

www.observatorioenvejecimiento.uc.cl

Uso de Medicamentos y Polifarmacia en Personas Mayores

Observatorio del
Envejecimiento

Para un Chile con futuro



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Compañía de Seguros

confuturo[®]
UN CHILE CON FUTURO

Introducción

Cuando el uso de múltiples medicamentos es recurrente, toma el nombre de polifarmacia. Esta es común en las personas mayores, justamente porque son el grupo etario que en comparación tiene mayor cúmulo de enfermedades y, por tanto, mayor necesidad de tomar medicamentos. No obstante, la polifarmacia se vuelve un problema cuando la persona comienza a consumir más medicamentos de los que verdaderamente necesita.

De acuerdo con los especialistas, las causas más recurrentes de polifarmacia en las personas mayores son la falta de coordinación entre los distintos niveles de salud, la atención segmentada de cada patología, la prescripción de medicamentos inadecuados y la automedicación.

La polifarmacia es compleja, pues el uso excesivo de medicamentos aumenta la probabilidad de interacción entre principios activos, lo que puede desencadenar una serie de complicaciones en la persona. Lamentablemente, la mayor cantidad de reacciones adversas a medicamentos se presenta en personas mayores, por una parte, porque consumen más medicamentos, y por otra, porque la tolerancia a ciertos medicamentos cambia con el tiempo.

Las reacciones adversas a medicamentos en las personas de edad más avanzada pueden conducir a mayor fragilidad y disminución en la funcionalidad, tanto física como cognitiva. Por ejemplo, el riesgo de caídas se incrementa en la medida que aumenta la cantidad de medicamentos que consume. Por sobre una terapia de 4 medicamentos, el riesgo de caídas sube en un 14% por cada medicamento que se agregue (Freeland, 2014).

Otra de las consecuencias derivadas de una polifarmacia es el aumento de la dependencia y hospitalizaciones. De acuerdo con Age UK (2019), más del 10% de las hospitalizaciones no planeadas en personas mayores en el Reino Unido son por uso inadecuado de medicamentos, y entre los años 2008 y 2015, hubo un aumento del 53% en el número de ingresos de emergencia debido a “reacciones adversas a medicamentos”. En consecuencia, resulta crucial reducir la ocurrencia de este fenómeno y concientizar a las personas mayores sobre esta problemática.

Este reporte tiene como objetivo discutir las implicancias de la polifarmacia en Chile, estudiando las posibles causas y también las consecuencias de ella en las personas mayores. Con este fin se entrevistó a tres expertos en el área: el doctor Jorge Browne, geriatra UC; el doctor Jaime Hidalgo, geriatra e integrante de la Sociedad de Geriatria de Chile; y Cristián Plaza, químico farmacéutico UC con especialización en geriatría. Además, se recogió la opinión y experiencia de personas mayores, quienes participaron en grupos focales y aportaron con información fundamental para la elaboración del presente reporte.

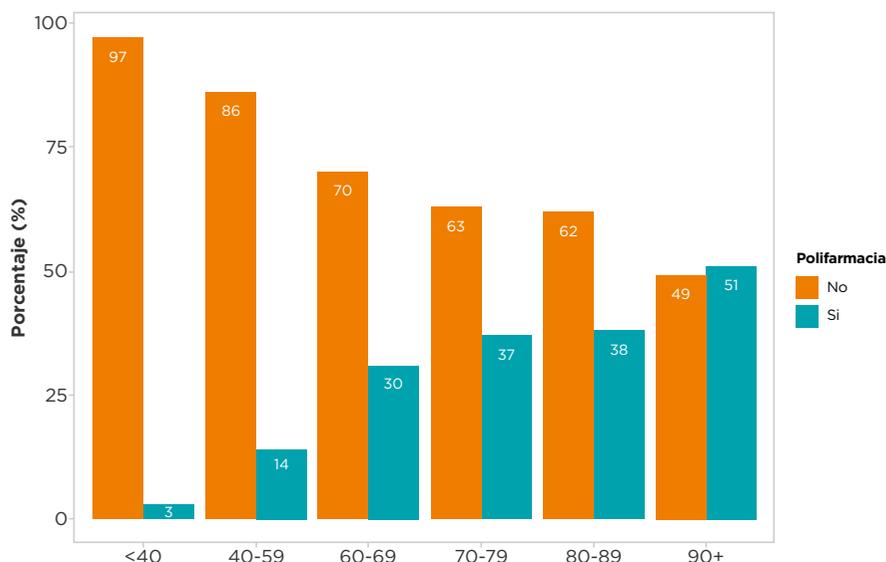
1 Polifarmacia en Chile

Son varios los estudios que señalan que la polifarmacia puede ser un problema particularmente relevante en las personas mayores (Dagli, 2014). Por un lado, los especialistas explican que esta es común en las personas de edad más avanzada, dado que acumulan mayores morbilidades y, por lo mismo, se polimedican. En este sentido, el geriatra Jaime Hidalgo afirma que “una persona mayor va avanzando en edad, va acumulando patologías crónicas y necesita terapia farmacológica [...] y muchas veces llegamos a atender personas mayores que tienen 6 o incluso 7 problema de salud distintos, para los que pueden tomar diferentes medicamentos”.

Sin embargo, es necesario distinguir entre polifarmacia adecuada e inadecuada. La primera, alude al uso de varios medicamentos que, siendo recetados por un profesional, tratan las enfermedades específicas del paciente de buena manera y por lo mismo, mejoran el bienestar del paciente. En contraparte, la polifarmacia inadecuada se refiere más bien al uso excesivo de medicamentos, que pueden o no haber sido prescritos por un profesional de la salud, y que afecta negativamente el bienestar del paciente. Si bien no hay una definición estándar del número de medicamentos que determina una polifarmacia, pues hay algunos autores que consideran que a partir de 3 medicamentos es ya una polifarmacia, se ha llegado al consenso que va de 5 o más fármacos.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017), se puede observar que en promedio las personas mayores de 65 años consumen 4 medicamentos. Al respecto Cristián Plaza comenta que “tenemos ese dato [que una persona mayor consume 4 fármacos], pero eso es un poco lejano de la realidad. Todos los que trabajamos en geriatría sabemos que el consumo de medicamentos en un adulto mayor es muy por encima de eso”. Y agrega que, “en un estudio realizado en atención primaria de salud en adultos mayores con patologías cardiovasculares, nos dimos cuenta de que el promedio de medicamentos que ellos recibían era de 9”.

Figura 1: Polifarmacia en Chile según rango etario

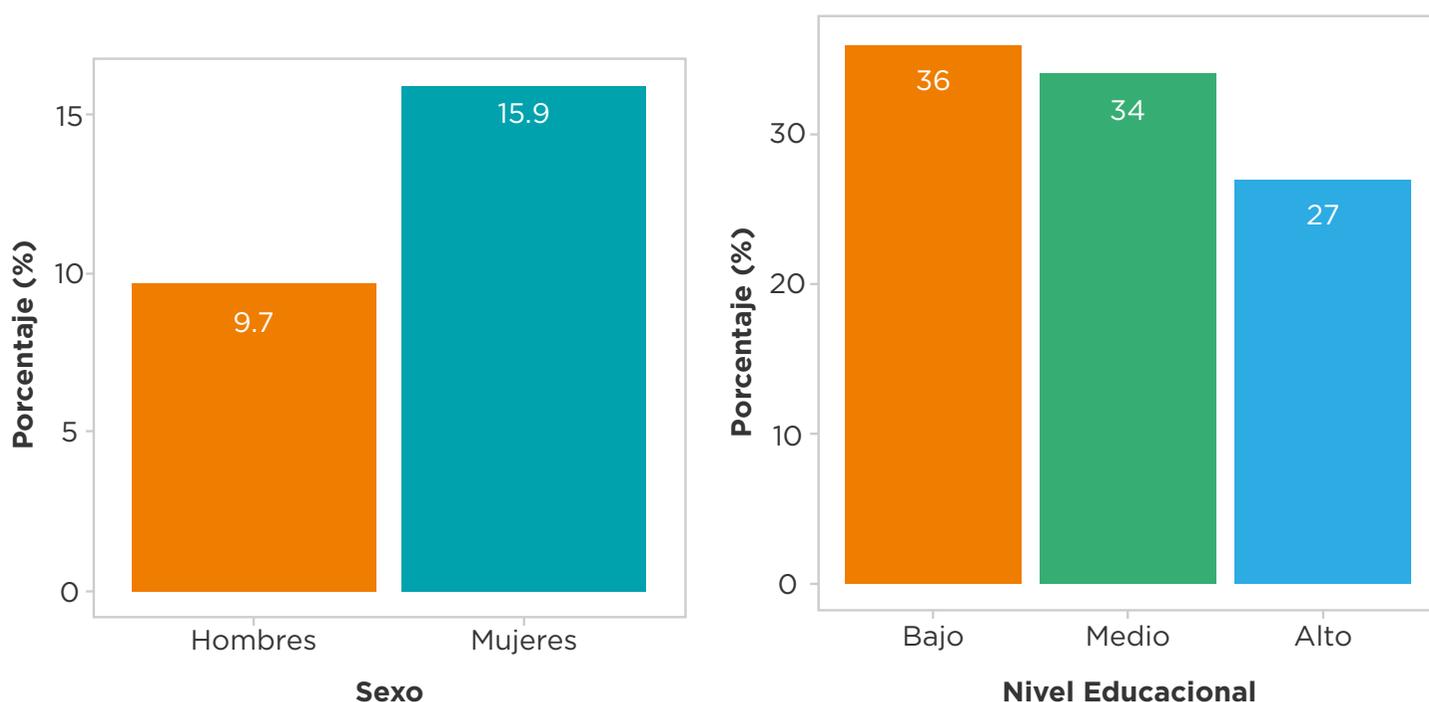


Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017).

Si se analiza la polifarmacia, es decir, el consumo de 5 o más fármacos, para la población chilena (Figura 1), un 12,9% tiene polifarmacia. A partir del gráfico vemos que, tal como indican los expertos, a medida que aumenta la edad, se incrementa la polifarmacia. De esta forma, sólo un 3,0% de los menores de 40 años tiene polifarmacia, mientras que en los mayores de 90 años, un 51,2% la presenta.

Si bien hay un incremento importante - de 10,5 puntos porcentuales - en la polifarmacia entre las personas menores de 40 y aquellos entre 40 y 59 años, la diferencia es aún mayor entre estos últimos y los mayores de 60 años, con un 13,5% y un 30,3% respectivamente. A partir de los 60 años la polifarmacia tiende al alza, incrementando en 7,1 puntos porcentuales desde los 60 hasta los 80 años, e incrementando aún más, desde los 80 hasta los 90, en 12,8 puntos porcentuales.

Figura 2: Polifarmacia en personas mayores en Chile según sexo y nivel educacional



Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a Encuesta Nacional de Salud (ENS, 2017).

En la Figura 2, es posible ver que las mujeres superan en 6,2 puntos porcentuales a los hombres en polifarmacia, alcanzando cifras de 15,9% y 9,7%, respectivamente. Además, se puede apreciar que a medida que aumenta el nivel educacional, la polifarmacia baja. En promedio, 35% de las personas de niveles educacional bajo y medio presentan esta situación, mientras que en las personas mayores de niveles educacionales más altos se puede observar una baja de 8 puntos porcentuales, alcanzando una cifra total de 27%. Se analizó la polifarmacia también para zonas rurales y urbanas, sin embargo, no se vieron grandes diferencias.

Ahora bien, el problema de la polifarmacia no se debe sólo al número de medicamentos ingeridos, sino que también al tiempo durante el cual son prescritos. Asimismo, cobra vital importancia el que cada uno de esos medicamentos sean recetados a partir de un diagnóstico adecuado. Sobre este punto, el geriatra UC, Jorge Browne, señala que “además de la cantidad de medicamentos, hay que considerar que algunos son potencialmente inapropiados para las personas mayores, principalmente por todos los cambios fisiológicos que experimentan. Esto hace que medicamentos que son seguros para personas jóvenes, no lo sean para personas mayores”.

Así, por ejemplo, al prescribir un antibiótico o un antifúngico, debido a que son utilizados por tiempos acotados, no contribuyen a una polifarmacia. Y, por otro lado, debido a que la capacidad de los órganos involucrados en la metabolización y excreción de estos fármacos se ve en algunos casos disminuida con el paso de los años, es importante hacer una elección adecuada.

2 Causas de la polifarmacia

2.1 Fragmentación de la salud

Una de las principales causas de la polifarmacia es la fragmentación de la atención y del cuidado de las personas mayores. El doctor Jorge Browne establece que “a mayor edad, mayor número de medicamentos, y la razón de esto principalmente recae en una fragmentación del cuidado de las personas mayores. Hoy sabemos que los sistemas de salud han evolucionado a una progresiva fragmentación de las distintas intervenciones, donde, además, los distintos estamentos del sistema de salud no conversan unos con otros”. Este problema cobra especial relevancia en las personas mayores por el gran número de especialistas que eventualmente pueden atenderles.

De acuerdo con los especialistas entrevistados, esta fragmentación en la salud puede ser horizontal y/o vertical. La fragmentación horizontal ocurre producto de la policonsulta -consultas con más de un profesional de salud- o atención segmentada de las patologías de las personas mayores. Jorge Browne señala que “cuando una persona asiste a 3 o 4 especialistas, muchas veces estos indican prescripciones unos hacia otros sin diálogo, y no necesariamente tienen noción o conocimiento de cuáles son los otros medicamentos que están indicando los otros médicos”.

Por su parte, el doctor Jaime Hidalgo enfatiza que esto tiene que ver con que no hay una visión integrada del paciente: “las distintas patologías no son vistas holísticamente. Las personas mayores, porque tienen diabetes, van a un especialista, o porque tienen una problemática de hipertensión o insuficiencia cardiaca van al cardiólogo (...), y cada especialista – desde su área de experticia – ve cual es el medicamento que se le puede ofrecer a esa persona. Sin embargo, no se hace un recuento de los medicamentos que ya toma la persona para tratar sus otras enfermedades”, afirma.

A modo de ejemplo, una persona que padece hipertensión, pero además de diabetes, al consultar a su cardiólogo entre los posibles tratamientos, este podría recetar nifedipino LP o bien amlodipino. Ambos pertenecen a una misma familia de medicamentos anti-hipertensivos, donde el primero produce alteraciones metabólicas importantes tales como hiperglicemia, mientras que el segundo no tiene efectos sobre la glicemia. Por lo que si el tratamiento de elección del cardiólogo no toma en cuenta la comorbilidad que padece el paciente – en este caso la diabetes – está contribuyendo con su elección a la descompensación de su otra enfermedad.

Por otro lado, la fragmentación vertical responde a un problema estructural del sistema de salud y de la falta de conexión entre distintos niveles de atención de salud. Cristián Plaza, químico farmacéutico UC, señala que “no tenemos un sistema interconectado entre, por ejemplo, atención primaria de salud, con atención secundaria o pacientes hospitalizados, que nos diga qué ocurre con los pacientes en cada una de sus visitas con médicos especialistas o en sus CESFAM, qué medicamentos les indicaron, qué tratamiento a seguir”.

Así, tanto la fragmentación horizontal como la fragmentación vertical de salud pueden aumentar innecesariamente el número de medicamentos utilizados en personas mayores. De acuerdo con un estudio de Sánchez-Rodríguez (2018), los fármacos utilizados incrementan de 4,2 a 8,1 para el rango etario 60+ en Latinoamérica producto de la fragmentación de la salud y de los sistemas de salud.

Hay algunos factores que contrarrestan de cierta manera la fragmentación de la salud en nuestro país. Por ejemplo, en atención primaria se ocupa el Sistema de Información de la Red Asistencial (SIDRA), en el que se tienen las fichas médicas de cada paciente. Esto incluye patologías, tratamientos farmacológicos y también intervenciones de salud (Sánchez-Rodríguez, 2018). Sin embargo, esta red no está conectada con el nivel secundario y terciario de salud. Por otro lado, lo mismo ocurre en hospitales y clínicas, que tienen un historial digital de cada usuario, sin embargo, son particulares para cada recinto, por lo que, si una persona se atiende en otro lugar, no se puede acceder a esa información.

Al respecto, Catalina (73 años), participante de los grupos focales organizados para este reporte, indica que se atiende siempre en el mismo lugar, por lo que tienen una ficha completa de su estado de salud y cuenta que, a pesar de padecer varias enfermedades crónicas como artrosis, hipotiroidismo y fibromialgia, además de una hernia en la espalda, no ha tenido problemas con su terapia farmacológica. “Ellos saben lo que estoy tomando y lo que no, las enfermedades que tengo, porque está todo ahí en el computador, en la ficha que ellos tienen”, afirma. En este sentido, la tecnología es una herramienta útil para adecuar tratamientos especializados para cada persona.

2.2 Prescripción en cascada

Otro factor relevante, y que se relaciona con lo anterior, es la denominada cascada farmacológica, que ocurre cuando se recetan medicamentos para tratar los efectos secundarios originados por la acción de otros medicamentos. Este fenómeno es bastante frecuente en personas mayores, puesto que tienen una mayor probabilidad de experimentar reacciones adversas a fármacos, las cuales muchas veces no son detectadas correctamente y se diagnostican como una nueva patología, para la cual vuelven a recetar nuevos fármacos, que al no estar tratando el problema real, son adiciones innecesarias y potencialmente perjudiciales.

Los especialistas entrevistados comentan que esta problemática es bastante difícil de identificar, más aún por la fragmentación de salud que se comentó anteriormente. El químico farmacéutico UC, Cristián Plaza, afirma que “[la polifarmacia y prescripción en cascada] no se detecta fácilmente, en parte, porque no son muchos los profesionales idóneos que tienen el conocimiento como para poder detectarlo. Lamentablemente en Chile existen muy pocos geriatras, y no todos los médicos generales o especialistas tienen formación gerontológica”.

En este punto, el doctor Jorge Browne agrega que “en geriatría hay un especial énfasis en la relevancia de los medicamentos que toma la persona. Nosotros [los geriatras] somos medio obsesivos en preguntar todos los fármacos que una persona toma, y eso incluye los prescritos, los que toma por su cuenta, las agüitas que ingiere, todo”. Este tipo de enfoque viene a evitar la prescripción en cascada, pero también la prescripción excesiva y las combinaciones farmacológicas potencialmente peligrosas.

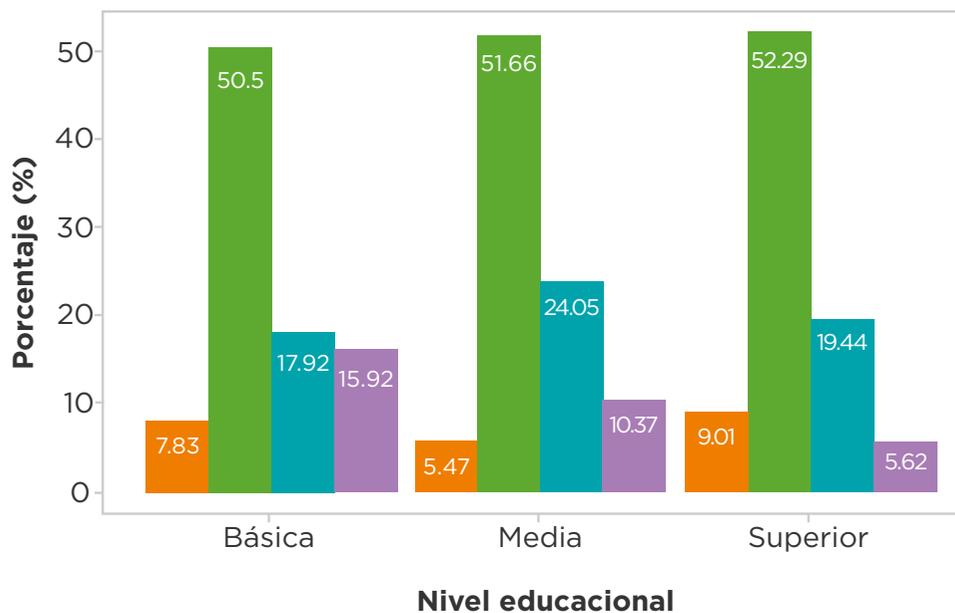
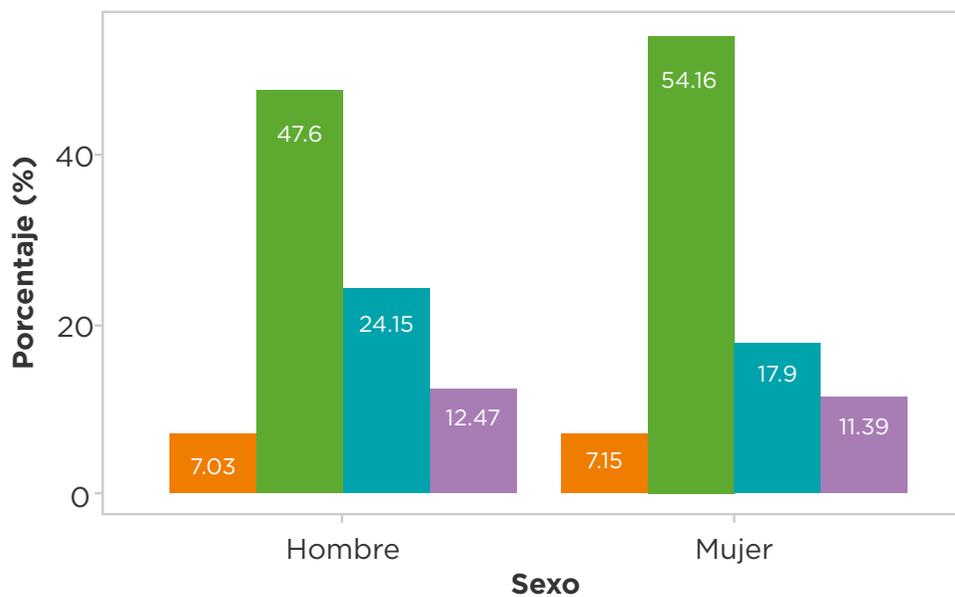
A pesar de que lo mejor sería atenderse con un geriatra, de acuerdo con un reporte anterior del Observatorio del Envejecimiento¹, en el año 2020 en Chile sólo habían 143 geriatras, es decir, solo un especialista para 16.494 personas mayores. Esta cifra está muy por debajo de lo recomendado por la OMS, que establece que por cada 5.000 habitantes debiese haber al menos 1 geriatra. Si bien, el número de ellos tiende al alza, aún no se alcanza el número suficiente para atender óptimamente a las personas mayores del país. Esto en cierta medida explica también el bajo acceso a consultas geriátricas por parte de las personas 60+.

En la Figura 3 se observa que el número de personas mayores que se ha atendido con un geriatra es bastante bajo (7,1%), y varía mínimamente entre hombres y mujeres. Las personas mayores que más se atienden con geriatra son aquellas con nivel superior (9,0%) y con educación básica (7,8%), mientras que los que menos se atienden con geriatra son los con educación media completa (5,5%). Por otra parte, más de la mitad de las personas mayores – un 51,3% – manifiesta que les gustaría acudir, y de ellas, la mayoría son mujeres (54,2%), y no varía mucho por nivel educacional.

¹ Véase el reporte “Preparación Profesional para el Cambio Demográfico en Chile”. En: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2021/01/Reporte-Observatorio-del-Envejecimiento-Preparaci%C3%B3n-profesional-para-el-cambio-demogr%C3%A1fico-en-Chile.pdf>

Figura 3: Atención con médico geriatra por sexo y nivel educacional

■ Ya se atiende con uno
 ■ Le gustaría atenderse con uno
 ■ No le gustaría atenderse con uno
 ■ No sabe / no entiende de qué trata



Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a Encuesta de Calidad de Vida en Vejez (2019).

Interesantemente, hay un 20,6% de personas a las que no les gustaría ser atendidos por un geriatra, y de ellos la mayoría son aquellos con educación media completa (24,1%). Además, el 9,1% de las personas mayores establece no saber qué tipo de profesional es un geriatra, siendo las personas 60+ con nivel educacional básica completa las que menos entienden el término (16%).

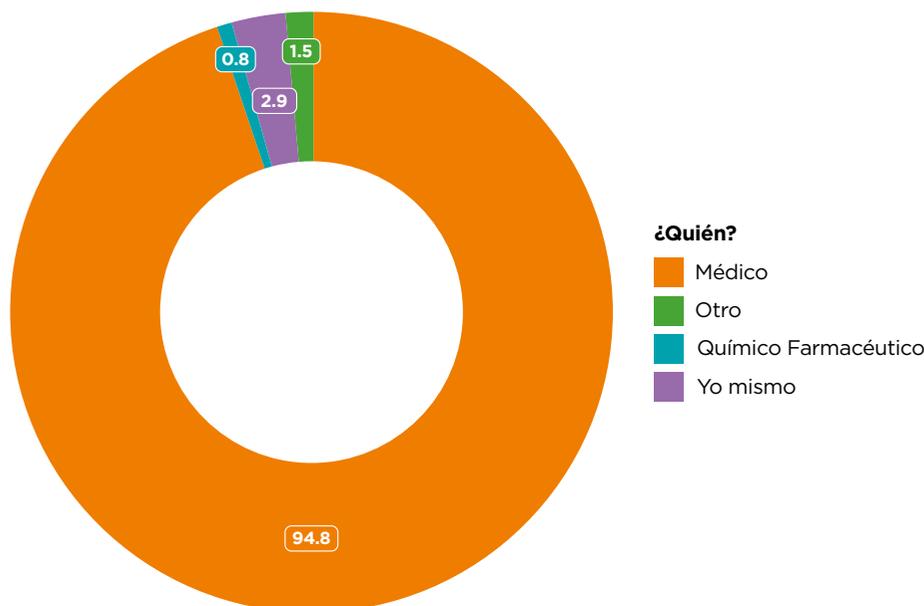
Julia (74 años), participante de los grupos focales organizados para este reporte, complementa estos datos al comentar que nunca ha podido atenderse con un médico geriatra, no por falta de interés, sino que afirma que “es difícil, porque hay pocos y nunca hay horas disponibles”. En contraparte, las experiencias de aquellos que sí logran acceder a este servicio son positivas. Patricia (69 años), quien se atiende regularmente con un médico geriatra, señala que “tiempo atrás, cuando tenía un malestar, visitaba a un médico en particular, y así andaba de un doctor a otro, pero yo buscaba una atención integral, por lo que busqué un geriatra. Esperé que tuviera una hora disponible, y la verdad es que he tenido súper buena experiencia”.

Ana María (66 años), quien también es atendida por un médico geriatra, comenta sobre la integralidad de la atención: “el geriatra te ve todo, el peso, la salud física, la salud emocional, todo”. Además, comenta que esta atención es mucho más minuciosa que la que le brinda, por ejemplo, el CESFAM. Por su parte, María Elena (75 años) señala que “[el geriatra] me preguntaba qué quería y me daba el remedio, me lo explicaba todo con detalle, incluso si yo necesitaba un dibujo, me lo hacía con tal de aclarar la información”.

2.3 Automedicación

Otro factor a considerar en la polifarmacia es la automedicación. “Aparte de las prescripciones múltiples que hay por las distintas áreas que intervienen dentro del tratamiento de una persona, se suma lo que a mis cercanos también les ha hecho bien, y tratamos de probar con eso mismo, y entonces vamos sumando medicamentos”, agrega el doctor Jaime Hidalgo. Ello puede ser sumamente grave si pensamos que hay fármacos que pueden ser potencialmente dañinos para las personas mayores.

Figura 4: ¿Quién prescribió el medicamento utilizado por la persona mayor?



Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a ENS (2017).

En la Figura 4, podemos observar que la gran mayoría de los medicamentos que las personas consumen en esta versión de la ENS (2017), han sido recetados por un médico (87,8%). Sin embargo, el 6,2% de los medicamentos registrados han sido automedicados. En el caso de los medicamentos consumidos por personas mayores, se ve que un 94,8% de ellos son recetados por un médico y un 2,9% han sido automedicados. De estos medicamentos, un 1,3% fueron automedicados por hombres mayores de 60 años, y un 1,6% por mujeres del mismo rango etario.

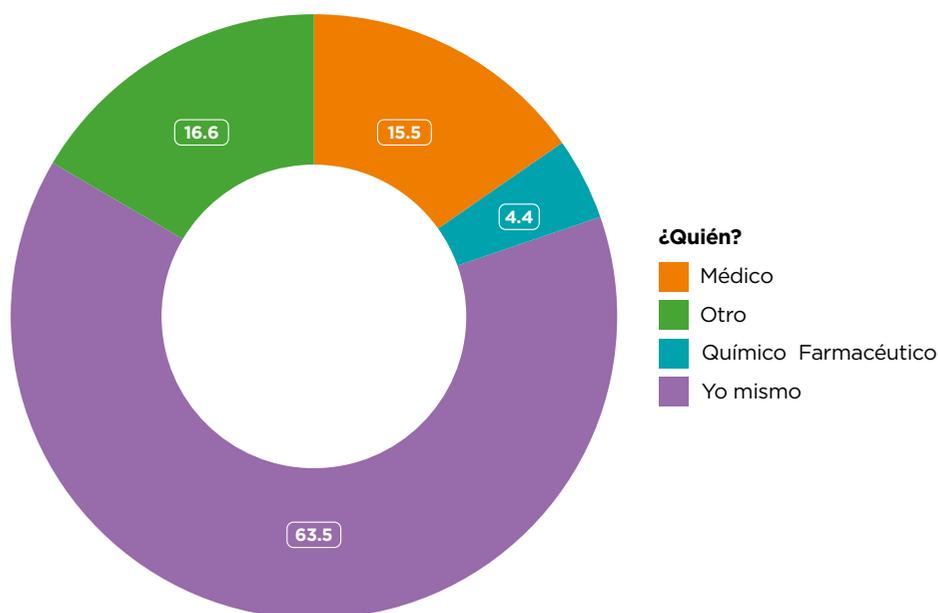
A pesar de ello, cabe señalar que un estudio del Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud, realizado en personas mayores con polifarmacia, detectó que un 46,6% de ellos se automedica.

Por otro lado, según el geriatra Jaime Hidalgo, “dentro de la polifarmacia hay un área que no se comenta mucho, que son los productos naturales, partiendo por las hierbas medicinales. Estos también tienen efecto farmacológico y, por lo tanto, influyen dentro de la reacción cruzada que puede haber con los otros medicamentos que está tomando crónicamente, y, por lo mismo, puede derivar en mayores complicaciones de salud”.

El químico farmacéutico Cristián Plaza, agrega: “no por ser natural está exento de producir algún tipo de complicación. Entre ellos, los fitofármacos, que en algunos casos pueden llegar a producir un aumento en la concentración de otro fármaco, porque lo que hace es inhibir el metabolismo también a nivel hepático, y eso genera que la persona experimente mucho más frecuentemente reacciones adversas”.

Al observar la Figura 5, vemos que para los medicamentos naturales la cifra de medicamentos automedicados aumenta considerablemente, alcanzando un 58,8%, mientras que sólo un 13,7% fue recetado por un médico. Para el caso particular de las personas mayores, el 63,5% de los medicamentos naturales utilizados fueron automedicados, y sólo el 15,5% fueron recetados por un médico. De estos medicamentos, un 21,5% fueron automedicados por hombres mayores de 60 años, mientras que esta cifra se duplica en el caso de mujeres del mismo rango etario, alcanzando un 42%.

Figura 5: ¿Quién prescribió el medicamento natural utilizado por la persona mayor?



Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a ENS (2017).

Si bien la gran mayoría de las personas mayores entrevistadas para este reporte señalaron no comenzar a tomar medicamentos sin antes consultar a un médico, Mirtha (78 años) establece sobre los medicamentos naturales que “soy más libre con ellos, una amiga incluso me recomendó uno que ha sido fabuloso”. Sin embargo, a pesar de que no fue un doctor quien le recetó tal remedio en una primera instancia, comenta que después de usarlo consultó a su médico para continuar su uso.

En este punto, es de gran importancia señalar que parte del consumo de medicamentos naturales tiene especial fuerza en países latinoamericanos, principalmente por las tradiciones ancestrales de los pueblos originarios. Si bien el uso de ellos es generalizado en la población, son las personas mayores de sectores rurales quienes más los consumen sin previa consulta a un médico (Sánchez-Rodríguez, 2018). De acuerdo con la ENS (2017), alrededor de un 70% de las personas mayores de sectores rurales se automedican con medicamentos naturales.

3 Consecuencias de la polifarmacia

3.1 Efectos adversos y calidad de vida

De acuerdo con los especialistas consultados, la polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos incrementa la aparición de efectos adversos. Esto a su vez influye en que se desarrollen síndromes geriátricos y aumente con ello la fragilidad de la persona. En este sentido, la polifarmacia inadecuada reduce la calidad de vida de los adultos mayores, ya que pueden verse inhabilitados de realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Además, incrementan las consultas, atenciones de urgencias y hospitalizaciones.

Según los especialistas, es difícil cuantificar el impacto negativo de la polifarmacia en Chile, debido a que no existen datos. Sin embargo, el geriatra UC, Jorge Browne, señala que “la carga de consultas por medicamento inapropiado e interacciones de medicamentos es brutal (...) no contamos con estos datos en Chile pero hoy se sabe que el número de consultas, urgencias y hospitalizaciones por estas razones es muy elevado”.

Además, el doctor Jaime Hidalgo agrega que “en otros países del mundo, como Estados Unidos y algunos de Europa, no conozco si en Chile hay un listado donde se registren las causas derivadas de ingesta de medicamentos, puede ser hasta la quinta causa de ingreso de hospitalizaciones por efectos secundarios de fármacos, ya sea en forma directa, que se identifique el factor, o a través de estos síntomas o manifestaciones clínicas”.

Más específicamente, algunos síntomas o efectos adversos que produce la polifarmacia inadecuada son aquellos que afectan la memoria, el sueño, el ánimo e incluso puede gatillar cuadros depresivos o delirium. Cristián Plaza, químico farmacéutico con especialización en geriatría, explica que “aquí hay una diferencia con las personas más jóvenes. En un adulto joven, las principales reacciones adversas que se experimentan son efectos gastrointestinales o dermatológicos, sin embargo, un adulto mayor experimenta reacciones adversas más complejas, que pueden derivar más comúnmente en consultas médicas. Por lo general, los efectos adversos son cardiovasculares, pero también experimentan algunas reacciones neurológicas, como delirium, que muchos pueden confundir con una demencia”.

Asimismo, otra sintomatología común son las palpitaciones, vértigo, mareos y temblor en las extremidades. Muchos de estos síntomas reducen la movilidad y la funcionalidad de la persona, e incluso aumentan el riesgo de caídas. En esta línea, el doctor Jaime Hidalgo explica y ejemplifica los posibles efectos del mal uso de fármacos. “Un ejemplo de medicamento que motiva con cierta frecuencia hospitalizaciones es la Glibenclamida; fármaco utilizado para el tratamiento de la diabetes. En una persona mayor nosotros no lo recomendamos, porque es más riesgoso para el desarrollo de hipoglicemias, que, a su vez, pueden provocar estados de somnolencia y/o mareos, síntomas que pueden llevar a caídas. Por lo tanto, muchos de estos pacientes terminan ingresando a los hospitales”.

Por otro lado, el doctor Jorge Browne señala que los efectos de una polifarmacia inadecuada pueden no ser siempre expresados inmediatamente, sino que sus repercusiones podrían observarse a más largo plazo también, afectando tardíamente y de forma paulatina ciertas funciones de las personas. Por ejemplo, el geriatra comenta que “además de una consulta médica o consulta en urgencia, hay un grupo de medicamentos que se llaman anticolinérgicos [...], que tienen un efecto en la cognición y la memoria a largo plazo. Muchas veces no es que las personas tomen un medicamento anticolinérgico, sino que pueden tomar varios medicamentos anticolinérgicos, y los toman por años. Hoy en día se sabe que el aumento en la sumatoria de carga anticolinérgica puede tener un efecto deletéreo en la cognición”.

A partir de estos antecedentes es que se evidencia cómo el uso inadecuado de medicamentos – que muchas veces son comúnmente utilizados para tratar determinadas patologías – en el caso de las personas mayores pueden no ser los más adecuados, dado que los efectos adversos superan su beneficio.

3.2 Falta de adherencia a tratamientos

Un gran problema dentro de las terapias farmacológicas es la falta de adherencia, es decir, de la continuidad en el uso de los medicamentos prescritos. En países desarrollados, esta es cercana al 50-58%, mientras que, en Chile, va desde un 30-40% (Vejar, 2016), lo que refleja que, en general, nuestro país presenta bajas cifras de adherencias.

La polifarmacia es en gran parte responsable de esta falta de adherencia, ya que se ha estudiado que mientras más medicamentos consume la persona, más difícil le es cumplir con su terapia farmacológica (Brown, 2011). Además, el hecho de tener que consumir una amplia cantidad de medicamentos, desata un sentimiento de enfermedad en la persona, mayor confusión y ansiedad (Farell, 2013).

La falta de adherencia puede ser intencionada como no intencionada. En el primer caso, puede deberse a falta de conocimiento, a concepciones erróneas de ciertos medicamentos y/o a miedo de los efectos adversos o manifestación de ellos. Por ejemplo, Patricia (69 años), quien tuvo una mala experiencia con un medicamento recetado producto de una reacción adversa, discontinuó su uso. Ella relata: “fui donde una neuróloga quien me recetó un medicamento, pero no me explicó los efectos colaterales que tenía consumirlo, y al usarlo me comenzó temblor de manos, sequedad de la boca, me palpitaba muy rápido el corazón, en fin, me sentía súper mal. Estuve como 2 o 3 días tomándolo y al final yo dije “no, yo creo que esto no es para mí”, entonces busqué otro médico”.

Por su parte, la adherencia no intencionada es causada por dificultades físicas o psicológicas para seguir los tratamientos, como, por ejemplo, problemas de deglución o de memoria, respectivamente. Incluso puede considerarse como un factor relevante la dificultad que puede presentar la apertura de un envase.

La falta de adherencia también disminuye la calidad de vida de la persona, pues no se logra controlar la enfermedad, lo que en consecuencia aumenta las probabilidades de recaídas y de agravación. Para evitar aquello, los especialistas señalan que lo mejor es una terapia simplificada y manejable para la persona mayor, lo que considera, por ejemplo, medicamentos que requieran menos ingestas diarias.

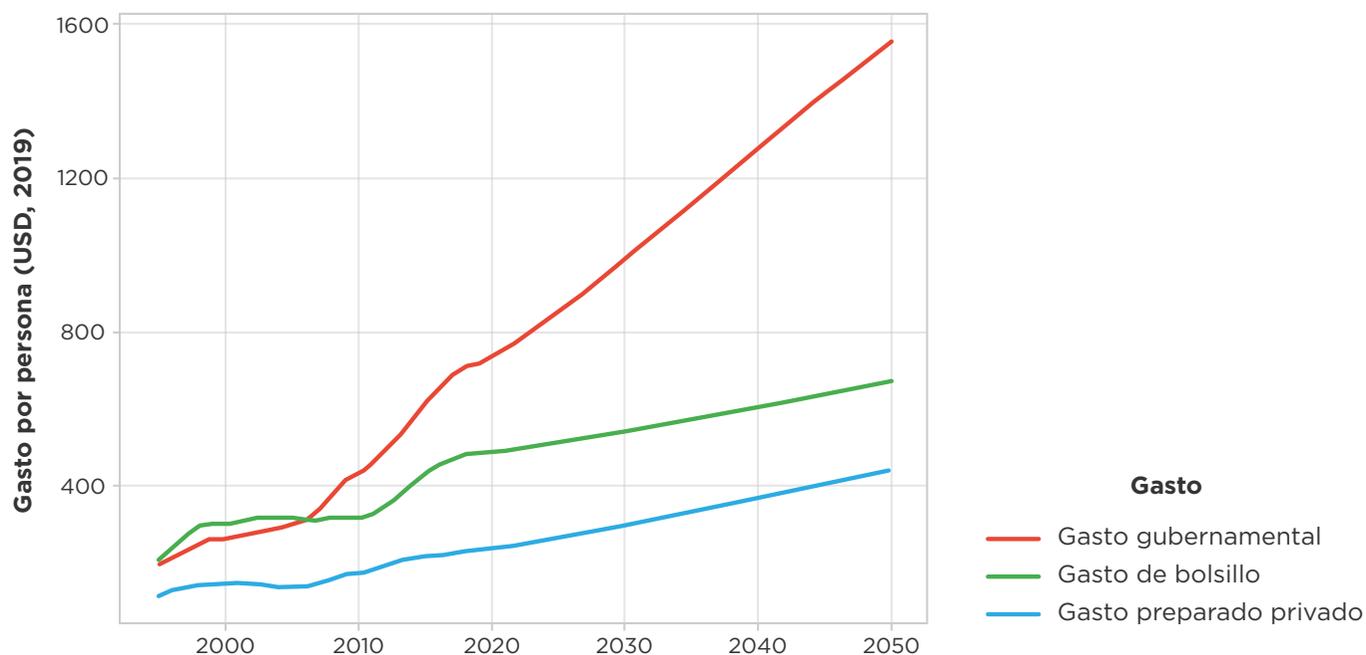
3.3 Gasto en salud

Otro efecto importante de la polifarmacia es el gasto que implica tanto para la persona como para el sistema sanitario, en lo que respecta a consultas médicas, atenciones de urgencias, hospitalizaciones y compra de medicamentos. De acuerdo con el químico farmacéutico UC, Cristián Plaza, “para el sistema sanitario, [la polifarmacia] implica un gasto enorme. Desde el punto de vista de atención sanitaria, es un gasto innecesario de medicamentos. Si nos vamos al adulto mayor que no se atiende en el sistema público, es un gasto enorme para el bolsillo de la persona y de su familia”.

De acuerdo con algunas estimaciones realizadas por Financing Global Health, el gasto en salud en Chile per cápita en el 2017 fue de 1.379 USD. Vemos en la Figura 6, que tanto el gasto para el paciente como para el Gobierno ha aumentado a lo largo del tiempo, y se espera que para el año 2050 se incremente aún más. En detalle, el gasto gubernamental en salud para el año 2017 representa el 50% del gasto total del área. De acuerdo con estas proyecciones, éste aumentará de 687 USD en 2017 a 1.556 USD en 2050. De esta manera, el gasto en salud por parte del Gobierno incrementará en un 126%.

Por otro lado, el gasto en salud de bolsillo correspondió a 469 USD en el 2017 y subirá a 672 USD en 2050. Es decir, experimentará un alza de un 43%. El gasto en salud de bolsillo corresponde aproximadamente al 34% del gasto total de salud en el 2017. De acuerdo con el estudio de Benítez (2019), el gasto de bolsillo en salud en Chile es bastante alto si lo comparamos con otros países de la OCDE. Explica que esto se debe al gasto en medicamentos, que es del 26,9% del total del gasto de bolsillo. En una investigación realizada por Bruzzo (2018), se observa que el gasto en bolsillo de salud es mayor en los hogares en que hay más personas mayores, lo que no es de extrañar, pues son quienes más consumen fármacos.

Figura 6: Gasto en salud en Chile 1995-2050



Fuente: Elaboración Observatorio del Envejecimiento en base a Global Health Data (2019).

Sobre este punto, María Elena (75 años) comenta que el gasto en salud es bastante alto para una persona mayor jubilada: “yo tengo una jubilación de 300 mil pesos, el aporte de salud son 27 mil pesos, y con 27 mil pesos no me alcanza para ninguna cosa, para nada, entonces tengo que poner un adicional, y me quedo sin jubilación”. Por su lado, Catalina (73 años) también señala tener un gasto alto en medicamentos: “yo gasto alrededor de 130 mil pesos sólo en remedios. Hay algunos que me los da el GES, pero los demás, los compro yo”. A partir de estos relatos se puede ver que el gasto en salud para las personas mayores es muy elevado.

4 Recomendaciones

La polifarmacia es una problemática multidimensional por lo que se debe atacar desde diversas aristas. En primer lugar, los especialistas entrevistados señalan que es urgente formar y capacitar a diferentes profesionales de la salud y a los equipos clínicos, en relación al envejecimiento y particularmente, respecto al uso de medicamentos en las personas mayores. El doctor Jorge Browne indica que “es fundamental tener conocimiento de farmacología, enseñarlo en las universidades y tener estas evaluaciones con una visión más integral de los pacientes”.

Así también, los especialistas consideran esencial generar equipos interdisciplinarios, donde además del geriatra, participen otros profesionales como farmacéuticos/as clínicos, nutricionistas, enfermeros/as, kinesiólogos/as, terapeutas ocupacionales, entre otros, puesto que ello favorece el desarrollo de modelos de cuidados más integrales, adecuando las terapias a la realidad del paciente y teniendo en cuenta las comorbilidades que presenta. Así, se pueden elaborar tratamientos farmacológicos posibles de cumplir para la persona mayor.

Además, se establece que es de gran relevancia impulsar y generar nuevos avances tecnológicos que permitan tener registros clínicos electrónicos coordinados, con información de salud del paciente en todos los niveles de atención de salud. Asimismo, el impulsar el desarrollo de aplicaciones o plataformas que resuman información actualizada sobre los medicamentos existentes y sus efectos en distintas categorías de pacientes, puede mejorar la prescripción de medicamentos.

Por otra parte, la alfabetización en salud es importante. Educar a los pacientes sobre sus patologías y tratamientos ha demostrado mejorar sustancialmente la adherencia (Guerra Guerrero, 2010). Sin embargo, son muchas las personas mayores que declaran que los médicos no les explican el porqué deben tomar ciertos medicamentos. Julia (74 años) comenta que “no nos explican, dicen tómesese esto, si no le resulta vuelva de nuevo y tómesese esto por si acaso”.

Lo anterior refleja una falla en lo que a educación medicamentosa respecta. No mencionan, por ejemplo, si el fármaco se debe consumir con comida para aminorar los efectos adversos, como es el caso de la metformina en diabetes, o bien, el horario en que este se debe tomar, punto que cobra importancia en medicamentos tales como diuréticos, que pueden provocar nicturia² al ingerirse después de las 17:00 hrs.

Lucía (85 años) señala que “los médicos en general no explican para qué y yo creo que en todo lugar es así. Yo una sola vez conocí una doctora que me dijo “te vas a tomar este remedio porque te pasó esto y esto cuando fuiste joven”, 62 años tenía entonces y yo sé que ese remedio me lo tengo que tomar porque ella me explicó, pero los otros no, los otros me lo dan no más y yo me los tomo, dicen “ya, tómeselo y vuelva en 20 días más”. Este es un caso que refleja cómo la educación mejora la adherencia a las terapias farmacológicas.

² Expulsión involuntaria de orina durante la noche.

Sin embargo, no solo es necesario educar, sino que también adecuar los tratamientos para cada paciente e involucrarlos en el manejo de su salud. Por lo general, las personas entrevistadas establecen que no se les hace partícipes en la elaboración de tratamientos, lo que refuerza la idea de que son meros beneficiarios del sistema de salud. Esto se puede ejemplificar con lo que cuenta Julia (74 años): “en la consulta nos preguntan qué es lo que tenemos y en base a lo que uno le dice, indican: ya tómese esto”.

Tanto la educación, adecuación e involucración en las terapias farmacológicas tienen un efecto positivo en la personas mayores, pues les permite empoderarse respecto a su salud, sentirse capaces de controlar sus patologías y los hace responsables con los medicamentos a tomar y sus hábitos de vida. En otras palabras, dejan de ser beneficiarios para pasar a ser agentes activos de su salud.

Conclusiones

La polifarmacia es una problemática relevante en las personas sobre 60 años. Se puede observar que más del 30% de ellas tienen polifarmacia, cifra que aumenta a medida que avanza la edad – alcanza un 51% al llegar a los 90 años –, y a medida que el nivel educacional baja – personas mayores de niveles educacionales bajos tienen un 36% de polifarmacia –. Además, es mayor en las mujeres (15,9%) que en los hombres (9,7%).

Si bien en Chile no se puede cuantificar el impacto de esta problemática, los especialistas señalan que las atenciones de urgencia y hospitalizaciones son elevadas producto de este fenómeno.

A pesar de que pocas personas mayores se automedican medicamentos alopáticos, muy pocas de ellas se atienden con geriatras, que son profesionales especializados en el cuidado de la vejez y, por ello, manejan qué medicamentos puede o no consumir una persona mayor. Además, muchos adultos y adultas mayores se enfrentan a la fragmentación del cuidado, lo que aumenta la probabilidad de una polifarmacia.

Por otro lado, existe la automedicación con productos homeopáticos o naturales, que como se planteó en este reporte, pueden también interactuar con otros fármacos y generar un cuadro clínico no deseable. Por ello, es importante educar a las personas mayores en cuanto al uso de este tipo de medicamentos, ya que existe la creencia de que por ser natural son inocuos.

La polifarmacia tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas mayores, puesto que a causa de ella puede aumentar la fragilidad y pérdida de autovalencia. Debido a que la polifarmacia se explica por un consumo excesivo y no adecuado de medicamentos, es un factor de riesgo que es posible reducir al consumir los medicamentos necesarios solamente.

Además, el gasto de bolsillo también aumenta considerablemente en las personas mayores, justamente por el alto consumo de medicamentos. Junto con ello, el hecho de que la polifarmacia pueda terminar en atenciones de urgencia y hospitalizaciones o consultas médicas también puede aumentar el gasto en salud de las personas para estos ítems. Es necesario considerar que el gasto en salud público también se ve afectado considerablemente por este fenómeno.

En consecuencia, es importante que se incluyan cursos sobre envejecimiento y farmacología en los planes de estudio de todas las carreras del personal de salud. Además, es sumamente relevante coordinar equipos de atención médicas interdisciplinarias que permitan tratar la salud del paciente integralmente, e impulsar nueva tecnología que mantenga conectados todos los niveles de salud para poder reducir el riesgo de polifarmacia en las personas mayores.

Finalmente, otra dimensión importante de desarrollar es la alfabetización de la salud en las personas mayores, que les permita empoderarse y ser agentes activos en su cuidado.

Bibliografía

1. Freeland, K. N., Thompson, A. N., Zhao, Y., Leal, J. E., Mauldin, P. D., & Moran, W. P. (2012). Medication use and associated risk of falling in a geriatric outpatient population. *Annals of pharmacotherapy*, 46(9), 1188-1192.
2. Age Uk (2019). More Harm Than Good. En: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/eports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/medication/190819_more_harm_than_good.pdf
3. Dagli, R. J., & Sharma, A. (2014). Polypharmacy: a global risk factor for elderly people. *Journal of international oral health: JIOH*, 6(6), i.
4. Sánchez-Rodríguez, J. R., Escare-Oviedo, C. A., Castro-Olivares, V. E., Robles-Molina, C. R., Vergara Martínez, M. I., & Jara-Castillo, C. T. (2020). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. *Revision de literatura. Revista de Salud Pública*, 21, 271-277.
5. Guerra Guerrero, V. T., Díaz Mujica, A. E., & Vidal Albornoz, K. (2010). La educación como estrategia para mejorar la adherencia de los pacientes en terapia dialítica. *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2).