

ORIGINAL

ESTUDIO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN EXTREMADURA:
CONSUMO DE FÁRMACOS Y PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTESJuan Diego Pedrera Zamorano, M.^a Luz Canal Macías, Jesús M.^a Lavado García, Salvador Postigo Mota, Miguel Sánchez Belda y Noelia Durán Gómez

Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura

RESUMEN

Fundamento: Determinar el consumo de fármacos en el anciano no institucionalizado, los factores asociados a la polifarmacia e identificar su relación con las patologías crónicas.

Métodos: Estudio epidemiológico transversal mediante entrevista directa domiciliar. La población seleccionada sistemáticamente es de 960 sujetos entre 65 y 93 años. El cuestionario incluía datos demográficos, salud autopercebida, aspectos cualitativos y cuantitativos del consumo de fármacos patologías crónicas, y valoración de capacidad funcional.

Resultados: El 91,62% de las personas entrevistadas declaró consumir medicamentos, siendo superior en la mujer ($p < 0,002$). Los más consumidos son los hipotensores (42,4%), analgésicos (38,7%) y cardioterápicos (24,8%). El consumo de fármacos fue superior en el grupo de edad más avanzada ($p < 0,0001$), con nivel de instrucción inferior ($p < 0,001$), con déficit visual y auditivo ($p < 0,0001$), peor situación social ($p < 0,001$), más contactos con los servicios sanitarios ($p < 0,0001$), peor salud autopercebida ($p < 0,0001$), mayor número de enfermedades crónicas ($p < 0,0001$) y con trastornos depresivos ($p = 0,004$). El análisis de regresión lineal mostró una relación positiva entre el número de fármacos consumidos y el número de enfermedades crónicas ($r = 0,518$; $p < 0,0001$). Las mujeres refieren un peor estado de salud ($p < 0,05$). Las variables asociadas a la polifarmacia estudiadas mediante regresión logística son la edad (mayores de 75 años; $OR = 1,1478$), tres o más enfermedades crónicas ($OR = 1,83$) y mala salud autopercebida ($OR = 1,22$).

Conclusiones: Es necesario incluir en los exámenes de salud del anciano una revisión del consumo de fármacos, particularmente en mayores de 75 años con peor salud autopercebida con más enfermedades crónicas.

Palabras clave: Anciano. Enfermedades crónicas. Polifarmacia. Utilización de medicamentos.

ABSTRACT

Study on the Health of the Elderly in
Extremadura: Medication and most
Frequent Chronic Diseases

Background: To ascertain the use of drugs among the non-institutionalised elderly population, the factors related to polypharmacy and pinpointing the relationship thereof with chronic diseases.

Methods: Cross-sectional epidemiological study by means of door-to-door survey. The population systematically selected totalled 960 individuals age 65-93. The questionnaire included demographic data, self-assessed health condition, quantitative and qualitative aspects of the use of medications, chronic diseases and assessment of functional ability.

Results: 91.62% of those surveyed were taking medication, a greater number of females ($p < 0,002$) than males. The medications taken to the greatest extent were blood pressure drugs (42.4%), analgesics (38.7%) and heart drugs (24.8%). Drugs were used to a greater extent among the oldest age group ($p < 0,0001$), those having the lowest educational level ($p < 0,001$), those with impaired eyesight and hearing ($p < 0,0001$), those having the lowest social status ($p < 0,001$), more contacts with the health care services ($p < 0,0001$), worse self-assessed health condition ($p < 0,0001$), a greater number of chronic diseases ($p < 0,0001$) and depressive disorders ($p = 0,004$). The linear regression analysis revealed a positive relationship between the number of medications taken and the number of chronic diseases ($r = 0,518$; $p < 0,0001$). Females report worse health conditions ($p < 0,05$). The variables analyzed with regard to polypharmacy by means of logistic regression are age (over age 75; $OR = 1,1478$), three or more chronic diseases ($OR = 1,83$) and poor self-assessed health condition ($OR = 1,22$).

Conclusions: Physical checkups on the elderly must include a review of the medications being taken, especially among those over age 75 who have a worse self-assessed health condition and a larger number of chronic diseases.

Key words: Elderly patient. Chronic diseases. Polypharmacy. Medication.

Correspondencia:

Juan Diego Pedrera Zamorano
Departamento de Enfermería
Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional
Avda. de la Universidad s/n
10.071 Cáceres
Correo electrónico: jpedrera@unex.es

INTRODUCCIÓN

Actualmente, los problemas asociados al progresivo envejecimiento de la población están cobrando interés creciente debido principalmente al aumento del número de personas mayores de 65 años en las sociedades industrializadas, generado por una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y un incremento importante de la esperanza de vida. Se estima que en el año 2005, el 17,40% de la población española tendrá más de 65 años^{1,2}.

El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano o sistema³, lo cual repercute en un aumento considerable del uso y consumo de fármacos en la población anciana⁴, situándose este grupo de edad como mayor consumidor del gasto farmacéutico en España (67,8%)⁵.

Una importante proporción de fármacos consumidos por los ancianos son poco eficaces para las indicaciones teóricas a las que están destinados^{6,7}, ya que todavía existen pocos tratamientos curativos de las enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas, siendo la terapéutica normalmente sintomática. Este motivo conduce al uso y consumo de múltiples fármacos que, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, producen un elevado número de reacciones adversas^{7,8,9} que están en relación directa con el número de fármacos consumidos¹⁰. Otras consecuencias negativas provocadas por el uso de fármacos son debidas a los cambios fisiológicos y morfológicos que ocurren en el proceso de envejecimiento¹¹, y a la pluripatología característica de este grupo de edad.

La dimensión de esta problemática es mucho mayor, por las graves repercusiones socio-sanitarias que conlleva, ya que se produce una elevación del gasto en recursos sanitarios respecto a otros grupos de población, hecho este que se pone de manifiesto, el que más de 1/3 de las consultas a demanda en Atención Primaria procede de personas mayores de 65 años.

Existe una estrecha relación entre la asociación y simultaneidad de enfermedades crónicas en el anciano y el consumo elevado de fármacos. Es importante considerar, que son múltiples los factores que pueden llevarle a consumir varios medicamentos concomitantes, por lo que será necesario evaluar aspectos como, la capacidad fun-

cional, el estado físico, el nivel de salud percibido, el sexo y el nivel socioeconómico y cultural^{12,13}.

Dado el gran interés que reviste el incremento de la población anciana, la variabilidad individual de la enfermedad y el consumo de medicamentos en las personas mayores, el objetivo de nuestro estudio es determinar el consumo de fármacos en el anciano no institucionalizado, los factores asociados a la polifarmacia y determinar su relación con los problemas de salud asociados declarados con más frecuencia por este grupo de edad.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de carácter transversal por entrevista estandarizada, domiciliaria, directa y personal, realizada por diplomados en enfermería entrenados para ello. La población diana está compuesta por personas mayores de 65 años no institucionalizadas y residentes habituales en seis núcleos de población de ámbito rural y dos núcleos de ámbito urbano, seleccionados de manera aleatoria, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Extremadura. El tamaño muestral definitivo fue de 960 sujetos. La fracción de muestreo resultante fue del 2,8% de la población anciana de los citados núcleos de población, constituida por un total de 34.114 personas mayores de 65 años de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que representa el 21% de la población mayor de 65 años de la Comunidad, constituida por un total de 162.458 mayores de 65 años. Las personas fueron seleccionadas mediante muestreo sistemático (constante de muestreo=36) a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1991. Los datos fueron recogidos en el periodo comprendido entre enero y abril de 1999. Para la captación del paciente se realizó un máximo de 2 llamadas telefónicas en días y horarios diferentes en el plazo de dos semanas, estableciendo contacto con ellos y solicitando su colaboración. Con el fin de facilitar las respuestas al cuestionario, en el momento de concertar la cita, se le recordó al encuestado la necesidad de aportar los envases de los medicamentos que tomase habitualmente.

Entre las 960 personas seleccionadas, se realizaron un total de 752 entrevistas válidas. Las pérdidas fueron del 21,66% (n=208), tratándose principalmente el 10,20% (n=98) de pacientes no localizados por cambios de domicilio o errores

censales; en 23 ocasiones hubo una negativa por parte de la persona a participar en la entrevista (2,39%); otras causas fueron el fallecimiento antes de concertar la entrevista (4,37%; n=42) y en 45 ocasiones no se obtuvo respuesta con respecto a los datos correspondientes a la ingesta de fármacos (4,68%). De las respuestas obtenidas, en 6 casos se obtuvo la información del cuidador principal encargado de controlar el tratamiento del paciente. La tasa de repuesta fue del 94,35% excluyendo a los pacientes no localizados, los fallecidos y las negativas a contestar.

El cuestionario utilizado se estructura en 17 ítems cerrados que nos permiten obtener respuestas confirmatorias, desestimativas o clasificatorias ante una proposición. Se han incluido preguntas para la obtención de datos sobre la auto-percepción de salud, aspectos cualitativos y cuantitativos del régimen farmacológico (número de fármacos que consume el paciente y utilizando la Clasificación Anatómica de Medicamentos), datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios), enfermedades crónicas con afectación de al menos 3 meses durante el último año y codificadas mediante la Clasificación Internacional de los Problemas de salud en Atención Primaria-CIPSAP2 definida, deficiencias sensoriales (dificultad visual y auditiva), frecuentación de los servicios sanitarios y la capacidad funcional física, psíquica y social.

Para valorar la capacidad física se utilizó el índice de Katz¹⁴: capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse, contener esfínteres y alimentarse), valorando la dependencia o independencia en cada una de las actividades y considerando independiente al anciano cuando realiza la actividad sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. Se determinó la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, responsabilizarse de la medicación y manejo del dinero) mediante el índice de Lawton y Brody¹⁵, valorando la independencia, la necesidad de cierta ayuda o de mucha ayuda. Las funciones intelectuales se analizaron mediante un minixamen cognitivo¹⁶ (orientación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción), para lo cual se utilizó el punto de corte establecido en pacientes geriátricos (23/24, corregido de forma proporcional en el caso de invidentes o analfabetos). El apoyo social se valoró a través del cuestionario de

Duke-UNC (modificado por Broadhead¹⁷) destinado a medir cualitativamente el apoyo social funcional en sus dimensiones confidencial y afectiva, considerando bajo apoyo social cuando la puntuación superó el percentil 75 de la distribución (las respuestas se midieron mediante la escala de Likert, de 1 a 5 puntos, correspondiendo las puntuaciones más elevadas a una menor percepción de apoyo). La existencia de un trastorno de tipo depresivo se determinó a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage¹⁸, situando el punto de corte en 14/15 para alcanzar unos valores de sensibilidad y especificidad del 80 y 100% respectivamente.

Los datos se introdujeron en una base de datos MS Access 97. En cuanto al análisis estadístico, se procesaron en el paquete estadístico SPSS-PC versión 8.0. En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada variable y un análisis bivalente para estudiar la influencia de las distintas variables sobre la variable dependiente número de medicamentos consumidos regularmente por el anciano. Para la comparación de medias en grupos independientes se utilizó el test «t» de Student. Para la comparación de medias en más de dos grupos independientes se utilizó el análisis de la varianza ANOVA. Para analizar la influencia de las múltiples variables sobre el consumo elevado de medicamentos y detectar las variables que influyen en el resultado, se efectuó un análisis multivariante mediante el modelo de regresión logística «stepwise» a través del procedimiento Logistic Regression del sistema SPSS. En el modelo se introdujo como variable dependiente del consumo elevado de fármacos la ingesta de 4 ó más fármacos, de acuerdo con otros autores¹², y como variables independientes todas aquellas que en el análisis bivariado fueron estadísticamente significativas. Los distintos resultados se expresan en porcentajes y en media±desviación estándar. El intervalo de confianza se expresa como IC. La magnitud de la asociación en la regresión logística se expresa como odds ratio (OR) en su intervalo de confianza del 95%.

RESULTADOS

Las características sociodemográficas y variables introducidas para el estudio del grupo de ancianos seleccionados se muestran en la tabla 1. De los 752 entrevistados, un 49,7% son mujeres (n=364) y un 50,3% son hombres (n=368), siendo la edad media de la muestra 74,3 años (rango 65-93).

Tabla 1
Distribución de la muestra según las variables estudiadas

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º de consumidores de 4 ó más fármacos (polifarmacia)</i>
Sexo			
Varones	378	50,03	51
Mujeres	374	49,7	86
Edad (años)			
65-74 a	351	46,7	51
75-84 a	319	42,4	70
85 ó más	82	10,9	16
Estado Civil			
Soltero	79	10,05	13
Casado	332	44,1	48
Viudo	327	43,5	73
Otros	14	1,9	3
Nivel de instrucción			
Nivel medio o superior	23	3,1	4
Estudios primarios	173	23,0	39
Analfabetos	169	22,05	38
Estudios primarios incompletos	358	47,6	52
No consta	29	3,9	4
Categoría social (I: superior, V: inferior)			
I, II y III	206	27,4	27
IV	326	43,4	45
V	220	29,3	65
N.º de enfermedades crónicas			
Ninguna	138	18,4	3
1 ó 2	456	60,6	66
3 ó más	158	21,0	68
Autopercepción de salud			
Muy buena/buena	378	50,3	39
Regular	277	36,8	62
Mala/muy mala	97	12,9	36
No consta			
Contactos con los servicios sanitarios			
Ninguno	149	19,8	5
1 ó 2	304	40,4	45
3 ó más	299	39,8	87
Dificultad visual			
Ninguna	269	35,8	40
Alguna	417	55,5	82
Bastante o no puede	66	8,8	15
No consta			
Dificultad auditiva			
Ninguna	473	62,9	76
Alguna	238	31,6	55
Bastante o no puede	41	5,5	6
No consta			

Tabla 1 (continuación)

Distribución de la muestra	N.º	%	N.º de consumidores de 4 ó más fármacos (polifarmacia)
Deterioro cognitivo			
Si	143	19,0	29
No	590	78,5	105
No consta	19	2,5	3
Trastorno depresivo			
Si	182	24,2	42
No	556	73,9	92
No consta	14	1,9	3
Apoyo social			
Alto	318	42,3	63
Medio	278	37,0	49
Bajo	136	18,1	25
No consta	20	2,7	
Actividades básicas de la vida diaria			
Independiente	608	80,9	92
Dependiente para una o más	139	18,5	42
No consta	5	0,7	3
Actividades instrumentales de la vida diaria			
Independiente	489	65,0	67
Necesita ayuda	211	28,1	55
Necesita mucha ayuda	51	6,8	15

La frecuentación de utilización de los servicios sanitarios de los entrevistados durante los 3 meses anteriores a la realización de la entrevista fue del 80,2% (n=603). La media de contactos con dichos servicios fue de 2,20±0,75 (rango 0-3; IC del 95%, 2,15-2,25). En lo que se refiere a las deficiencias sensoriales el 55,5% (n=417) manifestaba padecer dificultad visual y el 62,9% (n=473) manifestó no sufrir ningún tipo de dificultad auditiva (tabla 1). La capacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según índice de Lawton y Brody resultó ser: independiente el 65,0% (n=489), necesitar cierta ayuda el 28,1% (n=211) y necesitar mucha ayuda el 6,8% (n=51). Al estudiar la capacidad física según el índice de Katz resultó ser independiente el 80,9% (n=608) y dependiente para una o más actividades el 18,5% (n=139). No se encontró diferencias entre sexos con la frecuentación de los servicios sanitarios, las deficiencias sensoriales y la capacidad física y funcional. La autopercepción de salud en la muestra estudiada fue buena/muy buena en un 50,3% (n=378) de los casos, regular en el 36,8% (n=277) y mala/muy mala en el 12,9% (n=97) de los casos (tabla 1), encontrándose un peor nivel de salud autopercebida en la mujer (p<0,05).

Los resultados correspondientes a la clasificación de los problemas de salud declarados con más frecuencia se muestran en la tabla 2. El número medio de enfermedades crónicas entre las personas ancianas encuestadas fue de 2,03±0,63 (IC del 95%, 1,98-2,07), que, distribuidos por sexos, corresponde a una media de 2,12±0,64 (IC del 95%;

Tabla 2

Clasificación de los problemas de salud (CIPSAP-2 definida) declarados con más frecuencia por las personas ancianas

Problema de salud	N.º	Porcentaje
Hipertensión arterial	324	43,1%
Artrosis	308	41,0%
Cataratas	185	24,6%
Cardiopatía Isquémica	180	23,9%
Diabetes	154	20,5%
EPOC	108	14,4%
Mal definido	101	13,4%
Enf. Cerebro Vascular	79	10,5%
Dislipemias	72	9,6%
Hernia de hiato	60	8,0%

* El porcentaje se refiere al total de ancianos entrevistados.

2,06-2,19) para la mujer, superior a la obtenida en el hombre $1,93 \pm 0,60$ (IC del 95%; 1,87-1,99). Destacan como enfermedades crónicas más prevalentes en el anciano la hipertensión arterial (43,1%; n=324) y la artrosis (41,0%; n=308).

Respecto a la ingesta de fármacos, el 91,62% (n=689) manifestó consumir algún medicamento de forma habitual. El consumo medio de fármacos/día fue de $2,259 \pm 1,434$ (rango 1-8; IC del 95%, 2,15-2,36); siendo superior en los que declaraban la existencia de cardiopatía isquémica ($3,466 \pm 1,439$), enfermedades cerebro-vasculares ($3,240 \pm 1,520$) y diabetes ($3,090 \pm 1,411$). El 18,21% (n=137) de los ancianos consumía cuatro o más fármacos. En cuanto a la distribución por sexos, las mujeres son quienes más fármacos consumen al día, ($2,438 \pm 1,438$; IC del 95%; 2,292-2,584) frente a

los que consumen los hombres ($2,082 \pm 1,409$; IC del 95%; 1,939-2,224) ($p < 0,002$). Los subgrupos terapéuticos más utilizados y la distribución por sexo se muestran en la tabla 3.

Tabla 3

Clasificación de los subgrupos terapéuticos más consumidos por los ancianos y su distribución por sexos

Medicamento	N.º	%	Hombres	Mujeres
Hipotensores	319	42,4%	152	167
Analgésicos	291	38,7%	121	170
Cardioterápicos	187	24,8%	94	93
Antiinflamatorios y antiartríticos no esteroideos.	180	23,9%	64	116
Antidiabéticos	153	20,3%	63	90
Antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras péptica	152	20,2%	89	63
Antiasmáticos	115	15,3%	81	34
Vasodilatadores periféricos	108	14,4%	55	53
Psicolépticos	99	13,2%	27	72
Diuréticos	94	12,5%	40	54

* El porcentaje se refiere al total de ancianos entrevistados.

los que consumen los hombres ($2,082 \pm 1,409$; IC del 95%; 1,939-2,224) ($p < 0,002$). Los subgrupos terapéuticos más utilizados y la distribución por sexo se muestran en la tabla 3.

El grupo de edad más avanzada es el que tiene un consumo de fármacos superior ($p < 0,0001$). Los viudos consumen más fármacos que los solteros y casados ($p < 0,05$) (tabla 4). El consumo de fármacos fue superior en aquellos ancianos con un nivel de instrucción inferior ($p < 0,001$), que presentan déficit visual y auditivo ($p < 0,0001$), peor situación social ($p < 0,001$), mayor frecuentación de contactos con los servicios sanitarios ($p < 0,0001$), mayor dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ($p < 0,0001$), peor nivel de salud autopercibida ($p < 0,0001$), mayor número de enfermedades crónicas ($p < 0,0001$) y existencia de trastornos depresivos ($p = 0,004$). No se encontró relación significativa entre el número de fármacos consumidos y la existencia o no de déficit cognitivo y el nivel de apoyo social.

El análisis de regresión lineal simple entre el número de fármacos consumidos y las enferme-

dades crónicas muestra una relación positiva entre ambas variables ($r = 0,518$, $p < 0,0001$).

En lo que se refiere a la distribución por sexos del consumo de fármacos, obtenemos que las mujeres presentan un mayor consumo de antidiabéticos, analgésicos, hipotensores y antiinflamatorios-antiartríticos, con respecto a los hombres. Sin embargo, los hombres, presentan un mayor consumo de los subgrupos terapéuticos de antiácidos-antiflatulentos-antiulcerosos, y antiasmáticos.

En el análisis de regresión logística, introduciendo todas las variables estudiadas, hemos encontrado, de forma independiente, asociación de un consumo elevado de medicamentos (4 fármacos o más) con la edad (75 años o más; OR 1,1478), la presencia de tres o más enfermedades crónicas (OR 1,83) y el nivel de salud autopercibida mala o muy mala (OR 1,22) (tabla 5).

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio se pueden considerar de alta fiabilidad, dado que la

Tabla 4

Características generales del grupo de edad estudiado y valores medios del consumo de fármacos+Desviación estandar (DE) (N=752)

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>Consumo medio±D.E.</i>	<i>P</i>
Sexo		
Varones	2,082±1,409	ns
Mujeres	2,438±1,438	p<0,002
Edad (años)		
65-74 a	2,025±1,363	ns
75-84 a	2,448±1,401	ns
85 ó más	2,524±1,694	p<0,0001
Estado Civil		
Soltero	2,113±1,300	ns
Casado	2,096±1,333	ns
Viudo	2,467±1,524	p<0,005
Otros	2,071±1,774	ns
Nivel de instrucción		
Nivel medio o superior	2,391±1,671	ns
Estudios primarios	2,445±1,440	ns
Analfabetos	2,485±1,543	p<0,001
Estudios primarios incompletos	2,081±1,335	p<0,001
No consta	1,931±1,462	ns
Categoría social (I: superior, V: inferior)		
I, II y III	1,975±1,308	ns
IV	2,177±1,302	ns
V	2,645±1,579	p<0,001
N.º de enfermedades crónicas		
Ninguna	1,036±1,035	ns
1 ó 2	2,232±1,229	ns
3 ó más	3,405±1,373	p<0,0001
Autopercepción de salud		
Muy buena/buena	1,740±1,253	ns
Regular	2,700±1,348	ns
Mala/muy mala	3,020±1,229	p<0,0001
Contactos con los servicios sanitarios		
Ninguno	1,214±1,043	ns
1 ó 2	2,217±1,307	ns
3 ó más	2,822±1,427	p<0,0001
Dificultad visual		
Ninguna	1,924±1,379	ns
Alguna	2,402±1,444	p<0,0001
Bastante o no puede	2,697±1,369	p<0,0001
Dificultad auditiva		
Ninguna	2,148±1,406	ns
Alguna	2,479±1,511	p<0,0001
Bastante o no puede	2,268±1,140	ns
Deterioro cognitivo		
Si	2,377±1,578	ns
No	2,230±1,394	ns
No consta	2,263±1,557	ns

Tabla 4 (continuación)

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>Consumo medio±D.E.</i>	<i>P</i>
Trastorno depresivo		
Si	2,522±1,518	p=0,004
No	2,167±1,392	ns
No consta	2,500±1,605	ns
Apoyo social		
Alto	2,374±1,480	ns
Medio	2,173±1,409	ns
Bajo	2,279±1,375	ns
No consta	1,450±1,145	ns
Actividades básicas de la vida diaria		
Independiente	2,102±1,317	ns
Dependiente para una o más	2,863±1,651	p<0,0001
No consta	---	---
Actividades instrumentales de la vida diaria		
Independiente	2,032±1,348	ns
Necesita ayuda	2,658±1,499	p<0,0001
Necesita mucha ayuda	2,769±1,516	p<0,0001

ns: no significativo.

Tabla 5

Análisis de regresión logística con las variables asociadas a un mayor consumo de fármacos

	<i>Coficiente beta</i>	<i>EE coef</i>	<i>OR</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>P</i>
Edad: 75 ó más años	0,191	0,021	1,1478	1,02-1,41	0,0013
Número de enfermedades crónicas (≥ 3)	0,447	0,211	1,83	1,36-2,62	0,0297
Autopercepción de salud: Mala o muy mala	0,921	0,407	1,22	1,13-3,37	0,0098

* OR: odds ratio e IC: intervalo de confianza del 95%.

entrevista fue personal, en el domicilio del sujeto y llevada a cabo por personal sanitario entrenado, lo que permite minimizar posibles sesgos de información como el de interpretación en la transcripción de la información obtenida. Para evitar errores inducidos por el entrevistador se realizó un continuo seguimiento de los entrevistadores. Sin embargo, los resultados deben interpretarse admitiendo las limitaciones que presenta el método de entrevista personal, así como la insuficiente validación del cuestionario, a pesar de haber incluido escalas validadas previamente por otros autores^{12,14-18}.

Es de destacar el alto nivel de participación de la población en el estudio (94,35%), siendo las pérdidas similares a las estimadas al extraer la muestra y comparables a las descritas por otros autores^{12,19,20}

En nuestro estudio, el 91,62% de los ancianos encuestados manifestó consumir algún medicamento de forma habitual, valor muy superior a los estimados por otros autores Vega et al (75,9%)²¹, Tomás et al (81,4%)²², López Torres et al (75,6%)¹², Ministerio de Sanidad y Consumo (58%)¹, Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief et al (65,7%)²³, Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología (67,6%)²⁴ y Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (91%)²⁵.

El número medio de fármacos/día consumidos (2,259±1,434) fue superior al descrito por Vega et al²¹ en 825 sujetos mayores de 60 años no institucionalizados en una zona rural, e inferior a los encontrados por López-Torres et al¹² en 787 personas mayores de 65 años no institucionalizadas, Tomás et al²², en 349 personas mayores de 65

años, y Arbas et al²⁶ en un análisis sobre el consumo de medicamentos en 246 pacientes mayores de 65 años no institucionalizados.

Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los descritos por Segade et al²⁷, Mata et al²⁸ y Zunzunegui et al²⁹, que sitúan la media del consumo de fármacos en ancianos no institucionalizados en un rango entre 2 y 4 fármacos.

El mayor consumo de medicamentos en las mujeres podría corresponderse con el hecho de que la mujer presenta más polienfermedad que el varón y refiere un peor estado de salud respecto al que refieren los hombres. En nuestro estudio estos datos coinciden con los obtenidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo³⁰ (Encuesta Nacional de Salud) y el Ministerio de Asuntos Sociales en un informe básico sobre la mujer y la salud en España³¹.

Los tres subgrupos terapéuticos más consumidos son hipotensores, analgésicos y cardioterápicos. Coincidiendo con Lázaro del Nogal³², en su estudio sobre el tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples, y con García Sierra et al³³ en un análisis sobre la relación entre Geriátrica y Medicina Primaria, los fármacos cardiovascularmente y analgésicos³⁴ ocupan siempre un lugar predominante.

En lo que se refiere al consumo de fármacos de dudosa eficacia terapéutica³⁵, como son los vasodilatadores periféricos, nuestros resultados parecen reflejar un elevado consumo (14,4%; n=108), similares a los hallados por López-Torres et al¹² y el Ministerio de Asuntos Sociales: Instituto de la Mujer³¹.

La bibliografía, en general, considera polifarmacia el consumo de 4 o más medicamentos simultáneamente^{12,19,32,36-38}, lo cual se asocia con una mala salud autopercebida^{22,26}. En nuestro estudio, además, la polifarmacia se asocia con la edad (75 años o más) y la presencia de tres o más enfermedades crónicas, coincidiendo con López-Torres et al¹².

Teniendo en cuenta que un 50% de los fármacos son consumidos por la población geriátrica^{12,39}, nos parece alarmante que no existan más estudios sobre los efectos de los tratamientos en este grupo de edad. Este alto consumo observado por nosotros, está en relación probablemente con la coexistencia de varias enfermedades crónicas en el anciano (2,03±0,63), la alta prevalencia de las mismas (tabla 2). Aunque esta problemática

depende tanto de factores extrínsecos (prescripción) como de factores intrínsecos (especiales condiciones farmacodinámicas, farmacocinéticas, etc.), según nuestros resultados existen determinados condicionantes básicos y situaciones en la ancianidad como son la mala salud autopercebida, situación de viudedad, menor categoría social, menor nivel de instrucción, edad avanzada, deficiencias sensoriales y el mayor nivel de dependencia que se asocian con el consumo elevado de fármacos en el anciano, siendo interesante considerarlos e investigar más profundamente, con objeto de identificar aquellos ancianos con un elevado consumo de medicación. Por este motivo, pensamos que es imprescindible tener en cuenta la especial situación sociosanitaria del anciano y conjugar todo ello con los principios racionales de la prescripción en pacientes geriátricos³², para realizar una adecuada, lógica y conveniente valoración global de nuestros pacientes mayores de 65 años. Así mismo, nos parece importante reflexionar acerca del hecho de que uno de los predictores de mortalidad según Incalzi et al⁴⁰, en su método de reconocimiento de pacientes geriátricos en riesgo de incapacidad y muerte, es el elevado consumo de medicamentos.

Por tanto, podemos concluir, participando con otros autores^{12,26}, en la necesidad de incluir en los exámenes de salud de la población anciana, una revisión del consumo de medicación crónica y una revisión de la capacidad funcional, sobre todo en aquellos pacientes con una edad avanzada (75 años o más), que sufran tres o más enfermedades crónicas y que manifiesten un peor nivel de salud autopercebida, realizando además, una evaluación exhaustiva de las variables anteriormente citadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1995.
2. García B, Martínez J. Demografía de la vejez. En: Bazo MT, García B, Maiztegui C, Martínez J, editores. Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional. 1.ª ed. Madrid: Panamericana; 1999. p. 17-44.
3. Fries JF, Levine S, Green LW. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989; 481-483.
4. Gómez de la Cámara A. Uso de los medicamentos en los ancianos. En: Fondo de Investigación Sanitaria. Epidemiología del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. p. 109-117.

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España. Madrid: EDIS; 1989.
6. Samsa GP, Hanlon JT, Schumader KE, Weinberger M, Clipp EC, Utretch KM et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 891-896.
7. Pérez A. Enfermería Geriátrica. Madrid: Editorial Síntesis; 1995.
8. Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Inform Terap Sist Nac Salud* 1994; 18: 109-119.
9. Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994; 272: 292-296.
10. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Adverse drug reaction in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1998; 36: 142-149.
11. Tregaskis B, Stevenson L. Pharmacokinetics in old age. *Br Med Bull* 1990; 46: 9-21.
12. López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casadelrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 572-576.
13. Gurwith JH, Avorn J. The ambiguous relation between ageing and adverse drug reactions. *Ann Intern Med* 1991; 114: 956-966.
14. Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 338-348.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
16. Lobo A, Ezquerro J. El minixamen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Act Luso-Españolas Neurol y Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
17. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8: 688-692.
18. Yesavage JA, Brang TL, Rose TL, Adey M. Development and validation of a geriatric depression rating scale. A preliminary record. *J Psych Res* 1983; 17: 37-49.
19. Prieto Lozano A, Wilke Trinxant A, Soldado Ordóñez C, Moliners Molins C, Gené Badia J. Uso racional de fármacos en el anciano. *Aten Primaria* 1997; 19: 96-100.
20. Le Jeunné C, Hugues FC. Interactions médicamenteuses et personnes âgées. *Thérapie* 1995; 50: 247-252.
21. Vega Quiroga S, López Gay L, Bermejo Pareja F, De la Rosa Gil L, De Bustos Tabernero M, Sampedro López MD, Fraile Jimeno M, Durán Parra F, Moreno Sobrino T, Gabriel Sánchez R. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. *Aten Primaria* 1996; 17: 496-500.
22. Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999; 23: 121-126.
23. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Libro Blanco: el médico y la tercera edad. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 1986.
24. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
25. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Nuestros Mayores: Perfil Sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid: Servicio de Publicaciones. Serie Monografías n.º 2. Comunidad de Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; 1989.
26. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Álvarez M, González-Nuevo JP, Penedo R, Plaza F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria* 1998; 22: 165-170.
27. Segade Buceta XM, García Figueiras A, Cinos Ranos L, Casais Gude XL, Nieto Pol E, González Conde A et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1992; 10: 613-615.
28. Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Ciurana R, De la Figura M et al. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1990; 7: 119-126.
29. Zunzunegui MV, Bélaud F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 109-115.
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
31. Ministerio de Asuntos Sociales. La mujer y la Salud en España. Informe Básico, vol 4:29. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales: Instituto de la Mujer; 1992.
32. Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Inf Ter Sis Nac Salud* 1984; 18: 110-120.
33. García Sierra JL. Relación Geriatria-Medicina Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 323-326.
34. Osterlind PO, Bucht G, Linnarsson R. Drug consumption during the last decade among persons born in 1902 in Umea, Sweden. A longitudinal population study. *Drugs Ageing* 1991; 6: 477-486.
35. Kennedy JM, Bateman DN. Vasodilator Drugs, a negative index of prescribing quality? *Br J Clin Pharmacol* 1992; 34: 461.
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicaciones de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
37. Cadioux RJ. Geriatric psychopharmacology. A primary care challenge. *Postgrad Med* 1993; 93: 281-301.
38. Cadime. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
39. World Health Organization. Health Care in the Elderly: Report of Technical Group on Use of Medicaments by the Elderly. *Drugs* 1981; 22: 279-294.
40. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A, Porcedda P, Raccis G, Sommella L et al. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 34-38.