

Trabajo Fin de Grado - Marzo 2017



Polimedicación en los ancianos y el papel de enfermería

Polipharmacy in the elderly and the role of
nursing

Escuela Universitaria de Enfermería Casa de Salud Valdecilla
Departamento de Enfermería

Autora: Raquel Palacios Venero

Directora: Cristina Blanco Fraile

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I. CONCEPTO POLIMEDICACIÓN	6
CAPITULO II: FACTORES INFLUYENTES	7
A. Dependientes del paciente	7
B. Dependientes del Sistema Sanitario	8
CAPITULO III: ESTRATEGIAS	10
A. Valoraciones periódicas por profesional sanitario.....	10
B. Registro informatizado de la prescripción	11
C. El papel del farmacéutico.....	12
D. Intervención enfermera	12
BIBLIOGRAFÍA	16
ANEXOS	20

RESUMEN

La polifarmacia o polimedición se refiere a la ingesta de un gran número de medicamentos, más de los apropiados, de forma continuada durante cierto periodo de tiempo, cada autor establece el límite en un número.

Esta excesiva ingesta de fármacos se debe a varios factores, tanto por parte del sistema sanitario como del propio paciente. El aumento de la edad junto al aumento de enfermedades crónicas son factores intrínsecos. Además de la automedicación por parte del paciente, el sistema sanitario también influye en la excesiva, errónea y en ocasiones innecesaria prescripción farmacológica.

Este trabajo se basa en una revisión bibliográfica acerca del importante papel de enfermería en el abordaje de la polimedición en el adulto mayor, aportando estrategias y métodos para su disminución y control. Estas estrategias están enfocadas a la prevención de prescripciones farmacológicas mediante hábitos saludables tales como la realización de actividad física o alimentación equilibrada, así como la valoración constante de su tratamiento farmacológico.

También, se desatacará la importancia de la comunicación entre profesionales sanitarios para así lograr una buena praxis, en este caso, de la prescripción.

Palabras clave: polimedición, polifarmacia, anciano, enfermería, cuidados, estrategias, adherencia terapéutica.

ABSTRACT

Polypharmacy or polymedication refers to the continuous intake of a large amount of medications for a certain period of time, each author establishes the limit in a certain number.

This excessive intake of drugs is due to several factors, both by the health system and by the patient himself. The increase of the age joined with the increase of chronic diseases are intrinsic factors. In addition to self-medication by the patient, the health care system also influences the excessive, erroneous and sometimes unnecessary pharmacological prescription.

This work is based on a bibliographical review about the important role of nursing in the approach of polypharmacy in the elderly, providing strategies and methods for their reduction and control. These strategies are focused on the prevention of pharmacological prescriptions through healthy habits such as physical activity or balanced eating, as well as the constant assessment of their pharmacological treatment.

Also, the importance of communication among health professionals will be emphasized in order to achieve a good praxis, in this case, of the prescription.

Keywords: Polymedication, polypharmacy, elderly, nursing, care, strategies, therapeutic adherence.

INTRODUCCIÓN

El aumento de la esperanza de vida que se vive en nuestra sociedad conlleva a que exista cada vez un mayor número de personas ancianas. En el último siglo en los países desarrollados ha aumentado dos-tres veces para ambos sexos y se espera que continúe en aumento. (1)

Al aumento de esta población envejecida va unido el incremento de alteraciones específicas del anciano tanto psíquicas y físicas en la persona, teniendo mayor número de enfermedades crónicas junto con sus respectivos fármacos para su tratamiento. Enfermedades crónicas tan comunes como son la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia o las enfermedades cardiovasculares en esta edad se acrecientan y con mayores complicaciones. Cuando van surgiendo estas enfermedades el médico va añadiendo al paciente uno o más fármacos hasta alcanzar a lo largo de la vida más de seis fármacos, pasando a ser un paciente polimedicado, problema grave de salud pública (2).

Este concepto de polimedición podría ser explicado por el consumo de más de cinco fármacos simultáneamente, este límite es el más utilizado (1). Actualmente, en España se estima que el porcentaje de prevalencia de polimedición es del 55% y de prescripción inadecuada del 30% y, debido al aumento tanto de esperanza de vida como de fármacos se espera que aumente este número fármacos consumidos (3).

Existen dos términos que van estrechamente unidos a la polimedición. Uno de ellos es la adherencia terapéutica, problema de salud pública con una prevalencia del 50% en personas con enfermedades crónicas. Este término es definido por Haynes 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 sanitario” (4). Otra definición del término es la que da la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo explica como “el grado en que el comportamiento de una persona: tomar los medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (5). Por lo que se determina que la falta de adherencia terapéutica está relacionada con la polimedición, siendo esta una de sus consecuencias y para que no se dé debe haber una adecuada adherencia terapéutica (4).

El segundo concepto es el de fragilidad, definida como “aquél que presenta un aumento de la vulnerabilidad ante la presencia de estresores, como consecuencia de la disminución o la alteración de sus reversas fisiológicas, estando implicados criterios socio-demográficos (edad, soporte social, etc.), médicos (pluripatología, hospitalización y/o reingresos, déficits sensoriales, etc.) y funcionales (actividades básicas e instrumentales)” (6). Según esta definición podemos sacar en conclusión que la fragilidad es una causa de la polimedición al igual que la falta de adherencia terapéutica.

Además, el abuso del número de fármacos conlleva a mayor riesgo de hospitalizaciones haciendo que los ingresos sean más prolongados que en pacientes que tomen menos. Estas estancias incrementan la mortalidad, y más específicamente la mortalidad hospitalaria (7).

Cuando el paciente va perdiendo funcionalidad al entrar en la edad geriátrica y al mismo tiempo va precisando mayor número de fármacos para sus diferentes patologías, también va deteriorándose su autopercepción de salud, afectando a su estado anímico (7).

Justificación de la elección del tema

Aun conociendo la amplitud de los estudios sobre la polimedición, se pretende en este trabajo incidir en aspectos determinantes de la misma promoviendo así la salud. Se pondrá énfasis en las herramientas que permitan al paciente conocer sus propias necesidades y reacciones adversas ante la ingesta de fármacos. La realización de esta monografía está determinada por la importancia que va cobrando en nuestra sociedad la tercera edad consecuencia lógica ante el aumento de la esperanza de vida, así como de la directa relación que tiene la polimedición con el paciente anciano. Es fundamental una buena prescripción para tener un óptimo estado de salud.

Se hará especial énfasis en la polimedición en sus dos vertientes, como caras de una misma moneda: número de medicamentos administrados y adecuación o no de los mismos.

En prevenir o paliar la incidencia de la polimedición tiene un papel clave la enfermería pudiendo actuar ayudando a disminuirlo. Se documentará información acerca de diversas estrategias que se pueden llevar a cabo para evitar el consumo de ciertos medicamentos que nos automedicamos. Es importante la revisión de fármacos que están prescritos, tanto desde el área de enfermería como de medicina mediante técnicas de revisión periódica, entre otras. El profesional de enfermería debe comprobar o instruir al paciente, en este caso anciano, y en muchos casos frágil acerca de una adecuada adherencia terapéutica ya que es una de las bases de un correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Objetivos

Objetivo general: analizar los cuidados de enfermería que se deben realizar para disminuir la polimedición .

Objetivos específicos:

1. Definir el término de polimedición según los diferentes autores.
2. Identificar cuáles son las causas de la polimedición tanto prevenibles como no prevenibles, así como sus consecuencias.
3. Identificar el papel del profesional de enfermería en la polimedición.

Descripción de los capítulos

Para realizar este trabajo se han realizado cuatro capítulos, primero se empezará por el concepto de polimedición exponiéndolo según diversos autores. El segundo capítulo incluirá los factores influyentes tanto los dependientes del paciente como los dependientes del sistema

sanitario. Las estrategias a llevar a cabo para solucionar este problema lo contendrán el tercer capítulo. Y, por último, en el cuarto capítulo se expondrán las consecuencias. En las conclusiones, se demostrará cómo las consecuencias de una excesiva administración de fármacos pueden ser en parte prevenidas, y cómo una prescripción racional y segura es de suma importancia. También se incidirá en los altos costes que esa falta de prevención supone para la sociedad (ingresos hospitalarios recurrentes, dedicación del personal sanitario, etc). Y, finalmente, se expondrán las referencias bibliográficas consultadas.

CAPITULO I. CONCEPTO POLIMEDICACIÓN

No hay una definición unánime sobre el concepto de polimedición o polifarmacia. A continuación, se expondrán varios significados de diferentes autores incluidos en la bibliografía revisada.

La Real Academia Española (RAE) define el término polimedición como “prescripción de gran número de medicamentos” o “abuso de ellos” (8).

El Ministerio de Sanidad y Política Social lo define concretamente como “pacientes con enfermedad crónica que están tomando más de 6 medicamentos, de forma continuada, durante un periodo igual o superior a 6 meses” (7).

Según la OMS dicho término es descrito como “consumir más de tres medicamentos simultáneamente” (9).

Los autores Villafaina Barroso, A. y Gavilán Moral, E. a través de El Sistema Nacional de Salud (SNS) lo definen de esta forma: “en términos cualitativos el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados.” En este mismo artículo Rollason y Vogt distinguen tres tipos de polimedición (7):

- Polimedición adecuada (prescripción necesaria y correcta de muchos fármacos).
- Polimedición inadecuada (prescripción innecesaria de muchos fármacos).
- Pseudopolimedición (prescripción mayor a los que ingiere).

Como definición más aproximada al anciano polimedicado, este mismo artículo define al paciente polimedicado frágil “cumpliendo los criterios cualitativos de polimedición, le faltan recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedición” (10).

Un estudio de la polimedición en los ancianos realizado por Fernández Guerra, consideraron polimedición “cuando se utilizan cuatro o más medicamentos” y calificaron de ambiguo el término “demasiados” (11).

La Revisión de la medicación en ancianos polimeditados realizada en el año 2012 por Coll de Tuero explica que dicho término normalmente se define como la “prescripción de cinco o más fármacos” (12).

En conclusión, las opiniones no son unánimes: para algunos autores, la polimedición tiene lugar con la ingesta de 2,3, 4 y más medicamentos. El límite más encontrado en la bibliografía está en cinco fármacos, así lo establece Monane et al. Y Bjerrum et al. distinguen entre polimedición menor (2 o 3 fármacos), moderada (4 a 5 fármacos) y mayor (más de 5 fármacos) (7).

CAPITULO II: FACTORES INFLUYENTES

En el fenómeno de la polimedición influyen diferentes factores. Revisada diversa bibliografía se dividirán en dos grandes grupos, con varios subgrupos. Estos dos grandes grupos van a ser “Dependientes del paciente” y “Dependientes del Sistema Sanitario”.

A. Dependientes del paciente

Cuando se habla del término “polimedición” a ello suele ir unido el término “anciano”, esto es debido a que, según un estudio realizado por Bull Silva M et al, el rango de edad que mayor número de fármacos consume es el 70-74 años (13). Además, está comprobado que, el sexo femenino consume más fármacos que los hombres ya que las mujeres padecen mayor número de enfermedades crónicas (13,14).

Según el Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria “En Atención Primaria, la prevalencia de pluripatología se estima en un 1,38 % entre la población general y en un 5% en los ancianos. El 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% tiene deterioro funcional y el 37% tiene deterioro cognitivo; así se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria”. Por lo que entre las patologías asociadas a la ancianidad destaca el deterioro cognitivo (18). Dicha enfermedad lleva consigo el olvido, en este caso, del propio tratamiento farmacológico. Esto es de los puntos fuertes de la polimedición, en la mayoría de los casos secundario al deterioro cognitivo. Una gran cantidad de la población anciana presenta algún tipo de enfermedad relacionada con el deterioro cognitivo lo que provoca en ellos un consumo en ocasiones excesivo o deficiente de su tratamiento farmacológico (13).

No solo a medida que avanza la edad existen problemas cognitivos sino también, otro tipo de alteraciones como pueden ser las relacionadas con la visión, con el aparato musculo-esquelético o sensoriales que dificultan el manejo de los medicamentos influyendo directamente en un consumo incorrecto (10).

Debido a lo anterior, destaca la polimedición en pacientes institucionalizados en geriátricos sobre los ambulatorios, esto es debido a que normalmente tienen un peor estado de salud y son más dependientes (16).

No se es consciente de la importancia que tiene y lo perjudicial que es para nuestra salud la ingesta de gran número de fármacos. Afecta a todos nuestros órganos y aunque a corto plazo no se vean esas consecuencias en la población geriátrica, si no es antes, salen a la luz. Muy común es automedicarnos AINES, antiinflamatorios no esteroideos, que por un uso muy continuado pueden llegar a causar insuficiencia renal más grave aún en la población geriátrica. Además, este tipo de fármacos tienen otros efectos adversos como son deterioro cognoscitivo, falta de visión y desnutrición (17).

En la población general, más concretamente la mujer, existe una gran tendencia a consumir ciertos fármacos no prescritos sin acudir previamente al médico, esto es la automedicación, así

como sin conocer sus indicaciones y contraindicaciones (13). Esto se acentúa, en ocasiones, por los efectos adversos que producen ciertos fármacos, así el paciente según sus síntomas toma además otro con intención de remediarlos (18). Con el aumento de la edad se va creando cierta dependencia al consumo de fármacos conllevando a problemas psíquicos y motores (13). Y en los casos en los que no existe esta automedicación, el paciente acude al médico con diferentes dolencias insistiendo en que le prescriban un fármaco, a lo que el profesional de medicina en ocasiones acaba cediendo (19).

Los medios audiovisuales ayudan a esta polimedición al publicitar e incitar a la población a consumir fármacos que no necesitan receta médica, tales como antiinflamatorios o analgésicos para, en muchas ocasiones, crear falsas expectativas (20).

Los factores sociales como pueden ser un nivel educativo bajo, es decir, no haber finalizado los estudios de educación primaria (21) o vivir en zonas rurales donde no existen tantos medios y facilidades como en la ciudad (17, 22) son también fuertes componentes que actúan haciendo que el paciente no siga un correcto tratamiento farmacológico. Esto se explica por la falta de comprensión y entendimiento para seguir una pauta horaria, dosis concretas... (23). Entre estos factores sociales también destaca la situación de dependencia, en otros términos, cuando una persona comienza la última etapa de su vida pierde progresivamente la efectividad de sus cuidados en las actividades básicas de la vida diaria. Una estable situación socio – familiar, en la que exista armonía y ayuda actúa de fortaleza en el buen cumplimiento del paciente (10).

Las personas de la tercera edad son quienes tienen los ingresos económicos más bajos, así como quienes tienen más gastos en los medicamentos, esto entorpece en gran medida un buen cumplimiento de su tratamiento (24).

No podemos concluir estos factores sin antes nombrar los factores psicológicos, pieza clave y fundamental en el buen cumplimiento del tratamiento. La situación emocional, la forma en la que uno percibe su propia salud y el ansia o no de enfrentarse a su enfermedad son fragmentos que van unidos entre sí y que necesitan estar en perfecta armonía para conseguir y mantener un correcto estado de salud, ya que es de gran importancia que no solo el profesional sanitario desee enseñar y ayudar al paciente, sino que es primordial que él esté dispuesto a aprender y a cumplir un buen tratamiento (16).

B. Dependientes del Sistema Sanitario

Como hemos visto hay multitud de factores que influyen en la polimedición que dependen del paciente, pero también son igual de importantes e incidentes los que dependen del sistema sanitario, desde el médico o enfermería hasta los farmacéuticos, trabajadores sociales y administración sanitaria (10).

La valoración de diferentes especialistas a un mismo paciente suele ser un factor importante de polimedición. Los diferentes especialistas ponen tratamientos farmacológicos al paciente en función de la patología que incumbe su área sin tener en cuenta la medicación que ya tiene prescrita (16). Más aún los ancianos pluripatológicos deben ser vistos por un solo médico, el de Atención Primaria, de forma holística ya que en muchas ocasiones el médico especialista debido

a la rapidez de la consulta no le da tiempo, o sí, a revisar la historia y después prescribir (21). A esto va unido, que cuando el paciente visita al médico especialista, hay una importante falta de comunicación entre éste y el médico de Atención Primaria (informes médicos, llamadas telefónicas...) (18).

Esto se acrecienta aún más por el problema de que no existe un registro del tratamiento farmacológico unificado entre las diferentes localidades, actuando de gran barrera haciendo que entre los diferentes profesionales sanitarios no se tenga acceso a todos los datos necesarios de un paciente. Si es cierto que en una misma localidad gracias a la Receta Electrónica hay acceso en cualquier farmacia a adquirir los medicamentos, pero no a nivel nacional. Este requisito es indispensable cuando hablamos de una urgencia médica, un paciente con deterioro cognitivo, pluripatológico... añadiendo el médico fármacos que después si no son revisados se sumaría a la prescripción de fármacos que ya tenía el paciente (16).

Además, debido a la sobrecarga asistencial que tiene la sanidad pública el tiempo para las consultas está limitado al existir una larga lista de espera para acudir a ciertos especialistas, esto hace que quizá el médico no dedique el tiempo suficiente a informarse acerca de la historia del paciente. Por esta falta de tiempo hay una escasa explicación del médico al paciente acerca del proceso patológico que está sufriendo, o sobre el tratamiento a seguir posteriormente. Haciendo que el paciente no salga de la consulta conforme con el tratamiento que le ha prescrito el médico debido a faltas de información, lo que genera que no se cumplan las órdenes del médico respecto a la medicación, entre otras (20, 25).

La industria farmacéutica también interviene. Los proveedores de ciertas marcas comerciales buscan y algunas consiguen la colaboración del médico para que así receten sus fármacos. Esto incita a que el médico sin buscar otro tipo de solución o medida recete estos fármacos, entrando tanto el médico, el paciente, como el farmacéutico, en una espiral del consumo (20).

Cuando un paciente va a ser en un corto plazo de tiempo sometido a algún tipo de intervención quirúrgica, en muchas ocasiones, días previos deben consumir ciertos medicamentos para controlar comorbilidades aumentando el número total de ellos. También, relacionado con las hospitalizaciones, cuando un ingreso hospitalario se prolonga, aumenta la probabilidad de que precise mayor número de fármacos que en el momento de ingresar para controlar esos nuevos problemas de salud (22).

Los pacientes ancianos, como hemos dicho, es el colectivo en quien existe una mayor prevalencia de polimedición. El 20% de la población mayor de 70 años consume cinco o más fármacos (26). Según un estudio realizado por Bull Silva M, Varela Parra L et al., el grupo de edad que más fármacos consume es entre 70-74 años de edad (13). Este tipo de pacientes necesita aún más seguimiento y reevaluaciones de su tratamiento que cualquier otra persona. En ocasiones se prescriben fármacos para un determinado problema de salud temporal, cuyo tratamiento no se vuelve a valorar y queda fijado sin ser necesario. Esto mismo ocurre con las farmacias, cuyos farmacéuticos no tienen el hábito de evaluar los fármacos que toma el paciente (27).

CAPITULO III: ESTRATEGIAS

Una de las consecuencias más importantes y que quizá no asociemos a la polimedición son los efectos adversos. Si en la edad adulta es probable tener un efecto adverso a un fármaco, en edad anciana es tres veces más probable. Esto es debido a que con el paso de los años nuestra función renal se va deteriorando por la reducción de niveles séricos de albúmina y distribución tisular. Igualmente, la función cardiaca y hepática se deterioran con la edad, lo que hace que no reaccionen igual hacia ciertos fármacos (7). En un estudio desarrollado por Hanlon y cols. demostraron que el 35% de los ancianos polimeditados han tenido algún tipo de efecto adverso (10).

Según un estudio realizado por el autor Uriel Badillo Barradas los mareos y las caídas con su posterior fractura de cadera son en muchos casos procedentes de efectos adversos de fármacos derivados de las benzodiazepinas ya que provocan efectos depresores centrales. Otros fármacos tan comunes como la digoxina o la furosemida son hepatotóxicos; la furosemida además causa incontinencia, hipotensión y desequilibrios electrolíticos (16).

Existen multitud de herramientas o estrategias que desde el ámbito sanitario en gran medida se debieran llevar a cabo para de esta forma disminuir el número de pacientes polimeditados. Estas estrategias deben ser realizadas por el equipo multidisciplinar que atiende al paciente vulnerable de esta situación.

Los profesionales sanitarios son quienes se encargan de que los pacientes tengan prescrito un adecuado tratamiento farmacológico. Los pacientes deben tener un fácil acceso al sistema sanitario, más concretamente al médico y/o enfermera, con confianza, ya que de esta manera será más probable que acudan a ellos en caso de duda de su tratamiento, con lo que se disminuirán los errores en las tomas (7).

A. Valoraciones periódicas por profesional sanitario

Desde el área médica, se debe realizar una valoración constante del tratamiento farmacológico. En primer lugar, debieran realizarse consultas periódicas enfocadas a reevaluar la medicación que se tiene prescrita, tanto para comprobar si ese fármaco está actuando correctamente como para conocer si está provocando algún tipo de efecto adverso. Estas revisiones resultan más fructíferas cuando son multidisciplinarias, es decir, formadas por médicos, farmacéuticos, enfermeros y trabajadores sociales (7).

Es fundamental que haya una mayor comunicación entre profesionales sanitarios, concretamente médicos ya que son quienes prescriben. Cuando un paciente es derivado por su médico de Atención Primaria a una interconsulta, ambos profesionales deben ponerse en contacto ya sea con un informe o de forma telefónica para así reducir el número de errores y estar de acuerdo en el tratamiento a seguir por el paciente, sin prescripciones repetidas, abarcando todas las patologías del paciente.

Para una correcta y holística valoración del paciente lo más conveniente es que el Médico de Atención Primaria sea quien en circunstancias normales vea al paciente anciano y, salvo que fuese necesario, realizar una interconsulta a un médico especialista para de esta forma abarcar al anciano en todas sus patologías (10).

Además, cuando un paciente acude a consulta por algún tipo de dolencia y resulta necesario añadir algún fármaco siempre el profesional médico previamente debe revisar el tratamiento farmacológico que ya tiene instaurado, ya que en ocasiones no es necesario añadir un nuevo medicamento o quizá sea necesario eliminar un fármaco y añadir uno nuevo capaz de servir para ambas patologías o dolencias del paciente (20). En caso de realizar un cambio de tratamiento, siempre el médico tiene que registrar en la historia clínica informatizada del paciente tanto el nombre del fármaco como la posología y la duración asociando el nuevo fármaco al episodio del paciente para el que se prescribe. De esta manera, cuando otro médico atiende al paciente puede conocer sin lugar a error su tratamiento (28).

Respecto a las estrategias la enfermera cumple un papel fundamental, ya que es ella quien debe actuar directamente con el paciente para evitar la prescripción de fármacos, así como asegurar una correcta adherencia. Lo primero que debe realizar es una valoración sobre sus conocimientos acerca de su tratamiento, en varios ámbitos, desde el nombre, su indicación, pasando por la forma y dosis que él toma, hasta su posología. Deberá llevar todos los medicamentos que esté tomando y mostrar sus conocimientos comparándolo con el fármaco, mientras, la enfermera lo registrará (Anexo 1). También, la enfermera deberá, preguntando al paciente, registrar si ha tomado cada dosis correctamente, así como si se ha automedicado (29).

Seguidamente, se realiza una valoración cognitiva y social con las escalas de valoración enfermera, conociendo de esta forma sus fortalezas y debilidades para así conocer el tipo de ayuda que requiere (cuidador, sesiones informativas, dispensador, pastilleros de medicación, etiquetas...) (29).

B. Registro informatizado de la prescripción

Respecto la forma de registrar el fármaco siempre debiera hacerlo con el nombre principio activo del fármaco, porque si se registra con el nombre comercial se pueden cometer errores prescribiendo otro fármaco que se cree que es diferente cuando realmente el nombre comercial es diferente pero el principio activo es el mismo. Este tipo de errores se deben en gran medida al insuficiente conocimiento acerca de los principios activos de determinados nombres comerciales, así como de su administración, efectos adversos y contraindicaciones (28). Es más fructífero tener un amplio conocimiento de una pequeña gama de fármacos que se prescriban día a día acerca de las patologías más comunes que tener pocos conocimientos sobre muchos (7). Sería conveniente para reducir este tipo de error instruir en sesiones clínicas a médicos, enfermeras y farmacéuticos acerca del área de farmacología tanto de la propia industria farmacéutica como de su administración (28). Estos registros se realizarían con mayor eficacia con un programa informático fácil de utilizar, en el que existan todos los campos necesarios para un correcto registro.

c. El papel del farmacéutico

De gran importancia son las intervenciones del farmacéutico con actividades de educación al paciente tanto de forma oral como escrita respecto a la dosis, forma de administración y contraindicaciones de los fármacos. Así como mediante sesiones educativas grupales y valoraciones intensivas del tratamiento del paciente (30). Otra estrategia a desarrollar por los farmacéuticos es el Programa SPD (Sistema Personalizado de Dosificación) que resulta de gran utilidad para el anciano que no es capaz física o psíquicamente de preparar correctamente su tratamiento (31).

Respecto a la sanidad y el gasto público, al consumirse más fármacos hay un lógico mayor gasto farmacéutico tanto por parte del propio paciente como de la seguridad social. También, hay un importante aumento del consumo de los recursos de la sanidad pública como son la atención médica o enfermera ya que el paciente más frecuentemente, generando así mayor gasto. Los profesionales sanitarios se desbordan ya que a pesar de que aumenta la necesidad de más atención sanitaria existe un déficit de dicho personal (7).

Las “Recetas electrónicas” suponen un avance y de gran facilidad para el paciente en el sentido que de forma gráfica y fácil el paciente sabe qué debe tomar y a qué hora. Es necesario que la receta electrónica se actualice cada vez que el paciente sea visto por un médico y haya una modificación de su tratamiento (15).

D. Intervención enfermera

La definición de Enfermería según la OMS es la siguiente “La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” (32). Analizando esta definición y relacionándola con un paciente anciano polimedicado, tema que nos abarca, se puede decir que la función de la enfermera es indispensable y fundamental para unos hábitos saludables de este tipo de paciente y de la prevención de problemas de salud, así como de asegurar una buena adherencia terapéutica. Una buena adherencia es aún más importante cuando las patologías son múltiples, y también más difícil de llevar a cabo, en pacientes polimedcados por lo que no siempre se cumple. Su falta de funcionalidad tanto física como psíquica unido al desbordamiento de pastillas en cada comida hace que se desencadene una falta de adherencia importante en esta edad (4).

El profesional de enfermería para evitar la polimedicación puede intervenir de dos formas, que a continuación se exponen.

- Educación

Cuando el paciente no tiene los conocimientos suficientes para un correcto cumplimiento se fomentará el conocimiento sobre su tratamiento farmacológico; para ello es necesario realizar sesiones, ya sea de forma individual en aquellos pacientes que

necesiten más ayuda o de forma colectiva, en las que se les incentive, ayude y explique con conceptos básicos la medicación que tienen prescrita, su posología y su forma de administración. Además, como material complementario para una mayor seguridad de aprendizaje, se pueden impartir folletos explicativos, cartas o medios audiovisuales (4). Dos de los errores más comunes detectados según el estudio realizado por Fernández Lisón L. C., es respecto a la frecuencia de administración y a la duplicidad terapéutica. El primer error es detectado más a menudo en las formas inhalatorias, por lo que la enfermera puede y debe actuar directamente mediante la enseñanza, tanto oral como práctica (33).

Otra forma de incentivar y facilitar la correcta toma de los medicamentos es con actividades conductuales, como puede ser asociando la toma de ciertos fármacos con ciertas actividades. Por ejemplo, con el cepillado de dientes de la noche asociar el hipnótico. Es muy importante ajustar las pautas diarias de los fármacos a los hábitos de vida que tiene ya instaurados el paciente para que no le resulte tan difícil cumplirlo (25). También sirve de ayuda para recordar la pauta de los fármacos escribirlo en cada envase.

El profesional enfermero se ocupará de ayudar a entender mejor el tratamiento una explicación, en la medida de sus posibilidades, de cada patología, para así lograr una mayor adherencia terapéutica. Además, el mal estado de salud percibido es un factor como hemos dicho influyente en la mala adherencia terapéutica por lo que habrá que incidir en la importancia de sus patologías y sus posibles consecuencias. La realización de sesiones grupales ayudará a los pacientes ya que cualquier duda de otra persona será información extra para los demás (20). Tras esto, se resolverá cualquier duda que presente acerca de ello. En los casos en que el paciente sea incapaz, este conocimiento irá dirigido a su cuidador. Este conocimiento no se pretende enseñar en una sola sesión, harán falta varias sesiones para que el paciente lo aprenda y posteriormente se comprobará la correcta administración (28). Imprescindible informar también acerca de los problemas que conlleva la automedicación.

Siempre la estrategia a elegir con el paciente debe ser elegida de forma individualizada, estudiada en función de las patologías que presenta el paciente, estando de acuerdo el paciente e implicándole en todo lo posible para que de esta forma haya más posibilidades de cumplimiento. Elegir la estrategia a llevar a cabo en función de la patología a la que va dirigida es fundamental ya que cada una requiere unos cuidados específicos (4).

Cuando los fármacos son administrados por enfermería deben cumplir los “Cinco Correctos”, fundamental para una buena praxis, lo mismo ocurre cuando son administrados por un familiar y/o paciente. Estos cinco correctos son (34):

- ✓ Paciente correcto
- ✓ Medicamento correcto
- ✓ Dosis correcta
- ✓ Vía de administración correcta
- ✓ Hora correcta

La enfermera debe facilitar al paciente las indicaciones del fármaco para que lo realice en su domicilio, y esto puede realizarse escribiendo dichas indicaciones de forma fácil de entender en una tarjeta individualizada con todos los datos a tener en cuenta acerca de su prescripción. Es importante no utilizar abreviaturas, letra clara y legible e indicar todos los datos del paciente para evitar errores.

La polimedición en un paciente geriátrico responde con un paulatino deterioro de las funciones físicas y psíquicas, por lo que afecta a su calidad de vida, concretamente a no poder realizar exitosamente las actividades básicas de la vida diaria. Es fundamental implicar a los familiares, de acuerdo a sus posibilidades, para así contar con un apoyo más a la hora de corroborar que el paciente cumple correctamente su tratamiento. Contando con un buen apoyo familiar las probabilidades de éxito son más altas (25). El aumento del número de medicamentos hace que en ocasiones en las que no hay una fuerte red familiar el paciente, la propia familia, o el cuidador entran en una situación de desbordamiento con un posterior aislamiento social del paciente. Finalmente, en ocasiones, termina siendo una situación insostenible derivándose en problemas como las caídas que conllevan a institucionalizar al paciente para que así estén todas sus necesidades, incluida la médica, cubiertas (17).

- Prevención

En otras ocasiones, la polimedición no se debe a una prescripción médica inadecuada sino a una prescripción innecesaria. Muchos problemas que conllevan a que el paciente acuda a consulta pueden disminuirse o incluso eliminarse sin tratamiento farmacológico, enfermedades tan comunes como la diabetes o la hipertensión arterial podrían ser tratadas sin necesidad de tratamiento farmacológico añadiendo ejercicio físico, con una dieta saludable, tratamiento rehabilitador... Este tipo de medidas no se tiene tan en cuenta y se tiende a prescribir tratamiento, añadiendo así un medicamento más a los que ya tiene. Un ejemplo es prescribir un fármaco para el sobrepeso en lugar de incidir y facilitar medidas para una dieta saludable y realizar ejercicio físico (13, 20).

La enfermera de Atención Primaria como método de prevención debe estar alerta para cualquier signo o síntoma que detecte informar al médico de Atención Primaria ya que puede estar influyendo de una forma incorrecta cualquier fármaco. Esto puede ser por sus efectos adversos o por una medicación que no necesita tener prescrita.

El profesional de enfermería tiene un papel fundamental haciendo hincapié al paciente de hábitos saludables, explicando a los ancianos o a su cuidador formas para paliar las dolencias o problemas de salud sin tener que acudir a tomar un fármaco. Es importante instruir acerca de dietas saludables, hábitos del sueño y descanso poniendo metas, mostrando sus resultados positivos, citas de seguimiento, incentivos, animando al paciente y creando un clima de confianza y seguridad. en la importancia de la hidratación y protección de la piel para evitar la formación de úlceras por presión. Todo esto sin olvidar lo fundamental de la sociabilidad y recreación diaria (19). Para lograrlo el profesional de enfermería debe involucrarse activamente realizando una valoración

holística al paciente con confianza recíproca conociendo sus fortalezas y debilidades, así como su área social y familiar, psicológico y económico; factores imprescindibles para lograr el éxito. Es importante no reñir al paciente sino apoyarle. (4, 20).

Como se ha visto uno de los factores de la polimedicación es el incumplimiento (2), ahí es donde puede actuar de manera directa enfermería, mediante las taxonomías *NANDA*, herramienta mediante la cual se estandarizan el lenguaje enfermero, los resultados (NOC) y las intervenciones (NIC). Respecto a la polimedicación actuaremos sobre el diagnóstico enfermero:

- “Incumplimiento” [00079]. Definido como “Conducta de una persona y/o un cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o la comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces” (35).
 - NOC:
 - Conocimiento: Régimen terapéutico [1813]
 - Conducta de cumplimiento: medicación prescrita [1623]
 - NIC:
 - Control de la medicación [2395]
 - Potenciación de la disposición de aprendizaje [5540]
 - Enseñanza: medicamentos prescritos [5616]
 - Enseñanza: ejercicio prescrito [5612]
 - Enseñanza: dieta prescrita [5614]
 - Manejo de la medicación [2380]

BIBLIOGRAFÍA

1. Toral Tenorio FM. Prevalencia de polifarmacia en personas mayores [trabajo académico en Internet]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2012 [citada 2 dic 2016]. Disponible en: <http://repositorio.educacionsuperior.gob.ec/bitstream/28000/315/1/T-SENESCYT-0085.pdf>
2. Cobo Domingo JC. Geriátría y Gerontología. Atención Integral al Anciano. 6ª ed. Jaén: Formación Continuada Logoss; 2004. 127-141 p.
3. Martínez-Arroyo JL, Gómez García A, Saucedo Martínez D. Prevalencia de la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inapropiados en el adulto mayor hospitalizado por enfermedades cardiovasculares [Internet]. Gaceta Médica de México. 2014 [citado 29 enero 2016]; 150 (1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gms141d.pdf>
4. Alonso MA, Álvarez J, Arroyo J, Ávila L et al. Adherencia terapéutica: Estrategias prácticas de mejora. Notas farmacoterapéuticas [Internet]. Servicio Madrileño de Salud. 2006 [citado 20 enero 2016]; 13(8). Disponible en: <http://www.infodoctor.org/notas/NF-2006-8.pdf>
5. López Romero LA, Romero Guevara SL, Parra DI, Rojas Sánchez LZ. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Hacia promoc. salud. 2016; 21(1): 117-137. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v21n1/v21n1a10.pdf>
6. Orueta Sánchez R, Rodríguez de Cossío A, Carmona de la Morena J, Moreno Álvarez-Vijande A, et al. Anciano Frágil y Calidad de Vida [Internet]. Revista Clínica Médica Familiar. 2008 Enero [citado 1 febr 2017]; 2(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000100003
7. Gavilán Moral E, Villafaina Barroso A, Jiménez de Gracia L. Polimedición en personas mayores. AMF [Internet]; 2012 [citado 20 dic 2016]; (8): 426-433. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Gavilan/publication/236236521_Polimedicion_en_personas_mayores/links/00b7d517502cb8edfb000000.pdf?origin=publication_list
8. Diccionario de la Lengua Española. 22ª ed. Madrid: Real Academia Español; 2001
9. García Carreño EM. Paciente crónico polimedicado [trabajo académico en línea]. Ciudad Real. Gerencia de Atención Integrada Alcázar de San Juan; 2014 [citada 3 enero 2017]. Disponible en: http://www.serviciofarmaciamanchacentro.es/images/stories/recursos/recursos/cursos/2014/JORNADAS_POLIMEDICADOS/garcia_carreo_e_11_11_2014.pdf
10. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedificados frágiles, un reto para el sistema sanitario [Internet]. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2011 [citado 20 enero 2017]; 35(4). Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/Polimedicado_sVol35n4.pdf

11. Fernández Guerra N, Díaz Armest D, Pérez Hernández B, Rojas Pérez A. Polifarmacia en el anciano [Internet]. Acta Médica. 2002 enero-diciembre [citado 2 dic 2016]; 10(1-2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol10_2002/act08102.htm
12. Coll de Tuero, G. Revisión de la medicación en ancianos polimedificados [trabajo académico en línea]. Girona: Institut d'Assistència Sanitària, Unidad de investigación. Disponible en: http://www.academia.edu/12325503/Revisi%C3%B3n_de_la_medicaci%C3%B3n_en_ancianos_polimedificados_en_riesgo_vascular_ensayo_aleatorizado_y_controlado
13. Bull Silva M, Varela Parra L, Ayala Carro LA, et al. El médico y la enfermera en la prevención de la polifarmacia de la tercera edad. Revista Caribeña de Ciencias Sociales; abril 2013 [citado 10 febr 2017]. Disponible en: <http://caribeña.eumed.net/wp-content/uploads/medico-enfermera.pdf>
14. Manzanares Romero D, Pérez-Fuentes MC, Molero Jurado MM, et al, editors. Salud, alimentación y sexualidad en el envejecimiento: La polifarmacia en la vejez y el papel de la enfermera [Internet]. ASUNIVEP; 2015 [citado 10 febr 2017]. 137-141 p. Disponible en: <http://formacionasunivep.com/IIIcongresosalud/index.php/contribuciones/libros/24-contribuciones/ii-ciise/digital-ii-ciise/9476-salud-alimentacion-y-sexualidad-en-el-envejecimiento-volumen-i.html>
15. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2015-2019. Disponible en: <http://www.saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
16. Jiménez Torres V et al. editors. Calidad farmacoterapéutica [Internet]. Valencia: Publicacions de la Universitat de Valencia; 2006 [citado 20 dic 2016]. 698p. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=VgpcPJS9obQC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Introducci%C3%B3n+a+la+calidad+farmacoterap%C3%A9utica+y+seguridad+en+el+paciente:+bases+metodol%C3%B3gica+Jimenez+Torre&ots=qh0oXBeYES&sig=HQHsZhZmL4VTJhENnj-aQ_ebpFs
17. Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Polimedición e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? [Internet]. Pharmaceutical Care. 2011 [citado 10 febr 2017]; 13(1). Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/29>
18. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud [Internet]. 2004 [citado 5 febr 2017]; 28(5): 113-120. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/vol28_5adherenciaTtoPacienteAnciano.pdf
19. Fonseca Reyes I, Licea González D, Ortega Barbán AC, et al. editors. Intervención educativa para modificar la polifarmacia en el adulto mayor. Policlínico docente Ernesto Guevara de la Serna [Internet]; 2015 [citado 6 febr 2017]. Disponible en: <http://www.cimfcuba2012.sld.cu/index.php/xseminarioAPS/2012/paper/download/292/198>

20. Diz-Lois Martínez F, Fernández Álvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente polimedcado. Galicia Clínica [Internet]. 2012; 73(1): 37-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4064755.pdf>
21. Alvarado Orozco M, Mendoza Núñez VM. Prevalencia y factores de riesgo para la polifarmacia en adultos mayores del Valle del Mezquital, Hidalgo. Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas [Internet]. 2006 octubre; 37(4). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/579/57937403.pdf>
22. Portela Ortiz JM, Rivera Orna MA. Polifarmacia en el anciano. Particularidades del manejo anestésico en el geronte [Internet]; 2008 [citado 15 enero 2017]. Disponible en: http://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/1/1/1270/c.pdf
23. Moreno Monsivais MG, Garza Fernández L, Interrial Guzmán MG. Manejo de la medicación en el adulto mayor al alta hospitalaria. Ciencia y Enfermería XIX [Internet]. 2013 [citado 6 febr 2017]; (3): 11-20. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v19n3/art_02.pdf
24. Martínez Querol C, Pérez Martínez VT, Carballo Pérez M, Larrondo Viera JJ. Polifarmacia en los adultos mayores. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2005 [citado 10 febr 2017]; 21 (1-2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi121-205.pdf>
25. El farmacéutico joven. Trabajos científicos [internet]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2016; [citado 10 enero 2017]. Disponible en: <http://elfarmaceutico.es/index.php/revista-el-farmaceutico-el-farmaceutico-joven/item/7203-papel-del-farmaceutico-en-la-mejora-de-la-adherencia-en-pacientes-cronicos-mediante-un-calendario-de-adherencia-personalizado#.WKMOXX8f3Ds> .
26. González Ruiz M, Cuaresma ME. Programa de Atención al Anciano Crónico Polimedcado de Cantabria. VI Conferencia Internacional Seguridad del Paciente; 2011; Madrid. p. 1-80.
27. Badillo Barradas U. La prescripción en el anciano: cuidado con la polifarmacia y los efectos adversos. Revista del hospital Juárez de México [Internet]. 2005 [citado 10 enero 2017]; 72(1): 18-22. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2005/ju051e.pdf>
28. Rodríguez García M, Del Castillo Arevalo F. Enfermeras de atención primaria opinan, analizan y proponen mejoras en el manejo de la adherencia farmacológica. Enfermería Global [Internet]. 2012 enero [citado 20 dic 2016]; 11 (25): 207-218. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100012
29. Bueno Dorado T, Carazo García MM, Cruz Martos Á, Cruz Martos E, et al. Programa de Atención al Mayor Polimedcado. [Internet]. Madrid: Subdirección General de Prestación Farmacéutica. Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid; 2006 [citado 20 enero 2017]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPrograma+Polimedcado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1311007411683&ssbinary=true>

30. Chumney EC, Robinson LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. *Pharmacy Practice* [Internet]. 2006 [citado 22 dic 2016]; 4 (3): 103-109. Disponible en: <http://www.pharmacypractice.org/journal/index.php/pp/article/view/277/272>
31. Bachman, R.M. National Council on Patient Information and Education. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan. EEUU; 2007 [citado 2 febr 2017]. 288 p. Disponible en: http://www.talkaboutrx.org/documents/enhancing_prescription_medicine_adherence.pdf
32. Organización Mundial de la Salud [Internet]; 2017; [citado 2 febr 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
33. Fernández Lisón C, Barón Franco B, Vázquez Domínguez B, et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedificados. *Farmacia hospitalaria* [Internet]. 2006 [citado 2 febr 2017]; 30 (5): 280-283. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130634306739915>
34. Teresa Carrasco F, Torres Colivoro V, Díaz Zúñiga G, editors. Protocolo de Prevención de Error de Medicación en HRR [Internet]. Hospital Regional Rancagua; 2015 [citado 20 dic 2017]. 8p. Disponible en: <http://hospitalrancagua.cl/wp-content/uploads/2014/10/GCL-2.2.1-Prevenci%C3%B3n-de-Error-de-Medicaci%C3%B3n-en-HRR-V2-2012.pdf>
35. NNNconsult [Internet]. Barcelona: Elsevier; [citado 2 febr 2017]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com/>

ANEXOS

Anexo 1

REGISTRO DEL PACIENTE POLIMEDICADO

Paciente:

Fecha:

Enfermero/a:

FÁRMACO	¿Para qué lo toma?	¿Cuándo lo toma?											
		Desayuno			Comida			Cena			Antes de acostarse		
		Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después	Antes	Durante	Después