Polimedicación en Adultos Mayores: Un Reto para los Médicos de Cabecera

GMD Facultad Cs. Médicas Biblioteca
TFEM 2938

Introducción

El envejecimiento global de la población provocó un aumento significativo en la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que lleva a la polimedicación —siendo definida como el uso simultáneo de cinco o más fármacos— convirtiéndola en una realidad común en los adultos mayores. Si bien refleja los avances en el tratamiento de múltiples patologías, presentan un desafío complejo. La polimedicación no solo aumenta el riesgo de efectos secundarios e interacciones farmacológicas peligrosas, sino que también puede impactar directamente la calidad de vida de los pacientes, afectando su autonomía, generando una dependencia mayor.

Los adultos mayores, con historiales médicos de múltiples patologías y a menudo atendidos por diversos especialistas, se encuentran inmersos en un sistema de atención fragmentado. Cada médico se centra en su especialidad, prescribiendo fármacos sin una visión integral del tratamiento total del paciente. Esta falta de coordinación sitúa al médico de cabecera en una posición tanto crucial como precaria. Es el médico de cabecera quien, gracias a su conocimiento longitudinal del paciente y su contexto social y familiar, está en la primera línea para gestionar este problema. Sin embargo, enfrenta barreras significativas como consultas breves, dificultad para conciliar listas de medicamentos complejas y la resistencia de los pacientes a descontinuar tratamientos de larga data.

Este trabajo tiene como objetivo explorar la polimedicación en adultos mayores desde la perspectiva del médico de cabecera. Abordando la prevalencia y las características de este fenómeno, identificándose las principales barreras que dificultan su manejo efectivo y analizandose la relación directa entre la polimedicación y la calidad de vida.

HIPOTESIS

La polimedicación en adultos mayores impacta negativamente la calidad de vida y su manejo efectivo se ve obstaculizado por la fragmentación de la atención y las limitaciones de tiempo en la consulta del médico de cabecera, siendo este último el actor clave para la deprescripción.

OBJETIVO

Analizar la relación directa entre la polimedicación en los adultos mayore. Identificando y proponiendo estrategias de manejo efectivas desde la perspectiva del médico de cabecera.

ESTRUCTURA DEL TRABAJO

Para cumplir tal meta, este estudio explora la polimedicación en detalle investigando su prevalencia y peculiaridades, también, expone los obstáculos más grandes para un manejo adecuado. Igualmente, analiza la conexión directa entre la polimedicación y el bienestar, detallando además las reglas argentinas que promueven el Uso Racional de Medicamentos URM. Finalmente, con un análisis cuantitativo, descriptivo y transversal en un grupo de adultos mayores, este trabajo presenta resultados que soportan las recomendaciones enfocadas en el fortalecimiento del rol del médico de cabecera y el empoderamiento del paciente ante el riesgo de la automedicación.

MARCO TEORICO

Conceptos Clave y Modelos Explicativos

Palabras clave polifarmacia ,calidad de vida ,adultos mayores

A continuación, se definirá adultos mayores, vejez ,envejecimiento , calidad de vida y polimedicacion

Adultos Mayores la tercera edad

En una investigación de la CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL en 1995, se detallan definiciones historicas. Se observan diversos relatos sobre vidas extraordinariamente prolongadas a través del tiempo. Para el propósito de este estudio, se utilizará la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece los **65 años como umbral para el inicio de la vejez**.

En la Roma Imperial, la vejez se alcanzaba a los 20 años; en la Edad Media, a los 25; ya en el siglo XVIII, a los 30, y hace un siglo, a los 40; ahora, es común ser joven a los 50 años.

En el Antiguo Testamento, se afirma que los patriarcas vivieron siglos, cosa que actualmente se cuestiona. Hesíodo, el poeta griego, en el siglo VII a. C., delineó una "Edad de Oro" donde la gente vivía alegremente décadas, falleciendo sin sufrimiento. En Asia, el Emperador Amarillo en el siglo IV a. C. elaboró escritos sobre individuos que vivían 100 años sin decadencia ni males.

En Europa, el interés por la longevidad renació en el siglo XVIII con obras como El Arte de Prolongar la Vida de C. W. Hopeland y el Catecismo de la Salud de Faust.

El concepto de "tercera edad" se introdujo en Francia, alrededor de 1950, por el Dr. J.A. Huet, figura fundamental en la gerontología del país. En sus

comienzos, se dirigió a jubilados y pensionados, sin importar su edad; vistos como individuos poco productivos, con bajo consumo y nula implicación laboral.

Después, el concepto cambió, refiriéndose exclusivamente a los jubilados y pensionados mayores de sesenta. Esta descripción original daba a entender que aquellos que superaban los sesenta años eran percibidos como sujetos inactivos y una carga económica y social pesada.

Asimismo, otro término utilizado, "Cuarta edad", englobaba a los mayores de ochenta, marcados por la pérdida de autonomía personal, tanto física como mental, o con una notable degradación fisiológica, biológica, mental, y social.

En abril del 1994, la Organización Panamericana de la Salud optó por el término adulto mayor, refiriendose a individuos con 65 o más años de edad, una praxis ya validada por otras instituciones.

Hoy día, la Organización Mundial de la Salud OMS utiliza los 65 años como umbral para el inicio de la vejez, aun con la ausencia de un acuerdo global sobre su delimitación. A pesar de esto, este criterio, en esencia cronológico, ignora la intricada complejidad inherente a esta fase de la vida. Resulta crucial, por ende, abrazar una perspectiva multidimensional que considere las mutaciones características del adulto mayor.

El proceso de envejecimiento se manifiesta a través de una serie de alteraciones interrelacionadas, impactando el bienestar biopsicosocial del sujeto.Considerando:

Edad cronológica: Es la edad del individuo, contada en años.

Edad biológica: Ilustra la condición funcional interna del cuerpo, osea, la evolución de células y órganos.

Edad psicológica: Es la apreciación personal que un individuo tiene de su propia edad en lo tocante a su desenvolvimiento emocional, cognitivo y social.

Calidad de Vida (CdV)

«Calidad de vida es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa» (Levy y Anderson, 1980, p. 7).

«Calidad de vida es la evaluación subjetiva del carácter bueno o satisfactorio de la vida como un todo» (Szalai, 1980).

«Calidad de vida es la apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal» (Celia y Tulsky, 1990)

Este concepto, en su esencia, es complejo y crucial, configurandose como la percepción individual de la propia situación vital, matizada por el entorno cultural y los valores personales, además de estar vinculado a las metas, aspiraciones, estándares y inquietudes del individuo. En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acentúa el carácter subjetivo y multidimensional inherente a este constructo.

La calidad de vida trasciende la simple ausencia de afecciones. Engloba múltiples dimensiones, influenciando el bienestar global de la persona, especialmentedurantelavejez.
La calidad de vida, un concepto multidimensional, surge de una compleja interacciónde elementosdiversos:

En primer lugar, la salud física engloba el bienestar general del organismo, la capacidad funcional, la independencia, y la destreza para ejecutar tareas diariastantoelementalescomocomplejas.

En segundo lugar, la salud psicológica, indisolublemente vinculada al bienestar mental, se manifiesta en el estado emocional y la serenidad interior.

Asimismo, las relaciones sociales, componente fundamental, abarcan los lazos interpersonales, el respaldo familiar y social, así como la participación activa en lavidacomunitaria.

A esto se suman los factores ambientales, que comprenden el entorno físico

circundante, la seguridad personal, la calidad de la vivienda, y el acceso a servicios esenciales, además de las oportunidades de recreación.

Finalmente, los factores económicos, cruciales para el equilibrio, involucran la estabilidad financiera y la capacidad de satisfacer las necesidades más fundamentales.

Polimedicación

La polifarmacia o polimedicación, como fenómeno complejo, ha sido objeto de diversas interpretaciones, aunque predomina un enfoque cuantitativo. La más extendida establece la polimedicación como el consumo continuado de cinco o más fármacos durante al menos seis meses. Otras fuentes elevan este umbral a seis o más medicamentos por un periodo similar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una definición que considera polimedicación a la prescripción simultánea de cuatro o más medicamentos. Cuando el número de fármacos asciende a diez o más, se utiliza el término de hiperpolimedicación.

El Aumento de la Polimedicación

El envejecimiento poblacional es una de las más importantes transformaciones demográficas del mundo, con un aumento constante en la esperanza de vida. No obstante, esta extensión de la vida no implica necesariamente que la calidad de vida mejore; este es un asunto que ha llegado a ser considerado un problema de salud pública importante y que afecta desproporcionadamente a los adultos mayores.

Esta circunstancia crea una tensión intrínseca entre el alcance cuantitativo de una mayor longevidad y la vivencia cualitativa de esa vida prolongada. Cuando la extensión de la vida está vinculada con una disminución del bienestar general y una carga importante de efectos adversos relacionados con los

medicamentos, se pone en peligro el propósito principal de un envejecimiento saludable. Esta realidad subraya la necesidad imperante de un cambio de paradigma en la atención sanitaria, transitando de un modelo centrado exclusivamente en la enfermedad a uno que priorice la persona en su totalidad, buscando optimizar su bienestar general, lo que en ocasiones implica la desprescripción de fármacos.

El enfoque de la polimedicación se sitúa dentro de modelos de atención integral que dan prioridad al paciente en su totalidad. Esto es diferente al modelo de atención fragmentada, en el que diversos especialistas recetan medicamentos sin tener una perspectiva integral del tratamiento. La desprescripción es un proceso meticuloso y normalizado, controlado cuyo propósito es eliminar los medicamentos que no son apropiados.

Estadísticas de Prevalencia a Nivel Global y Regional La prevalencia de polimedicación en adultos mayores varía considerablemente según la región la población estudiada y la definición utilizada.

De acuerdo con los datos de investigaciones observacionales[REVISTA Nº 29 ABRIL 2024. **Ana Isabel Rigueira García.**] la información proporcionada por estudios observacionales durante 25 años (1997 – 2022), la prevalencia global de polifarmacia en la población adulta es del 37%, con tasas más altas en personas mayores (45%), con diferencias entre pacientes ambulatorios (48%) y en ámbitos clínico-asistenciales (52%). Europa lidera en nº de estudios, con dato similar al global y al de Asia, mientras América del Norte la supera en 18 puntos. Entre las personas mayores frágiles, la prevalencia de la polifarmacia es del 59%, con las tasas más altas en Europa (68%), además destaca que no se perciben diferencias en la prevalencia de polifarmacia según el sexo, el diseño del estudio y la ubicación geográfica.

Un estudio español, informaron que entre los adultos mayores que viven en comunidades en España, la prevalencia de polifarmacia (> 5 medicamentos/día) fue del 36,6% .

En Europa, los datos de un análisis transversal de los datos de participantes de > 65 años de la Encuesta sobre salud, envejecimiento y jubilación en Europa (SHARE), mostraron que mostraron una prevalencia de polifarmacia (uso

concurrente de > 5 medicamentos) oscilaba entre el 26,3 y el 39,9%. De media, la prevalencia de polimedicados incrementa un 10% por década. Suiza, Croacia y Eslovenia fueron los países con la prevalencia más baja, mientras que Portugal, Israel y la República Checa destacaron en el margen superior . En el estudio longitudinal del proyecto europeo Urban Health Center (n= 1791 mayores no institucionalizados de 5 países), la polifarmacia y el riesgo de problemas relacionados con la medicación se relacionaron con antecedentes migratorios, sobrepeso y obesidad, con menor calidad de vida física, mayor multimorbilidad, fragilidad y utilización de recursos de atención primaria.

En Latinoamérica podemos observar una prevalencia significativa dentro de la salud pública debido a las cifras obtenidas en el estudio en distintos países latinoamericanos

En Chile, el 12.9% de la población consume cinco o más medicamentos; este porcentaje aumenta significativamente con la edad, llegando al 51.2% en individuos que tienen más de 90 años. En una investigación realizada en médicos de cabecera, se determinó que el promedio de fármacos administrados a los adultos mayores con enfermedades cardiovasculares fue de .

En Ecuador, en un centro de Cuenca que se dedica a atender a adultos mayores, un estudio detallado reportó una prevalencia del 73.7%.2

En la comunidad de Argentina, hay un 11% de personas mayores que está polimedicado, y el 57% de estos individuos usa cinco o más medicamentos. En el entorno institucional, los pacientes ancianos que están hospitalizados pueden tener una tasa de polimedicación que llega hasta el 89%.20 En un estudio realizado en la obra social universitaria DASPU (Córdoba), se descubrió que el 18% de sus afiliados con más de 64 años sufren polimedicación.

En términos generales, las mujeres presentan más casos de polimedicación que los hombres.En Chile, por ejemplo, el 15.9% de las mujeres tienen polimedicación, mientras que en los hombres esta cifra es del 9.7%. La presencia continua de tasas superiores de polimedicación en mujeres mayores indica la existencia de factores subyacentes más allá de lo puramente

demográfico. Este patrón puede estar relacionado con la prevalencia de enfermedades crónicas entre hombres y mujeres, las maneras de buscar atención médica o incluso a prácticas de prescripción que, sin darse cuenta, impactan a las mujeres en mayor medida. Es fundamental entender estas dinámicas para crear intervenciones más justas y que se ajusten a las necesidades particulares de cada grupo.

La polimedicación no es un fenómeno uniforme, como se evidencia en las marcadas diferencias entre las tasas de prevalencia observadas en distintas investigaciones y regiones. Las diferencias se explican por factores como la población particular analizada (hospitalizada o comunitaria), el uso de una definición cuantitativa de polimedicación (4, 5 o más fármacos) y las características específicas de cada sistema sanitario. Esta variedad de datos destaca la importancia de que los profesionales sanitarios, ya que son esenciales para el diseño y la aplicación de intervenciones relevantes y dirigidas.

Un estudio publicado recientemente por cuatro investigadoras de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) demuestra que la polimedicación ya es un problema de salud pública. A través del análisis de los consumos de 2231 afiliados del PAMI durante más de nueve meses, hallaron que la mitad tomaba entre dos y cuatro medicamentos, mientras que el 42,3% consumía cinco o más, convirtiendo a la Argentina en el país con cifras más altas de la región. En otros, como Brasil, el consumo es un 25% menor.(Tiempo, María Eugenia Mamprin, profesora adjunta de Farmacología en la UNR e investigadora del Conicet).Ciertos grupos farmacológicos son particularmente susceptibles de intervención, incluyendo antihipertensivos, antidiabéticos, estatinas, benzodiacepinas, antidepresivos, anticolinérgicos, antipsicóticos, AINES e IBP .

Comorbilidades y Condiciones Clínicas que Impulsan la Polimedicación

La polimedicación en la población de edad avanzada es impulsada principalmente por la acumulación de varias morbilidades crónicas. La posibilidad de una medicación excesiva e inapropiada aumenta significativamente si hay más de tres enfermedades crónicas.

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipidemia, la osteoartrosis y varios trastornos digestivos, respiratorios, neurológicos y cardiovasculares son algunas de las condiciones crónicas que más a menudo se relacionan con la polimedicación. En Argentina, en estudios de farmacoeconomía es habitual que la diabetes mellitus se asocie con la hipertensión arterial.

En realidad, la mayoría de los pacientes mayores que toman múltiples medicamentos cumplen con los criterios para ser parte de procesos integrados de asistencia de riesgo vascular.
Asimismo, la función digestiva y renal se ve afectada por el proceso de envejecimiento, lo que modifica cómo se absorben y eliminan los medicamentos. Esto puede generar problemas si no se ajustan las dosis o se revisa la medicación.

La polimedicación y la multimorbilidad están estrechamente relacionadas, lo cual presenta una situación complicada: debido a que es necesario manejar múltiples condiciones al mismo tiempo, la polimedicación surge con frecuencia como un resultado de ello. No obstante, esta misma necesidad conlleva un riesgo intrínseco de eventos adversos. Por ende, la administración de polimedicación no debe restringirse a una simple disminución en la ¨cantidad de pastillas.¨

Fármacos Más Frecuentemente

Ciertos grupos farmacológicos están recurrentemente implicados en la polimedicación y, a menudo, en la prescripción potencialmente inapropiada (PPI). Entre los fármacos más comunes se encuentran los analgésicos, ansiolíticos, antidepresivos, antiinflamatorios no esteroides (AINES), anticoagulantes, antiagregantes, benzodiacepinas (BZD), e inhibidores de la bomba de protones (IBP).Otros fármacos como la levotiroxina y el complejo B también se mencionan como de uso frecuente.

En Argentina, investigaciones particulares han determinado que los inhibidores de la bomba de protones (IBP) y las benzodiacepinas (BZD) son los medicamentos más a menudo involucrados en la prescripción potencialmente inapropiada (PPI). Un estudio realizado en Córdoba, por ejemplo, reveló que el

56% de los pacientes polimedicados tomaban una BZD durante un periodo largo (entre las cuales se encuentran clonazepam y alprazolam como las más vendidas), mientras que el 38% utilizaba un IBP durante un tiempo prolongado (entre ellos pantoprazol y omeprazol, principalmente). Otras medicinas frecuentes en tratamientos de polimedicación en Argentina son los antihipertensivos, los antiinflamatorios no esteroides y los anticoagulantes.

Para evaluar la idoneidad del tratamiento farmacológico, se utilizan herramientas explícitas como los Criterios de Beers y los Criterios STOPP/START.5 La versión de los Criterios STOPP/START, publicada en 2023, ha sido ampliada a 190 criterios (133 STOPP y 57 START), lo que representa un aumento del 40% respecto a la versión anterior, con el objetivo de optimizar la medicación y minimizar las reacciones adversas. La identificación constante de ciertas clases de fármacos, como las benzodiacepinas, los AINES y los IBP, como prevalentes en la prescripción inapropiada, señala áreas terapéuticas específicas donde los médicos de cabecera deben extremar la vigilancia y dirigir sus esfuerzos de desprescripción. Esta recurrencia en los hallazgos indica que estas clases de fármacos conllevan un riesgo inherente mayor en adultos mayores. Además, la actualización continua de herramientas como los Criterios STOPP/START subrayan la naturaleza dinámica de la prescripción basada en la evidencia en geriatría, lo que exige una formación profesional continua para mantenerse al día con las últimas recomendaciones para optimizar los regímenes de medicación y minimizar las reacciones adversas.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha desarrollado un Circuito Asistencial para la revisión de la medicación del paciente polimedicado, que incluye un algoritmo de revisión de la medicación. Este algoritmo tiene como objetivo optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes, especialmente de aquellos con múltiples patologías y que consumen varios medicamentos.[1]

A continuación, se describen los puntos clave y el enfoque del algoritmo:

1. Identificación del paciente:

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/polimedicados_algoritmo_revision_15102021.pdf

El circuito se enfoca en pacientes polimedicados, que se definen como aquellos con 15 o más medicamentos prescritos durante 180 días o más.

En el sistema de prescripción (Diraya), estos pacientes se marcan con un aviso que indica la necesidad de una revisión.

2. Proceso de revisión (Algoritmo):

El algoritmo se centra en evaluar la idoneidad de la medicación en varias fases:

Problema de salud no tratado: ¿Hay algún problema de salud que debería ser tratado y no lo está?

Medicamento prescrito: Para cada medicamento, se evalúan los siguientes aspectos:

Necesidad: ¿Es realmente necesario el medicamento para la condición del paciente? ¿Hay un problema de salud para el cual se prescribe?

Efectividad: ¿Es efectivo el medicamento para tratar la condición del paciente? ¿Se está logrando el objetivo terapéutico?

Seguridad: ¿Es seguro el medicamento para el paciente? Se evalúan posibles efectos adversos, interacciones y duplicidades terapéuticas.

Adecuación: ¿Es la dosis y la pauta de administración la adecuada? ¿Hay indicios de una cascada farmacológica (un medicamento que causa un efecto adverso que se trata con otro medicamento)?

Decisión y acción:

Si se detecta un problema (medicamento innecesario, ineficaz, inseguro, etc.), se plantea una intervención.

Las intervenciones pueden incluir:

Iniciar un tratamiento si hay un problema no tratado.

Suspender o sustituir un medicamento.

Ajustar la dosis o la pauta.

Monitorizar al paciente.

Valorar la "de prescripción" (retirada de medicamentos).

3. Herramientas de apoyo:

El algoritmo se apoya en diversas herramientas y criterios para la toma de decisiones, tales como:

Criterios STOPP/START: Son listas de criterios de prescripción potencialmente inapropiada (STOPP) y de omisiones de medicación (START) en personas mayores.

Guías y algoritmos de de prescripción: Se utilizan guías y algoritmos específicos para grupos farmacológicos de interés (inhibidores de la bomba de protones, antidiabéticos, anti psicóticos, etc.).

Valoración pronostica y farmacológica: Se considera la situación clínica general del paciente, incluyendo su pronóstico, para tomar decisiones más personalizadas.

4. Circuito Asistencial:

El algoritmo se enmarca dentro de un circuito asistencial que involucra a todo el equipo de Atención Primaria (médico y enfermero) y se divide en varias consultas:

Consulta 0 (revisión de la medicación): El equipo asistencial revisa el historial del paciente y su medicación.

Consulta 1 (toma de decisiones compartida): Se programa una cita con el paciente para discutir los posibles cambios en el tratamiento.

Consulta 2 (seguimiento): Se realiza un seguimiento de las modificaciones realizadas para evaluar su impacto.

Este algoritmo es un enfoque estructurado y sistemático para abordar la complejidad de la polimedicación y mejorar la seguridad y efectividad de los tratamientos en la población andaluza.[2]

Tabla 2 : Prevalencia de Polimedicación en Adultos Mayores por Región y Características Demográficas

Región/País	Prevalencia de Polimedicación	Definición de Polimedicación	Promedio de Medicamentos	Notas Demográficas Clave
España	~50% (rango 33-82%) en >65 años; 70% en frágiles	5+ fármacos continuos por 6 meses; 10+ fármacos (hiperpolimedicación)	8-9 medicamentos	Más alta en mujeres y aumenta con la edad.

https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/polimedicados_algoritmo_revision_15102021.pdf

Chile	12.9% (5+ fármacos); 51.2% en >90 años	5+ fármacos	9 medicamentos (en CV)	Aumenta con la edad; más alta en mujeres (15.9% vs 9.7%).
Ecuador	73.7% (en un centro específico)	5+ fármacos habituales por 6 meses	No especificado	Más alta en mujeres (74.2%) y en rango 71-80 años (54.8%).
Argentina	11% en >65 años (comunidad); 18% (DASPU); 89% (hospitalizados)	5+ fármacos simultáneos por 3 meses; 5+ fármacos crónicos	No especificado	Más alta en mujeres en hospitalizados.

Tabla 2: Fármacos Comúnmente Asociados a Prescripción Potencialmente Inapropiada (PPI) según Criterios Reconocidos (Beers, STOPP/START)

Clase/Fármaco Específico	Razón de Inadecuación Potencial	Criterios Asociados	Fuentes
Benzodiacepinas (BZD)	Sedación excesiva, confusión, riesgo de caídas y fracturas, adicción,uso prolongado	Beers, STOPP, SAS	14

*3

Fragmentación de la consulta en consultorio externo y Falta de Coordinación entre Especialistas

Una de las barreras más relevantes en la gestión de la polimedicación es la fragmentación del sistema de atención. Los adultos mayores suelen ser tratados por múltiples especialistas, cada uno de los cuales receta medicamentos sin tener un enfoque integral del tratamiento integral del paciente. Esta ausencia de una visión global constituye una causa principal de la polimedicación.19 La fragmentación se manifiesta tanto horizontalmente, con múltiples especialistas que trabajan independientemente, como verticalmente, debido a la falta de conexión entre diferentes niveles de atención.19 El esquema interno de los sistemas de salud desconectados origina una vulnerabilidad a nivel de sistema. Cada especialista evoluciona el tratamiento para su área concreta, lo cual, en suma, produce una carga acumulativa en la medicación del paciente. Esta situación indica que, aunque sean esenciales, los esfuerzos correspondientes de los médicos de cabecera no son suficientes

* Criterios de Beers versus STOPP en pacientes mayores, polimedicados y residentes en la comunidad - SciELO España, fecha de acceso: agosto 18, 2025,

sin cambios más profundos en el sistema que promuevan la implementación de modelos unificados de atención, la adopción compartida de registros electrónicos sanitarios y una interacción de comunicación fuerte entre todos los prestadores de servicios médicos implicados en el cuidado del paciente.

Limitaciones de Tiempo en la Consulta y la Revisión de Medicación

Los controles médicos junto a los médicos de cabecera suelen ser cortos, lo que complica significativamente realizar una revisión detallada y exhaustiva de los medicamentos de cada paciente. La revisión de medicamentos es un proceso esencialmente complicado que demanda tiempo y, en la mayoría de los casos, una entrevista estructurada para identificar medicamentos innecesarios, dosis inadecuadas, duplicidades terapéuticas, interacciones entre fármacos y reacciones adversas.

La realidad de que las consultas médicas de los médicos de cabecera tengan una duración reducida es una dificultad práctico fundamental para una gestión integral de la polimedicación. Aún cuando la revisión detallada de la medicación es el estándar de oro, en muchas circunstancias su implementación se complica debido a la condición de una clínica con alta demanda. Esta situación destaca la importancia de considerar y poner en práctica estrategias pragmáticas, así como de emplear herramientas tecnológicas, tales como los sistemas informáticos para identificar prescripciones que podrían ser inapropiadas. El objetivo es que estas revisiones esenciales sean viables y eficaces a pesar de las restricciones temporales presentes en la práctica cotidiana de los médicos de cabecera.

Marco Normativo

La Ley N°19 032, promulgada en 1971, fue un hecho crucial. Dicha ley creó el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, PAMI. Esta entidad se concibió como persona jurídica de derecho público no estatal, dotada de autonomía financiera y administrativa, eso según las directrices establecidas en la ley misma.

Aún más, su gestión está sujeta al control de la Sindicatura, la cual se conforma internamente. La auditoría externa, en cambio, la realiza la Auditoría General de la Nación.

El artículo 2 de la legislación mencionada prescribe que el Instituto deberá, con la finalidad de ofrecer a jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, junto a su núcleo familiar inmediato, beneficios sanitarios y sociales, con enfoques integrales, e igualitarios, enfocados en fomentar, evitar, cuidar, sanar y rehabilitar la salud. Estos beneficios se articulan mediante un modelo prestacional fundado en la solidaridad, la eficacia y la eficiencia, buscando la calidad más elevada para todos los afiliados.

Respecto al origen del PAMI, el Decreto Reglamentario 1157/71 B. O. del 28 de mayo de 1971 consideraba la creación del Programa de Atención Médica Integral, que surgió con la meta de proporcionar asistencia médica integral a la gente mayor.

El PAMI, hoy por hoy, ostenta el título de la obra social más vasta de Latinoamérica, atendiendo a casi 5 millones de jubilados y sus familiares dependientes, así como a pensionados y excombatientes de Malvinas; otorgando servicios médicos y sociales de suma importancia, y considerando que una vida activa es fundamental para preservar una buena salud.

El Ministerio de Salud de la Nación, en equipo con las autoridades provinciales, dio luz verde a la Política Nacional de Medicamentos (PNM), que incluia tres puntos clave

El uso de medicamentos por su nombre genérico; también, la selección cuidadosa de los productos financiados con fondos colectivos;

La entrega pública y gratis de medicamentos esenciales ambulatorios gracias al Programa Remediar.

Por fin, en el 2007, a traves de la Resolución 1412/2007 se establece la Comisión Nacional Asesora para el Uso Racional de Medicamentos. Impulsado

por la apremiante y difusa problemática del uso irracional de fármacos persistente en los sistemas de salud, tanto públicos como privados, en naciones industrializadas y aquellas en vías de desarrollo, donde las repercusiones son graves en cuanto a desenlaces desfavorables para los pacientes, reacciones medicamentosas adversas, el avance de la resistencia antimicrobiana y un consumo exagerado de recursos.

La Organización Mundial de la Salud - OMS - ha hecho reiteradas declaraciones, mediante la Asamblea Mundial de la Salud, urgiendo a los Estados Miembros a tomar decisiones específicas sobre el uso racional de los medicamentos por parte de médicos, farmacéuticos y usuarios.

Dentro del contexto del PLAN FEDERAL DE SALUD, y acorde a las recomendaciones de la OMS, se instauró la Política Nacional de Medicamentos, sumándose a la Alianza Mundial para la seguridad de los pacientes, esto estimulando acciones enfocadas en la recuperación, el cuidado, el fomento y la salvaguarda de la salud.

Definiendo directrices para fomentar el uso racional de medicamentos, se buscarán los problemas comunes en la prescripción y la calidad de la atención sanitaria asociada. Se elaborarán estrategias de intervención para impulsar el uso sensato de medicamentos. Asimismo, se crearán indicadores para medir el impacto de esta política en la comunidad y se impulsarán campañas de educación y sensibilización sobre el uso correcto de los medicamentos.

Recientemente, el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 358/2020 RESOL-2020-358-APN-MS, con fecha del 28/02/2020, estableció el Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos ConMed, dependiente del Ministerio de Salud. Este Consejo, presidido por el Ministro, tendrá la responsabilidad de asesorar, emitir opiniones y formular recomendaciones, de carácter no vinculante, relacionadas con el desarrollo y la implementación de la Política Nacional de Medicamentos 2020-2023. El objetivo primordial es el de ampliar el acceso, elevar la calidad y fomentar el uso racional de los medicamentos, a través de acciones y propuestas enmarcadas en una política

de Estado que cuente con el apoyo y la observación de los diversos sectores y actores del sistema.

El Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos emerge como un foro para la consulta y la participación. Reunirá a todos los actores 29 implicados en la concepción y desenvolvimiento de la política nacional sobre medicamentos. La presidencia recaerá en el Ministro de Salud, con la coordinación a cargo de la Subsecretaría de Medicamentos e Información Estratégica. Inicialmente, incluirá representantes de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) además de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). También, de la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), y de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud (CONETEC). Se sumarán el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI) y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán” (ANLIS) junto con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Adicionalmente estarán presentes los Ministerios de Ciencia, Tecnología e Innovación, así como el de Desarrollo Productivo, sumando el Consejo Federal de Salud (CoFeSa) y quizá otros más.

Es importante destacar que la instauración de este consejo consultivo constituye una pieza clave en una estrategia gubernamental integral. Este plan, que busca optimizar la colaboración entre los entes claves del sector, tiene como objetivo principal impulsar el suministro y la accesibilidad a los fármacos.

Respecto a la Promoción de los Medicamentos con Receta el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Resolución Nº 627/2007, ha abordado una problemática particularmente sensible: la promoción de medicamentos que requieren receta médica, dirigidda a los profesionales de la salud. A pesar de que la Ley 16463, limitaba la divulgación de fármacos con receta al público general, carecía de un marco ético sólido para regular la promoción orientada a los profesionales de la salud.

En rigor, esos expertos, son quienes sienten una profunda necesidad de obtener detalles precisos acerca de los medicamentos, esto para ejercer a

cabalidad su tarea. La ausencia de un sólido marco jurídico propició el surgimiento de una normativa renovada. Considerando sus fundamentos, la reciente regulación busca que la difusión se conduzca con la mirada puesta en los cruciales "intereses de salud pública" involucrados. La información ofrecida debería ser "objetiva y certera" y ajustarse a todas las leyes pertinentes. En términos generales, la norma indica que la promoción debe incentivar el "uso prudente de los medicamentos", presentándolos de manera imparcial, fundándose en sus propiedades farmacológicas, su acción terapéutica e indicaciones validadas.

Estos principios están guiados por un objetivo manifiesto: desanimar, e inclusive castigar, las estrategias promocionales que "fomentan circuitos comerciales que distorsionan las prácticas adecuadas de prescripción". Por esta razón, se prohíbe taxativamente a los laboratorios el conceder, ofertar o prometer a los profesionales de la salud "cualquier tipo de estímulos o prebendas", incluyendo bonificaciones, ventajas financieras o en especie.

La reglamentación no se centra solo en la promoción dirigida a profesionales.

En el ámbito jurídico existen leyes notables publicadas en el Boletín Oficial, pongamos por caso en el año 2015, regulan la publicidad de productos sanitarios destinada al público en general. Dicha regulación imperativa exige a las empresas notificar a la autoridad sanitaria correspondiente cualquier tipo de publicidad, ya sea la clásica o más novedosa, de productos tales como medicamentos sin receta médica, suplementos alimenticios y, además, tecnología médica diversa.

El fundamento primordial de esta reglamentación descansa sobre los derechos inalienables de los consumidores, establecidos, no sin importancia, en el Artículo 42 de la Constitución Nacional. Dicho artículo asegura, sin lugar a dudas, la protección integral de la salud, la seguridad individual y, además, el derecho a una información completa y fidedigna. El principal propósito que persigue es prevenir que los consumidores tomen decisiones desacertadas a partir de declaraciones erróneas o engañosas acerca de las cualidades de un determinado producto.

La Ley Nacional Número 17.565, convenientemente actualizada por la Ley 26.567, estipula categóricamente que la venta de medicamentos, inclusive los que se expenden sin receta médica, solo podrá ser efectuada, sin excepciones, por farmacéuticos en establecimientos farmacéuticos debidamente autorizados. Esta norma, bastante precisa, prohibió tajantemente la venta de fármacos como analgésicos o antiácidos en establecimientos comerciales minoristas, tales como kioscos y supermercados, lugares donde simplemente no se verifica ningún tipo de control ni registro formal.

Un estudio de la OMS revela que más del 50% de las individuos, que acceden a fármacos de manera inadecuada, los emplean incorrectamente. Si bien esta legislación provocó incomodidad en algunos clientes, obligados a "recorrer más distancia" para acceder a una farmacia, su objetivo primordial es resguardar la salud, impidiendo la automedicación incorrecta.

Método de Estudio

El envejecimiento de la población es un fenómeno que está ocurriendo en todo el mundo y trae consigo un aumento notable en la cantidad de enfermedades crónicas, lo que a su vez genera una mayor necesidad de tratamientos farmacológicos complejos. Es crucial gestionar la medicación de manera segura y efectiva en los adultos mayores para evitar riesgos, como las interacciones entre medicamentos y los efectos adversos. Esto no solo ayuda a mejorar su calidad de vida, sino que también les permite mantener su autonomía.

Se presenta una plantilla de encuesta organizada por secciones, combinando los principios de herramientas validadas (como el Test de Morisky-Green y el rPATD) y guías de revisión clínica (como el Cuestionario de Hamdy o ARMOR).

Metodología y Muestra

Se aplicó un **estudio cuantitativo, descriptivo y transversal,** mediante un cuestionario estructurado a la cápita de un de Médico de Cabecera.

La evidencia del uso de esta metodología se basa en los siguientes puntos:

Se utilizó un cuestionario estandarizado con preguntas cerradas (de opción múltiple y de selección simple/múltiple).Es un estudio Descriptivo y Transversal, ya que busca describir las características (demográficas, de salud y de medicación) de una población específica en un momento dado.

El análisis se centra en la estadística descriptiva , presentando los resultados mediante:

- Frecuencias Absolutas .
- Frecuencias Relativas o Porcentajes .
- Representación Gráfica .
- Muestra (N): El número de respuestas varió ligeramente por pregunta, con un total de respuestas alrededor de 343 a 359, lo que indica el tamaño de la muestra o el número de participantes.

La población total de la cápita asciende a 400 pacientes. El número de respuestas obtenidas (muestra final) 341 a 359 por pregunta, lo que representa una alta tasa de participación con respecto a la cápita total de 400 pacientes por pregunta, representando una alta tasa de participación .

El objetivo principal de esta encuesta fue describir y cuantificar el perfil demográfico, el estado de salud, y los hábitos de consumo y gestión de medicamentos de una población de adultos mayores.

Específicamente, se buscó:

- Determinar la distribución por edad y sexo .

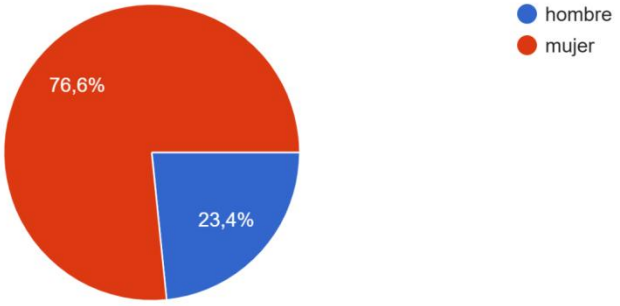
- Evaluar la prevalencia de enfermedades crónicas diagnosticadas .

- Cuantificar el grado de polifarmacia/polimedicacion (consumo de más de cinco medicamentos diarios) .

- Analizar las prácticas de seguimiento médico y el uso de medicamentos de venta libre o suplementos

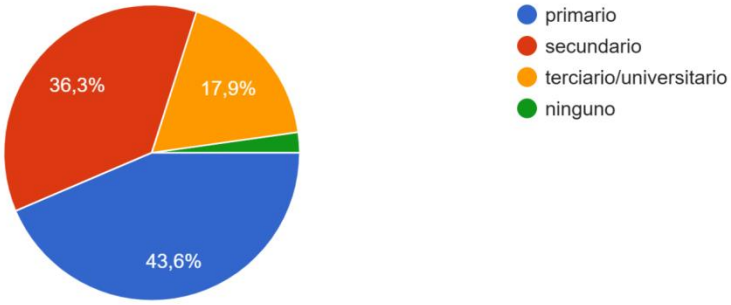
sexo

359 respuestas



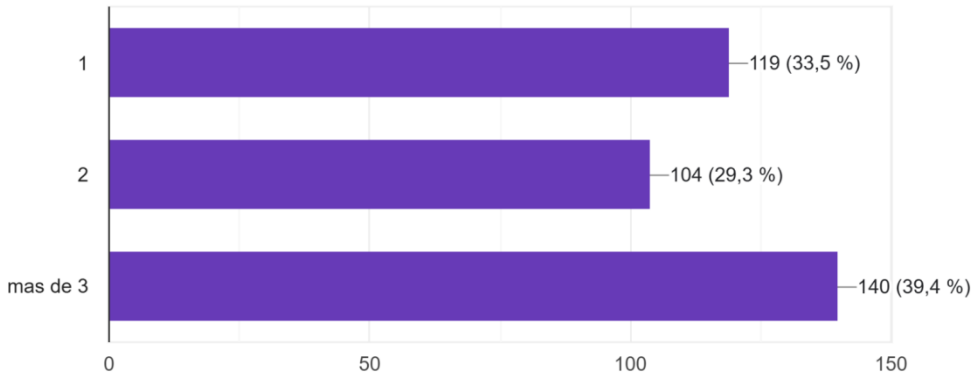
nivel de estudio

358 respuestas



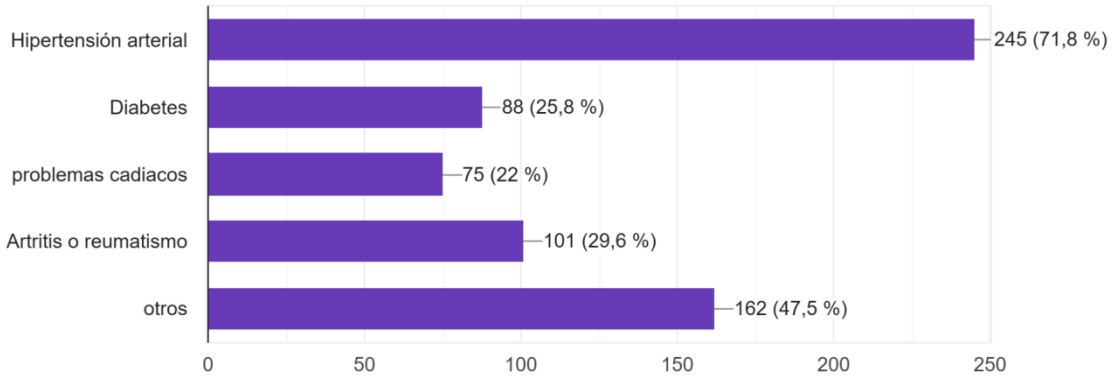
¿Cuántos médicos especialistas o de cabecera consulta regularmente? (Ej: cardiólogo, endocrinólogo, etc.)

355 respuestas



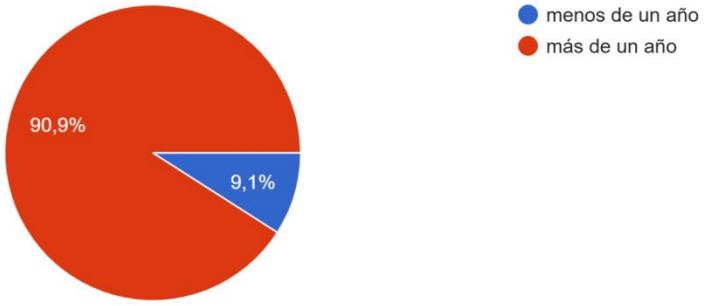
¿Sufre de alguna enfermedad crónica diagnosticada? (Marque todas las que apliquen)

341 respuestas



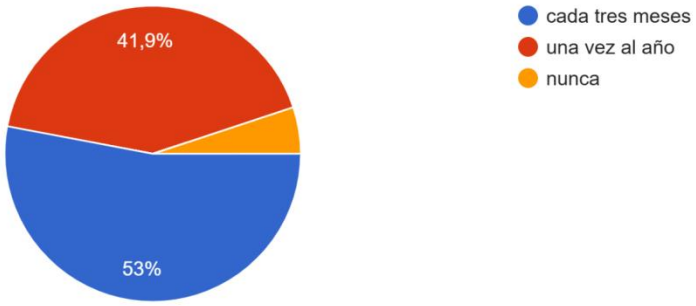
¿Cuánto tiempo ha estado tomando la mayoría de estos medicamentos?

342 respuestas



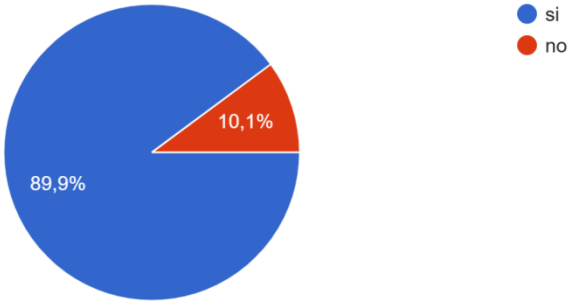
cuantas veces concurre a la consulta para controlar su medicacion

353 respuestas



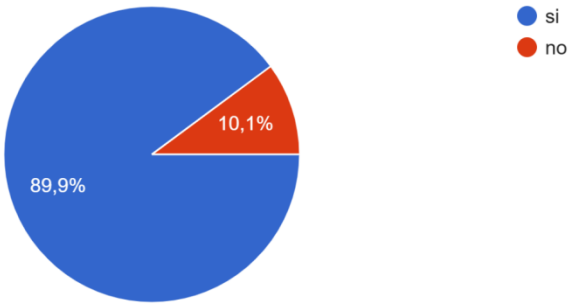
Tiene un listado actualizado de todos sus medicamentos

355 respuestas



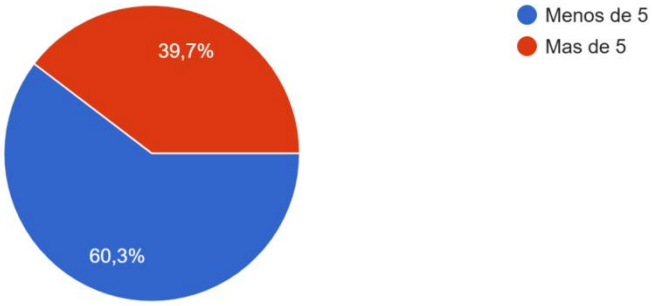
Tiene un listado actualizado de todos sus medicamentos

355 respuestas



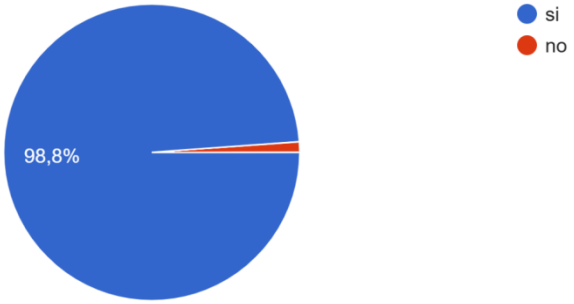
¿Cuántos medicamentos con receta toma usted diariamente? (Incluya pastillas, jarabes, etc.)

348 respuestas



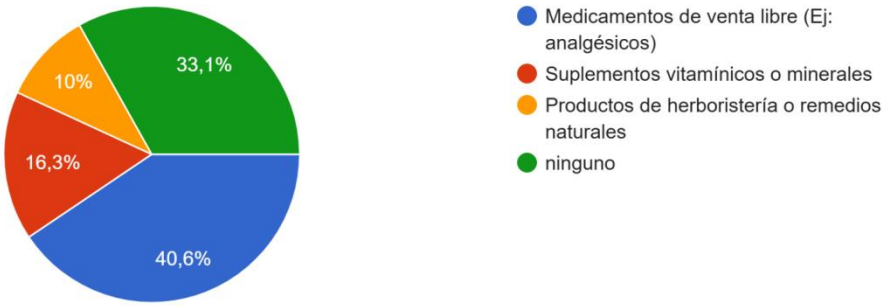
Los medicamentos que toma son recetados por medico de cabecera o especialista

346 respuestas



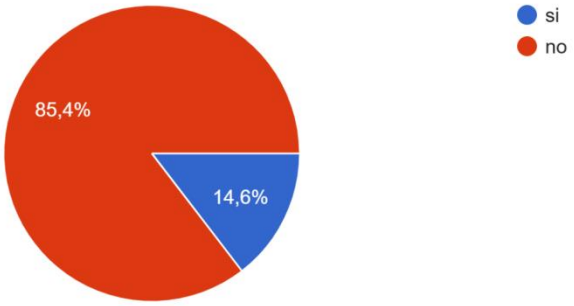
¿toma regularmente algún otro tipo de medicamento ? (Marque todas las que apliquen)

350 respuestas

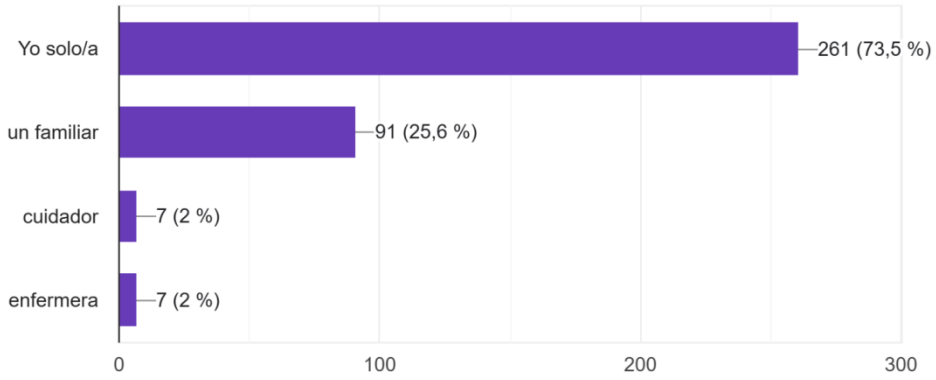


Algún medicamento que toma es para aliviar un efecto secundario causado por otro medicamento?

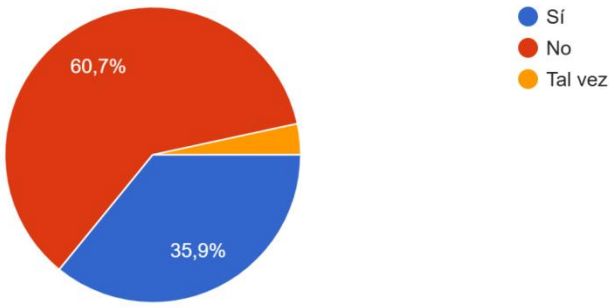
343 respuestas



¿Quién le ayuda con sus medicamentos? (Marque todas las que apliquen)
355 respuestas



¿Utiliza algún organizador de pastillas (pastillero) o alarma para recordarlos?
354 respuestas



Pregunta	Opciones	Respuestas (n)	Porcentaje (%)
Edad: ¿En qué rango de edad se encuentra? (Total: 343 respuestas	65-74 años	213	62,1%

	75-84 años	94	27,4%
	85 años o más	36	10,5%
Sexo Total: 359 respuestas	Hombre	64	17,9%
	Mujer	295	82,1% [43.6% (azul) + 36.3% (rojo) + 2.2% (verde)]
Nivel de estudio (Total: 358 respuestas)	Primario (Inferido de la gráfica)	156 [Inferido]	43,6%
	Secundario (Inferido de la gráfica)	130 [Inferido]	36,3%
	Terciario/universitario (Inferido de la gráfica)	64 [Inferido]	17,9%
	Ninguno (Inferido de la gráfica)	8 [Inferido]	2,2% [Inferido: 100% - 43.6% - 36.3% - 17.9%]

Pregunta	Opciones	Porcentaje (%)
¿Cuánto tiempo ha estado tomando la mayoría de estos medicamentos? [cite: 57](Total: 342 respuestas)	Menos de un año	9,1%
	Más de un año	90,9%
¿Cuántas veces concurre a la consulta para controlar su medicación?(Total: 353 respuestas)	Cada tres meses	53%
	Una vez al año	41,9%
	Nunca	5,1% [Inferido: 100% - 53% - 41.9%]
¿Tiene un listado actualizado de todos sus medicamentos? Total: 355 respuestas	Sí	89,9%
	No	10,1%
¿Cuántos medicamentos con receta toma usted diariamente? Total: 348 respuestas	Menos de 5	60,3%
	Más de 5	39,7%

Los medicamentos que toma son recetados por médico de cabecera o especialista Total: 346 respuestas	Sí	98,8%
	No	1,2% [Inferido: 100% - 98.8%]
¿Algún medicamento que toma es para aliviar un efecto secundario causado por otro medicamento? Total: 343 respuestas	Sí	14,6%
	No	85,4%
¿Utiliza algún organizador de pastillas (pastillero) o alarma para recordarlos? (Total: 354 respuestas	Sí	35,9%
	No	60,7%
	Tal vez	3,4% [Inferido: 100% - 60.7% - 35.9%]

Conclusiones Relevantes

Basado en el análisis de los datos cuantitativos obtenidos mediante la encuesta, las conclusiones más relevantes son:

I. Características Demográficas y Consultas Médicas

La gran mayoría de los encuestados se encuentra en el rango de 65 a 74 años (62,1%) , seguido por el rango de 75 a 84 años (27,4%). Cuenta con una participación significativamente mayor de mujeres, representando una proporción combinada del 79,9% (43,6% + 36,3%) frente al 17,9% de hombres.

Una gran parte de los encuestados consulta a más de 3 médicos especialistas o de cabecera regularmente (39,4%) , siendo esta la opción más marcada, seguida de un solo médico (33,5%).

II. Enfermedades Crónicas (Morbilidad)

La enfermedad crónica más común es la Hipertensión arterial, que afecta a casi tres cuartas partes de la muestra (71,8%).Cerca de la mitad de la población reporta sufrir de otras enfermedades crónicas no especificadas (47,5%) , y las afecciones del sistema músculo-esquelético (Artritis o reumatismo) son prevalentes (29,6%).La Diabetes afecta al 25,8% y los problemas cardíacos al 22% de los encuestados.

III. Manejo de la Medicación

Un porcentaje considerable (39,7%) de los encuestados toma más de 5 medicamentos con receta diariamente, lo que indica un alto grado de polifarmacia. El uso de medicamentos es crónico, con el 90,9% reportando haber tomado la mayoría de sus medicamentos por más de un año. Hay una alta conciencia sobre la necesidad de documentación, con 89,9% afirmando tener un listado actualizado de todos sus medicamentos.

La mayoría acude a consulta para controlar su medicación cada tres meses (53%), lo que sugiere un seguimiento médico regular y estrecho.

La gran mayoría de los encuestados (73,5%) gestiona sus propios medicamentos sin ayuda de familiares o cuidadores.

Casi la mitad de la población toma medicamentos de venta libre (40,6%) , y un tercio consume suplementos vitamínicos o minerales (33,1%), lo que puede aumentar el riesgo de interacciones.

Implicaciones de la Polifarmacia en la Población Encuestada

El alto índice de consumo de medicamentos en esta población, conocido como polifarmacia, tiene importantes implicaciones para su salud y bienestar, especialmente considerando que es una población mayormente anciana y con alta prevalencia de enfermedades crónicas .

Se considera que hay polifarmacia cuando una persona toma más de cinco medicamentos al día. En esta encuesta, el 39,7% de los participantes cae en esta categoría.

Riesgos y Consecuencias de la Polifarmacia

La polifarmacia no es solo un indicador de enfermedad crónica, sino también un factor de riesgo importante:

*Interacciones Farmacológicas: Tomar múltiples medicamentos aumenta drásticamente el riesgo de interacciones peligrosas entre ellos, lo que puede potenciar o anular sus efectos. Este riesgo se ve agravado por el hecho de que el 14,6% de los encuestados toma un medicamento para aliviar un efecto secundario causado por otro.

*Reacciones Adversas a Medicamentos (RAM): La probabilidad de sufrir efectos secundarios o reacciones adversas aumenta con el número de fármacos. Esto es particularmente preocupante ya que 71,8% sufre de hipertensión y 22% de problemas cardíacos, condiciones sensibles a las RAM.

*Mayor Riesgo de Caídas: La polifarmacia/ polimedicacion (benzodiacepinas o algunos antihipertensivos) pueden causar mareos, somnolencia o inestabilidad, aumentando el riesgo de caídas y fracturas en adultos mayores .

*Complejidad y Adherencia: Un régimen de medicación complejo con múltiples dosis y horarios puede llevar a la falta de adherencia (olvidar dosis o tomarlas incorrectamente), a pesar de que la mayoría reporta usar un listado actualizado (89,9%)

A pesar de los riesgos, los datos también revelan fortalezas y oportunidades para reducir los peligros de la polifarmacia:

Seguimiento Médico Estricto: La mayoría de los encuestados asiste a controles de medicación cada tres meses (53%). Esta frecuencia es fundamental para que los médicos puedan revisar la medicación (deprescripción) y detectar posibles interacciones. Profesionalización de la Prescripción: Casi todos los medicamentos son recetados por un médico de cabecera o especialista (98,8%), lo que indica que el régimen está bajo supervisión médica.

El uso frecuente de medicamentos de venta libre (40,6%) y suplementos vitamínicos/herbolarios (33,1% + 16,3%) puede representar un riesgo oculto. Es crucial educar a las personas sobre la importancia de informar a su médico acerca de todos los productos que consumen, no solo de aquellos que son recetados. El consumo de medicamentos de venta libre, así como de suplementos vitamínicos, minerales y productos naturales, es un factor clave en el riesgo de polifarmacia y representa un riesgo oculto significativo en esta población. Los datos muestran que una parte considerable de los encuestados utiliza regularmente productos que no requieren receta:

- Medicamentos de Venta Libre (Ej: analgésicos): 40,6% - Suplementos Vitamínicos o Minerales: 33,1% - Productos de Herboristería o Remedios Naturales: 16,3%

-Implicaciones del Uso de Productos No Recetados Incorporar estos productos en la rutina diaria, junto con la alta polifarmacia de medicamentos recetados (39,7% toma más de 5 recetados), genera los siguientes riesgos:

Interacciones Farmacológicas no Reportadas:

Hay un alto riesgo de que los médicos no estén al tanto de que sus pacientes están tomando estos productos, ya que se obtienen sin receta. Muchos suplementos (incluyendo productos de herboristería) pueden interactuar con medicamentos recetados, alterando su eficacia (ya sea disminuyéndola o aumentándola) o provocando efectos secundarios tóxicos.

Duplicidad Terapéutica: Una persona puede estar tomando una combinación de medicamentos de venta libre y recetados que contienen el mismo principio activo o tienen un efecto similar, sin darse cuenta, lo que puede llevar a una sobredosis

Impacto en la Enfermedad Crónica: Algunos suplementos o remedios herbales pueden influir en el control de enfermedades crónicas comunes en la población.

Dado que un gran porcentaje de la población se somete a controles médicos frecuentes (cada tres meses) y lleva un registro de los medicamentos que le han recetado (89,9%), la estrategia principal para mitigar problemas es la educación continua. Esto ayuda a que los pacientes incluyan de manera explícita todos los productos de venta libre y suplementos en la lista que presentan a su médico.

Fortalezas y Debilidades en la Gestión de Salud

Basado en la metodología cuantitativa y los resultados de la encuesta, la población encuestada presenta un perfil con importantes fortalezas en el seguimiento médico, pero con debilidades significativas relacionadas con la polifarmacia y el uso de productos no recetados.

Aspecto	Dato Clave	Implicación

Control Médico Frecuente	53% va a consulta cada tres meses.	Permite una supervisión estrecha de la medicación y las enfermedades crónicas.
Listado de Medicamentos	89,9% tiene un listado actualizado	Excelente adherencia a la documentación, lo cual es vital para evitar errores médicos en consultas y urgencias.
Medicamentos Recetados	98,8% de los medicamentos son recetados por un profesional	Muestra una alta confianza y dependencia en el sistema de salud formal.
Autonomía	73,5% gestiona sus medicamentos "solo/a".	Indica una buena capacidad funcional y control personal sobre su régimen de salud.
Adherencia a Tratamientos	90,9% toma sus medicamentos hace más de un año.	Refleja una alta consistencia en el seguimiento de tratamientos a largo plazo.

Aspecto	Dato Clave	Implicación
Polifarmacia	39,7% toma más de 5 medicamentos con receta al día.	Aumenta el riesgo de interacciones farmacológicas y de efectos secundarios (RAM).

Alto Consumo de Venta Libre	40,6% toma medicamentos de venta libre.	Es un riesgo oculto que puede llevar a duplicidad de principios activos y a interacciones desconocidas por el médico.
Comorbilidad Crónica	71,8% sufre de Hipertensión Arterial y 47,5% tiene "otros"	La complejidad del manejo de la salud es muy alta, exigiendo un cuidado especializado y coordinado entre múltiples médicos (más de 3 en 39,4% de los casos .
Bajo Uso de Organizadores	60,7% NO usa pastillero o alarma.	A pesar de la autonomía, existe un riesgo de olvidos o errores en la toma de dosis, especialmente con regímenes complejos (polifarmacia).

Conclusion

Basado en la evidencia recopilada, se presentan las siguientes recomendaciones, enfocadas principalmente en fortalecer el papel del médico de cabecera y mejorar los procesos de atención:

1. Implementación de Protocolos Estructurados Adopción de Criterios Claros: Fomentar el uso habitual de herramientas para detectar Prescripciones Potencialmente Inapropiadas (PPI), como los Criterios de Beers y los Criterios STOPP/START en atención primaria, para sistematizar la revisión de medicamentos. Algoritmos de Revisión: Incluir en el flujo de trabajo el Algoritmo SAS (o uno similar) como un procedimiento regular para la conciliación y revisión periódica de la polimedicación en pacientes que toman más de cinco medicamentos.

2. Fortalecimiento del Rol del Médico de Cabecera Conciliación Activa: Hacer obligatoria la reconciliación farmacológica en cada consulta de control para adultos mayores, no solo al inicio de un nuevo tratamiento. Esto implica preguntar específicamente sobre medicamentos de venta libre y suplementos. Estrategias de Deprescripción: Promover la capacitación en deprescripción (retirada cuidadosa de medicamentos innecesarios o inapropiados), centrándose en fármacos de alto riesgo como las benzodiacepinas (BZD) y los inhibidores de la bomba de protones (IBP), que son comunes en la PPI.

3. Educación y Empoderamiento del Paciente Fomento del Listado Completo: Enseñar al paciente (dada su alta autonomía) la importancia de mantener una lista completa y actualizada de todos los productos que consume (recetados, de venta libre, suplementos, remedios naturales). Concientización sobre el Riesgo Oculto: Educar activamente sobre los peligros de la duplicidad de principios activos y las interacciones farmacológicas, especialmente con analgésicos y suplementos que son muy comunes.

4. Cambios Sistémicos Registros Electrónicos Integrados: Promover el desarrollo e implementación de registros médicos electrónicos unificados que

permitan al médico de cabecera acceder de inmediato a la información necesaria.

Bibliografia

I. Criterios de Prescripción y Guías Clínicas

- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/polimedicados_algoritmo_revision_15102021.pdf
- Criterios de Beers versus STOPP en pacientes mayores, polimedicados y residentes en la comunidad - SciELO España, fecha de acceso: agosto 18, 2025,

II. Estudios, Investigaciones y Revistas Científicas

- Rigueira García, A. I. (2024). La polimedicación como síndrome geriátrico emergente 9 mayo, 2024 REVISTA Nº 29 ABRIL 2024.
- Estudios sobre prevalencia de polifarmacia - Polifarmacia en el adulto mayor. Consideraciones en el perioperatorio Rev. mex. anestesiol. vol.45 no.1 Ciudad de México ene./mar. 2022 Epub 13-Jun-2022

III. Conceptos Clave y Marco Teórico (Adultos Mayores, Calidad de Vida, Polimedicación)

- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (1997). *Measuring Quality of Life: The WHOQOL-100.* Ginebra: OMS.
- **Organización Mundial de la Salud (OMS).** (2019). *Medication safety in polypharmacy.* Ginebra: OMS (WHO/UHC/SDS/2019.11).
- **Levy, S., & Anderson, C.** (1980). *Defining quality of life: An attempt at a comprehensive theory.* Social Indicators Research, 7(1-4), 51-71.

- **Szalai, A.** (1980). *The concept of quality of life: A common sense approach.* Social Indicators Research, 7(1-4), 1-27.
- **Celia, K. D., & Tulsky, D. S.** (1990). *Quality of life: A concept and measurement model for the field of spinal cord injury.* Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 71(12), 1012-1017.
- **CONFERENCIA INTERAMERICANA DE SEGURIDAD SOCIAL.** (1995). *Investigación sobre adultos mayores.*

IV.Prevalencia, Comorbilidades y Gestión en Argentina y Latinoamérica

- **Rigueira García, A. I.** (2024). *Polimedicación en el paciente mayor.* Revista Nº 29, Abril 2024.
- **Mamprin, M. E., et al.** (Mencionada en el texto sobre PAMI y datos argentinos). *Estudios sobre consumo de medicamentos en afiliados del PAMI.*

  https://rephip.unr.edu.ar/items/fc931ce0-8646-4515-9295-5ddcc65ed8d2

- **Martínez, J. L., Gómez, A., & Sauceda, D.** (2014). Prevalencia de polifarmacia y prescripción de medicamentos inapropiados en adultos mayores hospitalizados por enfermedades cardiovasculares. *Gaceta Médica de México*, 150(Extra 1), 29-38.
- **Molina López, T., et al.** (2012). Revisión de la medicación en ancianos polimedicados en riesgo vascular: ensayo aleatorizado y controlado. *Atención Primaria*, 44(8), 453-462. (Referencia para estudios de manejo y riesgo vascular).
- **Fajreldines, A. V., Barberis, E., Beldarraín, M. B., et al.** (2021). Polimedicación, prescripción inapropiada y eventos adversos a fármacos en ancianos hospitalizados: un problema de seguridad del paciente. *Revista Colombiana de Ciencias Químicas Farmacéuticas*, 50(2), 522-532.

VI. Herramientas de Prescripción y Modelos de Atención

- **O'Mahony, D., Cherubini, A., Guiteras, A. R., et al.** (2023). STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *European Geriatric Medicine*, 14, 625–632.
- **American Geriatrics Society (AGS) Expert Panel.** (2019). American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(4), 674-694.

VII. Marco Normativo Argentino

- **Ley N° 19.032.** (1971). Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).
- **Resolución 1412/2007.** Ministerio de Salud de la Nación. Establece la Comisión Nacional Asesora para el Uso Racional de Medicamentos.
- **Resolución 627/2007.** Ministerio de Salud de la Nación. Regulación de la promoción de medicamentos que requieren receta médica.
- **Resolución 358/2020 (RESOL-2020-358-APN-MS).** Ministerio de Salud de la Nación. Establece el Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos (ConMed).
- **Ley N° 17.565**, actualizada por la **Ley N° 26.567.** Venta de medicamentos exclusivamente en farmacias habilitadas.

Título de Sección	Pág.
Introducción	**1**
Definición de Polimedicación y el Desafío en Adultos Mayores	1
Fragmentación de la Atención y Rol del Médico de Cabecera	1
Barreras para la Gestión	2
Hipótesis	**2**
Objetivo	**3**
Estructura del Trabajo	**3**
Marco Teórico	**4**
Conceptos Clave y Modelos Explicativos	4
Adultos Mayores (La Tercera Edad)	4
Calidad de Vida (CdV)	5
Polimedicación	6
El Aumento de la Polimedicación	6
Estadísticas de Prevalencia a Nivel Global y Regional	7
Comorbilidades y Condiciones Clínicas que Impulsan la Polimedicación	9
Fármacos Más Frecuentemente Implicados	10
Barreras para el Manejo Efectivo	**11**
Fragmentación de la Consulta y Falta de Coordinación entre Especialistas	11
Limitaciones de Tiempo en la Consulta y la Revisión de Medicación	12
Marco Normativo Argentino (Uso Racional de Medicamentos - URM)	**13**
PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados)	13
Política Nacional de Medicamentos (PNM)	13
Consejo Asesor para la Política Nacional de Medicamentos (ConMed)	14
Promoción de los Medicamentos con Receta	15

Título de Sección	Pág.
Ley N° 17.565 (Venta Exclusiva en Farmacias)	16
Metodología y Resultados Cuantitativos	**17**
Método de Estudio	17
Metodología y Muestra	17
Objetivos Específicos de la Encuesta	18
Algoritmo de Revisión de la Medicación (Modelo SAS)	19
Conclusiones Relevantes	**20**
I. Características Demográficas y Consultas Médicas	20
II. Enfermedades Crónicas (Morbilidad)	20
III. Manejo de la Medicación	21
Implicaciones de la Polifarmacia en la Población Encuestada	21
Riesgos y Consecuencias de la Polifarmacia	22
Riesgo Oculto: Consumo de Productos No Recetados	23
Fortalezas y Debilidades en la Gestión de Salud	24
Recomendaciones	**25**
1. Implementación de Protocolos Estructurados	25
2. Fortalecimiento del Rol del Médico de Cabecera	25
3. Educación y Empoderamiento del Paciente	25
4. Cambios Sistémicos	25
Bibliografía	**26**
I. Criterios de Prescripción y Guías Clínicas	26
II. Estudios, Investigaciones y Revistas Científicas	26
III. Conceptos Clave y Marco Teórico	27
IV. Prevalencia, Comorbilidades y Gestión en Argentina y Latinoamérica	27
VI. Herramientas de Prescripción y Modelos de Atención	28

Título de Sección	Pág.
VII. Marco Normativo Argentino	29