

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín

Facultad de Ciencias Médicas “Mariana Grajales Coello”.

**XV Seminario Científico Metodológico**

**Curso académico 2024-2025**

**TÍTULO:** **Comportamiento de la prescripción médica en adultos mayores del Policlínico Julio Grave de Peralta, Holguín.**

**AUTOR: Dr. Julio Antonio Durán Cruz.**

**-Especialista de Primer Grado en Farmacología. Profesor Asistente.**

**INSTITUCIÓN: Facultad de Ciencias Médicas de Holguín ¨Mariana Grajales Coello¨.**

**CORREO ELECTRÓNICO:** julioantoniodurancruz@gmail.com

2025

“Año 66 de la Revolución”.

**RESUMEN**

La Prescripción es un acto científico, ético y legal, por medio del cual el facultativo modifica el curso natural de una enfermedad o ejerce una acción de prevención. Se considera la misma como “racional” cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en la dosis correspondiente a sus requisitos individuales, durante un período adecuado y al menor coste posible. Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento de la prescripción médica en adultos mayores del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, del 1ro de enero al 1ro de marzo de 2025. Se desarrolló en el 50% de sus CMF, tomando como universo a 25 médicos, donde 10 de ellos conformaron la muestra, seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple. Se observó que la mayor parte de los profesionales llevaban de 5-10 años ejerciendo la Medicina, y el 70% fue movido en los últimos 2 años de Consultorio. El 60 % ha recibido, en su experiencia laboral, algún tipo de formación sobre el tema y existió un predominio en el desconocimiento de algunos aspectos básicos concernientes al mismo. Se obtuvo que solamente el 30%, revisan la lista completa de medicamentos de sus pacientes y reevalúan las dosis y períodos de exposición a los fármacos en cada consulta. El 30% tiene identificado los adultos mayores que se automedican y los fármacos que consumen. El 90% de los médicos no emplea ninguna herramienta para la optimización de la prescripción en esta edad.

Descriptores: “prescripción médica en el adulto mayor”, “prescripción racional en la ancianidad”, polifarmacia, ancianidad, “farmacoepidemiología en el adulto mayor”.

ABSTRACT: Prescription is a scientific, ethical, and legal act through which a physician modifies the natural course of a disease or implements a preventive measure. Prescription is considered "rational" when patients receive the medication appropriate to their clinical needs, at the dose corresponding to their individual requirements, for an appropriate period of time, and at the lowest possible cost. An observational, descriptive, cross-sectional study was conducted to determine the behavior of medical prescriptions among older adults at the Julio Grave de Peralta Polyclinic in Holguín, from January 1 to March 1, 2025. The study was conducted in 50% of its CMFs, using 25 physicians as the sample, 10 of whom were selected through simple random sampling. It was observed that most professionals had been practicing medicine for 5-10 years, and 70% had moved from a practice within the last 2 years. Sixty percent of physicians have received some form of training on the topic during their work experience, and there was a predominance of lack of awareness of some basic aspects related to it. It was found that only 30% review their patients' complete medication lists and reevaluate the doses and periods of exposure to drugs at each visit. Thirty percent have identified older adults who self-medicate and the drugs they use. Ninety percent of physicians do not use any tools to optimize prescriptions at this age.

**INTRODUCCIÓN**

La OMS establece que toda persona con edad superior a los 60 años es un adulto mayor. Esta etapa de la vida es un proceso fisiológico normal al que están expuestos todos los seres humanos. Predispone al individuo a la aparición de enfermedades y al consumo de medicamentos dando como resultado a la Polifarmacia. [1]

La “polifarmacia” o “polifarmacoterapia” representa 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. La misma, está definida como la utilización de múltiples preparados farmacológicos, prescritos o no, siendo más precisos, a partir de 3-5 fármacos en forma simultánea. [2]

Los antiguos egipcios, en la corte de Amenofis III (1375 a.n.e), practicaban bárbaros asesinatos rituales con los oficiales que se acercaban a la vejez en una actitud despiadada hacia aquellos que alcanzaban la ancianidad. Sin embargo, entre los papiros conservados hasta hoy, es posible encontrar algunos como el conocido Papiro de Ebers que incluye algunos consejos y medidas destinadas a alcanzar una vejez saludable.

También en la Antigua Grecia, en la ciudad Estado de Esparta, existía una estructura gubernamental denominada Gerontocracia que abogaba por el cuidado y valor de los más ancianos; sin embargo, los espartanos precipitaban desde una altura imponente, a los discapacitados y ancianos minusválidos, al considerarlos incapaces de contribuir a la defensa de la ciudad. [3]

En la Edad Media, y como manifestación del interés por el envejecimiento, fue objeto de una larga búsqueda, el mítico “Elixir de la Juventud”, que ocupó un espacio nada pequeño en el quehacer de los alquimistas. En la Farmacopea Española fue posible encontrar hasta bien entrado el siglo XX una fórmula denominada “Elixir de la Larga Vida”, quizás como expresión moderna de aquel viejo anhelo de inmortalidad.[4]

Entre los principales hechos que antecedieron el surgimiento de la Farmacovigilancia, puede mencionarse que en el año 1961 la Comunidad Científica Internacional comenzó a valorar el riesgo asociado al uso de fármacos en la población, luego del llamado “Desastre de talidomina”. Secundario a esto en 1970 se inicia el Programa Internacional de Farmacovigilancia de la OMS.

Los anteriores acontecimientos internacionales llevaron al Surgimiento en 1985 de la Sociedad Internacional de Farmacoepidemiología, siendo esta una de las ramas de la Farmacología encargada del estudio e impacto de los medicamentos sobre las poblaciones humanas. En el año 1991 se implanta en Cuba el Programa Nacional de Medicamentos. En 1994 se integra nuestro país al Programa Internacional de Farmacovigilancia de la OMS y en 1996 se crea la primera Guía Terapéutica para la APS.

En el año 2002 por primera vez se distribuye a todo el sistema sanitario el Cuadro Básico de Medicamentos. Al año siguiente se publica la Primera Edición del Formulario Nacional de Medicamentos, con un espacio para la regulación de la prescripción en el anciano en “Precauciones” y en “Uso en población especial”.Así mismo, se imparte el primer curso virtual: Terapéutica Razonada y sale al aire el programa “La dosis exacta” en el 2005, donde la medicación en la tercera edad constituyó reiteradamente quehacer del programa desde sus inicios. [5].

A nivel mundial, la polifarmacia triplica el consumo de medicamentos, donde en el adulto mayor de 65 años de edad tiene una prevalencia superior. En Europa se presenta con una prevalencia del 51%, en Estados Unidos del 57%, y en México oscila entre el 55 y el 65%. América Latina no está exenta de esta problemática, en primer lugar, por el elevado porciento de envejecimiento poblacional irreversible, con cifras que datan alrededor de un 20.8%, en incremento acelerado, donde una de cada 4 personas es mayor de 60 años para el caso de nuestro país. [6]

En Chile realizaron una encuesta en el año 2015, que menciona que el 80% de la población adulta mayor consume por encima de 8 medicamentos, lo cual no coincide con los resultados obtenidos en nuestro país, a través de la TTE titulada “Comportamiento de la polifarmacia en el adulto mayor en el CMF No.44, Urbano Noris 2020”, por el autor Santos, el cual arroja, a partir de su estudio, que más de la tercera parte de los ancianos consumen al menos 5 medicamentos simultáneamente. [7]

En nuestra provincia Holguín se reporta un envejecimiento de un 21.1%. Según datos estadísticos de 2023, aproximadamente 67625 personas están en edades mayores de 75 años, y de estos, más de la 3ra parte consumen de 2 a 3 veces más medicamentos que el resto de la población total de forma irracional. En nuestro Municipio, particularmente en el Policlínico Julio Grave de Peralta, se reporta que las mujeres consumen más medicamentos que los hombres, lo cual coincide con los resultados obtenidos por el autor Bruzón en su TTE titulada “Polifarmacia en los adultos mayores del consultorio 12 de Cristino Naranjo en 2019”. [8]

La Prescripción constituye un acto científico, ético y legal, por medio del cual el facultativo modifica el curso natural de una enfermedad o ejerce una acción de prevención. Se considera la misma como “racional” cuando los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en la dosis correspondiente a sus requisitos individuales, durante un período adecuado y al menor coste posible.

La terapia farmacológica en Geriatría requiere de un enfoque más holístico y humanista que clínico, más orientado a la individualidad y peculiaridad del anciano como persona que al modelo de la medicina moderna, donde predominan los conflictos de intereses en el mercado y la tendencia a la medicalización de la vida con la inclusión de medicamentos para la prevención, sin posible sustento científico. [9]

Dicho esto, y teniendo en cuenta que el sistema de salud vigente en nuestro país está basado en la medicina preventiva, se busca obtener un material de consulta para profesionales de salud que trabajan con pacientes adultos mayores, para un mejor manejo de la prescripción, lo cual motivó a la realización de esta investigación, planteando como **Problema Científico:**

¿Cómo se comportó la prescripción médica en adultos mayores del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, del 1ro de enero al 1ro de marzo de 2025?

**OBJETIVOS**

General:

Determinar el comportamiento de la prescripción médica en adultos mayores del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, del 1ro de enero al 1ro de marzo de 2025.

Específicos:

1- Caracterizar epistemológicamente los referentes teóricos sobre el uso irracional de medicamentos en los adultos mayores.

2- Identificar los principales errores médicos que influyen sobre la prescripción irracional en el adulto mayor.

3- Identificar las estrategias que adoptan los médicos de asistencia para la reducción del patrón polifarmacia.

4- Proponer consejos prácticos para una prescripción racional en el adulto mayor.

**MATERIAL Y MÉTODO**

**Diseño del estudio:** Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, de corte transversal, con el objetivo de determinar el comportamiento de la prescripción médica en adultos mayores del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, del 1ro de enero al 1ro de marzo de 2025. Se desarrolló en el 50% de sus Consultorios Médicos de la Familia.

**Universo y Muestra:** Se tomó como universo a los 25 médicos de familia que laboran en los distintos Consultorios de la Institución, donde 10 de ellos conformaron la muestra, seleccionados a partir de un muestreo aleatorio simple, con previo consentimiento informado y que cumplieron con los criterios de inclusión.

**Operacionalización de las variables:** Variable dependiente: Prescripción médica en adultos mayores. Variables independientes: Tiempo en el ejercicio de la profesión (Cualitativa ordinal. Escala: Menos de 5 años, De 5-10 años o Más de 10 años). Cambio de Consultorio en los últimos 2 años (Cualitativa nominal. Escala: Si o No). Identificación de factores de riesgos asociados (Cualitativa nominal. Escala: Correcta o Incorrecta). Identificación de grupos farmacológicos más usados en los AM (Cualitativa nominal. Escala: Correcta o Incorrecta).

Frecuencia con que se revisa la lista completa de medicamentos de los AM (Cualitativa nominal. Escala: En cada consulta, Mensualmente, Cada 6 meses o Solo cuando hay un problema). Reevaluación de dosis y períodos de exposición a los fármacos (Cualitativa nominal. Escala: En cada consulta, Mensualmente, Cada 6 meses o Solo cuando hay un problema). Identificación de adultos mayores que se automedican (Cualitativa nominal. Escala: Si o No). Uso de herramientas para la optimización de la prescripción (Cualitativa nominal. Escala: Criterios de Beers, Criterios Stopp/Start o Ninguna de las anteriores).

**Criterios de inclusión:** Pertenecer los médicos de familia a los consultorios seleccionados para la investigación. Voluntariedad de los médicos en participar en el estudio a partir del llenado de la encuesta.

**Criterios de exclusión:** Médicos de familia que pertenezcan a otros consultorios no seleccionados. Todo médico que, aunque esté trabajando activamente en los Consultorios seleccionados, no desee continuar en el estudio.

**Métodos de recolección de la información:** Con previo Consentimiento Informado de los participantes y el Aval de la Institución donde se desarrolló el estudio: Policlínico Julio Grave de Peralta, del Municipio Holguín; tras efectuarse una exhaustiva búsqueda bibliográfica sobre el tema, se realizó la recogida de datos, a partir de la Encuesta aplicada (Anexo 1), obteniéndose la información específica, según los objetivos propuestos y las variables seleccionadas a medir.

**Métodos de investigación científica:**

**Teóricos:** Análisis-Síntesis, Inducción-Deducción e Histórico-Lógico. **Empíricos:** Encuesta. **Estadísticos:** Se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos (porcentaje) y se procedió a determinar la significación y asociación entre variables cualitativas mediante la comparación de proporciones.

**Aspectos éticos:** Se tuvo en cuenta los Principios Éticos para la Investigación Médica con datos provenientes de seres humanos de la World Association Declaration of Helsinki y la Guía de OMS (Organización Mundial de la Salud).

**ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

*Tabla 1. Distribución de médicos de familia del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, según tiempo en el ejercicio de la profesión y cambios de CMF a los cuales se han sometido, en los últimos 2 años.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tiempo en el ejercicio****de la profesión** | **Médicos** | **%** | **Cambiados de CMF** | **%** |
| Menos de 5 años | 1 | 10 | 0 | 0 |
| De 5-10 años | 6 | 60 | 5 | 71 |
| Más de 10 años | 3 | 30 | 2 | 29 |
| **Total** | 10 | 100 | 7 | 100 |

Fuente: Encuestas

De un total de 10 médicos de familia que participaron en el estudio, la mayor parte de estos, 6 médicos, llevan de 5-10 años en el ejercicio de su profesión, representando el 60%, seguido por los de más de 10 años, 3 médicos, que representaron el 30% y con menos de 5 años, 1 médico, el cual representó la minoría (10%). Así mismo pudimos observar, que dos de las escalas anteriores se vieron afectadas por el movimiento de los médicos en los últimos 2 años, a predominio de la escala de 5-10 años de experiencia laboral, de un total de 10 profesionales, 7 fueron desplazados de sus Consultorios hacia otros, representando esta cifra el 70 %.

Los anteriores resultados son similares con los obtenidos por el autor Pérez, en el año 2020, a partir de un estudio sobre movilidad laboral de médicos de familia y su impacto en la atención primaria, desarrollado en la Habana; donde se evidenció que el 65% de los médicos fueron reasignados en los últimos dos años, destacándose aquellos con 5 a 10 años de experiencia laboral, resultado que coincide con el que obtuvo el autor Rodríguez con un estudio desarrollado en Matanzas, en el año 2019. [10]

Por el contrario, el autor García, en España, en el año 2018, identificó con su estudio, solamente en un 30% movilidad laboral, lo cual es significativamente menor que el 70% obtenido a partir de nuestra investigación. Resultados similares constató el autor estadounidense Smith, en 2021, observó una baja tasa de movilidad laboral en los médicos de E.U. Sin embargo, destacó la asociación entre estabilidad laboral y calidad de la atención. [11]

Por otra parte el Dr. Bauta en su artículo “Does more experience lead to better prescribing?”, plantea que si bien la experiencia laboral puede ser valiosa a la hora de tratar a un adulto mayor, no siempre se traduce en una mejor prescripción, lo cual confirma con un estudio en el que identifica errores de prescripción en todas las escalas evaluadas de experiencia profesional. [12]

*Tabla 2. Distribución de médicos de familia del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, según certeza en la identificación de factores de riesgos asociados a la prescripción irracional en el adulto mayor y grupos farmacológicos más usados.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identificación de factores de** **riesgo asociados** | **Médicos** | **%** | **Identificación de grupos farmacológicos más usados** | **%** |
| Correcta | 4 | 40 | 8 | 80 |
| Incorrecta | 6 | 60 | 2 | 20 |
| **Total** | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Encuestas

De un total de 10 médicos de familia, 4 de ellos, identificaron de manera correcta los factores de riesgo asociados a la prescripción irracional en el adulto mayor, representando el 40%, mientras que 6 médicos lo hicieron de manera incorrecta (60%). Así mismo, en cuanto a los grupos farmacológicos más usados en esta etapa, 8 médicos los identificaron con certeza, para un 80%, mientras que 2 los identificaron incorrectamente, representando el 20%.

Si bien nuestros resultados sugieren un conocimiento adecuado de los grupos farmacológicos más usados en el adulto mayor; en Chile se encontró una prevalencia en el desconocimiento del tema de un 60% por parte de los médicos a los cuales fue aplicada una encuesta. En el año 2021, los autores Cruz y Oviedo, tras la realización de una entrevista para analizar el conocimiento de la prescripción y la calidad de la misma, reportaron que el 80% de los médicos que trataban directamente con adultos mayores identificaron correctamente los grupos farmacológicos que más se emplean en esta etapa, lo cual es consistente con nuestros resultados. [13]

En cuanto a la identificación de los factores de riesgo asociados a la problemática, el autor Lee, en Corea del Sur, en el año 2019, obtuvo que solamente el 45% de los profesionales tenían bien definido estos factores de riesgo; cifra que se acerca a los resultados alcanzados por nuestra investigación. Porcentaje ligeramente superior fue determinado en el año 2020, por el Dr. Mayedo, como parte de su Tesis de Terminación de Especialidad, en el que el 50% de los médicos identificó con certeza los factores de riesgo asociados. [14]

*Tabla 3: Distribución de médicos de familia del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, según frecuencia con que se revisa la lista completa de medicamentos que consumen los adultos mayores y reevaluación de dosis y períodos de exposición.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Frecuencia en la****revisión de la lista****de medicamentos** | **Médicos** | **%** | **Reevaluación****de dosis y****períodos de exposición** | **%** |
| En cada consulta | 3 | 30 | 3 | 30 |
| Mensualmente | 1 | 10 | 1 | 10 |
| Cada 6 meses | 2 | 20 | 3 | 30 |
| Solo cuando hay un problema | 4 | 40 | 3 | 30 |
| **Total** | 10 | 100 | 10 | 100 |

Fuente: Encuestas

De un total de 10 médicos de familia, 3 de ellos, revisan la lista completa de medicamentos de sus adultos mayores en cada consulta, representando el 30%, uno la revisa mensualmente (10%), 2 médicos la revisan cada 6 meses (20%) y 4 solo cuando existe algún problema, que representan el 40%. Por otra parte, en cuanto a la reevaluación de las dosis y períodos de exposición a los fármacos, 3 médicos proceden a ello en cada consulta, representando el 30%, uno lo realiza mensualmente (10%), 3 lo hacen cada 6 meses (30%) y 3 médicos revisan solo cuando existe algún problema, representando el 30%.

En estudios realizados en Cuba, como el de González en la Habana en 2019, reportó que el 35% de los médicos de familia revisaban la lista completa de medicamentos en cada consulta, mientras que el 45% lo hacía de manera esporádica. El porcentaje alcanzado por el autor Pérez, en Santiago de Cuba, en el año 2021, coincide con estos resultados, que son similares a los nuestros, y sugieren consistencia con la realidad nacional, donde la revisión sistemática de medicamentos no es una práctica generalizada. [15]

Resultados superiores obtuvo Martínez en 2020, en un estudio realizado en España, donde encontró que el 60% de los médicos revisaba la lista completa de los medicamentos que consumían sus pacientes adultos mayores, mientras que en México el autor Hernández, en 2021, identificó que solo el 25% lo hacía de manera regular, cifra que está ligeramente por debajo de los resultados alcanzados con nuestra investigación. [16]

*Tabla 4: Distribución de médicos de familia del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, según identificación de automedicación en su población adulta mayor.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identificación de Automedicación** | **Médicos** | **%** |
| Si | 3 | 30 |
| No | 4 | 40 |
| Se conocen los pacientes que se automedican pero no qué consumen | 3 | 30 |
| **Total** | 10 | 100 |

Fuente: Encuestas

De un total de 10 médicos de familia, 3 de ellos tienen identificada en su CMF la población adulta mayor que se automedica (30%); igual porcentaje de médicos (30%) conocen los pacientes que se automedican, pero no los fármacos que consumen, y 4 médicos desconocen los pacientes que se automedican, representando el 40%.

En su artículo: “Automedicación, desafíos actuales”, Hidalgo y colaboradores plantean la necesidad de como médicos y responsables del acto de la prescripción, no solo indagar con los pacientes sobre el autoconsumo de fármacos, sino tener bien precisado cuáles son los que están tomando sin autorizo de un facultativo. Los mismos precisan que en el año 2022 desarrollaron un estudio en Venezuela, donde obtuvieron que solamente el 10% de sus médicos de familia conocieron el comportamiento real de la automedicación en su población adulta mayor, cifra inferior al 30% obtenido en nuestra investigación.

Nuestros resultados se asemejan con los alcanzados por Trueba, en Matanzas en el año 2019, a partir de la aplicación de una encuesta sobre Automedicación en el adulto mayor en la APS, donde se obtuvo que el 30% de los médicos de este nivel de atención en el municipio cabecera tenían bien precisada la población adulta mayor que se automedicaba y los fármacos que consumían con frecuencia; sin embargo, difieren de nuestros hallazgos en el porcentaje de profesionales que conocen los pacientes que se automedican pero no los fármacos que consumen, representados en este caso por el 50% y en los que desconocen el comportamiento de la variable, representados por el 20%. [17]

*Tabla 5: Distribución de médicos de familia del Policlínico Julio Grave de Peralta, de Holguín, según uso de herramientas para la optimización de la prescripción en los adultos mayores.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Herramienta para la optimización de la prescripción** | **Médicos** | **%** |
| Criterios de Beers | 0 | 0 |
| Criterios Stopp/Start | 0 | 0 |
| Criterios Priscus | 0 | 0 |
| Criterios IPET | 1 | 10 |
| Criterios MAI | 0 | 0 |
| Ninguna | 9 | 90 |
| **Total** | 10 | 100 |

Fuente: Encuestas

De un total de 10 médicos de familia, la mayor parte de estos, 9 médicos, no emplean ninguna herramienta para la optimización de la prescripción en los adultos mayores, los cuales representan el 90% y solo 1 médico emplea los Criterios IPET, constituyendo el 10%.

En el Artículo disponible en Medicentro Electrónica: Uso de herramientas para la prescripción racional en adultos mayores en Villa Clara, Cuba, del autor Rodríguez, en 2020, se comparten los resultados alcanzados a partir de un estudio transversal desarrollado en la provincia, en el que el 85% de los médicos no utilizaban ninguna herramienta específica para la optimización de la prescripción en el adulto mayor, cifra similar a la alcanzada con nuestro estudio; de igual manera, los resultados alcanzados por los autores Pérez, en 2021 y González en 2022 coinciden en este alto porcentaje.[18]

Los resultados publicados por el autor Martínez, en el año 2020, en la Revista Española de Geriatría y Gerontología difieren de los anteriores, ya que el mismo obtuvo que el 60% de los médicos utilizaban alguna herramienta, a predominio de los Criterios Stopp/Start, coincidiendo este porcentaje con el publicado por el autor Smith en la revista Canadian Journal of Clinical Pharmacology con su artículo “Impact of medication review tools on prescribing practices in Canadian elderly patients”. [19-20]

**CONCLUSIONES**

Se observó que la mayor parte de los profesionales llevaban de 5-10 años ejerciendo la Medicina, y el 70% fue movido en los últimos 2 años de consultorio. El 60% ha recibido, en su experiencia laboral, algún tipo de formación sobre el tema de la Polifarmacia en el Adulto mayor y existió un predominio en el desconocimiento de algunos aspectos básicos concernientes al mismo. Se obtuvo que solamente el 30% de los médicos revisan la lista completa de medicamentos de sus pacientes y reevalúan las dosis y períodos de exposición a los fármacos en cada consulta. El 30% tiene identificado los adultos mayores que se automedican y los fármacos que consumen, y el 90% de los médicos no emplea ninguna herramienta para la optimización de la prescripción en esta edad.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Figueredo Mesa Y, Rousseau Yera R, Caballero Fernández B. Estrategia pedagógica para los médicos que atienden al adulto mayor con dolor en el sistema osteomioarticular aplicando medicina natural y tradicional. Arch. Hosp .Univ. "Gen Calixto García" [Internet]. 2018 [citado 15 de Marzo de 2023];6(1). Recuperado a partir de: <http://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/253>.

2. Organización Mundial de la Salud. The Rational Use of Drugs. Actas de la 39 Asamblea Mundial de la Salud; May 1986; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS; 1986. (Resolución WHA39.27).

3. Tamosiunas G. Uso racional de medicamentos y la crisis de la medicina basada en la evidencia: lo disponible no es intercambiable (parte 1). Boletín Farmacoterapéutico [Internet]. 2017 [citado 15 de Marzo de 2023];8(1). Recuperado a partir de: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/11050/1/editorial-v8-n1.pdf>.

4. Zavala-González MA, Cabrera-Pivaral CE, Orozco-Valerio MJ, Ramos Herrera IM. Efectividad de las intervenciones para mejorar la prescripción de medicamentos en atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2017 [citado 23 de Abril de 2023];49(1):13-20. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716300956>.

5. Alaya Misahuaman DK. Prácticas de dispensación para mejorar el uso racional de medicamentos en establecimientos farmacéuticos Bagua Grand [tesis en Internet]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 25 de Abril del 2023]. Recuperado a partir de: <https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/64234/Alaya_MDK-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

6. Vera Carrasco O. Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. Rev. Méd. La Paz [Internet].2020 [citado 6 de Mayo del 2023];26(2):78-93. Recuperado a partir de: <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582020000200011&lng=es>.

7. Cruz Barrios M. Historia de la Farmacoepidemiología en Cuba. Horizonte Sanitario.UJAT [Internet].2021 [citado 6 de Mayo de 2023]; 20(2). Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4075>.

8. Alfonso Pérez OA. El desarrollo de las habilidades comunicativas en los especialistas de medicina general integral para la entrevista médica familiar [tesis doctoral en Internet]. [Ciego de Ávila]: Universidad de Ciencias Pedagógicas "Manuel Ascunce Domenech"; 2014. [citado 10 de Mayo de 2023].

9. Bouzas Lampón T. Medicamentos y mayores: hacia una gestión socioeducativa desde la educación social [tesis de maestría en Internet]. [Santiago de Compostela]: Universidad de Santiago de Compostela; 2017.

10. Organización Mundial de la Salud. Progresos realizados en el uso racional de los medicamentos. Actas de la 60 Asamblea Mundial de la Salud; 14-23 May 2007; Ginebra, Suiza. Ginebra: OMS [Internet]. 2007 [citado 20 de Mayo de 2023]. (Resolución WHA60.16). Recuperado a partir de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21451es/s21451es.pdf>.

11. García Milian AJ, León CabreraI P, Alonso Carbonell, Rodríguez-Ganen O. Epidemiología del medicamento en el contexto de la atención primaria de salud cubana. Rev. Cubana Med. Gen Integr [Internet]. 2016 [citado 20 de Mayo de 2023];32(4). Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000400010>.

12. Organización de Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Nueva York: ONU; 2015.

13. Vela Valdés J, Salas Perea RS, Quintana Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev. Panam. Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 20 de Mayo de 2023];42(3):33. Recuperado a partir de: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>.

14. Álvarez Escalante L, Ramos Hernández L, Peacok Aldana S, Herrero Aguirre H, Rondón Rondón LE. La superación profesional en una Universidad Médica cubana. Educ. Med. Super. [Internet]. 2018 [citado 20 de Mayo de 2023]; 32(4):38-46. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000400005&lng=es>.

15. Peralta M, Valdivia I, Hernández M, et al. Guía de práctica clínica Prescripción farmacológica. Rev del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2013 [citado 8/12/2020]; 51(2):228-39. Recuperado a partir de: [http://www.medigraphic.com/cgi- bin/new/resumen.cgi=47439](http://www.medigraphic.com/cgi-%20bin/new/resumen.cgi%3D47439).

16. López Sáez A, Sáez López P, Paniagua Tejo S, et al. Prescripción inadecuada de medicamentos en ancianos hospitalizados según criterios de Beers. Farm Hosp [Internet]. 2012 [citado17/01/2020]; 36(4):268-74. Recuperado a partir de: <http://www.sefh.es/fh/124_121v36n04pdf014.pdf>.

17. Löffler C, Drewelow E, Paschka SD, et al. Optimizing polypharmacy among dearly hospital patients with chronic diseases—study protocol of the cluster randomized controlled POLITE-RCT trial. Implement Sci. 2014; 9:151. Citado en PubMed; PMID: 25287853.

18. Carmona JH, Aguilar Cruz I, Parrilla Ruiz F. Un modelo de deprescripción prudente. MedClin (Barc) [Internet]. 2015 [citado17/03/2020]; 144(8):362-69. Recuperado a partir de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002577531400236X2066>.

19. Serra M, Germán JL. Caracterización de adultos mayores con polifarmacia evaluados en la consulta de geriatría. RevCubMed Mil [Internet]. 2014 [citado17/01/2021]; 43(3):285-92. Recuperado a partir de: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300003>.

20. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: A narrative review of definitions, epidemiology and consequences. Eur Geriatr Med. 2021;12:443–52, <http://dx.doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>

**Anexo 1: Encuesta sobre Prescripción Racional en el Adulto Mayor.**

**Sección 1:**

**1.1** ¿Cuántos años lleva ejerciendo la Medicina? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**1.2** ¿Ha sido movido de CMF en los últimos 2 años? \_\_\_ Si \_\_\_ NO

**Sección 2:**

**A)** Circule cuáles de los siguientes elementos constituyen principales factores d riesgo asociados a la polifarmacia en el adulto mayor:

a) Lugar de residencia del adulto mayor b) Trastornos nutricionales c) Falta de comunicación entre el adulto mayor y la familia d) Errores en la prescripción f) Automedicación g) Sexo y Raza h) Fitoterapia alternativa i) Enfermedades de base j) Fallo en el manejo interdisciplinario.

**B)** Mencione 5 enfermedades crónicas prevalentes en adultos mayores que requieren polifarmacia frecuente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**C)** Mencione 4 grupos farmacológicos más prescritos en el adulto mayor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**Sección 3:**

**A)** ¿Con qué frecuencia revisa la lista completa de medicamentos en sus pacientes adultos mayores?

\_\_\_ En cada consulta \_\_\_ Mensualmente \_\_\_ Cada 6 meses \_\_\_ Solo cuando hay un problema

**B)** ¿Con qué frecuencia reevalúa las dosis y períodos de exposición de los fármacos que consumen sus pacientes adultos mayores?

\_\_\_ En cada consulta \_\_\_ Mensualmente \_\_\_ Cada 6 meses \_\_\_ Solo cuando hay un problema

**C)** ¿Tiene bien definidos los adultos mayores que se automedican y los fármacos que consumen?: \_\_\_Si \_\_\_No \_\_\_Conozco los que se automedican, pero no sé qué fármacos consumen.

**D)** ¿Cuáles de los siguientes elementos emplea como herramienta para la optimización de la prescripción en el adulto mayor?

\_\_\_ Criterios de Beers \_\_\_\_ Criterios Stopp/Start \_\_\_ Criterios MAI

 \_\_\_\_ Criterios PRISCUS \_\_\_ Criterios IPET \_\_\_\_ Ninguno de los anteriores.