

¿Quién informa al adulto mayor sobre los esquemas farmacológicos prescritos por el médico familiar?

Vargas Daza Emma Rosa¹
López Martínez María Ofelia²
Camacho Calderón Nicolás³
Galicia Rodríguez Liliana¹

1. MGSA. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. IMSS Querétaro
2. Técnica en Enfermería. Hospital Regional No 1 Querétaro. Querétaro
3. MG. Coordinador de Investigación Médica Delegación Querétaro

resumen

Objetivo: identificar quién informa al adulto mayor sobre los esquemas farmacológicos prescritos por el médico familiar en la Unidad de Medicina Familiar No 5 de Pedro Escobedo. Querétaro, México

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo, se analizaron 225 entrevistas de personas de 60 años y más adscritas a la unidad de medicina familiar No. 5 del municipio de Pedro Escobedo del estado de Querétaro. Se incluyeron a todos los que aceptaron participar (carta de consentimiento informado), de ambos turnos. El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población finita. La muestra se seleccionó por conveniencia. Variables sociodemográficas, motivo de consulta, polifarmacia, suspensión del tratamiento, tiempo con el tratamiento farmacológico y ¿quién le informó? Para el análisis se utilizaron frecuencias, porcentajes, promedios, desviación estándar.

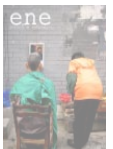
Discusión: La información sobre los medicamentos y su reforzamiento no forma parte del auto cuidado en el paciente geriátrico, siendo la

participación de enfermería prácticamente nula.

Conclusiones: El médico es quien informa al paciente sobre sus esquemas farmacológicos, dada la ausencia de enfermería en los consultorios. Fuera del ámbito institucional las actividades comunitarias de la enfermera en salud pública le permitirían reforzar la información médica sobre el tratamiento que recibe esta población durante la consulta.

palabras clave

Información. Enfermería. Adultos Mayores



abstrac

Objective: to identify who informs to the Elderly on the pharmacologists schemes prescribed by physician in the Familiar Medicine Unit No 5 of Pedro Escobedo. Querétaro, México

Material and methods: Descriptive cross-sectional study, 225 interviews of people of 60 years were analyzed more and assigned to the familiar medicine unit no. 5 of the municipality of Pedro Escobedo of the state of Querétaro. They were included to all those that accepted to participate (letter of informed consent), of both turns. The sample size calculated with the formula of percentage for finite population. The sample was selected by convenience. Variables of study, reason for consultation, number of medicines, suspension of the treatment, time with the pharmacological treatment and who informed to him?

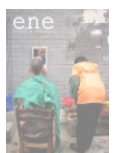
For the analysis frequencies were used, percentage, averages, standard deviation.

Discussion: The information on medicines and their reinforcing does not comprise of the care taken of in the geriatrician patient, being the participation of practically null infirmary.

Conclusions: The doctor is the one who informs to the patient on his pharmacologist's schemes, you give to the absence of infirmary in the doctor's offices. Outside the institutional scope the communitarian activities of the nurse in public health would allow him to reinforce the medical information on the treatment that receives this population during the consultation.

key words

Information. Nursing. Elderly.



introducción

El aumento de la población de 60 años y más conjuntamente con la presencia de enfermedades crónicas degenerativas habla de una población cuyas necesidades de atención a la salud tendrán que ser cubiertas. En el ámbito médico, una estrategia para el logro de estos objetivos se ubica en la consulta médica periódica.^{1, 2}

Donde se prescriben diferentes esquemas terapéuticos enfocados a mejorar la salud del paciente. En el caso de los fármacos. Arranz establece que éstos son herramientas terapéuticas que posee la medicina por lo que, en el caso de la geriatría son un elemento central.³ Sin embargo, la polifarmacia y los esquemas complejos dificultan su manejo y consumo, conjuntamente con los cambios físicos y cognitivos se relacionan con la problemática de la no adherencia a los tratamientos.⁴ Sobre esto último, de acuerdo con la OMS, el cumplimiento terapéutico o adherencia debe entenderse como una conducta en la que el paciente *participa racionalmente* en todas las *recomendaciones dadas* por el grupo de profesionales para tratar su enfermedad.⁵

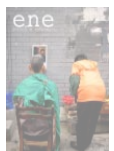
Actividad que implica tener al paciente bien informado, ya que fuera del ámbito institucional él toma la decisión final sobre como llevar sus tratamientos, acto que bien se puede ubicar como parte del auto cuidado. Desde el enfoque de enfermería ésta actividad (autocuidado relacionado al manejo de fármacos) se describe como “la compleja capacidad adquirida por el individuo para conocer y satisfacer de forma continua sus necesidades y llevar a cabo una acción deliberada e intencionada para regular su funcionamiento y desarrollo individual”⁶ Concepto que abarca –al menos en teoría- la información sobre esquemas de tratamiento

farmacológico, ya que la falta de la misma o su incomprensión impacta en la salud del paciente.

Es un hecho que el seguimiento del tratamiento farmacológico por la población depende de muchos factores inherentes a cada uno de los personajes involucrados,^{2, 7, 8} pero no se puede minimizar la parte que le corresponde al personal de salud. Por lo que resulta importante identificar quién informa al adulto mayor sobre los esquemas farmacológicos prescritos por el médico familiar en la Unidad de Medicina Familiar No 5 de Pedro Escobedo.

metodología

Estudio transversal descriptivo. Se aplicó una encuesta a 225 personas de 60 años y más adscritas a la unidad de medicina familiar No. 5 del municipio de Pedro Escobedo del estado de Querétaro de junio a agosto del 2007, de ambos turnos que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado (carta de consentimiento informado). El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para población finita (1881 usuarios de esta edad). Los informantes clave fueron seleccionados con una técnica de muestreo no probabilística por conveniencia, tomando como marco a los que asistieron a consulta con su médico familiar ese día. La encuesta se integro con aspectos sociodemográficos como la edad, sexo, escolaridad, para el motivo de motivo de consulta la receta y patología), para polifarmacia, el total de medicamentos recetados en esa consulta, y características del tratamiento donde se tomó en cuenta tiempo con el tratamiento farmacológico y suspensión del mismo en el último año, para información se realizó la pregunta ¿Le explicaron como tomarlos? ¿Quién le informó sobre su esquema farmacológico?



Para el análisis se utilizó el programa estadístico SPSS versión 12 se sacaron frecuencias, porcentajes, promedio, desviación estándar e IC al 95%. Los resultados se presentaron en cuadros. Durante el trabajo de campo y para recolectar los datos, se esperó a que el paciente saliera de su consulta médica, se le explicó el objetivo del estudio, si accedía a proporcionar información se le pidió que firmara la carta de consentimiento informado. El abordarlos dentro de la unidad de salud dificultó la entrevista ya que se realizó en el área de espera y lugar de tránsito de los demás usuarios.

resultados

Características sociodemográficas del adulto mayor que acudió a consulta de medicina familiar

El promedio de edad fue de 70.80 ± 7.83 años. Analizados por grupos de edad, el mayor porcentaje se ubicó en los 60-65 años, predominó el sexo femenino y los que saben leer (cuadro 1)

Motivo de consulta

La mayoría acudió a consulta por receta y control médico de sus padecimientos crónicos (cuadro 2)

Polifarmacia y características del tratamiento

A la mayoría de los adultos mayores les prescribieron de 2-3 medicamentos, llevaban de 1-5 años con tratamiento farmacológico, un pequeño porcentaje manifestó haberlo suspendido (cuadro 3)

Información

El mayor porcentaje de adultos mayores recibió información del médico tratante (cuadro 4)

discusión

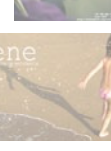
En general la población de adultos mayores que acudió a consulta médica en el periodo de estudio opinó haber recibido información sobre sus

esquemas de dosificación farmacológica por el médico tratante.

Resultado esperado si se considera que este personaje es el primer contacto que tiene la población usuaria con la atención e institucionalmente el responsable legal para prescribir medicamentos.⁹⁻¹¹ Desde esa perspectiva le corresponde la información inicial sobre los esquemas farmacológicos que indica a sus pacientes a través de una receta médica. Otro punto a considerar es que por estructura institucional –a la menos en el sistema de salud en México-, el personal de enfermería dentro del primer nivel de atención es ubicado en el servicio de medicina preventiva (enfermeras en salud pública), donde, si bien sus funciones son orientar e informar a la población, estas actividades se dirigen específicamente a la detección y educación sobre padecimientos crónicos degenerativos, consecuencias y manejo, -entre otras actividades-,³ quedando fuera la información y reforzamiento sobre esquemas farmacológicos que por su impacto en la salud de la población tendrían que ser parte de la cultura de autocuidado.

Sobre la información recabada, es de reconocerse que las preguntas fueron muy generales por lo que si bien, contestaron haber recibido información por parte del médico, no se sabe cómo fue percibida esa información, punto realmente importante, ya que se ha identificado que frecuentemente el paciente y el cuidador no entienden correctamente la medicación, incluso, aunque el médico repita la información y las instrucciones.

El que la mayoría de los adultos mayores consideran haber sido informado, podría explicarse con los siguientes puntos; el tiempo que llevan asistiendo a consulta, el tratar con el



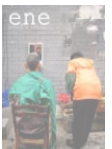
mismo médico familiar y que, por el tiempo de evolución de su enfermedad conozcan su tratamiento y esquema de dosificación (que lo lleven a cabo ya es otro problema) sin pasar por alto que por tener padecimientos crónicos son pacientes que se les cita cada mes para su control médico.

Otro punto a considerar es la edad, -a mayor edad mayores cambios físicos y cognitivos-⁴ y en esta población el grupo que más prevaleció fue el de 60-65 años, quienes en apariencia tienen menos pérdida cognitiva y física. Sería valioso para enfermería indagar estos aspectos en los derechohabientes que no acuden a la unidad de medicina familiar o bien, a los que no son regulares en sus citas médicas de control, rescatando así el trabajo extra muros de la enfermera en salud pública.¹²

En conclusión, el médico es quien informa al paciente sobre sus

esquemas farmacológicos dado la ausencia de enfermería en los consultorios de medicina familiar, además de que la información sobre los esquemas farmacológicos a la población, no se integra como parte del auto cuidado. Rescatar las actividades en salud pública de la enfermera fuera del ámbito institucional le permitiría reforzar la información médica sobre el tratamiento que recibe esta población durante la consulta.

Existen alternativas de apoyo para planear y aterrizar estrategias que permitan al personal otorgar la información como las que ofrecerían las trabajadoras sociales, ubicadas en las unidades de medicina familiar, la integración de estudiantes y pasantes de enfermería y de trabajo social que tienen la experiencia y la formación para trabajar con la comunidad, y retomar esta actividad como parte importante del autocuidado.



Cuadro 1. Características sociodemográficas del adulto mayor que acudió a consulta de medicina familiar

Variables	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Grupos de edad (años)			
60-65	32.0	25.9	38.1
66-70	20.9	15.6	26.2
71-75	17.8	12.8	22.8
76-80	18.2	13.2	23.2
81-85	8.0	4.5	11.5
86 y más	3.1	0.8	5.4
Sexo			
Masculino	47.6	41.1	54.1
Femenino	52.4	45.9	58.9
Escolaridad			
Alfabeto	29.8	23.8	35.8
Analfabeto	20.4	18.8	30.0
Lee	48.0	41.5	54.5
Escribe	1.8	0.1	3.5



¿Quién informa al adulto mayor sobre los esquemas farmacológicos prescritos por el médico familiar?

Cuadro 2. Motivo de la consulta del adulto mayor

Variables	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Motivo de consulta			
Receta	85.3	80.7	89.9
Enfermedad	14.7	10.1	19.3
Padecimiento agudo			
Si	16.9	12.0	21.8
No	83.1	78.2	88.0
Padecimiento crónico			
Si	90.7	86.9	94.5
No	9.3	5.5	13.1



Cuadro 3. Polifarmacia en el adulto mayor

Variables	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Total de medicamentos recetados por el médico en esa consulta			
Dos o más medicamentos	94.2	91.1	97.3
Un medicamento	5.8	2.7	8.9
Tiempo total con el tratamiento farmacológico (años)			
Menos de un año de tratamiento	19.1	14.0	24.2
1-5	45.3	38.8	51.8
6-10	19.1	14.0	24.2
11-15	5.3	2.4	8.2
16-20	6.7	3.4	10.0
21-25	3.1	0.8	5.4
26-30	1.3	0.0	2.8
Suspendió el tratamiento			
No	95.6	92.9	98.3
Si	4.4	1.7	7.1

Cuadro 4. Personal de salud que le informó sobre como tomar sus medicamentos

Variables	Porcentaje	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Le explicaron como tomarlo su medicamento			
Sí	88.4	84.0	92.8
No	11.6	0.7	23.9
¿Quién le informó sobre su esquema farmacológico?			
Médico	87.6	83.3	91.9
Nadie	11.6	7.4	15.8
Farmacia	0.8	0.0	2.1



bibliografía

1. Carrillo-Solís. (2005). Frecuencia de visita al médico familiar y control de glicemia del paciente diabético tipo 2 con diabetes. En: Villarreal-Ríos E., Vargas-Daza E., Martínez-González L., Galicia-Rodríguez L. El sistema de salud y el paciente con diabetes. México. IMSS Universidad Autónoma de Querétaro. 2005. pág. 39-44.
2. Abuso de fármacos. Polifarmacia. (citado 12 diciembre 2007). Disponible en http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_abuso_farmacos1#6#6 (Citado 12 diciembre 2007)
3. Arranz-Santamaría C. Abuso de fármacos. Polifarmacia. Consejos médicos. ASISA. (Citado 12 de octubre de 2007) Disponible en http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/tu_salud/doc/anciano/doc/doc_abuso_farmacos1.htm#1
4. Moragas-Moragas R. (2003). El coste de la dependencia al envejecer. Herder Albor. España 2003.
5. Ministerio de salud de Bolivia. Atención ambulatoria. Consulta de enfermería. (Citado 9 de Febrero 2007). Disponible en <http://www.sns.gov.bo/index.asp>.
6. Dorotea E. Orem.(1997) Teoría del déficit de autocuidado. En: Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. Modelos y teorías en enfermería. Cuarta edición. Edit. Harcourt 1997. 178.
7. Arganis Juárez. En: El padecer de los adultos mayores con diabetes. Bol Mex His Fil Med 2001;4(1).
8. Suárez PR, García GR, Aldana PD, Díaz DO, y Grupo de Intervención. (2000) Resultados de la educación en diabetes de proveedores de salud y pacientes. Su efecto sobre el control metabólico del paciente. Rev Cubana Endocrinol 2000;11(1):31-40.
9. Pérez PJ. (2002). La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Rev Cubana Med Gen Integr. 2002;18(2): 114-116. (Citado 08 Febrero 2007). Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200001&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-2125.
10. Ley General de Salud. Regulación de la prescripción médica. Extracto de diversas disposiciones aplicables. (Citado 08 febrero 2008). Disponible en <http://www.guanajuato.gob.mx/ssg/prescripcion/regulacion.pdf>
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. Contrato Colectivo de Trabajo 2001-2003. Profesiogramas 3. México. IMSS SNTSS 2001. pág. 94-99
12. Torres-Esperón M. Dandicourt-Thomas C. Rodríguez-Cabrera. (2005) Funciones de enfermería en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 2005;21(3-4)

