolección de datos.
- c. La test se llevará a cabo con la autorización y coordinación con las respectivas autoridades, médicos y personal que labore en el servicio de Geriatria del hospital Honorio Delgado Espinoza
- d. Concluida la recolección de datos se continuará con el análisis estadístico de los mismos y consecuentemente la posterior elaboración del informe final de la investigación.

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigador
- Asesor

b) Materiales:

- Ficha de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas procesadores de texto, base de datos y software estadístico.

c) Financieros:

- Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos:

La ficha de recolección de datos y polifarmacia no requiere validación ya que solo requiere información.

Test de Yesavage que mide el nivel de depresión en los adultos mayores, este instrumento fue validado en Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud 2002. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Módulo 4. Esta escala de 15 ítems es altamente confiable y es pertinente para evaluar rasgos depresivos.

La Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage consta de 15 ítems con respuestas dicotómicas (sí/no), dentro de las cuales las respuestas, Afirmativas en los ítems 2, 3, 4, 6,8, 9, 10, 12, 14 y 15, equivalen a 1 punto y las respuestas negativas en los ítems 1, 5, 7, 11 y 13., equivale a ningún punto. Cada respuesta errónea puntúa 1.

La puntuación máxima es de 15 puntos, y la mínima, de 0 puntos. Los puntos de corte son los siguientes

3.4. Criterios para manejo de resultados

a. Plan de procesamiento:

Los datos registrados en el anexo 2 y 3 serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b. Plan de clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016)

c. Plan de codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d. Plan de recuento:

El recuento de los datos será electrónico en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e. Plan de análisis:

Se empleará estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas, las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo de chi cuadrado, y la comparación de variables numéricas mediante la prueba de T de Student considerando significativa una diferencia de $p < 0.05$. La asociación entre variables ordinales y nominales se evaluará con el coeficiente de correlación de Spearman. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico con su complemento analítico y el paquete de SPSSv.22.0.

3.5. Criterios para manejo de resultados

Tiempo en meses	Año							
	2017					2018		
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Actividades								
Elección del Tema								
Búsqueda bibliográfica problema de investigación								
Sistematización de bibliografía sobre polifarmacia y depresión								
Redacción de proyecto								
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis								
Dictamen de comité de ética de investigación								
Ejecución de proyecto								
Recolección de datos								
Estructuración de resultados								
Informe final								

- Fecha de inicio: 6 de Agosto 2017
- Fecha probable de conclusión de estudio: 1 marzo 2018.

ANEXOS DE PROYECTO DE TESIS**ANEXO 1****CONSENTIMIENTO INFORMADO****PRESENTACIÓN:**

Sra. o Sr. ante todo buenos días mi nombre es Jhamilet Aracelly Robles Machaca, soy estudiante del último año de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

Actualmente estoy realizando un estudio de investigación en coordinación con el hospital General Honorio Delgado Espinoza a fin de obtener información sobre polifarmacia y riesgo depresión en el adulto mayor para lo cual le solicito su colaboración a través de su respuesta. Para lo cual se aplicará un cuestionario que tiene como objetivo conocer la presencia o no de los síntomas depresivos en pacientes adultos mayores.

Los resultados se utilizarán solo con fines de estudio, es de carácter anónimo y confidencial. Se agradece anticipadamente su valiosa participación, esperando obtener sus respuestas con veracidad. Muchas gracias.

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE:

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

DNI:

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y POLIFARMACIA

INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presentan, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

CARACTERÍSTICAS GENERALES

- Edad: años
- Sexo: Masculino () Femenino()
- Nivel de instrucción:
 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior
- Numero de medicamentos:
 - 1-3 medicamentos ()
 - Más de 4 medicamentos ()

5 o más consumiciones o “tragos” al menos una vez por semana :	SI	NO
más de 5 cigarrillos al día:	SI	NO
más de 3 tazas de café al día:	SI	NO

ANEXO 3

TEST DE YESAVAGE - ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA ABREVIADA

2018.

la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) - Yesavage

1- En general ¿Está satisfecho con su vida?	SI	NO
2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
3- ¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido?	SI	NO
9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI	NO
11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
12- ¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
13- ¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
14- ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	SI	NO
PUNTUACIÓN TOTAL		



BIBLIOGRAFÍA:

- (1) José Juárez M, Angélica León F, Angélica León, Vicky Alata Linares. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH "Viña alta". La Molina, Lima-Perú. Disponible en: http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art4_Vol12_N2.pdf
- (2) Madelaine Serra Urral, Jorge Luis Germán MelizII. POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR. Revista Habanera de Ciencias Médicas. Rev haban cienc méd vol.12 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2013. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2013000100016
- (3) Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil sociodemográfico de la tercera edad. Lima: INEI; 1995.
- (4) Belló M, Puentes E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Mex. 2005.
- (5) Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 1era edición. Lima: Centro Editorial UPCH; 2002.p.349.
- (6) Jeanie De la Torre Maslucan et al. Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Acta medica peruana: Acta méd. peruana v.23 n.3 Lima sep./dic. 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300003
- (7) Allonier et al., 2004; Thomas & Morris, 2003.
- (8) Dunlop BW, Nemeroff CB. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. Arch Gen Psychiatry. Mar 2007;64(3):327-37

- (9) Mayberg HS, Liotti M, Brannan SK, McGinnis S, Mahurin RK, Jerabek PA, et al. Reciprocal limbic-cortical function and negative mood: converging PET findings in depression and normal sadness. *Am J Psychiatry*. May 1999;156(5):675-82.
- (10) American Psychiatric Association. Guía Clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor. En: APA. Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos. Barcelona:Ed. Ars Médica; 2003
- (11) Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río: Polifarmacia en el adulto mayor: ¿es posible su prevención?. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000500008
- (12) Organización Panamericana de la Salud, “La Salud de los Adultos Mayores” Una visión compartida., segunda edición Farmacología y vigilancia en el adulto mayor capítulo 10, pagina 218.
- (13) Br. Anzolabehere et al. Universidad de la República, facultad de Enfermería Cátedra de Salud Adulto y Anciano. POLIFARMACIA Y FARMACOVIGILANCIA EN EL ADULTO, Montevideo 2013. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/123456789/2410/1/FE-0471TG.pdf>
- (14) Arango Lopera Victoria Eugenia. Univ Méd Bogotá Colombia 2002. Polifarmacia en el anciano.
- (15) Rogelio Sánchez-Gutiérrez et al. EFECTOS DE LA POLIFARMACIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nayarit. Unidad Académica de Medicina de la Universidad Autónoma de Nayarit. Disponible en : <http://fuente.uan.edu.mx/publicaciones/04-10/4.pdf>
- (16) Dr. Homero Gac E. Polifarmacia y Morbilidad en adultos mayores. [REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(1) 31-35]. Disponible en: http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Polifarmacia-6.pdf .

- (17) Arriola Riestra I, Santos Marino J, Martínez Rodríguez N, et al. Consideraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas en los tratamientos habituales del paciente gerodontológico. Avances en odontoestomatología Vol. 25 - Núm. 1 - 2009. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/odonto/v25n1/original3.pdf>
- (18) Greenblatt DJ. Reduced serum albumin concentration in the elderly: A report from the Boston Collaborate Drug Surveillance Program. American Geriatric Society. 1979;27:20-32.
- (19) García Fj. Características de las enfermedades en Geriatria. Salgado A, Guillén F. Manual de Geriatria. Barcelona: Salvat. 1990;157-63.
- (20) ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA. La depresión en el anciano Clínica y tratamiento. OFFARM VOL 26 NÚM 9 OCTUBRE 2007. Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13111062-S300
- (21) Manuel Antón Jiménez, Noemí Gálvez Sánchez y Raquel Esteban Sáiz DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. SEGG (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología). Disponible en : https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-05%2023_II.pdf
- (22) Tomás Palomo Miguel Ángel Jiménez-Arriero et al. MANUAL DE PSIQUIATRÍA. Capítulo 23: Depresión unipolar y otras depresiones. Subtipo de depresión: 5.3 Subtipos de depresión según poblaciones especiales (pag 333).