



Universidad
Zaragoza



**UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico 2016/2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**POLIMEDICACIÓN Y ADHESIÓN TERAPÉUTICA.
PROGRAMA DE SALUD PARA UN ARMA DE DOS FILOS.**

POLYMEDICATION AND THERAPEUTIC ADHERENCE. A HEALTH
PROGRAM FOR A DOUBLE-EDGED SWORD

Autor: Leyre Ezpeleta Esteban

Tutor: Enriqueta Boada Apilluelo

ÍNDICE

Resumen / Abstract.....	2
Introducción	3-5
Justificación	6
Objetivo	7
Metodología	8-9
Desarrollo.....	10-13
Diagnóstico	10
Planificación	10-11
Ejecución	12-13
Evaluación.....	13
Discusión.....	14
Conclusiones.....	15
Bibliografía	16-18
Anexos.....	19-29

RESUMEN

Introducción: El creciente envejecimiento de la población está estrechamente relacionado con el aumento de la pluripatología y la polimedicación. Con frecuencia, en estos pacientes es necesaria la prescripción de múltiples fármacos pero siempre se deben tomar precauciones, no solo por las interacciones que pueden darse entre ellos, sino también por la complejidad en el manejo del régimen terapéutico, que puede llevar a cometer errores en la toma. **Objetivos:** Desarrollar un programa de salud, desde el ámbito de enfermería de atención primaria, destinado a los pacientes polimedicados mayores de 65 años para ayudarles a manejar su régimen terapéutico y a mejorar su calidad de vida.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la polimedicación y todo lo relacionado con ella y se elaboró un programa de salud para pacientes polimedicados mayores de 65, no institucionalizados. **Conclusiones:** La complejidad del tratamiento de estos pacientes hace necesaria la figura de una enfermera que tenga acceso a la visualización de su tratamiento para que actúe como nexo entre los distintos especialistas.

Palabras clave: polimedicación, personas mayores, reacciones adversas, cumplimiento terapéutico.

ABSTRACT

Introduction: The increasing aging of the population is closely related to the pluripathology and polymedication. Frequently, multiple drug prescription is often required in these patients but precautions should always be taken not only because of the interactions that may occur between them, but also because of the complexity in the management of the therapeutic regimen, which can lead to errors in taking the medication. **Objectives:** To develop a health program, from the field of primary care nursing, aimed at polymedicated patients over 65 to help them manage their treatment regimen and improve their quality of life **Methodology:** A bibliographic search on the polymedication and everything related to it was carried out and a health program for polymedicated patients over 65 non-institutionalized. **Conclusions:** The complexity of the treatment of these patients makes it necessary the figure of a nurse who has access to the visualization of their treatment to act as a link between the different specialists.

Key words: polymedication, elderly people, adverse reactions, therapeutic adherence

INTRODUCCIÓN

En la actualidad y desde hace varios años, se aprecia un creciente envejecimiento de la población con una importante trascendencia a nivel económico, social y sanitario¹. Se estima que en un plazo de 5 años la población de 65 años o más, superará al número de niños de edades inferiores a 5 años. El notorio aumento de la esperanza de vida junto con la caída de las tasas de natalidad, hace suponer que este envejecimiento poblacional no solo continuará si no que se acelerará.²

Este envejecimiento progresivo se asocia al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, la pluripatología y la polimedicación³. Las personas mayores conforman un grupo heterogéneo de pacientes en los cuales, a menudo, suelen coexistir varias patologías para las cuales se prescriben y asocian una gran variedad de medicamentos, multiplicándose el riesgo de sufrir reacciones adversas medicamentosas (RAM) e interacciones farmacológicas que se presentan, generalmente, como manifestaciones inespecíficas (confusión, somnolencia, mareo o caídas). Este riesgo aumenta con la edad, a consecuencia de los cambios fisiológicos derivados del envejecimiento, los cambios en el comportamiento farmacocinético y farmacodinámico de los medicamentos, la influencia de las enfermedades, los problemas funcionales y los aspectos sociales⁴.

La toma de múltiples medicamentos diarios es en sí mismo un problema de salud ya que el riesgo de provocar efectos tóxicos es elevado. Por ello, es necesario conocer el riesgo/beneficio de cada medicamento, debiendo ser sacrificada su máxima eficacia en un problema determinado para evitar posibles complicaciones. A pesar de que la polimedicación es a menudo necesaria en el caso de pacientes pluripatológicos, los riesgos que implica obligan a diferenciarlos de los "achaques de la edad" ya que estos no siempre tienen solución medicamentosa a medio plazo sino que han de ser tratados con apoyo familiar o social o con la promoción de precauciones y actividades adecuadas para la vida diaria. No se puede evitar que las personas mayores consuman más medicación. Se trata de evitar que una misma persona consuma medicación que no sea imprescindible a su situación⁵.

La polimedicación (*ANEXO 1*) es un hecho documentado en la población mayor de 65 años, pudiendo estar relacionado con varios factores: edad, factores demográficos y sociosanitarios como el sexo, la percepción de salud, el nivel cultural y la posición económica, el sistema de atención primaria y hospitalaria, la fragmentación de la asistencia, la promoción excesiva de los productos farmacéuticos o la promoción involuntaria de falsas expectativas por parte de los medios de comunicación.⁶

Otro de los factores responsables de la polifarmacia es la automedicación. Existe una notable diferencia entre lo recetado y la toma real por parte del paciente⁵. Los profesionales sanitarios tienden a sobrestimar el cumplimiento que los pacientes realizan de las prescripciones farmacológicas, al igual que estos tienden a sobrestimar su cumplimiento en las comunicaciones con los profesionales de la salud ya que ello supondría un menosprecio a la relación profesional-paciente y equivaldría a un reconocimiento de su responsabilidad sobre la falta de control de su problema de salud.⁷

La adherencia o cumplimiento terapéutico es un fenómeno complejo, en el cual interviene tanto el comportamiento del paciente como el del profesional⁸. Este

cumplimiento se evalúa mediante métodos indirectos, como los cuestionarios (por ejemplo el de comunicación del autocumplimiento de Haynes-Sackett o el test de actitud sobre el tratamiento de Morisky-Green) (ANEXO 2) y directos, como el recuento de la medicación en el domicilio.⁹

La falta de adherencia puede deberse a múltiples factores: relacionados con el paciente (problemas cognitivos, confusión de genéricos, escasez de información, creencias negativas,...), debidos a la enfermedad, por el tipo de terapia (complejidad de la pauta, duplicidades terapéuticas,...), relacionados con el entorno (acumulación de fármacos en el domicilio) o por problemas en la relación profesional-paciente⁷.

La falta de información desde el ámbito hospitalario que obliga a la enfermería de atención primaria a cubrirla. Estas explicaciones se dan, con frecuencia, simultáneamente a la realización de otras tareas, de tal manera que se favorece la distracción y la comprensión del paciente se ve comprometida¹⁰. Es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan la adhesión, por lo que el profesional se debe asegurar de la comprensión de la información, dedicando a ello todo el tiempo necesario⁸.

Cuando el paciente acude a la consulta busca que se les escuche, diagnostique y recete medicación dejando de lado la comprensión de todo lo que dicha medicación conlleva. Por ello, posteriormente, suelen surgir las dudas que les llevan a leer el prospecto, a buscar opiniones externas o a dejarse influir por sus creencias. Es importante conocer los hechos que desencadena una prescripción para interferir en alguna fase y mejorar el cumplimiento⁹. Para ello es necesario realizar una laboriosa anamnesis de la medicación que toma el paciente, valorando la necesidad, los riesgos-beneficios, su interacción o sus efectos secundarios y teniendo en cuenta no solo criterios objetivos sino también factores psíquicos, sociales y familiares⁵.

La poca calidad o la inadecuación de las prescripciones, la infrautilización de la medicación, la sobreprescripción, el nuevo tratamiento farmacológico que se añade para tratar los efectos secundarios y, en muchas ocasiones, la pobre relación del paciente y el equipo que lo trata son, entre otros, factores que pueden llevar a un aumento de los resultados indeseados.²

Las reacciones adversas a la medicación se pueden clasificar en dos grupos, A y B. El primero engloba las reacciones debidas a la toxicidad relacionada con la dosis del fármaco, los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas, el segundo son todas las idiosincráticas e inmunológicas. La mayoría de las que acaban en un ingreso hospitalario forman parte del primer grupo y, por tanto, son predecibles y potencialmente prevenibles.⁶

La tercera parte de los errores de medicación corresponden a omisiones en la toma de medicación y a la autogestión de la dosis terapéutica, ya sea por problemas relacionados con la edad o por una pérdida del interés en el propio tratamiento¹¹.

Otro de los problemas relacionados con la polimedicación es la prescripción inadecuada que, en pacientes geriátricos, está relacionada con la mortalidad y los recursos sanitarios, siendo una cuestión de salud pública. Una prescripción

adecuada debe tener en cuenta la esperanza de vida del paciente, evitando terapias agresivas en pacientes con un pronóstico corto de supervivencia y promoviendo fármacos favorables en relación riesgo/beneficio.⁴

Entre la prescripción inadecuada y la adecuada, hay una posibilidad intermedia, la prescripción potencialmente inapropiada. Para detectarla existen métodos implícitos o basados en juicios, como los cuestionarios MAI o Hamdy, y métodos explícitos basados en criterios predefinidos como los de Beers o los STOPP/START. Están organizados en función de los principales sistemas fisiológicos y constan de dos grupos: los STOPP, que detectan la presencia de PPI, y los START en relación con la omisión de prescripciones indicadas. Estos criterios pretenden optimizar el tratamiento crónico domiciliario del paciente anciano, y recogen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción.³

En principio, no hay ningún fármaco “*de por vida*” al igual que tampoco hay personas que permanezcan inalterable al paso de los años y las enfermedades de tal manera que el régimen terapéutico que en su momento fue adecuado, debe cambiar y adaptarse si la persona cambia sus condiciones de salud, sus prioridades, sus perspectivas o su calidad de vida. Cuando se prescribe un medicamento prevalecen por encima los posibles beneficios a los daños potenciales, priorizándose de forma inconsciente la beneficiencia sobre la no maleficiencia.¹²

La mejor adecuación de los tratamientos junto a la mejora de la adherencia terapéutica derivan previsiblemente en tratamientos más efectivos, menos complicaciones sanitarias y una mayor eficiencia en la utilización de los recursos sanitarios¹³.

Las complicaciones que derivan de una medicación inadecuada, en ancianos pluripatológicos, suponen un problema de salud por su influencia en la morbimortalidad y en la calidad de vida, y por la cantidad de recursos sanitarios consumidos indebidamente¹⁴. El sistema de salud español facilita el acceso a los tratamientos farmacológicos teóricamente necesarios. La cronicidad de las patologías implica un elevado gasto económico para el sistema de salud, tanto por el coste directo de los medicamentos como por aquellos implicados en prevenir o tratar los impactos de la polimedicación (ANEXO 3).¹³

El objetivo de cualquier actividad sanitaria no es solo la disminución de los ingresos hospitalarios o de la mortalidad, sino también la mejora de la calidad de vida de los pacientes¹⁴. La polimedicación, cada vez más frecuente, es un fenómeno que si bien responde a una necesidad terapéutica no está exento de riesgos y puede ocasionar un impacto negativo en la salud individual y poblacional.¹³

JUSTIFICACIÓN

Aunque los pacientes deben ser tratados con una visión integral, la realidad es que no siempre ocurre así. El tiempo limitado, el aumento del cupo de pacientes, los medios insuficientes o la falta de comunicación, derivan en la omisión involuntaria de la revisión de algunos aspectos.

Considero que un problema de salud tan extendido y del cual se prevé un aumento en el tiempo, debe ser considerado con la importancia correspondiente.

OBJETIVO

Desarrollar un programa de salud desde el ámbito de la enfermería de atención primaria para pacientes polimedicados mayores de 65 años, que les permita manejar su régimen terapéutico, mejore su calidad de vida y disminuya el gasto sanitario relacionado con la polimedicación.

METODOLOGÍA

Para la realización de este trabajo se han consultado diferentes bases de datos y fuentes de información en busca de todo artículo cuyo contenido fuera relevante en relación al tema tratado. Entre todos los artículos encontrados y las páginas web visitadas, se ha seleccionado un número más reducido, quedando resumida dicha selección en el cuadro a continuación.

<u>BASES DE DATOS</u>	<u>PALABRAS CLAVE</u>	<u>ARTÍCULOS REVISADOS</u>	<u>ARTÍCULOS UTILIZADOS</u>
PUMBED	Polymedication	2	1
SCIENCE DIRECT	Polimedicación	6	4
	Polimedicación, interacciones farmacológicas	6	2
	Adherencia al tratamiento, pacientes polimedicados	5	1
	Errores en la medicación	4	1
	Cumplimiento terapéutico, polimedicados	2	2
	Criterios beers	2	1
	Reacciones adversas medicamentosas	4	1
SCIELO	Adherencia terapéutica, cumplimiento terapéutico	1	1
GOOGLE ACADÉMICO	Polimedicación, mayores, prescripción inadecuada	2	1
	Reacciones adversas y polimedicación	3	1
	Interacción segura, fármacos	1	1
DIALNET	Paciente polimedicado	1	1
	Errores en la medicación, polimedicados	2	1
PAGINAS WEB			
IAST	Número de personas de 65 a 84 años que residen Aragón.		
AYUNTAMIENTO DE ZARAGOZA	Número de personas de 65 a 84 años que residen en el municipio de Zaragoza.		
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD	Facturación por recetas médicas del sistema nacional de salud		
SALUD INFORMA	Coste medio de un ingreso hospitalario		
REVISTA MATRONAS PROFESION	Diseño y validación de un cuestionario para evaluar un programa		

Se va a desarrollar un programa de salud que consta de 3 sesiones, con una duración de una hora. Se formaran varios grupos de pacientes que realizarán las tres sesiones con un plazo de dos semanas entre ellas, comenzando la primera semana de enero. La duración total será de 12 meses prorrogables.

El número de participantes será de un máximo de diez pacientes y/o cuidador por sesión, evitando una afluencia excesiva que dificulte el desarrollo de la misma. Las sesiones estarán dirigidas por una enfermera. Se extenderán durante doce meses

Con el fin de reunir la mayor población posible a la que va dirigido el programa, se colocarán carteles informativos (*ANEXO 4*) en el centro de salud con el que colaboramos, y además, se realizará una captación activa de estos pacientes en la consulta.

DESARROLLO

1. DIAGNÓSTICO

Según las estimaciones el 31% de la población española será mayor de 65 años en 2050 ¹⁵. Se espera que, a nivel mundial, el número de personas con 65 años o más crezca de los estimados 254 millones en 2010 a los cerca de 1'5 billones en 2050, dándose el mayor envejecimiento en los países desarrollados ².

Aproximadamente el 40% de estos pacientes tienen una media de 10 fármacos prescritos, disminuyendo esta cantidad a partir de los 90 años. Los estudios realizados en Europa sitúan la prevalencia de la polimedicación en un 34% de la población mayor de 65 años ⁶.

El estudio APEAS2 sobre seguridad de los pacientes en Atención Primaria (AP) observa que el 48,2% de los efectos adversos están relacionados con la medicación, siendo el 59,1% de ellos evitable ³. Uno de los efectos adversos es la interacción entre fármacos, cuya probabilidad es de un 5% con un fármaco y casi 100% cuando se toman >10 fármacos ¹⁶.

Al menos un 13% de la población incumple las recomendaciones dadas, un 42% omite alguna toma, un 3 % ha duplicado alguna toma y el 50% ha cometido algún error de dosis. Las estadísticas internacionales de los últimos años indican que las RAM son de 50 por mil personas polimedicadas al año, de las cuales el 0'7% son mortales el 28'3% son graves y el 62% significativas ⁶.

Además del efecto perjudicial de la polimedicación, se considera que al menos el 40-50% del gasto sanitario de nuestro país se invierte en la población mayor, la cual genera el triple de demanda asistencial que la media de la población española, consume un importante porcentaje de medicamentos y es responsable del 75% del gasto farmacéutico ¹⁷.

2. PLANIFICACIÓN

Contexto en el que se realiza el programa de salud

Aunque cualquier persona es susceptible de estar polimedicada, la población diana de este programa de salud son aquellos pacientes polimedicados mayores de 65 años no institucionalizados residentes en Zaragoza.

El grupo de población aragonesa de 65 a 84 años y más equivale a un 21'9% respecto a la población total, es decir, 277.297 personas aproximadamente ¹⁸, de las cuales 139.841 residen en el municipio de Zaragoza ¹⁹.

En el anciano polimedicado son múltiples los problemas cognitivos que afectan a la salud. La comprensión de los informes, el entendimiento de las explicaciones de los profesionales y el reconocimiento de los nombres de los fármacos pueden dificultar el cumplimiento terapéutico. La desorientación es muy frecuente cuando debe buscar un fármaco o seguir los horarios de las tomas ¹⁰.

Recursos necesarios

Para la puesta en marcha de este programa de salud hemos podido contar con la colaboración del centro de salud Actur Sur. Una enfermera del centro se dedicará a los pacientes polimedificados y dirigirá el programa,.

Las sesiones serán impartidas en el aula del centro, ya que dispone de un amplio espacio, suficientes sillas y mesas, pizarra, conexión a internet y un proyector para facilitar a la enfermera la presentación de la información deseada de forma más dinámica mediante presentaciones Power Point.

PRESUPUESTO ECONÓMICO PARA EL DESARROLLO DE LAS SESIONES		
Trípticos	0'05€ x 10 (grupos) x 10 (personas por grupo)	5 €
	Extras → 0'05€ x 100 personas	5 €
Carteles	0'20€ x 10	2 €
Cuartillas de chequeo	2 € x 10 (grupos) x 10 (personas por grupo)	200 €
TOTAL (ANUAL)		212 €

**Tabla de elaboración propia*

Objetivo general

Disminuir los problemas relacionados con la medicación, los errores en la toma y los efectos secundarios, en los pacientes polimedificados mayores de 65 años facilitándoles toda la información necesaria.

Objetivos específicos

- Explicar en qué consiste la polimedición, sus riesgos y paradojas.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes polimedificados.
- Explicar los lugares de referencia para la obtención de los dispositivos de dispensación de medicación.
- Intercambiar información entre los asistentes a las sesiones.

Actividades

La organización de los grupos para realizar las 3 sesiones queda resumida en el cronograma siguiente, de tal forma que cada color equivale a un grupo:

Mes	ENERO					FEBRERO					MARZO					ABRIL					MAYO					JUNIO				
Sem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
S E S I Ó N	1																													
	2																													
	3																													

Mes	JULIO					AGOSTO					SEPTIEMBRE					OCTUBRE					NOVIEMBRE					DICIEMBRE				
Sem	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
S E S I Ó N	1																													
	2																													
	3																													

3. EJECUCIÓN

SESIÓN Nº1 "CONOCIENDO LA POLIMEDICACIÓN. UN ARMA DE DOS FILOS"

Objetivos operativos:

- Los asistentes conocerán en qué consiste la polimedición y sus riesgos.
- Los asistentes sabrán cómo actuar en caso de que se de algún problema con la medicación.

Se dará comienzo a la sesión con una presentación de cada uno de los asistentes, empezando por la enfermera. A continuación se repartirá un tríptico (*ANEXO 5*) con la información básica necesaria, la cual se completará con una presentación power point. Ambos se desarrollaran con un formato muy visual, sencillo y amigable, ya que la principal función es la comprensión y asimilación de la información que se va a dar.

Se explicará en qué consiste la polimedición, los riesgos y beneficios de esta, la importancia del cumplimiento de la medicación prescrita, como actuar en el caso de que se de algún problema y, además, se desmentirán falsas creencias.

Los últimos 20 minutos de la sesión se dedicaran a resolver cualquier duda que haya podido surgir durante la charla.

SESIÓN Nº2 "HACIENDO FÁCIL LO DIFÍCIL. COMO MANEJAR CORRECTAMENTE NUESTRO TRATAMIENTO"

Objetivos operativos:

- Los asistentes conocerán los distintos dispositivos de dispensación disponibles en el mercado y donde encontrarlos.
- Los participantes dispondrán de varios "trucos" que pueden serle de ayuda para el manejo correcto de su régimen terapéutico.

Comenzaremos la sesión realizando un breve resumen de lo visto con el fin de afianzar los conceptos. Una vez hecho esto, hablaremos de los dispositivos de dispensación de medicación, cuales están disponibles en el mercado y donde encontrarlos, cuales son de mayor utilidad y como usarlos (*ANEXO 6*).

A continuación, repartiremos una cuartilla de chequeo previamente desarrollada (*ANEXO 7*) y explicaremos en base a esta, los distintos pasos a seguir para evitar errores en la medicación.

Para concluir, se dejarán los últimos 15 minutos de la sesión para responder las preguntas que puedan tener acerca de lo hablado.

SESIÓN Nº3 "QUIERO ENCONTRARME MEJOR Y LO CONSEGUIRE"

Objetivos operativos:

- Los asistentes explicarán como es su percepción respecto a la polimedición, su grado de cumplimiento y su manejo terapéutico.
- Los asistentes contarán con la información necesaria para encontrar motivación para mejorar su calidad de vida.

En la última sesión, se recordará de forma conjunta lo descrito en las sesiones anteriores. Seguidamente se otorgará la palabra a los propios pacientes, los cuales explicarán cómo es su régimen terapéutico y cómo lo han manejado. La enfermera dará pie a que los pacientes hablen de su calidad de vida.

El objetivo es que se compartan experiencias que puedan ayudar al resto de participantes y que todos ellos encuentren la motivación suficiente para mejorar su situación de polimeditados o, en su defecto, mantener una buena calidad de vida pese a ello.

4. EVALUACIÓN

Con el fin de mejorar y evaluar la eficacia del programa, se distribuirá en la última sesión un cuestionario de evaluación que deberán rellenar los asistentes y que permitirá detectar las posibles carencias del programa para subsanarlas (ANEXO 8).

Se pondrá una especial atención en la valoración de la calidad de vida de los pacientes y si esta ha mejorado. Para ello se tendrá en cuenta tanto la percepción del paciente como la visión de la enfermera.

Por último, se evaluará el porcentaje de asistencia a las sesiones en relación a los datos de pacientes polimeditados que se tienen en consulta y se evaluará en esta si se ha producido un cambio de conducta favorable tras el programa.

DISCUSIÓN

Tal como se ha mostrado con anterioridad, la población pluripatológica incluye un grupo de acianos más complejos que requieren de una mayor atención. Tras realizar una búsqueda de los programas de salud que se han hecho acerca de este tema llama la atención que en su mayoría estén coordinados por los servicios de farmacia.

Propongo como posible solución la figura del "enfermero terapeuta (ET)" dentro de los centros de atención primaria con la idea de que haga de coordinador entre especialistas y guie a los pacientes en el correcto manejo de su polimedición.

El enfermero base de atención primaria sería el punto de origen de tal forma que, al rellenar los cuestionarios de Morisky-green y de autocumplimiento de Haynes y Sackett y detectar los factores de riesgo (consumo de 5 fármacos o más, mayor de 65 años y mala adherencia terapéutica) derive a estos pacientes a la consulta del "enfermero terapeuta". A partir de este momento sería este el encargado de controlar su estado de salud.

Su jornada laboral estaría repartida de tal forma que durante una parte de la mañana estuviera en consulta en el centro de salud o participando en el programa los días correspondientes y el resto de la jornada pudiera hacer domicilios, tanto avisos como programados. En este período de la jornada dedicado a los domicilios entrarían también las charlas que da en el centro de salud a las que los pacientes o cuidadores no han podido acudir por problemas de movilidad.

Tabla. Comparación del gasto que ocasionaría esta solución y lo que se ahorra. (Elaboración propia)

GASTOS	AHORROS
Sueldo enfermero de AP 1900€/mes	Coste medio del ingreso hospitalario por persona 5.053€ ²⁴
Material para exponer	Recetas médicas de medicamentos que tratan reacciones adversas de otros medicamentos.
Subvenciones/financiaciones de los dispositivos	Complicaciones relacionadas con la medicación

CONCLUSIONES

- 1.** Se precisa la figura de un “enfermero terapeuta” que se dedique, desde atención primaria, a los pacientes polimedicados mayores de 65 años no institucionalizados. Su finalidad es que les ayude a mejorar el seguimiento del régimen terapéutico y sea capaz de visualizar y coordinar el tratamiento de cada paciente a pesar de estar prescrito por diferentes especialistas.
- 2.** El enfermero base identificará a los pacientes polimedicados mayores de 65 años para derivarlos a la consulta del enfermero terapeuta.
- 3.** Para mejorar la relación entre redes asistenciales es esencial la creación de una historia clínica única a la que tuvieran acceso todos los profesionales que tratan al paciente. La historia clínica es una herramienta fundamental para conseguir la información necesaria para poner orden en la medicación de cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Velasco Sánchez V, Juárez Molera M, López Parra E, Salamanca Sanz AI, Barrios Martos E, Santos Álvarez P. Análisis de las interacciones medicamentosas en población extrahospitalaria mayor de 65 años. *Semer*. 2011;37(5):233-237.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1138359311000086?np=y&npKey=8bc425f9bb6458caa84d972772fae88085ce27edabf0a2eabf5f670f27dff94d>
2. De Rodrigues C., Oliveira Soares MC. Drug-drug interactions and adverse drug reactions in polypharmacy among older adults: an integrative review. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27598380>
3. Terán-Álvarez L, González-García MJ, Rivero-Pérez AL, Alonso-Lorenzo JC, Tarrazo-Suárez JA. Prescripción potencialmente inadecuada en pacientes mayores grandes polimedificados según criterios STOPP. *Semer*. 2016;42(1):2-10.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359314004493>
4. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(5):273-279.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X09001310>
5. Lois Martínez F, Fernandez Alvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente polimedicado. *Galicia Clin*. 2012;73(1):S37-S41.
https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?querysDismax.DOCUMENTAL_TODO=el+paciente+polimedicado
6. Pizarro Méndez D. La polimedicación y prescripción inadecuada en adultos mayores. *Rev med costa rica y Centroam*. 2016;73(619):389-394.
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=Pizarro+M%C3%A9ndez+D.+La+polimedicaci%C3%B3n+y+prescripci%C3%B3n+inadecuada+en+adultos+mayores.+Rev+med+costa+rica+y+Centroam.+2016%3B73%28619%29%3A389-394.+&btnG=&lr>
7. Buitrago Ramirez F. Adherencia terapéutica. ¡Qué difícil es cumplir! *Aten Primaria*. 2011;43(7):343-344.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0212656711002496?np=y&npKey=41be3b8af08ad9a9ef40188b0cfaaa84ec38bb0b18a279ab310d132d7850d10d>
8. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Rev Cuba Salud Pública*. 2014;30(4).
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Escamilla Fresnadillo JA, Castañer Niño O, Benito López S, Ruiz Gil E, Burrull Gimeno M, Sáenz Moya N. Motivos de incumplimiento terapéutico en pacientes mayores polimedificados, un estudio mediante grupos focales. *Aten primaria*. 2008;40(2):81-85.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0212656708702798>
10. Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras Fernández E, Castellano Muñoz P, Suárez Alemán G, Pérez-Trueba E. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos

- polimeditados desde una perspectiva cualitativa. *Rev Calid Asist.* 2013;28(1):56-62.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1134282X12001327?np=y&npKey=5f3a049061e1ddd8b8a8c2e51deff25b2d97ce4377e949b84e17b7ba0911133>
11. Pérula De Torres LA, Pulido Ortega L, Pérula De Torres C, González Lama J, Olaya Caro I, Ruiz Moral R. Eficacia de la entrevista motivacional para reducir errores de medicación en pacientes crónicos polimeditados mayores de 65 años: resultados de un ensayo clínico aleatorizado por cluster. *Med Clin (Barc)*. 2014;143(8):341-348.
http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=-1075379472&_sort=r&_st=13&_view=c&_md5=bea8da1168d667b553e091b332590398&_searchtype=a
 12. Gavilán Moral E, Jiménez De Gracia L, Villafaina Barroso A. Deprescripción de medicamentos en ancianos: paradojas y contradicciones. *FMC Form Medica Contin en Aten Primaria*. 2013;20(1):22-26.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S1134207213705061?np=y&npKey=5564d0e4aaef555bbf39bd63a5c2e6817cf195e84f9b648a611f540230b94fc>
 13. Lizano-Díez I, Modamio P, Mariño EL. Impacto económico de la polimedición. *FMC Form médica Contin en atención primaria*. 2014;21(6):317-318.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1134207214707790>
 14. Naveiro-Rilo J, Díez-Juárez D, Flores-Zurutuza M, Molina-Mazo R, Alberte-Pérez C. La calidad de vida en ancianos polimeditados con multimorbilidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49(4):158-164.
<http://www.sciencedirect.com/roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0211139X13001984?np=y&npKey=a5e6485c3bcc47555e0aa595f8e1f18a26ba949fe1fa4935a00ea5a826630785>
 15. Rivas-Cobas PC, Ramírez-Duque N, Gómez Hernández M, et al. Características del uso inadecuado de medicamentos en pacientes pluripatológicos de edad avanzada. *Gac Sanit*. 2016:6-10.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911116301352>
 16. Celaya Lecea MC., Pérez Pérez P., Pina Gadea MB., Astier Peña MP., Labarta Mancho C. MCM. La seguridad del medicamento en Atención Primaria. *RCEAP*. (18):1-6.
<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=La+seguridad+del+medicamento+en+Atención+Primaria&btnG=&lr>
 17. Nuñez Montenegro AJ. Adherencia al tratamiento, errores de medicación y adecuación de la prescripción en pacientes polimeditados mayores de 65 años.[tesis doctoral]. Universidad de Málaga (España) 2014. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43673>
 18. Aragón.es. Instituto aragonés de estadística.[sede web]. Zaragoza. [fecha de visita: 03/03/2017]Disponible en: http://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasGenericas/DatosBasicos/ci.01_Actualizados.detalleDepartamento?channelSelected=0
 19. Zaragoza.es. Demografía Zaragoza ayuntamiento [sede web]. Zaragoza [fecha de visita: 10/03/2017]. Disponible en: <http://demografia.zaragoza.es/>
 20. Gavilán Moral E., Villafaina Barroso A., Jiménez de Gracia L. Polimedición

- en personas mayores. AMF-SEMFYC.2012; 8(8): 426-433. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?q=20.%09Gavil%C3%A1n+Moral+E.%2C+Villafaina+Barroso+A.%2C+Jim%C3%A9nez+de+Gracia+L.+Polimedicaci%C3%B3n+en+personas+mayores.+AMF-SEMFYC.2012%3B+8%288%29%3A+426-433.+Disponible+en%3A+&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5
21. Sanidad. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [sede web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad. [1 de Mayo de 2017]. Datos de facturación de receta médica. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>
 22. Gac E., polifarmacia y morbilidad en adultos mayores. Rev Med Clin CONDES. 2012; 23 (1) 31-35. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com.roble.unizar.es:9090/science/article/pii/S0716864012702705>
 23. Martín Arribas, M.C. Diseño y validación de cuestionarios. Matronas Prof. 2004; 5 (17) 23-29. Disponible en: http://www.enferpro.com/documentos/validacion_cuestionarios.pdf
 24. Salud informa [sede web]. Zaragoza: Departamento de sanidad. Gobierno de Aragón; 2010 [18 de Abril de 2017]. Costes medios sanitarios. Disponible en: <https://www.saludinforma.es/portalsi/web/salud/calidad-informacion-sanitaria/costes-medios-sanitarios>

ANEXOS

GLOSARIO DE TÉRMINOS (1)

• **POLIMEDICACIÓN**

Se denomina polimedicación al consumo continuado de cinco fármacos o más, aunque pertenezcan a un mismo grupo terapéutico, durante un periodo mínimo de seis meses, ya sea por vía oral, parenteral o inhalatoria ⁶. Sin olvidar aquellos remedios de herbolario con actividad biológica significativa (sedantes, laxantes,...)⁵.

Además de la definición cuantitativa, que tiene en cuenta el número de fármacos, existe una definición cualitativa de la polimedicación que hace referencia a uso no indicado o inadecuado²¹.

• **PLURIPATOLOGÍA**

Se considera pluripatología a partir de dos o más enfermedades crónicas, las cuales derivan en una fragilidad clínica y la disminución de la autonomía del paciente ⁹.

• **REACCIÓN ADVERSA MEDICAMENTOSA**

Se define reacción adversa medicamentosa (RAM) como cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas.

Este término incluye también todas las consecuencias clínicas perjudiciales derivadas de la dependencia, abuso y uso incorrecto de medicamentos, incluyendo las causadas por el uso fuera de las condiciones autorizadas y las causadas por errores de medicación.

Las reacciones adversas se pueden clasificar según tipos:

- Farmacológicas: Acciones conocidas y predecibles que raramente tienen consecuencias que puedan comprometer la vida. Relativamente frecuentes, guardan relación con la dosis.
- Idiosincrática: Está la llamada verdadera con un comportamiento poblacional conocido en algún subgrupo.
- De efecto a largo plazo: debida habitualmente a mecanismos adaptativos. También los efectos de rebote por suspensión están en esta categoría.
- Efectos de latencia larga como por ejemplo efectos teratogénicos²².

• **ERROR DE MEDICACIÓN**

Se entiende por error de medicación (EM) cualquier incidente prevenible que pueda causar daño al paciente o dé lugar a una utilización inapropiada de los medicamentos¹¹.

- **ADHERENCIA O CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO**

La Organización Mundial de la Salud define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, pero la definición de Haynes y Sackett puede ser más completa al definirlo como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario⁸.

Los factores asociados con el incumplimiento son múltiples e interrelacionados y pueden ubicarse en el ámbito del paciente (edad, problemas sociales, laborales, económicos, nivel de instrucción, creencias,...), de la enfermedad (depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad, pérdida de memoria, gravedad del proceso, enfermedades asociadas, otros tratamientos, presencia o ausencia de sintomatología, ...), de la terapéutica (tratamientos complejos, coste elevado, efectos secundarios, no aceptación del tratamiento, duración indefinida de la prescripción,...), del entorno (existencia de problemas familiares, barreras en la accesibilidad como horarios, burocracia,..) y del médico (mala relación médico-paciente, baja satisfacción del paciente y/o poca confianza con su médico, interinidad del profesional, sensación de no ser escuchados, sensación de que no se les conoce, cambios por genéricos, etc.)⁷. La polimedición, la acumulación de fármacos, la confusión de genéricos, la complejidad de la indicación médica, la duplicidad terapéutica, los problemas cognitivos, la falta de información al paciente, las creencias negativas y determinadas características de los medicamentos disminuyen la adherencia al tratamiento⁶.

- **PRESCRIPCIÓN ADECUADA/PRESCRIPCIÓN INADECUADA**

Una prescripción se considera adecuada para una indicación determinada cuando existe una evidencia clara que apoya su uso en esa indicación, es bien tolerada y presenta un perfil de coste-efectividad favorable, incluyéndose además, en pacientes de edad avanzada, criterios como el pronóstico de la enfermedad, la esperanza de vida y el estado funcional del paciente⁹.

Se considera que es inapropiada cuando el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de la existencia de alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces. La prescripción inapropiada también incluye el uso de fármacos con una mayor frecuencia o mayor duración de la indicada, el uso de fármacos con un elevado riesgo de interacciones medicamento-medicamento o medicamento-enfermedad, y fármacos duplicados o de la misma clase⁴.

DEPRESCRIPCIÓN

La deprescripción es el proceso de "desmontaje" de la prescripción de medicamentos por medio de su análisis, mostrando y tratando de resolver sus contradicciones y ambigüedades tanto a nivel global como a nivel individual¹².

- **ENTREVISTA MOTIVACIONAL**

La entrevista motivacional (EMot) es una técnica dirigida a la identificación de los factores de motivación para el cambio y la consecución del posicionamiento del paciente. Se establece principalmente en el respeto al paciente, sus creencias y su escala de valores¹¹.

- **CALIDAD DE VIDA**

La calidad de vida relacionada con la salud expresa la manera en que las personas experimentan su bienestar físico y mental además de la satisfacción con su vida cotidiana⁹.

CUESTIONARIOS SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO (2)

Tabla 1. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

* Imagen disponible en el buscador de google

Tabla 2. Cuestionario de comunicación de autocumplimiento de Haynes y Sackett

1. La mayoría de las personas, por una u otra razón, tienen dificultad en tomar comprimidos. ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Para los que respondan que no tienen dificultad, se insiste: ¿los toma? Todos los días <input type="checkbox"/> Muchos días <input type="checkbox"/> Algunos días <input type="checkbox"/>
3. Muchas personas tienen dificultad en seguir los tratamientos. ¿Por qué no me comenta cómo le va a usted? (recoger lo que diga el paciente)

* Imagen disponible en el buscador de google

GASTO SANITARIO (3)

Datos de recetas facturadas del Sistema Nacional de Salud (Diciembre 2016)²².

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2016	2015
ARAGÓN	27.841.532	27.073.254

Datos de recetas facturadas del Sistema Nacional de Salud (Acumulado 2017)²².

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ACUMULADO 2017
ARAGÓN	7.034.126

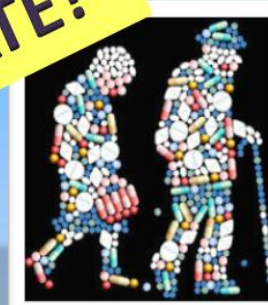
CARTEL DEL PROGRAMA (4)

LA POLIMEDICACIÓN. UN ARMA DE DOS FILOS.

PROGRAMA DE SALUD PARA PACIENTES POLIMEDICADOS

- Si es usted mayor de 65 años.
- Consume 5 fármacos o más.
- O no consigue manejar su medicación.

¡ANIMATE!



¿QUÉ ES?

¿QUÉ
PELIGROS
TIENE?

¿ME
PERJUDICA?




LUGAR

- Centro de salud
- Coordinado por enfermería
- Pregunte en la consulta.

* Cartel informativo del programa de salud. Elaboración propia.

TRÍPTICO (5)


* Tríptico informativo para repartir en la sesión 1. Elaboración propia.

<h3>CÓMO ACTUAR SI PASA ALGO</h3> <ul style="list-style-type: none">• Si los síntomas son leves y desaparecen por si solos o con medicación, no olvides comentarlo la próxima vez que tengas consulta.• Si sufres una reacción que ya conocía la probabilidad de que ocurriera, proceda como le dijo su médico y coménteselo para que le modifique el tratamiento.• Si los síntomas son graves, no ceden o van a peor, acuda a urgencias del centro sanitario más cercano . Si es posible, lleve consigo una copia de todo el tratamiento que tiene pautado.		<h3>PROGRAMA DE SALUD. POLIMEDICACIÓN</h3>  <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué es?• Que puedo hacer y qué no.• Importancia del cumplimiento terapéutico.• ¿Qué puede ocurrir? ¿Qué debo hacer si pasa?
--	--	--

5

6

1

<h3>LO QUE HAY QUE SABER DE LA POLIMEDICACIÓN</h3> <ul style="list-style-type: none">• La polimedicación es, desde el punto de vista cuantitativo, el consumo continuado de 5 fármacos o más durante un periodo mínimo de 6 meses, incluyendo los remedios de herbolario con actividad biológica significativa• También puede considerarse, desde el punto de vista cualitativo, como el uso no indicado o inadecuado de los fármacos.	<h3>QUÉ HACER Y QUÉ NO</h3> <p>Aunque la polimedicación a veces es necesaria, no esta exenta de riesgos.</p>  <ul style="list-style-type: none">• Automedicación. Siempre antes de comenzar o terminar de tomar un fármaco consúltelo con su médico.• Errores de medicación. Olvidos, repeticiones o equivocaciones, utilizar todos los métodos al alcance para evitar cualquiera de estas circunstancias.	<h3>IMPORTANCIA DEL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO</h3> <ul style="list-style-type: none">• La adherencia terapéutica es el grado en que la conducta de un paciente coincide con las instrucciones proporcionadas por el personal sanitario• Una mala adherencia empeora la situación de polimedicación. Esto puede llevar a un aumento de dosis innecesario, a la suma de fármacos para tratar un mismo problema, ...
---	--	---

2

3







4

FOLLETO (6)

DISPOSITIVO	DESCRIPCIÓN	INDICADO PARA	PRECIO	DÓNDE ENCONTRARLO
	Pastillero 1 día/ 4 tomas. Iconos grandes.	Para llevar en el bolsillo en desplazamientos en el día.	3€ (unidad)	productosparamayores.com (página en internet) Teléfono de contacto: 659201309
	Pastillero semanal. 1 compartimento para cada día.	Personas que utilicen además otros métodos de organización. Se debe conocer que pastillas corresponden a cada toma del día	Varía en función de la tienda pero no sobrepasa los 5€	Tienda de chinos
	Pastillero semanal. 3 tomas diarias. Iconos.	Cualquier persona	Preguntar en tienda Mediano: 18€ Grande: 25€	Mundo abuelo C/ Corona de Aragón nº22 productosparamayores.com (página en internet) Teléfono de contacto: 659201309
	Pastillero semanal. 4 tomas. Iconos. Compartimentos grandes. Funda con tarjetero	Cualquier persona. Permite llevar tarjetitas con información referente a la medicación.	Preguntar en tienda	Mundo abuelo C/ Corona de Aragón nº22
	Pastillero semanal. 5 tomas diarias. Se puede usar cada cajón individualmente.	Cualquier persona.	24€	productosparamayores.com (página en internet) Teléfono de contacto: 659201309
	Pastillero semanal. 4 tomas diarias. Funda de plástico a modo de estuche. Compartimentos grandes.	Cualquier persona	23€	Asister.es (página en internet) Teléfonos de contacto: 978-623-985 616-996-624

* Folleto informativo de algunos dispositivos disponibles para repartir en la sesión 2. Elaboración propia.

CUARTILLA DE CHEQUEO DE LA MEDICACIÓN (7)

MEDICAMENTO NOMBRE Y DOSIS								DURACIÓN/ OBSERVACIONES
	AL LEVANTARSE	DESAYUNO	COMIDA		POR LA TARDE	CENA		
			1 HORA ANTES			1 HORA ANTES		

Cuartilla de chequeo de la medicación. Tabla original tomada de google y modificada posteriormente.

ENCUESTA DE EVALUACIÓN (8)

El objetivo de este programa de salud es aportar toda la información necesaria relacionada con la polimedicación y, en la medida de lo posible, ayudar a la mejora de la calidad de vida de todas las personas que consumen 5 fármacos o más. Con la intención de conocer la eficacia del programa para su posterior implantación, se ha desarrollado una breve encuesta que deberá de ser respondida al final de este.

1. Respecto a la información que se ha dado a lo largo de las sesiones del programa, ¿Cómo la calificaría?

- Insuficiente
- Normal
- Buena
- Excesiva

2. Con relación al desarrollo de las sesiones, ¿Qué aspectos podrían mejorarse?

- El contenido. Es demasiado denso.
- El número de sesiones. Da la sensación de que falta información.
- La dinámica. Resultan muy pesadas.
- Están bien tal como se han realizado.

4. La realización de las sesiones en pequeños grupos de 10 resulta, en su opinión:

- Demasiada gente, considerando el tipo de pacientes y las necesidades particulares de cada uno.
- Es un número adecuado.
- Alguna sesión sería mejor realizarla individualmente.
- No tengo opinión.

4. ¿Cuál es su opinión acerca de la utilidad del programa?

- El programa no cumple con el objetivo que pretende.
- El programa solo supe la falta de información pero no mejora la situación del polimedicado.
- Resulta muy útil para mejorar el manejo del régimen terapéutico.
- No tengo opinión

5. En cuanto a los profesionales que dirigen el programa:

- Es suficiente con la enfermera que lo dirige.
- Sería beneficioso la incorporación de profesionales de otras disciplinas.
- Hacen falta más enfermeras para dirigir el programa.
- No tengo opinión

6. Tras el programa, ¿ha experimentado algún cambio beneficioso?

- Si, he notado un gran mejoría.
- Bueno, algo he mejorado pero no mucho.
- No, estoy en el punto de partida.
- Estoy en ello. Me está costando un poco ponerlo en práctica.

7. Describe brevemente las sensaciones que despiertan en ti este programa.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(Cuestionario de elaboración propia siguiendo las recomendaciones de M.C. Martín Arribas. Instituto de Investigación de Enfermedades Raras. Instituto de Salud «Carlos III»)²³