



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.61
NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO



ASOCIACION ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN UMF No. 236.

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

ADRIANA JANUARY SANTOS FLORES

Registro de autorización: R-0217-1505-27

Naucalpan, Estado de México.



Asesor: Dr. Cesar Carlos López García

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**ASOCIACION ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DE 60 AÑOS EN UMF 236.**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.

PRESENTA:

ADRIANA JANUARY SANTOS FLORES.

AUTORIZACIONES.

Dra. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES EN UMF No. 61

Dr. CESAR CARLOS LOPEZ GARCIA.
ASESOR DE TESIS
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD EN UMF 51.

Dr. MAURICIO ESPINOSA LUGO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

Dr. ROSA MARIA PIÑA NAVA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO
PONIENTE.

Dr. JESÚS MARIO ANTONIO JUAREZ ROMERO
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACION ESTADO DE MÉXICO
PONIENTE.



Naucalpan, Estado de México.

FACULTAD DE MEDICINA 2020.
COMISIÓN DE ESTUDIOS DE TESIS

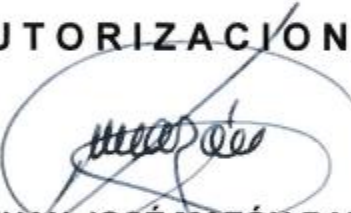
**ASOCIACION ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE
60 AÑOS EN UMF 236**

**TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR.**


PRESENTA:

ADRIANA JANUARY SANTOS FLORES.

AUTORIZACIONES.


Dr. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACUTAD DE MEDICINA
UNAM.


Dr. GIOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE-SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.


Dr. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES.
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUDIVISIÓN DE MECINA FAMILIAR
DIVISION ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

ASOCIACIÓN ENTRE POLIFARMACIA Y DEPRESION EN UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR 236 DEL IMSS.

INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	2
2.1 POLIFARMACIA	3
2.2 DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR.....	5
2.3 ESCALA DE YESAVAGE O ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA	11
2.4 CRITERIOS DE BEERS.....	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. JUSTIFICACION	16
5. OBJETIVOS.....	17
5.1 General.....	17
5.2 Específicos	17
6. HIPÓTESIS	17
7. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.....	18
7.1 TIPO DE ESTUDIO.....	18
7.2 POBLACION EN ESTUDIO.....	19
7.3 CRITERIOS DE SELECCION DE LA POBLACIÓN.....	19
7.4 MUESTRA.....	20
7.5 VARIABLES	20
7.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	23
7.7 FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS	24
7.8 RECURSOS	28
8. RESULTADOS	29
9. DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.	35
10. CONCLUSIONES.....	37
11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	39
12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
13. ANEXOS.....	44
13.1 ESCALA DE YESAVAGE.....	44
13.3 Hoja de Registro de información	45

1. RESUMEN

Asociación entre Polifarmacia y Depresión en Adultos Mayores de 60 años en UMF 236 del IMSS.

Santos F.A., López G.C.

Introducción: A nivel mundial en 2012 hay poco menos de 800 millones de Adultos mayores. En nuestro país el adulto mayor tiene tendencia a uso irracional de medicamentos, lo cual causa impacto negativo en calidad de vida. La depresión es el trastorno afectivo más común en mayores de 60 años. Objetivo: Establecer si existe asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de 60 años. Material y métodos: Se realizó estudio prospectivo, observacional, transversal, no probabilístico, a adultos mayores de 60 años que acudieron a solicitar atención médica en periodo comprendido marzo -junio del 2018 se excluyeron a pacientes que ya tengan un diagnóstico previo de depresión o algún otro padecimiento psiquiátrico, se les aplicó escala de Yesavage, considerando deprimido con 5 o más puntos, además de analizó si tiene polifarmacia, y si los medicamentos prescritos son adecuados de acuerdo a los criterios de Beers. Resultados De una muestra de 125 pacientes, el 49.6% presento algún grado de depresión, el 88.8% tiene polifarmacia, de estos el 68.8% tiene prescripción inadecuada de medicamentos. Conclusiones: La polifarmacia no es una causa de depresión, pero si es un factor predisponente para presentarla. Palabras clave: Polifarmacia, Depresión, Adulto Mayor, Criterios de Beers, Escala de Depresión Geriátrica

* Santos F.A. Residente de 3er año de Medicina Familiar, Adscrito UMF236 del IMSS.

** López G.C. Jefe de enseñanza de UMF 51 DEL IMSS

2. ANTECEDENTES.

El envejecimiento demográfico es un grave problema a nivel mundial ya que implica una mayor demanda de los servicios de salud, esto constituye un reto para la sociedad, quien debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y capacidad funcional de las personas mayores. ¹

Adulto mayor se le considera según la Organización Mundial de la Salud, a toda aquella persona que tenga 60 años o más. ²

La población de Adultos Mayores se ha ido incrementando desde finales del siglo XX hasta la actualidad debido al incremento en la esperanza de vida, disminución de natalidad y reducción de la mortalidad del hombre en general. ³

A nivel mundial en el 2012 hay poco menos de 800 millones de Adultos mayores. En México en el mismo año, se estima que hay 10 millones de Adultos Mayores siendo el 9.3% de la población total, y los estados más envejecidos son Ciudad de México, Zacatecas, Veracruz, Oaxaca, Michoacán, San Luis Potosí y Nayarit. ⁴

El envejecimiento es un proceso natural gradual continuo e irreversible de cambios a través del tiempo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social además están determinados por la historia, cultura y condiciones socioeconómicas, por lo que el envejecer es diferente en cada persona. ²

Esta etapa de la vida se caracteriza por cambios morfológicos y fisiológicos tales como:

- A nivel renal presenta adelgazamiento de la corteza renal, esclerosis de arterias glomerulares, engrosamiento de membrana basal glomerular lo que lleva a menor capacidad de concentrar la orina, menores niveles de renina aldosterona, estos se asocian a la declinación de la capacidad de excretar cargas de potasio, mayor riesgo de hiperkalemia y mayor sensibilidad a fármacos que inhiben la excreción de potasio en orina como los diuréticos ahorradores de potasio, inhibidores de la enzima convertidora, antiinflamatorios no esteroideos y beta bloqueadores, menor hidrofiliación de vitamina D.

A nivel cardiovascular presenta aumento de la matriz colágena en túnica media, pérdida de fibras de elastina, hipertrofia cardiaca por engrosamiento del septum, disminución de cardiomiocitos y aumento en matriz extracelular lo que se traduce en rigidez vascular y cardiaca, disfunción endotelial, volumen expulsivo conservado, mayor riesgo de arritmias.

A nivel del sistema nervioso central presenta menor masa cerebral, aumento del líquido cefalorraquídeo, pérdida neuronal focalizada lo que se traduce en menor focalización de actividad neuronal, menor velocidad de procesamiento, disminución de memoria de trabajo, menor destreza motora.

- A nivel Muscular presenta pérdida de masa muscular e infiltración grasa lo que se traduce en disminución de la fuerza y fragilidad
- En el metabolismo y glucosa aumento en grasa visceral, infiltración grasa en tejido menor masa de células beta lo que traduce en mayor producción adipocinasas y factores inflamatorios, menor resistencia insulínica y diabetes.

2.1 POLIFARMACIA.

Según la Organización Mundial de la Salud define a la Polifarmacia como un Síndrome geriátrico que envuelve el uso concomitante de 3 o más fármacos por 1 mes. ¹⁷

El factor desencadenante es la prevalencia e enfermedades crónico degenerativas cuyos principales representantes son enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, artrosis, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Por lo que el grupo etario más susceptible son los adultos mayores por la poli patología secundaria al envejecimiento.⁶

Los adultos mayores presentan tres veces más probabilidades de tener efectos adversos asociados a utilización simultánea de medicamentos, por lo que se

recomienda valorar mejor a estos pacientes en los primeros niveles de atención para que de esta forma mejorar la salud y calidad de vida.¹⁹

Los cambios biológicos de envejecimiento traen consigo una serie de cambios tanto estructurales como fisiológicos que están estrictamente ligados a la utilización de medicamento en este grupo.⁷

Estos cambios son:²⁷

En el proceso de absorción por trastornos de deglución, que son favorecidos por una inadecuada presentación de los diferentes productos farmacológicos destinados al adulto mayor. Se presentan modificaciones a nivel del PH gástrico, disminución del flujo esplácnico, vaciamiento gástrico disminuido y tránsito intestinal lo que se traduce en alteración de la absorción.

La distribución también se encuentra alterada al modificarse la composición corporal ya que aumenta la grasa y disminuye el líquido corporal total.

- El metabolismo se divide en 2 etapas una forma parte del sistema enzimático del citocromo p450 esta fase se encuentra alterada en el envejecimiento, la fase 2 esta conservada.
- La excreción de medicamentos esta interferida por las modificaciones funcionales al disminuir la tasa de filtrado glomerular por lo que es necesario reducir las dosis de medicamentos.

Una de las principales consecuencias de la polifarmacia es el riesgo a recibir una prescripción inadecuada y tener en consecuencia reacción adversa a fármacos con impacto en la adherencia, incrementando la polifarmacia, el riesgo de síndromes geriátricos, morbilidad y mortalidad. ¹⁸

La polifarmacia crea regímenes de medición complejos que propician la no adherencia que se observa hasta en un 50% de los pacientes. Además, la presencia de polifarmacia favorece el deterioro cognitivo. ¹⁵

En 42% de los pacientes con polifarmacia presentaron deterioro cognitivo. Además, se ha asociado a deterioro en funcionamiento social, así como agitación conductual. Por lo

que recomienda prescribir pocos medicamentos para eliminar o disminuir riesgo de efectos adversos de los mismos y disminuir síntomas depresivos.¹

En nuestro país el Adulto Mayor muestra una tendencia al uso irracional e indiscriminado de medicamentos lo cual causa un impacto negativo sobre la calidad de vida y por tanto representa un problema de salud pública. Ya que más del 90 % de los viejos toman cuando menos un medicamento por semana; 40% usan 5 diferentes y el 12 % más de diez por semana debido a la gran cantidad de medicamentos aproximadamente el 28% puede presentar interacciones medicamentosas.²⁷

La polifarmacia se ha convertido en un síndrome geriátrico y en unos de los principales problemas de salud. Los fármacos pueden causar de manera secundario la depresión en el adulto mayor.

2.2 DEPRESIÓN EN ADULTO MAYOR.

La depresión es un conjunto de signos y síntomas que se manifiesta por la pérdida de interés y la capacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales.

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en las personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento social, falta de concentración trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.¹²

Actualmente en México en lo que se refiere a la población en general que acude a consulta en primer nivel, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 15-20% y de trastorno depresivo mayor 1 - 5%. En pacientes hospitalizados la prevalencia de depresión es de 20-30% y depresión mayor de 10 – 12%.¹²

Se consideran marcadores de fragilidad: ¹⁷

- Tres o más enfermedades incapacitantes como: EVC secuelas, infarto agudo al miocardio y/o insuficiencia cardiaca, enfermedad de Parkinson, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad osteomuscular que el enfermo refiera dolor que limite su función, déficit visual a pesar de llevar lentes correctores, déficit auditivo en un lugar ruidoso a pesar de llevar audífono, diabetes en tratamiento, obesidad con IMC > 30, demencia.
- Seis o más fármacos de acción sistémica, usados diariamente en los últimos 6 meses.
- Ser mujer
- Deterioro cognitivo detectado por el test de folstein
- Riesgo social según escala de Díaz Palacios.

A nivel mundial aproximadamente el 20 % de los adultos mayores de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental y de estos el 66% presenta alguna discapacidad ocasionada por este fenómeno.

En México los trastornos de depresión en adultos mayores se observan que el 2012 en el 17.6 % de la población de adultos mayores de los cuales 17.4 % son de 60-69 años, 16.9% 70-79 años, 21.2% de 80 o más años, 22.1 % son mujeres, 12.5% son hombres, 17.4 % viven en medio urbano, y el 18.4% en medio rural.²

Fisiopatología de la depresión.¹⁶

Han surgido numerosas teorías que buscan identificar el factor causal de la depresión, existen múltiples hipótesis acerca de los mecanismos fisiopatológicos que subyacen a este trastorno cuyos avances son

- Hipótesis del mono aminos es el trastorno depresivo se debe a la deficiencia en los neurotransmisores serotonina, norepinefrina y en menor grado dopamina. Esta es la hipótesis más conocida y estudiada.

- Hipótesis glutamatergica y GABAérgica de la depresión. Se ha implicado a neurotransmisor glutamato y GABA del sistema nervioso central y la expresión de los genes que participan en su regulación en la depresión. Se han observado niveles de GABA menores y de glutamato mayores en pacientes deprimidos secundario a pobre respuesta a los estímulos BOLD secundarios a estímulos emocionales.
- Teoría de la distesis estrés este modelo ha tratado de explicar cómo las diferencias individuales en términos de predisposición genética, interactúa con los factores ambientales.
- Hipótesis neurótrfica de la depresión. El factor neurotrfico derivado de cerebro es una proteína dimérica encontrada en el cerebro con mayor abundancia en el hipocampo y la amígdala la disminución en la expresión del factor neurotrfico derivado del cerebro puede contribuir a la atrofia del hipocampo en respuesta al estrés en pacientes deprimidos e incremento del factor neurotrfico derivado del cerebro puede contribuir a la acción del tratamiento antidepressivo.
- Hipótesis inflamatoria de la depresión. El interferón alfa puede originar un síndrome conductual cuyas características se superponen con la depresión. La administración aguda de interferón alfa activa de manera muy importante el eje hipotálamo- hipófisis- adrenal induciendo incrementos marcados de la hormona adenocorticotropa y cortisol en plasma. Las citosinas pro-inflamatorias se han relacionado estrechamente como mediadores de diversos estados patológicos en el sistema nerviosos central, como la depresión mayor.

La depresión es un trastorno heterogéneo lo que explica que no todos los pacientes reaccionan igual y favorablemente a los tratamientos disponibles.

Las causas de esta situación hay que buscarlas en el propio deterioro del cerebro del anciano, así como también en el estrés que experimenta este grupo de población, tanto

a nivel económico, como social y psicológico. Básicamente los síntomas de la enfermedad depresiva se manifiestan en 3 áreas afectiva, somática y cognitiva.³

Cuadro clínico:¹

Según el DSMIV el diagnóstico de la depresión se efectúa con el hallazgo de 5 o más de los siguientes síntomas, siendo obligado la presencia de los 2 primeros

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Pérdida del interés de actividades previamente placenteras.
3. Aumento o pérdida de peso
4. Agitación o lentitud psicomotriz.
5. Fatiga o pérdida de energía
6. Sentimientos de inutilidad o culpa.
7. Disminución de la capacidad para concentrarse.
8. Pensamientos recurrentes de muerte.

Hay que tomar en cuenta que en adulto mayor existen diferencias en la presentación clínica diferentes de los adultos jóvenes, en los primeros es más frecuente encontrar:¹

1. Irritabilidad o enojo
2. Agitación, ansiedad, preocupación.
3. Pérdida de apetito con pérdida de peso.
4. Somatización
5. Deterioro cognitivo y/o alteraciones de la memoria
6. Actitudes obsesivas y compulsivas.
7. Aislamiento social.
8. Problemas maritales.

El diagnóstico se puede orientar realizando 2 sencillas preguntas: ¿durante el último mes, se ha sentido triste y sin esperanza?, ¿durante el último mes se ha sentido con poco interés o placer por hacer sus cosas? Ambas preguntas tienen una sensibilidad de 97 % y especificidad del 67 % por lo que se consideran preguntas de escrutinio. Otro medio de diagnóstico es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS por sus siglas en inglés) de 30 o 15 reactivos, es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos.¹

La depresión se asocia a otros Síndromes geriátricos ya sea como un precipitante o una consecuencia de estos. Algunos ejemplos son el insomnio, aislamiento social, polifarmacia, síndrome de caídas y fractura de cadera, entre otros.¹⁹

La depresión es tratable en el 65-75% de los casos, requiere manejo efectivo con un abordaje biopsicosocial combinando farmacoterapia y psicoterapia mejora la calidad de vida y la capacidad funcional, así como la salud, longevidad. La mayoría de los síntomas disminuyen evidentemente de 2- 6 semanas posteriores al inicio del tratamiento.¹

Los suicidios son la complicación más grave de la depresión con base a los registros administrativos de la secretaria de salud se ha observado una alta prevalencia de estos en la población adulta mayor, particularmente en hombres de 80 años y más edad. En 2012 se registró una tasa de 15.3 suicidios por casi 100 mil hombres de esa edad y una tasa considerablemente menor para las mujeres de 0.2 por cien mil. Por lo que lo anterior representa un problema de salud pública en costos sociales y económicos de enormes proporciones. Este problema se asocia a trastornos afectivos, cognitivos y conductuales de edad avanzada que, a pesar de ser padecimientos potencialmente tratables no son diagnosticados ni tratados adecuadamente, por lo que desembocan en el suicidio de quienes lo padecen.²

Tratamiento.²³

El antidepresivo ideal para usar en ancianos debería no ser cardio tóxico, carecer de efectos ortostáticos y tener bajo poder sedativo.

Los inhibidores selectivos de la recapturación de serotonina IRSS como citalopram, escitalopram, paroxetina y fluoxetina. Hay que tener cuidado con este grupo de medicamentos ya que tienen muchas interacciones medicamentosas. El citalopram y escitalopram pueden considerarse como fármacos de elección en pacientes poli medicados.

La venlafaxina, mirtazapina tiene menor acción sobre el citocromo p450 lo que los hace más seguros en pacientes que reciben tratamiento por múltiples patologías.

Tener cuidado con la administración de fluoxetina y paroxetina ya que este tiene una vida media larga y tienen más efectos anticolinérgicos es necesario reducir dosis de antidepresivos tricíclicos, antipsicóticos y antiarrítmicos.

Los inhibidores de la MAO son eficaces en depresión mayor, pero deben reducir la dosis debido a su efecto adverso más común que es la hipotensión ortostática, somnolencia diurna, aumento de peso, astenia.

La respuesta al tratamiento es variable puede llevar de 6 a 8 semanas y el tratamiento debe ser de como mínimo por 1 año. Los pacientes con trastornos depresivos recurrentes deberán recibir tratamiento farmacológico por los menos 3 años.

Terapia electroconvulsiva: está indicada en ancianos con depresión refractaria, depresiones graves con síntomas psicóticos, riesgo de suicidio, depresión que se acompaña de desnutrición o déficit de ingesta de alimentos.

Psicoterapia en ancianos es útil cuando existen factores psicosociales identificados en el origen o mantenimiento de la depresión o cuando los fármacos son poco eficaces y mal tolerados. La depresión menor y depresión reactiva también pueden mejorar con esta opción.

2.3 ESCALA DE YESAVAGE O ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA.

Es un instrumento útil de tamizaje del estado de depresión, además de guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental de adultos mayores de 60 años de edad. Se trata de una escala autoaplicable de 30 con respuestas dicótomicas, específicamente diseñadas para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad. Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de esta escala conformada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que se aplican en 5 a 7 minutos. La ventaja del cuestionario radica en que no se centra en molestias físicas, si no en aspectos relacionados con el estado de ánimo de las personas.¹³

El puntaje es:

0-4 Normal,

5-8 depresión leve,

9-11 depresión moderada,

12-15 depresión severa.

La escala de depresión del adulto mayor puede usarse con adultos mayores con buena salud, con enfermedades médicas, con déficit cognitivo de leve a moderado. En un estudio de validación que compara el cuestionario corto y el largo ambos cumplen su objetivo para diferenciar al Adulto Mayor deprimido del no deprimido con correlación alta.¹⁴

La Escala de Depresión Geriátrica no reemplaza la entrevista, ni el diagnóstico de un profesional en salud mental. Es una herramienta de detección útil que facilita la evaluación de la depresión en el Adulto Mayor. ¹

Es una herramienta útil de tamizaje para realizar el diagnóstico en atención primaria. Con la aplicación de la escala de yesavage de 30 reactivos, uno de cada 8 mexicanos adultos mayores tienen depresión mayor, por lo que su detección y manejo es

prioritario. La misma prevalencia se encontró en la versión de 15 reactivos en una población de adultos mayores hispanos y no hispanos.¹

Actualmente es la herramienta más útil para la detección de depresión en ancianos por su sensibilidad del 97 % y especificidad el 85%.¹

2.4 CRITERIOS DE BEERS.

Un equipo de la universidad de Harvard en 1980 observó en una casa de retiro con 850 residentes temblor y confusión mental producido por medicamentos como antidepresivos, antipsicóticos y sedantes.²⁶

En 1991 publican dos listas de medicamentos con el objeto de definir el uso de medicamentos potencialmente inapropiados para el adulto mayor. La primera independientemente del diagnóstico y la segunda en la que se debe considerar la valoración médica. La tasa de prescripción inapropiada en primer nivel aplicando los criterios de Beers es de hasta 38.5%.¹⁸

Estos criterios han tenido múltiples revisiones una de ellas fue en 1997 en donde reevalúan los criterios, nuevos productos y la literatura ya existente, generalizan a la población de 65 años más, identifican alertas adicionales para aplicar cuando exista información nueva publican una nueva lista de 28 medicamentos o clases inapropiadas y 35 medicamentos inapropiados para 15 enfermedades.²⁴

Estos criterios son aplicables para cualquier adulto mayor de 65 años cuya meta es mejorar la atención del adulto mayor, disminuyendo a exposición a medicamentos potencialmente inapropiados y mejorando la calidad de atención.²⁴

La última revisión fue en 2012 en donde se agrega una nueva categoría medicamentos potencialmente inapropiados a utilizarse con precaución.²⁴

Estos criterios sirven para identificar medicamentos en donde el riesgo es mayor que el beneficio en el adulto mayor, no sustituye el juicio clínico, en caso de que no exista una mejor opción se debe vigilar la aplicación de los medicamentos

Incluyen 41 fármacos o familias de fármacos que se consideran inadecuados para administrar en adultos mayores de 65 años. En cualquier circunstancia y siete medicamentos se consideran inadecuados en determinadas circunstancias y dosis.

Es aplicable tanto a pacientes ambulatorios o institucionalizados mayores de 65 años. Su objetivo es mejorar la atención del Adulto Mayor de exposición a medicamentos potencialmente inapropiados.

Categoría	Razón	Recomendación	Evidencia
Anticolinérgicos			
Antihistamínicos 1ª Generación (Clorfenamina, Hidroxicina)	Altamente anticolinérgicos. Aclareamiento reducido con la edad.	Evitar	Alta
Antiparkinsonianos (Trihexifenidilo)	Existencia de agentes más efectivos.	Evitar	Moderada
Antiespasmódicos (Alcaloides Belladona, Clordiazepóxido-Clidinium, Escopolamina)	Altamente anticolinérgico. Efectividad incierta.	Evitar, excepto en cuidados paliativos para manejo de secreciones.	Moderada
Sistema Cardiovascular			
Bloqueadores Alfa-1 (Doxazosina)	Alto riesgo de hipotensión ortostática.	Evitar como antihipertensivo	Moderada
Alfa-Agonistas Centrales (Clonidina, Metildopa)	Alto riesgo de efectos en SNC, bradicardia, hipotensión ortostática.	Evitar como primera línea antihipertensiva.	Baja
Nifedipino Liberación Rápida	Riesgo de hipotensión ortostática e isquemia miocárdica.	Evitar	Alta
Espirinolactona > 25 mg/día	En IC el riesgo de hiperkalemia es mayor en adultos mayores.	Evitar en pacientes con IC o ClCr < 30 mL/min	Moderada
Antiarrítmicos Clase Ia, Ic, III (Amiodarona, Procainamida)	Control de FC tiene mejores beneficios que control del ritmo.	Evitar como primera línea en tratamiento de FA.	Alta
Digoxina > 0.125 mg/día	Dosis más elevadas en IC no se asocian a mayor beneficio pero sí a mayor toxicidad.	Evitar	Moderada
Sistema Nervioso Central			
Antidepresivos Tricíclicos (Amitriptilina, Clordiazepóxido, Clomipramina)	Anticolinérgicos, sedantes, hipotensión ortostática.	Evitar	Alta
Antipsicótico	Aumento de riesgo de ACV y mortalidad en pacientes con demencia.	Evitar uso en demencia, a excepción de fallar medidas no farmacológicas.	Moderada
Tioridazina, Mesoridazina	Altamente anticolinérgicos, prolongación intervalo QT.	Evitar	Moderada
Barbitúricos (Fenobarbital)	Alta tasa de dependencia física, tolerancia al sueño, riesgo de sobredosis.	Evitar	Alta
Benzodiazepinas (Alprazolam, Lorazepam, Diazepam, Clonazepam).	Sensibilidad aumentada a BZD y metabolismo más lento de agentes de larga acción.	Evitar para tratamiento de insomnio, agitación o delirium. Apropiaadas para crisis epilépticas, trastorno de sueño no REM, Sd. Deprivación OH/BZD, TAG severo, cuidados paliativos.	Alta
Hipnóticos No-BZD (Eszopiclona, Zolpidem, Zaleplon)	Efectos similares a BZD. Poca mejoría en latencia del sueño y duración.	Evitar uso crónico (> 90 días)	Moderada
Manejo del Dolor			
Meperidina	No es efectivo via oral. Neurotoxicidad.	Evitar	Alta
AINES No-COX Selectivos (AAS > 325 mg, Diclofenaco, Ibuprofeno, Ketoprofeno, Meloxicam, Naproxeno)	Aumento de riesgo de sangrado intestinal y úlcera péptica.	Evitar uso crónico, excepto si no hay otra alternativa y se puede combinar con gastroprotector.	Moderada
Indometacina, Ketorolaco	IBPs reducen riesgo pero no lo eliminan. Mayor riesgo de sangrado intestinal, especialmente Indometacina.	Evitar (preferir otros AINES)	Alta
Relajantes Musculares (Ciclobenzaprina, Cloroxazona, Clormezanona)	Anticolinérgicos, efectividad cuestionable a dosis tolerables.	Evitar	Alta
Otros			
Sulfonilureas de Larga Duración (Clorpropamida, Glibenclámda)	Alto riesgo de hipoglucemia severa y prolongada. Riesgo de SIADH con Clorpropamida.	Evitar	Alta
Metoclopramida	Mayor riesgo de efectos extrapiramidales.	Evitar	Moderada
Antiinfecciosos (Nitrofurantoina)	Toxicidad Pulmonar. Ineficaz en pacientes con ClCr < 60 ml/min	Evitar uso prolongado y en pacientes con función renal alterada.	Moderada

AINES Antiinflamatorios No Esteroidales CrCr

BZD Benzodiazepinas

ACr Aclareamiento de Creatinina

FC Frecuencia Cardiaca

IBP Inhibidor Bomba de Protones

TAG Trastorno de Ansiedad Generalizada.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Como se mencionó anteriormente la población de adultos mayores se ha ido incrementando en el último siglo ocupando en México 9.3% de la población total, por lo que es importante mejorar la atención de este grupo etario.

La depresión ocupa el primer lugar de trastornos mentales en adultos mayores presentándose entre 10 – 20 % de los pacientes que acuden a consulta de primer nivel de atención, aumentando a 40% en pacientes hospitalizados, siendo la mayoría de las veces, omitido el diagnóstico, ya que la sintomatología es variable, generalmente se maneja con tratamiento sintomático favoreciendo a la polifarmacia y prescripción en cascada e incrementando la gravedad del problema ya que la polifarmacia se asocia con la presencia de síntomas depresivos.

A pesar de la mayor conciencia pública de la depresión y una gran variedad de tratamientos eficaces, la depresión en los adultos mayores sigue siendo poco reconocida y mucho menos tratada. Es considerada una de las causas prevenibles y tratables del envejecimiento patológico.

La polifarmacia es uno de los principales problemas de salud de las personas mayores, se correlaciona con la prescripción inadecuada, es decir, aquella que no está de acuerdo con los estándares médicos aceptados, por lo que los problemas de medicación se encuentra en la cuarta causa de muerte en ancianos y condicionan a un impacto negativo sobre morbilidad, mortalidad, pérdida de función, utilización de recursos y costo sanitario en el país ya que afecta el presupuesto destinado a la compra de medicamentos y condiciona la existencia de estos para los casos que sí requieran.

Por lo que se consideró importante comprobar si existe asociación entre polifarmacia y depresión ya que al diagnosticar adecuadamente la depresión por medio de la escala de Yesavage y dar un tratamiento de manera oportuna y adecuada, además teniendo una prescripción razonada de medicamentos en dichos pacientes de acuerdo a los

criterios de Beers, podremos desarrollar mejores estrategias en tratamiento farmacológico con lo que mejoraría la calidad de vida de los Adultos Mayores.

Por lo que surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de 60 años en U.M.F 236 del IMSS?

4. JUSTIFICACION

En los últimos años el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención en virtud al rápido crecimiento de este grupo respecto a la población en general.

La prevalencia de polifarmacia en el adulto mayor se estima en 34%, se sabe que 3 a 10% total de los ingresos hospitalarios se deben a reacciones adversas a fármacos y, de estos una tercera parte involucra a adultos mayores.¹⁷

La depresión contribuye a elevar la morbi-mortalidad, disminuye la calidad de vida e incrementa los costos del cuidado de la salud¹. Por otro lado, la prescripción inadecuada de medicamentos aumenta de manera innecesaria el costo de la atención médica.⁷

La importancia de realizar una investigación que asocie la depresión y la polifarmacia radica en que al diagnosticar de manera oportuna la depresión, así como la polifarmacia se podrán establecer estrategias para mejorar las técnicas de prescripción para beneficiar a los adultos mayores y con esto mejorar la calidad de vida y su salud.

La presencia de los síntomas depresivos en el anciano ocasiona discapacidad, mala evolución de la comorbilidad y mayor utilización de los recursos de atención a la salud. Al disminuir la cantidad de medicamentos en su tratamiento será más fácil que pueda seguirlo, lo que tendrá un efecto benéfico en su salud, por consiguiente, en su estado de ánimo lo que podría disminuir el riesgo a depresión, además con esto la institución podrá realizar un importante ahorro recursos, al disminuir la prescripción inapropiada e innecesaria en los adultos mayores.¹⁷

5.OBJETIVOS.

5.1 General.

Establecer si existe asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de 60 años en UMF 236 del IMSS.

5.2 Específicos

- ✓ Identificar por medio de la escala de Yesavage si los adultos mayores de 60 años con polifarmacia están deprimidos
- ✓ Identificar si los pacientes de mayores de 60 años tienen polifarmacia.
- ✓ Examinar por medio de los criterios de Beers si la prescripción de los medicamentos en adultos mayores es apropiada.
- ✓ Buscar la asociación entre depresión y polifarmacia en adultos mayor de 60 años

6. HIPÓTESIS

- Existe asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de 65 años en U.M.F 236 del IMSS.
- No existe asociación entre polifarmacia y depresión en adultos mayores de 65 años en U.M.F 236 del IMSS

7. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio se realizó en Unidad de Medicina Familiar No. 236 Del IMSS Ubicada en Calle Ángela Peralta #3 Colonia El oro centro, en el Oro de Hidalgo Estado de México

La clínica 236 del IMSS tiene 8,831afiliados consta de 1 consultorio de medicina familiar, 1 consultorio de estomatología, 1 consultorio de atención medica continua, farmacia, 1 consultorio de medicina preventiva. Tiene 2 turnos matutino y vespertino.

El oro de Hidalgo, se localiza en la parte montañosa de la entidad, al noroeste de la capital del Estado de México, colinda con el municipio de Tlalpujahua, Michoacán (Mich). Al Norte: Temascalcingo, Al Sur: San Felipe del Progreso y San José del Rincón, Villa Victoria, Al Este: Jocotitlán, Forma parte de la Sierra Madre Occidental, que se extiende desde Tlalpujahua, pasa por este lugar y se prolonga por Temascalcingo y Atlacomulco. Hay 96 km entre El Oro y la capital del Estado. El municipio de El Oro tiene una superficie de 137.47 kilómetros cuadrados.

El Oro está rodeado de cerros, los más importantes son: La somera, en cuya vertiente se alza la cabecera municipal, se considera el más elevado del sistema, con una altura aproximada de 3200 msnm (msnm: metros sobre el nivel del mar); hacia el sureste de la cabecera se encuentra el Cerro Llorón, segundo en importancia; además merecen mencionarse el de la Carbonera en Tapaxco y el de la Tijera en Bassoco.

7.1 TIPO DE ESTUDIO.

Se realizó estudio Observacional, Prospectivo, Transversal, Analítico, Abierto. No probabilístico

Observacional: Ya que no se modifican las variables.

Prospectivo: es un estudio longitudinal en el tiempo que se diseña y comienza a realizarse en el presente, pero los datos se analizan transcurridos un determinado tiempo, en el futuro.

Transversal: Se desarrollará en un "momento" concreto del tiempo. No se hará seguimiento, las variables de los resultados serán medidas una sola vez, no se pretende evaluar la evolución de las variables.

Analítico: Se evaluará una posible asociación entre causa y efecto.

Abierto: el investigador conoce las condiciones de cómo se realizará la prueba y los resultados.

No probabilístico: los sujetos son seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

7.2 POBLACION EN ESTUDIO.

Todos los pacientes derechohabientes de 60 años o más que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar 236 en el periodo que comprende marzo a junio del 2018.

7.3 CRITERIOS DE SELECCION DE LA POBLACIÓN.

7.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes derechohabientes de 60 años o más, de ambos sexos, adscritos a UMF No. 236 del IMSS, que acudieron a consulta sin importar padecimiento actual en periodo comprendido de marzo a junio del 2018.

7.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- × Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- × Pacientes con trastornos psiquiátricos como Esquizofrenia, ansiedad, Demencia,
- × Pacientes que ya tengan un diagnóstico y/o tratamiento de depresión.

7.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Pacientes que su encuesta no sean legibles sus datos o las respuestas.

7.4 MUESTRA.

Tipo de muestreo. Se utilizó un método no probabilístico por conveniencia. Por lo que se tomaron a todos los pacientes que acudieron a solicitar atención médica a la Unidad Medicina Familiar 236 del IMSS en el periodo que comprende 01 de marzo al 30 de junio del 2018, y que cumplieron con los criterios de inclusión

7.5 VARIABLES

7.5.1. DEFINICION DE VARIABLES.

VARIABLE	DEF. CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Depresión	Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa, o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de	Se le considerará deprimido a todo paciente que obtenga más de 5 puntos en la escala de Yesavage.	Cualitativa Discreta	0-4 puntos Sin depresión 5 o + puntos Con depresión.

	concentración.			
Polifarmacia	El uso concomitante de 3 o más medicamentos ya sean con prescripción médica o auto recetados por más de un mes.	Uso concomitante de 3 o más medicamentos por más de un mes y además sean medicamentos inapropiados según los criterios de Beers	Cualitativa Nominal	SI NO

7.5.2 VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual	A lo referido por el encuestado o su familiar, con respecto al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Cuantitativa discreta	Años

Estado civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente.	Lo referido por el paciente encuestado con respecto a su condición personal en que se encuentra con otra persona.	Cualitativa nominal	Soltero Casado Unión Libre Viudo Separado/ divorciado
Escolaridad	Grado máximo de estudio alcanzado por cada persona	A lo referido por el paciente encuestado con respecto a su grado máximo de estudios alcanzado, hasta el momento del estudio.	Cuantitativa nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Técnico Licenciatura Posgrado
Ocupación	Se refiere a lo que la persona se dedica como a su trabajo, empleo, actividad o profesión	A lo referido por el paciente encuestado con respecto a lo que se dedica en el momento del estudio	Cualitativa nominal	Empleado Jubilado Pensionado Labores del Hogar Desempleado

Genero	Identidad sexual de los seres humanos	A lo referido por el paciente encuestado con respecto a su identidad sexual.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino.
--------	---------------------------------------	--	---------------------	------------------------

7.6 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del comité de investigación local 1505 y el visto bueno de las autoridades de la unidad, se realizó un estudio prospectivo, observacional, transversal, abierto, no probabilístico por conveniencia en la unidad de medicina familiar 236 del IMSS en el Oro Estado de México durante el periodo 01 de marzo al 30 de junio del 2018 con el fin de buscar asociación entre polifarmacia y depresión, para lo cual se estudiaron a todos los pacientes de 60 o más años que acudieron a la unidad a solicitar atención médica en el periodo marzo - junio del 2018, que cumplieron con los criterios de inclusión tales como tener 60 años o más, ambos sexos, estar adscrito a UMF 236, se excluyeron a los pacientes que no deseron participar en el estudio, así como aquellos que ya contaban con diagnóstico previo de depresión, tampoco se incluyeron pacientes que tenían un padecimiento psicológico como demencia, ansiedad, esquizofrenia. Los pacientes que aceptaron participar en el estudio se les dió a firmar su consentimiento informado, posteriormente se les aplicó la escala de Yesavage, se le consideró deprimido a los que obtuvieron 5 o más puntos en dicha encuesta así como se revisó si tenían polifarmacia a la cual se evaluo según los criterios de Beers para su clasificación, una vez que se se obtuvo toda la información, vertió en una base de datos de Excel y se

realizará el análisis con estadística descriptiva utilizando promedio, desviación estándar, mediana, moda, chi cuadrada, de acuerdo a las características de cada variable, así como se esquematizarán los resultados en tablas y/o gráficas.

Los resultados se difundieron por medio de sesiones, carteles y la impresión de la investigación para la consulta.

7.7 FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

El presente trabajo de investigación se llevará conforme a los aspectos éticos que rigen toda investigación: El Código de Nuremberg promulgado en 1947, teniendo como principal disposición que es absolutamente esencial el consentimiento informado voluntario al sujeto humano. En 1947, en Estados Unidos de Norteamérica, se estableció la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual, y en 1978 la Comisión presentó su informe titulado “Informe Belmont Principios Éticos y Pautas para Protección de Sujetos Humanos de la Investigación”. El informe estableció los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación en seres humanos.

En 1964 la Asociación Médica Mundial adoptó la Declaración de Helsinki, cuya revisión más reciente tuvo lugar en 1989 y estableció las pautas éticas para la investigación en seres humanos. En 1966 la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que entró en vigor en 1976 y que estipula lo siguiente: “Nadie será sometido a torturas, penas ni a tratos crueles,

inhumanos o degradantes. En especial nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o será sometido sin su libre consentimiento a experimentos científicos”.

El Consejo Internacional de las Ciencias Médicas (CIOMS) publicó en 1982, el documento “Propuesta de Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos”. El cual tiene como objetivo indicar como podrían aplicarse eficazmente los principios éticos fundamentales que guían la investigación biomédica en seres humanos, tal como se establece en la declaración de Helsinki de Asociación Médica Mundial, especialmente en los países en desarrollo, teniendo en consideración su cultura, sus circunstancias socioeconómicas, sus leyes nacionales y disposiciones ejecutivas y administrativas.

En 1991 el CIOMS publicó las Pautas Internacionales para la Evaluación Ética de los Estudios Epidemiológicos, cuyo objetivo es ayudar a los investigadores, instituciones y autoridades regionales y nacionales a establecer y mantener normas para la evaluación ética de los estudios epidemiológicos.

Apegándose a las leyes nacionales: Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud y Código de Bioética para el Personal de Salud.

De la Ley General de Salud de acuerdo al quinto capítulo, en los artículos 96, 97, 98, 99, dedicado a la investigación en Salud, los cuales se describen a continuación.

Artículo 96.- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- I. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;
- II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;
- III. A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población;
- IV. Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud;
- V. Al estudio de las técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud, y
- VI. A la producción nacional de insumos para la salud.

Artículo 97.- La Secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud y con la participación que corresponda al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología orientará al desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud.

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.

Artículo 98.- En las instituciones de salud, bajo la responsabilidad de los directores o titulares respectivos y de conformidad con las disposiciones aplicables, se constituirán: una comisión de investigación; una comisión de ética, en el caso de que se realicen investigaciones en seres humanos, y una comisión de bioseguridad, encargada de regular el uso de radiaciones

ionizantes o de técnicas de ingeniería genética. El Consejo de Salubridad General emitirá las disposiciones complementarias sobre áreas o modalidades de la investigación en las que considere que es necesario.

Artículo 99.- La Secretaría de Salud, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, y con la colaboración del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de las instituciones de educación superior, realizará y mantendrá actualizando un inventario de la investigación en el área de salud del país.

De los lineamientos generales para realizar investigación en el Instituto Mexicano del Seguro Social destaca lo siguiente: “Que en toda investigación en el instituto debe ponerse de manifiesto un profundo respeto hacia la persona, la vida y la seguridad de todos los derechos, de quien participe en ellos rigiéndose por las normas institucionales en materia”, en particular por el Manual de Organización de la Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación (Acuerdo número 15 a 84 del 20 de junio de 1984 del honorable Consejo Técnico). Será evaluado y autorizado por el comité de investigación y por el comité de bioética de la Unidad de Medicina Familiar 13. Así también se solicitará el consentimiento informado y autorización por parte de los pacientes que participen en el estudio.

7.8 RECURSOS

7.8.1 RECURSOS HUMANOS

Un Médico Residente de la Unidad de Medicina Familiar No. 236 El Oro Estado de Mexico.

7.8.2 RECURSOS FÍSICOS

- a) Bolígrafos
- b) Fotocopiadora
- c) Engrapadora
- d) Lápiz
- e) Goma
- f) Hojas blancas
- h) Computadora
- i) Impresora

7.8.3 RECURSOS FINANCIEROS.

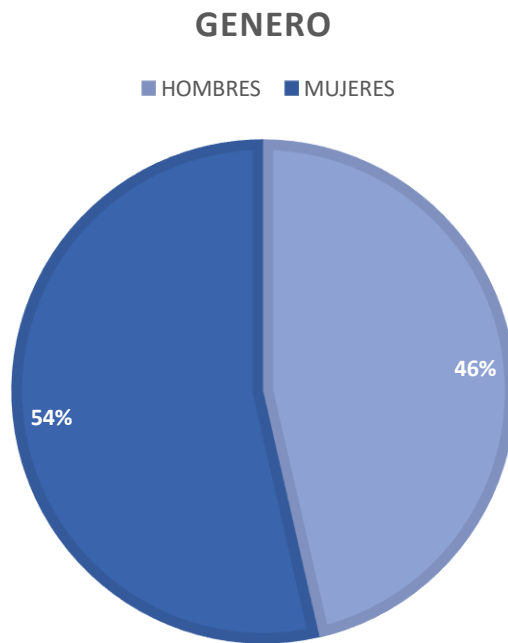
Por cuenta del investigador.

8. RESULTADOS

Se realizó un estudio Observacional, Prospectivo, Transversal, Descriptivo, Abierto, no probabilístico, con una muestra de 125 pacientes mayores de 60 años de edad de la UMF 236, El Oro Estado de México.

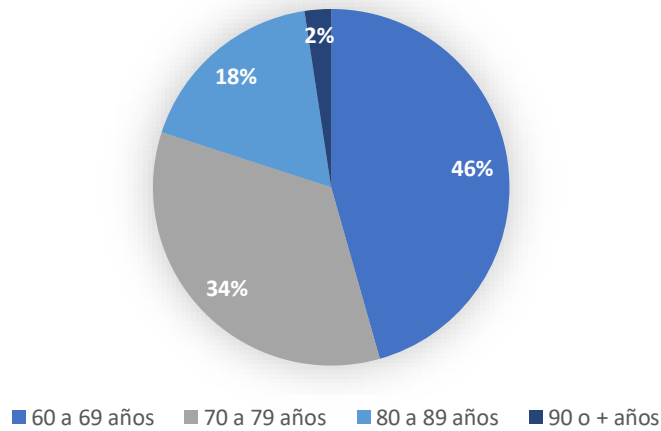
En la Grafica 1 muestra el total de la población en estudio, la cual está integrada por 125 adultos mayores con predominio de género femenino con una 53.6%, género masculino con 46.4 %.

En la gráfica 2 se observa la distribución de la muestra de acuerdo a grupos de edad predominando de 60 – 69 años con un 45.6%, seguido del grupo de 70-79 años 34.4%, de 80-89 años un 17.6%, de 90 a más años 2.4% de 80-89 años un 17.6%, de 90 a más años 2.4%.



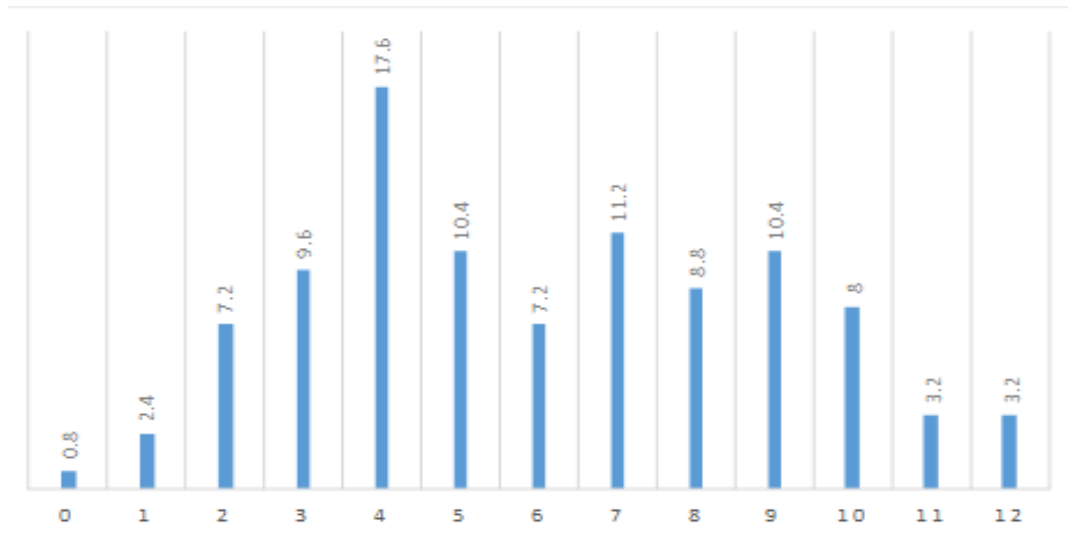
Grafica 1. Distribución de la muestra de acuerdo a género.

EDAD

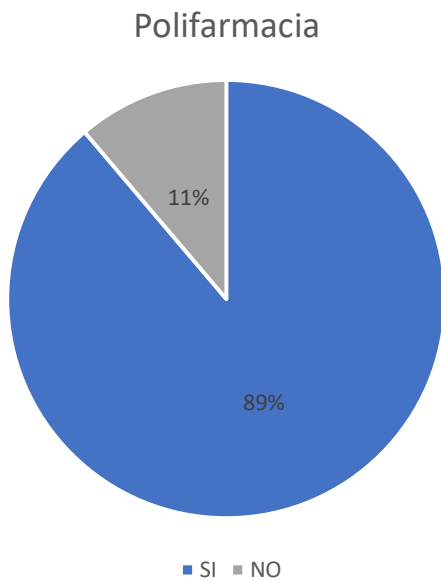


Grafica 2. Distribución por edad.

El presente estudio considero polifarmacia a partir de 3 medicamentos, el 88.8% de la muestra tiene polifarmacia, contra el 11.2 % que no la presentan, se observa en la gráfica 3, con respecto al número de medicamentos que consumen la muestra se observa en la gráfica 4 CON 17.6 % ingiere 4 medicamentos, 11.2% 7 medicamentos, 10.4 % 9 medicamentos.

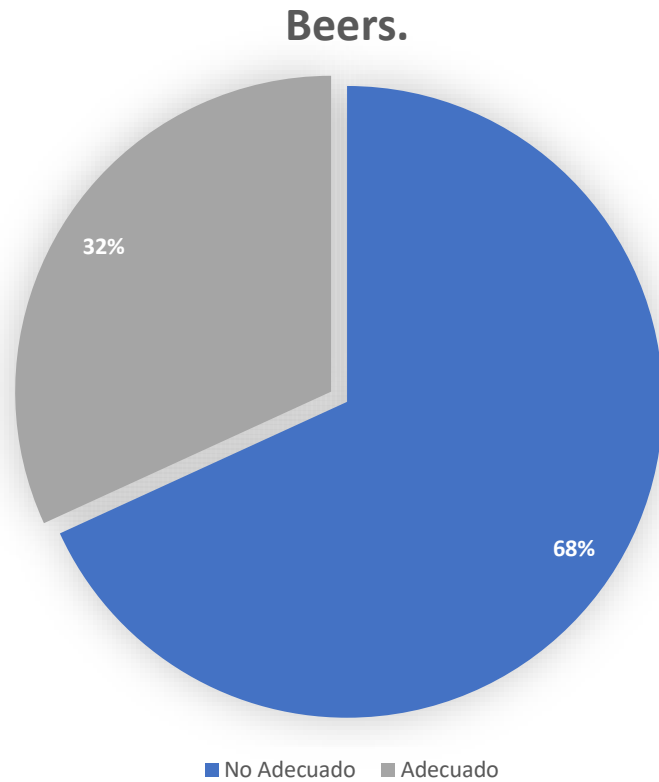


Grafica 4. Relación de numero de medicamentos que ingieren lo pacientes con Polifarmacia .



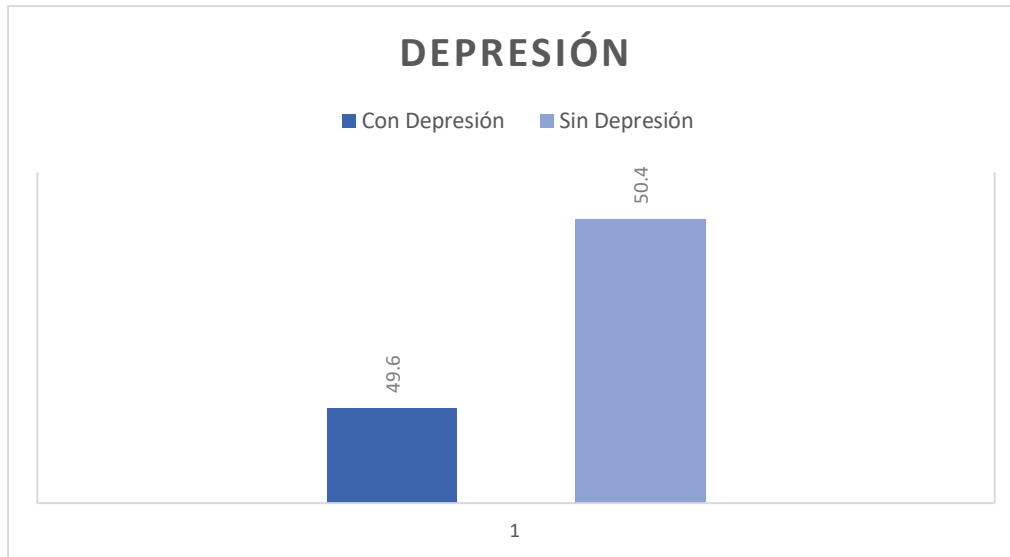
Grafica 3. Representa el porcentaje de pacientes con Polifarmacia.

Además, en el presente estudio, se observó si los medicamentos indicados a los adultos mayores de 60 años con polifarmacia, eran adecuados de acuerdo a los criterios de Beers, reporto que el 68.8% reportó que no era adecuado, solo el 31.2% toma el tratamiento adecuado. (Gráfica 5).



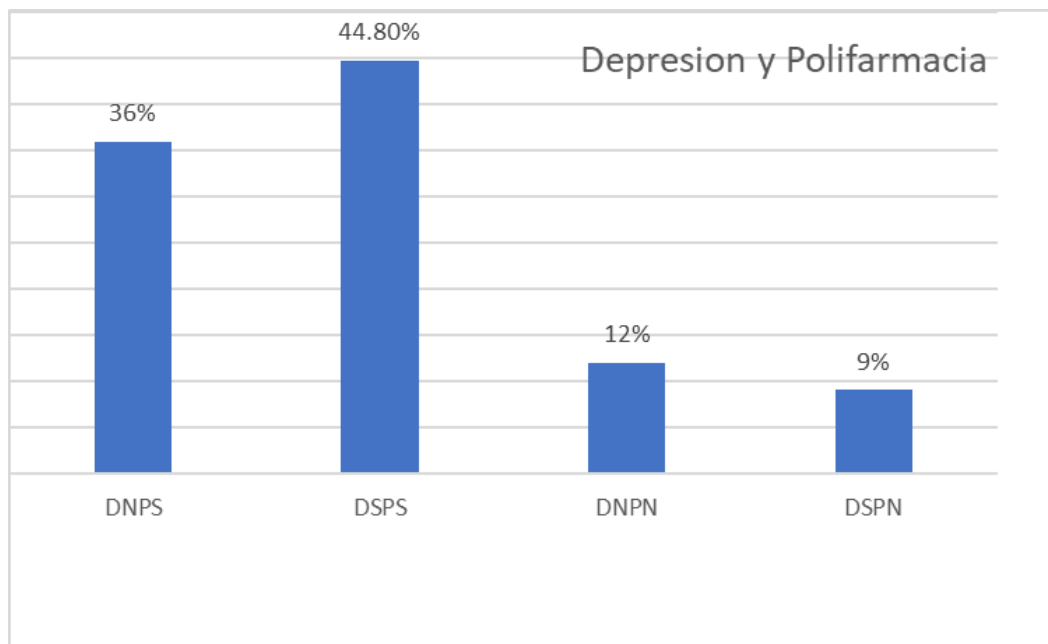
Grafica 5. Se observa el porcentaje de pacientes que tienen prescripción adecuada o inadecuada según los criterios de Beers.

En cuanto a la depresión se observó que el 49.6% de los pacientes encuestados, (Grafica 6) tienen algún grado de depresión, el 24.8% presenta depresión leve, el 13.6% moderada y el 11.2% severa, como se observa en la gráfica 7.

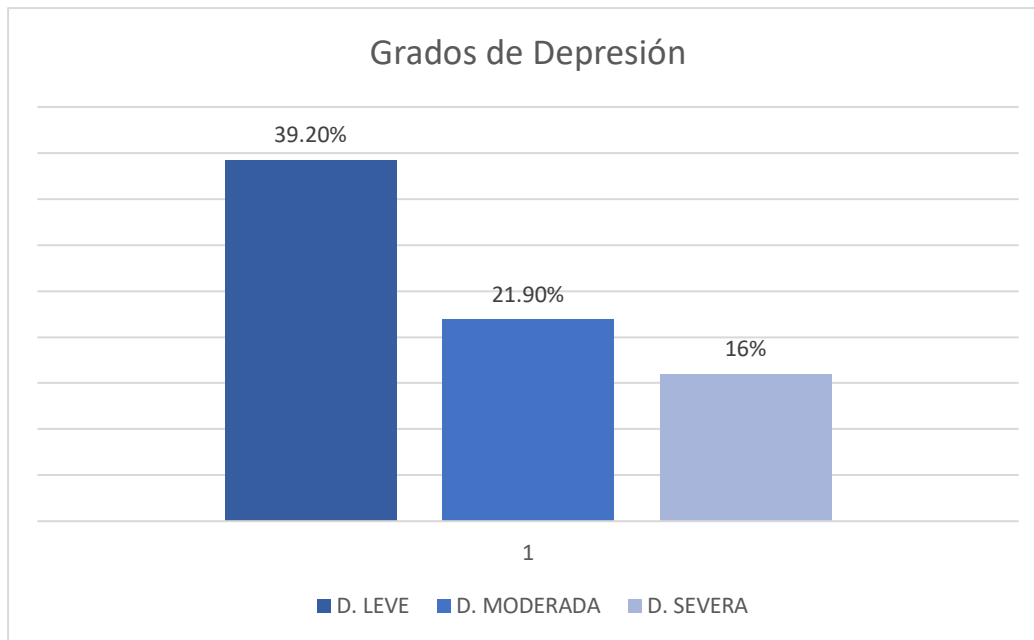


Gráfica 6. Porcentaje de pacientes con depresión.

De los 125 pacientes encuestados se encontró que el 36% cumplían con criterios de polifarmacia pero no tenían depresión, el 44.8% de los pacientes tenían ambas cosas, 7.2% reportaron solo depresión, 12% no reportaron ninguna. (Grafica 7). De él 44.8 % de los pacientes que presentaron tanto depresión como polifarmacia el 39.2% tenían depresión leve, 21.4% depresión moderada y 9% severa (grafica 8)



Gráfica 7. Depresión y Polifarmacia.
 DNPS: Pacientes sin Depresión, pero con Polifarmacia, DSPS: pacientes con depresión y polifarmacia, DNPN: pacientes sin depresión ni polifarmacia y DSPN: pacientes con depresión sin polifarmacia.



Grafica 8. Grados de depresión en pacientes con polifarmacia y depresión.

9. DISCUSIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS.

En el presente estudio se aplicó cuestionario de Yesavage a 125 adultos mayores, para observar si presentaban depresión, así como se les interrogó sobre cuantos, y cuales medicamentos tomaron en el último mes de manera continua, para saber si cumplen con criterios de polifarmacia.

Los cambios demográficos que hay a nivel mundial, pero sobre todo en nuestro país, hacen que se deba prestar más atención a la población mayor de 60 años, según González K señala que para el año 2030 el porcentaje de población envejecida ascenderá a 14.9 %, por lo que se considerará como población en transición y en 2050 será una población envejecida con 24.7 por ciento de su población en edades avanzadas

Los resultados recabados en la Unidad de Medicina Familiar 236 de el Oro Estado de México de una población de 125 pacientes de los cuales predomina el género femenino en un 53.6%, con rangos de edad de entre 60-69años con el 45.6%, 70-79 el 34.4%, 80-89 17.6%, +90 años 2.4%.

Del total de la población encuestada se encontró que el 49.6% tienen algún grado de depresión, siendo esta, predominante en género femenino en un 56.25%, con predominio de depresión leve en un 24%. Comparado con Rodríguez y col. En donde el 25% de su población reporto algún grado de depresión, con predominancia de género femenino. ³ Al respecto existen otros estudios como el del Chávez de Ramírez et al, reporta en su población el 30% presenta depresión, con predominio del género femenino, en el rango de edad de 60 – 70 años ¹³, en el presente estudio reportó predominante ese rango de edad en un 47%. En el estudio de Granados et al se confirman publicaciones previas que dicen que la polifarmacia como la depresión predominan en el sexo femenino. Además, encuentra la asociación de polifarmacia con síntomas depresivos.¹⁷

De la población total se encontró que 88.8% tiene polifarmacia, de estos el 17.4% toma 4 medicamentos en promedio, el 68.8% su tratamiento es inadecuado de acuerdo a los criterios de Beers. En el estudio de Luna- Medina et al obtuvo una prevalencia de

polifarmacia del 87%, con un promedio de 6 medicamentos, se analizó la prescripción de medicamentos con el instrumento STOPP-START, 55 % presentó al menos una prescripción inapropiada.²² Mientras que en el estudio de Canales et al. Reporto una prevalencia de la polifarmacia del 36.1%, con predominio de grupo de edad de 75 a 89 años, con la media de medicamentos suministrados fue de 5.64 ²⁸. González P. Et al. Documenta en su estudio que al utilizar los criterios de Beers en atención primaria, la tasa de prescripción inapropiada es de 9.8 a 38.5% países europeos, mientras que en Estados Unidos se ha reportado una tasa de 21.3 a 28.8%.¹⁸ Doubova y col., reportaron que en la Ciudad de México el número promedio de medicamentos prescritos fue de 5.9 ±2.5, la mayoría de ellos aproximadamente el 80% tenía al menos una prescripción inadecuada.¹⁸

De los encuestados 56 Adultos Mayores (44.8%), presentaron tanto depresión como polifarmacia, pero de acuerdo a estadística tradicional por regresión lineal no hay significancia estadística entre polifarmacia y depresión, sin embargo, para fines estadísticos se tomó el presente estudio como de casos y controles, se realizó razón de momios en la que reporta un 40% de mayor riesgo de presentar depresión si tiene polifarmacia, por lo que si hay significancia estadística.

10. CONCLUSIONES.

En la presente investigación se analizó si en los Adultos Mayores de 60 años adscritos de la Unidad de Medicina Familiar No. 236 tenían depresión, por medio del cuestionario de Yesavage, además de analizarse si el tratamiento, es adecuado o no por medio de los criterios de Beers.

De acuerdo con lo señalado y los resultados demostrados se observó que el género femenino y en el rango de edad de 60-69 años es en el que predomina la depresión, además de que más del 80% de los pacientes tienen polifarmacia, aunque no se pudo corroborar una asociación entre polifarmacia y depresión, si se pudo demostrar que la polifarmacia es un factor de riesgo para la depresión.

Los adultos mayores son los más susceptibles a presentar reacciones adversas a medicamentos e interacciones medicamentosas. Por ende, es necesario tener una prescripción razonada de medicamentos, con ello disminuimos la polifarmacia, por tanto, disminuimos los factores de riesgo para depresión. Si los médicos de primer nivel de la Unidad de Medicina Familiar 236 del Estado de México se apegan a las guías de práctica clínica, así como a la prescripción razonada de medicamentos en el adulto mayor, podríamos reducir el riesgo. Además, detectar la depresión en el Adulto mayor y derivarlo a segundo nivel si es necesario, también nos ayudaría a evitar la polifarmacia, además de todas las complicaciones derivadas de la depresión

Hasta el momento, existe poca o nula información a nivel mundial acerca de la relación de depresión en adulto mayor con polifarmacia y por lo tanto, pocas acciones preventivas.

La inminente inversión de la pirámide poblacional en nuestro país, nos obliga a prestar más atención a los adultos mayores, para mejorar su calidad de vida, por lo que el médico familiar debe estar preparado para identificar factores de riesgo y realizar acciones oportunas. Se espera que esta investigación sea la antesala para otras investigaciones.

Por lo que se sugiere en la unidad de medicina familiar 236 del Estado de México y si es posible en todas las unidades de medicina familiar aplicar el instrumento de Yesavage a aquellos adultos mayores de 60 años que se observen con datos de depresión, además dar a conocer a los médicos familiares los criterios de Beers, que son específicos para la prescripción del Adulto mayor, y capacitarlos sobre la prescripción razonada de medicamentos. Esto nos dará una atención medica efectiva, y con calidad.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Cantú C.Y.M., Rivera D.M., Belio C.J., Pérez R.F.R. Diagnóstico y Tratamiento de la depresión en adulto mayor en primer nivel de atención. México Secretaria de Salud 2011.
2. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012.
3. Rodríguez B.L., Sotolongo A.O., Lumberta N.G., Calvo R.M. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra”. Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75.
4. González K.D. Envejecimiento Demográfico en México: Análisis comparativo entre entidades federativas. La situación Demográfica de México 2015. México 2015; 1: 129-133.
5. Saleh M.F., Jara L.R., Michea A.L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev.Med. Clin. Condes. 2012; 23(1): 19-29.
6. Santibáñez B.S., Villarreal R.E., Galicia R.L., Martínez G.L., Vargas D.E.R., Ramos L.J.M. Costo económico de la polifarmacia en el adulto mayor en el primer nivel de atención. Rev.Med. Inst. Mex. Seguro Soc. 2013; 51(2):192-199.
7. Baca Z.J., Cordero G.M.A., Cruz A.A. Hernández M.M., Valdivia I.F. Guía de Práctica Clínica para la prescripción farmacológica razonada para el adulto mayor. México Secretaria de Salud 2010.
8. Castañeda S.O., Valenzuela G.B. Análisis de costos de la polifarmacia en ancianos. AtenFam. 2015; 22(3):72-76.
9. Chong D.A., Ruiz R.J. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Medicina General Integral. 2012; 28(2):79-86.
10. Wagner F.A., González F.C., Sánchez G.S., García P.C., Gallo J.J. Enfocando la depresión como un problema de salud pública en México. Salud Mental. 2012; 35 (1):3-11

11. Jonis M, Llacta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la verdadera situación en nuestro país. *Rev.Med Hered.* 2013; 24:78-79
12. Sotelo A.I., Soto R.J.E., Sánchez A.C., Irigoyen C.A. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. *Arch Med Fam.* 2012; 14(1):5-13.
13. Ruiz C.R.D., Zegbe J.A., Sánchez M.F.M., Castañeda I.M.S. Depresión en adulto mayor atendidos de instituciones públicas de salud en zacatecas. *Rev. De educación y desarrollo.* 2014; 29(abril – junio): 72-78.
14. Rodríguez D.Z., Casado M.P.R., Molero S.M., Jiménez A.D, Casado T.D., Labrada G.D. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica.
15. León F.A.R, Millán S.N., Camacho C.R.E, Arévalo C.M., Escartín Ch. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev.Med. Inst. Mex. Seguro Soc* 2009; 47 (3): 277- 284.
16. Díaz V.B.A., González G.C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatría* 2012; 11(3): 106-115.
17. Granados P.J.A., Peralta P.M.L., Munguía M.C., López C.J.M., Ávila L.A., Rodríguez M.R. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en adultos mayores de 60 años. *Gac.Med.Mex.* 2007; 143(4):285-289.
18. González P.A.A., Sánchez R.A., González D.R. Medicamentos potencialmente inapropiados: conceptos de utilidad clínica para el médico familiar. *AT EN FAM* 2016, 23(3): 113- 115
19. Sánchez G.R., Flores G.A., Aguilar G.P., Ruiz B.S., Sánchez B.C.A., Benítez G.V., Moya G.M.R. Efectos de la polifarmacia en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Fuente ISSN 2007-0713.* 2012; 10 (4):70-75.
20. Casas P., Varela L., Tello T., Ortiz P.,Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en hospital general. *Rev. Med. Hered.* 2012; 23(4) 229-234.
21. Serra U.M., Germán M.J.L. Polifarmacia en adultos mayores. *Rev.hab. Ciencias Médicas.* 2013; 12(1) 142-151.

22. Luna M.M.A., Peralta P.M.L, Pineda A.V., Durán F.Y.C.,Avalos M.A.M., Aguirre G.M.C. Prescripción inapropiada en adultos mayores con padecimientos crónico degenerativos. Rev.Med.Inst.Mex. Seguro Soc. 2013; 51(2): 142-9.
23. Fuentes C.S., Mérida C.F. Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. Medline.2011;10(86):5851-4.
24. Campanelli C.M. American geriatrics society updates Beers criteria for potentially innapropriate medication use in older adults: the american geriatrics society2012 Beers criteria update experts panel. JAm Geriatr Soc. 2012; abril 66(4):616-631.
25. Martínez A.J.L., Gómez G.A., Saucedo M.D. Prevalencia de polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares. Gaceta Médica de México. 2014;150 (1): 29-38.
26. Prado C.J., Villagrán M.J. Polifarmacia y cumplimiento terapéutico en el adulto mayor estudio observacional. Ecuador: Facultad de Ciencias de la Salud; 2015.
27. Avalos M.A., Cortez G.R.M., Cruz T.M., Medina B.G., Cordero G.M., Peralta P.M., Cruz A.A. Guía de Práctica Clínica de Interacciones farmacológicas potenciales en la atención de Adulto Mayor. México: Secretaria de Salud, 2010.
28. Canales S.A., Álvarez H.G., Cuen R.R., Candia P.M., Prevalencia de Polifarmacia en adultos mayores residentes de estancias de Hermosillo Sonora. México: Epistemus 17; 2014: 32-40.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD/ TIEMPO	MAR 2017	ABRIL 2017	MAY 2017	JUNIO 2017	JULIO AGOS 2017	SEPT – OCT 2017	NOV17 – MAR 2018	ABRIL – DIC 2018	ENE- ABR 2019	MAY – JUN 2019	JUL 2019
PREGUNTA DE INVESTIGACION Y MARCO TEORICO	R										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA, OBJETIVOS JUSTIFICACION HIPOTESIS Y DISEÑO		R									
MATERIAL Y METODOS PLANTAMIENT DEL ANALISIS ESTADISTICO			R								
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS REGISTRO EN SIRELCIS Y EMVIO AL CLIS				R							
REALIZACION DE MODIFICAICONES TERMINAR MODIFICACIONES Y REENVIO AL CLIS				R							
AUTORIZACION DEL PROTOCOLO POR EL CLIS					R						
PROTOCOLO AUTORIZADO POR EL CLIS					R						
ENTREGA DEL DICTAMEN A LA CES						R					
RECOPIACION DE DATOS 20%							R				
RECOPIACION DE DATOS 100%								R			
REVISIÓN DE RESULTADOS									R		
REDACCION ESCRITO FINAL										R	
CORRECCIONES										R	
PUBLICACIÓN											R
REVISION CONJUNTA CON ASESOR	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACION DE POLIFARMACIA Y DEPRESION EN ADULTOS MAYORES DE 60 AÑOS EN UMF 236.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No.236 El Oro
Número de registro:	pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Se realiza esta investigación con fines académicos y para beneficios de la Unidad.
Procedimientos:	Se realizarán encuestas en la Unidad a las pacientes mayores de 60 años
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Disminuir el riesgo de depresión secundaria a polifarmacia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas y las de más importancia serán dadas a conocer al personal de salud.
Participación o retiro:	voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Los datos recopilados serán conocidos por el investigador principal y los colaboradores.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Brindar informacion de prevencion a las pacientes.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Adriana January Santos Flores

Colaboradores: Dr. Ricardo Guevara, Dr. Cesar C. López.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013₄₃

13. ANEXOS

13.1 ESCALA DE YESAVAGE.

Anexo I		
ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española): GDS-VE		
1. ¿ En general, está satisfecho/a con su vida?	Sí	No
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí	No
3. ¿ Siente que su vida está vacía?	Sí	No
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí	No
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí	No
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí	No
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí	No
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí	No
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí	No
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí	No
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	Sí	No
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí	No
13. ¿ Se siente lleno/a de energía?	Sí	No
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí	No
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí	No
PUNTUACIÓN TOTAL		
<i>Las respuestas que indican depresión están en negrita. Cada una de estas respuestas cuenta un punto.</i>		

13.3 Hoja de Registro de información

NOMBRE DEL PACIENTE	
NSS	
EDAD	
GENERO	Masc Fem.
ESTADO CIVIL	
ESCOLARIDAD	
OCUPACION	
PUNTAJE DE ESCALA DE YESAVAGE	
No. De MEDICAMENTOS	
CRITERIOS DE BEERS Tratamiento	Adecuado No adecuado