



Polimedicación y calidad de vida en el envejecimiento: implicaciones bioéticas

Polypharmacy and Quality of Life while Ageing: Bioethical Implications



Autor

Francisco Rivas García

Ayuntamiento de Guadix

E-mail: f.rivas.garcia@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4488-8262>



 **Resumen**

La población mundial está en constante envejecimiento, aunque la esperanza de vida se está incrementando gracias al desarrollo de los avances de la medicina. No obstante, una mayor expectativa de vida no se relaciona directamente con una mayor calidad de vida, ya que en la actualidad existen factores como la polimedición que se acompaña de una incidencia de la morbimortalidad en el envejecimiento. De ahí, la importancia de proporcionar herramientas que contribuyan a las buenas prácticas para que la atención del adulto mayor contribuya a un envejecimiento saludable.

 **Abstract**

The world population is constantly ageing, although life expectancy is increasing because of medical advances. However, longer life expectancy is not directly related to a better quality of life, since there are currently numerous factors, such as polypharmacy, that are accompanied by a morbidity and mortality rate in ageing. Hence, the importance of providing tools that contribute to good practices so that the care of the elderly contributes to healthy ageing.

 **Key words**

Polimedición; envejecimiento; bioética.
Polypharmacy; elderly; bioethics.

 **Fechas**

Recibido: 16/02/2022. Aceptado: 05/05/2022



1. Envejecimiento y polimedicación, ¿una relación inseparable?

Epidemiológicamente, según los datos de la Organización Mundial de la Salud, existe un gran cambio demográfico que estima el incremento de la población mayor de 60 años en un 11% para el año 2050 (WHO, 2021). Este incremento de la población envejecida está unido a los avances de la tecnología sanitaria, las condiciones socioeconómicas, la baja natalidad y una mayor perspectiva de vida. Todo ello está generando una creciente preocupación sobre las demandas sanitarias y la capacidad del sistema para abordarlas tal y como se expone en el informe que analiza la relación coste-eficacia de los sistemas sanitarios de la Unión Europea (European Commission, 2016). El informe hace referencia a la asistencia sanitaria en el envejecimiento y como deben asegurarse los aspectos de accesibilidad, calidad y sostenibilidad financiera, para lo cual los distintos países deberán analizar las preferencias de los pacientes, la calidad de las personas enfermas y las relaciones coste/beneficio y coste/eficiencia de los procedimientos o tratamientos para evitar la futilidad médica, garantizar la calidad de vida y proporcionar un envejecimiento saludable (European Commission, 2016).

Las personas mayores suelen sufrir más enfermedades crónicas y menos agudas por lo que son más demandantes de los sistemas de salud en una mayor proporción debido a su asequibilidad y accesibilidad

Con independencia del informe citado anteriormente, el envejecimiento conlleva una serie de cambios morfológicos y fisiológicos que contribuyen a la prevalencia de enfermedades crónicas, a pesar del incremento de la esperanza de vida (Henández, 2018), lo que repercute de manera directa en la actitud diagnóstica y las decisiones terapéuticas. En este sentido, las patologías con mayor incidencia en el envejecimiento incluyen las de tipo osteomuscular, sistema nervioso, cardiovascular, metabólicas y gastrointestinales (WHO, 2021).

Las personas mayores suelen sufrir más enfermedades crónicas y menos agudas por lo que son más demandantes de los sistemas de salud en una mayor proporción debido a su asequibilidad y accesibilidad. Si a ello se suma el consumo de medicamentos por las patologías que padecen, existe un problema que guarda una estrecha relación entre la vulnerabilidad de las personas mayores, la personalidad, las conductas que determinan el estilo de vida y la pérdida de calidad de vida (Fiavolá, 2019). Todo ello conlleva una situación de salud que demanda tratamientos prolongados y variados que provocan un estado de polimedicación en las personas mayores (Deliens, 2016).

La polimedicación ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como “la utilización de cuatro o más fármacos de forma simultánea en personas” (Sánchez et al., 2019); no obstante, esta definición no valora si la prescripción es correcta y adecuada a las necesidades de las personas mayores, ya que la presencia de varias enfermedades puede generar un exceso de medicación que, unido a una falta de seguimiento farmacoterapéutico, puede condicionar un deterioro en el envejecimiento.

Entre los principales problemas de la polimedicación hay que destacar el efecto cascada por el cual un fármaco puede provocar una reacción adversa desconocida, que a su vez es tratada con la prescripción de otro medicamento y así consecutivamente, lo cual



puede incrementar el riesgo de interacciones farmacológicas que complican la evolución clínica de la enfermedad, generándose un perjuicio y no beneficio (Beuscart et al., 2017). En este sentido, la medicación no ejercería un efecto positivo que contribuiría a un envejecimiento saludable, sino que provocaría el descenso vertiginoso hacia una reducción de la calidad de vida, ya que se afectan las capacidades físicas y cognitivas de adultos mayores, así como un deterioro de la movilidad, funcionalidad y alteraciones de los parámetros hemodinámicos (Montiel-Luque et al., 2017).

La literatura científica muestra que la polimedicación está determinada por factores tales como el sexo, el nivel socioeconómico y educacional, edad y patologías crónicas (Huizer-Pajkos et al., 2016; Montiel et al., 2017); el 46% de personas mayores europeas tienen alguna combinación de medicamentos que puede generar una interacción de relevancia clínica (Obreli-Neto et al., 2012); abarca un intervalo entre el 4 y el 96,5% de los países de la región europea según la edad y el país (Guillot et al., 2020); tiene consecuencias negativas tales como incremento de la hospitalización, muerte, riesgo de caídas y descenso de la función cognitiva (Pazan, 2020; Khezrian et al., 2020; Wastesson et al., 2018).

Por tanto, debe existir una mayor coordinación entre los diferentes niveles de atención de salud para garantizar un mayor control sobre la prescripción y el seguimiento de los medicamentos consumidos y prescritos, así como un registro actualizado sobre

tratamientos farmacológicos de cada paciente para evitar mayores costes económicos a los sistemas de salud y efectos nocivos sobre calidad de vida. Una buena opción sería incorporar el seguimiento farmacoterapéutico para las cuales tienen competencia las oficinas de farmacia en la cartera de prestaciones de los servicios sanitarios públicos de salud (Fajardo et al., 2005).

Llegados a este punto, se puede considerar la polimedicación como un elemento negativo para una adecuada calidad de vida y óptimo envejecimiento saludable siempre y cuando se realice en el marco de una prescripción excesiva, sin contemplar el efecto cascada ni las necesidades reales de otras alternativas. De ahí, que la prescripción de los medicamentos, a pesar de constituir una herramienta fundamental de la práctica diaria de los profesionales médicos, también deben contemplar otros elementos con el paciente tales como la escucha activa por parte de una persona que necesita ayuda y no como una patología para la cual se prescriben medicamentos.

Son numerosas las cuestiones y reflexiones que pueden surgir sobre el consumo o prescripción indiscriminada de medicamentos tales como ¿un envejecimiento saludable lleva implícitamente una polimedicación? ¿Es la polimedicación un patrón común en el envejecimiento? ¿Se podrían reducir los costos sanitarios con una ausencia de polimedicación? ¿Son mejorables los criterios de las administraciones sanitarias en la prescripción? Las respuestas a las cuestiones pueden ser variadas, pero comparten una base común que es la ausencia de mecanismos o la falta de instaurarlos adecuadamente para que la prescripción de medicamentos quede separada de la polimedicación y no se considere esa etapa como fuente de prescripción innecesaria e indiscriminada,

Una buena opción sería incorporar el seguimiento farmacoterapéutico para las cuales tienen competencia las oficinas de farmacia en la cartera de prestaciones de los servicios sanitarios públicos de salud



pues quizás en las potenciales prácticas abusivas se esté propiciando el principio del doble efecto enmascarado por el efecto cascada.

Se requiere reorientar muchos aspectos para reducir la polimedicación con otras opciones alternativas, que a largo plazo pueden tener un efecto positivo o realizar una combinación de ambos. Este planteamiento es factible con recursos, interés y actualización formativa de los profesionales médicos ya que mejoraría la integración de numerosos profesionales y niveles de atención de salud que pueden ser partícipes de la solución al problema.

2. Implicaciones bioéticas para un envejecimiento con calidad de vida y marcado por la polimedicación

Sin duda, los principios de la bioética son fundamentales para mejorar la calidad de vida con respecto a la polimedicación ya que pueden ayudar a reflexionar sobre las implicaciones y dilemas bioéticos cuando surgen problemas de compleja solución

La vida humana puede confundirse como “algo relativo”, sobre lo que erróneamente puede asentarse el concepto de calidad de vida (Tribunal Derechos Humanos, 2002). En este caso, hay que matizar que debe considerarse la calidad de vida no como el placer y la ausencia de dolor, sino como una noción personal de la vida humana, basada en la capacidad de experiencia y comunicación de las acciones cotidianas (Romeo, 1999). No obstante, la OMS define la calidad de vida como “La percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, psíquica, el grado de autonomía, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con el entorno” (WHO, 2018).

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas por condiciones muy arraigadas a su edad tales como la jubilación, un incremento de la presencia de enfermedades crónicas, amenazas a la capacidad funcional, cambio en las estructuras familiares y en los roles sociales, entre otros (Urzúa, 2012).

Las mejores claves que pueden considerarse por parte del equipo terapéutico para garantizar la calidad de vida en pacientes mayores sometidos a polimedicación deben incluir, entre otras, maximizar los recursos disponibles para que las prescripciones sean eficaces, analizar los principales problemas éticos que pueden sucederse, conocer los efectos de cada una de las actuaciones, evaluar constantemente al paciente y empatizar emocionalmente con el enfermo como parte de tratamiento (Altisent, 2002).

Sin duda, los principios de la bioética son fundamentales para mejorar la calidad de vida con respecto a la polimedicación ya que pueden ayudar a reflexionar sobre las implicaciones y dilemas bioéticos cuando surgen problemas de compleja solución. Por ello, atendiendo al principio de no maleficencia no se debe realizar ningún tipo de daño con la prescripción de la polimedicación para lo cual los profesionales médicos deben



garantizar que las personas no se sometan a un exceso de medicación sin conocer exhaustivamente la relación beneficio-riesgo para evitar el efecto cascada. También se deben conocer las posibles interacciones y reacciones adversas e incluso trabajar conjuntamente con los profesionales de la farmacia que son los auténticos expertos de los medicamentos (Riquelme, 2016).

Atendiendo a la finalidad de obtener el bien del enfermo, tal y como establece el principio de beneficencia, se deberá elegir el mejor tratamiento, de ahí que, los profesionales médicos quedan obligados a basar sus prescripciones en sólidas bases científicas para lo que deben realizar todas las pruebas requeridas y adoptar una decisión objetiva. No hay que olvidar la importancia de una adecuada formación por parte del profesional para un adecuada, sólida y fundamentada práctica clínica.

Sin embargo, el principio de justicia no depende directamente de los profesionales médicos, sino de las administraciones sanitarias a las cuales pertenecen y que deben garantizar el acceso equitativo a recibir cualquier tratamiento, así como a financiar medicamentos lo más eficientes posible atendiendo a criterios de farmacoeconomía donde la consideración de la relación inversión/beneficio para la población y riesgos para la

misma sea lo más beneficiosa posible. En este sentido, mediante el principio de justicia, no solo se debe garantizar la eficiencia ya que si no podrían dañarse las políticas equitativas de acceso a servicios y tratamientos de salud.

Sin duda, de los principios abordados anteriormente, la autonomía resulta uno de los más fundamentales ya que considera que las personas son capaces y autónomas para adoptar sus decisiones con respecto a la polimedición. Ello obliga a facilitar a los pacientes toda la información sobre los beneficios y riesgos del tratamiento, así como si existen alternativas al mismo. En

este sentido, se deberá considerar que la autonomía del paciente tiene sus limitaciones ya que el paciente no puede exigir lo que no le ha sido prescrito, aunque no esté contraindicado y que en muchas ocasiones se corresponde con falsas expectativas de los pacientes sobre informaciones no científicas a las que hayan podido estar expuestas, todo ello sin obviar que sería aconsejable que médico y paciente pudieran establecer un tratamiento compartido (Esteban et al., 2018).

La realidad de la práctica clínica diaria genera ciertas cuestiones ¿se aplican correctamente los principios de la bioética con respecto a la polimedición en los servicios de salud o es necesario una mayor potenciación de los mismos? La respuesta es afirmativa, pero con un carácter parcial, ya que el principio de autonomía raramente puede desarrollarse con toda la extensión de su contenido ya que generalmente no se produce ningún rechazo, sino una inadecuada adherencia al tratamiento prescrito, que no suele ser cuestionado por el paciente.

Atendiendo al principio de beneficencia y no maleficencia no tendrían cuestionamiento pues son inherentes al acto de la prescripción médica, pero no debe olvidarse la delgada línea que marca la diferencia con la posibilidad de generar un efecto cascada en pacientes polimedidos. No obstante, ello podría evitarse con un mayor seguimiento

¿Se aplican correctamente los principios de la bioética con respecto a la polimedición en los servicios de salud o es necesario una mayor potenciación de los mismos?



farmacoterapéutico, aspecto que no suele desarrollarse de manera efectiva y adecuada por el actual sistema sanitario para el cual los farmacéuticos comunitarios constituyen un grupo de profesionales sanitarios de apoyo, pues son innumerables las reacciones adversas que se generan y que pueden reducirse con un reajuste terapéutico o posológico.

Quizás se hace necesario revisar las guías farmacológicas y farmacoterapéuticas bajo un protocolo que incluya a la bioética y no simplemente criterios farmacoeconómicos. Tampoco hay que obviar que los profesionales médicos que se forman o actualizan en sus conocimientos deberían realizarlo desde el ámbito de la bioética personalista y no utilitarista para evitar mayores problemas sanitarios y costes por una excesiva morbi-mortalidad de pacientes con polimedicación (Barroso, 2011).

3. Conclusiones

El envejecimiento está condicionado por múltiples factores, entre ellos la polimedicación que actúa como una circunstancia que permite incrementar la esperanza de vida, aunque no siempre conlleva un aumento de la calidad de vida, aspecto deseable para un envejecimiento saludable. Por ello, es necesario que las administraciones sanitarias garanticen, desde toda su estructura jerárquica, que la polimedicación se ajuste a criterios farmacoeconómicos bajo el prisma de los principios de la bioética.

Sin duda, se requieren actuaciones que revisen los distintos protocolos que generen los cambios necesarios sobre los hábitos relativos a la prescripción de medicación en las personas mayores para evitar que el efecto cascada pueda adentrarse en la teoría de la pendiente resbaladiza lo cual podría provocar una mayor expectativa de vida pero con un mayor riesgo y merma de la calidad de la misma.

Referencias

- Altisent R. (2002). Problemas éticos en la práctica diaria: De la investigación a la prescripción. En Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (eds.), *La Bioética, diálogo verdadero* (pp. 165-172).
- Barroso, A. V. y Moral, E. G. (2011). Polimedicación e inadecuación farmacológica: ¿dos caras de la misma moneda? *Pharmaceutical Care España*, 13(1), 23-23.
- Beuscart, J. B., Dalleur, O., Boland, B., Thevelin, S., Knol, W., Cullinan, S., Schneider, C., O'Mahony, D., Rodondi, N. y Spinewine, A. (2017). Development of a core outcome set for medication review in older patients with multimorbidity and polypharmacy: a study protocol. *Clinical Interventions in Aging*, 12, 1379-1389. <https://doi.org/10.2147/CIA.S135481>
- Deliens, G., Filleul, O., Pepersack, T., Awada, A., Piccart, M., Praet, J-P. y Dal Lago, L. (2016). Drugs prescribed for patients hospitalized in a geriatric oncology unit: Potentially inappropriate medications and impact of a clinical pharmacist. *Journal of Geriatric Oncology*, 7(6), 463-470. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2016.05.001>



- Esteban Jiménez, Ó., Arroyo Aniés, M. P., Vicens Caldentey, C., González Rubiod, F., Hernández Rodríguez, M. A. y Sempere Manuelf, M. (2018). Deprescribiendo para mejorar la salud de las personas o cuando deprescribir puede ser la mejor medicina. *Atención Primaria*, 50(2), 70-79. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.001>
- European Commission. (2016). Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems and Fiscal Sustainability. http://www.medicospacientes.com/sites/default/files/Informe_6.pdf
- Fajardo, P. C., Baena, M. I., Alcaide Andrade, J., Martínez Olmos, J., Faus, M. J. y Martínez-Martínez F. (2005). Adaptación del Método Dáder de seguimiento farmacoterapéutico al nivel asistencial de atención primaria. *Pharmacy Practice*, 3(3), 158-164.
- Fialová, D., Laffon, B., Marinković, V., Tasić, L. Doro, P., Sóos, G., Mota, J., Dogan, S., Brkić, J., Teixeira, J. P., Valdiglesias, V. y Costa, S. (2019). Medication use in older patients and age-blind approach: narrative literature review (insufficient evidence on the efficacy and safety of drugs in older age, frequent use of PIMs and polypharmacy, and underuse of highly beneficial nonpharmacological strategies). *European Journal of Clinical Pharmacology*, 75, 451-466. <https://doi.org/10.1007/s00228-018-2603-5>
- Guillot, J., Maumus-Robert, S. y Bezin, J. (2020). Polypharmacy: A general review of definitions, descriptions and determinants. *Therapies*, 75(5), 407-416.
- Hernández Ugalde, F., Álvarez Escobar, M. C., Martínez Leyva, G., Junco Sánchez, V. L., Valdés Gasmury, I. y Hidalgo Ruiz, M. (2018). Polifarmacia en el anciano. Retos y soluciones. *Revista Médica Electrónica*, 40(6), 2053-2070. <http://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2640>
- Huizer-Pajkos, A., Kane, A., Howlett, S., Mach, J., Mitchell, S. J., Cabo, R. de, Le Couteur, D. y Hilmer, S. (2016). Adverse Geriatric Outcomes Secondary to Polypharmacy in a Mouse Model: The Influence of Aging. *The Journals of Gerontology*, 71(5), 571-577. <https://doi.org/10.1093/gerona/glv046>
- Khezrian, M., McNeil, C. J., Murray, A. D. y Myint, P. K. (2020). An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. *Therapeutic Advances in Drug Safety*. <https://doi.org/10.1177/2042098620933741>
- Montiel-Luque, A., Núñez-Montenegro, A. J., Martín-Aurioles, E., Canca-Sánchez, J. C., Toro-Toro M. C. y González-Correa, J. A. (2017). Medication-related factors associated with health-related quality of life in patients older than 65 years with polypharmacy. *Plos One*, 12(2), e0171320. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171320>
- Obreli-Neto, P. R., Nobili, A., Oliveira Baldoni, A. de, Molino Guidoni, C., Pereira de Lyra Júnior, D., Pilger, D., Duzanski, J., Tettamanti, M., Cruciol-Souza, J., Penteado Gaeti, W. y Nakamura Cuman, R. (2012). Adverse drug reactions caused by drug-drug interactions in elderly outpatients: a prospective cohort study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 68(12), 1667-76. <https://doi.org/10.1007/s00228-012-1309-3>
- Pazan, F. y Wehling, M. (2021). Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *European Geriatric Medicine*, 12, 443-452. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00479-3>
- Riquelme Abreu, I., Álvarez Guerra, S., Ramos Rodríguez, V., Saborido Martín, L. y González Hernández, Z. (2016). Breves consideraciones sobre la bioética en la investigación clínica. *Revista Cubana de Farmacia*, 50(3). <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/47>
- Romeo Casabona, C. M. (1999). *El derecho y la bioética antes los límites de la vida humana*. Centro de Estudios Ramón-Areces.



- Sánchez Rodríguez, J. R., Escare-Oviedo, V., Robles-Molina, C., Vergara-Martínez, M. y Jara-Castillo, C. (2019). Polifarmacia en adulto mayor, impacto en su calidad de vida. Revisión de literatura. *Revista de salud pública*, 21(2), 271-277. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n2.76678>
- Tribunal Europeo de Derechos Humanos. Sentencia núm. 2002/23 de 2 de Julio 2002. <http://lawcenter.es/w/file/download/66104>
- Urzúa, A. y Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
- Wastesson, J. W., Morin, L., Tan, E. y Johnell, K. (2018). An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. *Expert Opinion on Drug Safety*, 17(12), 1185-1196. <https://doi.org/10.1080/14740338.2018.1546841>
- World Health Organization [WHO]. (2021, 4 de octubre). Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (1958). *The First ten years of the World Health Organization*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37089>