

Eva Arrufat Gasulla

DIA A DIA AMB LA POLIMEDICACIÓ

TREBALL FI DE GRAU

Dirigit per: Sr. Jaume Magre Aguilar

Infermeria



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultat d'Infermeria

TARRAGONA 2016

ÍNDEX

1.	Introducció	4
2.	Marc teòric	5
2.1	Polimedicació	5
2.1.1	Què és?	5
2.1.2	Epidemiologia	6
2.1.3	Factors associats a la polimedicació	7
2.1.4	Conseqüències de la polimedicació	8
2.2	Activitats de la vida diària (AVD)	9
2.2.1	Què són?	9
2.2.2	Classificació AVD	10
2.2.3	Conseqüències de la polimedicació sobre les Activitats Bàsiques de la Vida Diària 12	
1.	Hipòtesis	16
2.	Objectius	16
2.1	Objectiu general	16
2.2	Objectius específics	16
3.	Metodologia	16
4.	Cronograma	20
5.	Resultats	22
5.1	Aspectes generals	22
5.2	Sentiments i emocions	23
5.3	Autonomia per a la gestió dels medicaments	23
5.4	Activitats de la vida diària	24
5.5	Aspectes econòmics	26
5.6	Relacions socials	26
6.	Discussió	27

7. Conclusions	30
8. Annexes.....	31
6 Bibliografia	50
ARTICLE	1

1. Introducció

El descens de la natalitat unit amb l'augment de l'esperança de vida implica un envelliment de la població i per tant cada cop més, hi ha persones que presenten dos o més malalties cròniques, amb tot això i la pèrdua gradual d'autonomia ocasiona importants repercussions personals, socials i econòmiques.

El propòsit d'aquest estudi és investigar sobre les modificacions que sofreixen en les activitats bàsiques de la vida diària amb la presa de 5 o més fàrmacs diferents. A més a més de conèixer que comporta la polimedicació, la seva prevalença i altres aspectes que al llarg del projecte es veuran reflectides.

Crec que aquest tema és interessant d'estudiar, ja que com he dit anteriorment, ens trobem amb una societat que cada cop més l'esperança de vida és major i això fa que hi hagi més malalties cròniques, el que comporta més consum de fàrmacs. Per tant, és un problema de salut que els professionals d'infermeria es trobaran habitualment i és interessant conèixer les repercussions que comporta la polimedicació.

Amb tot això, vull donar importància i conscienciar als professionals d'infermeria de les conseqüències que comporta la polimedicació i així poder prestar uns millors serveis a la societat.

Per aquestes raons, em sembla molt interessant, i alhora oportú, fer un estudi que relacioni els conceptes i els problemes anteriorment nomenats, plantejant-me la següent pregunta: Com afecta la polimedicació en les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD)?

2. Marc teòric

2.1 Polimediació

2.1.1 Què és?

La polimediació és una situació complexa, amb moltes variables i causes, això fa que entre els autors no hi hagi consorci amb la definició d'aquest concepte. Podem definir la polimediació des de dos punts de vista: el qualitatiu i el quantitatiu.

Des del punt de vista qualitatiu, és considera aquella situació, la qual el pacient sofreix una o diverses malalties i pren més fàrmacs dels clínicament necessaris tant siguin prescrits per un professional sanitari com de venda lliure en farmàcies.(1)

Segons Rollason y Vogt distingeixen tres possibles situacions segons el punt de vista qualitatiu:(1,2)

- Polimediació adequada. El pacient pren molts medicaments, però tots aquells estan correctament indicats i són clínicament necessaris.
- Polimediació inadequada. La persona pren més fàrmacs dels clínicament necessaris, és a dir que no estan indicats correctament.
- Pseudopolimediació. Succeeix quan la persona no es pren tots els medicaments prescrits tal i com figura a la Història Clínica.

Des del punt de vista quantitatiu, no sembla haver-hi consorci entre els autors a l'hora d'establir un límit de fàrmacs, com també a l'hora d'establir un mínim de temps, ja que hi ha diversos criteris(1,2).

En l'article "The development of polypharmacy. A longitudinal study." considera la polimediació prendre's tant sols dos medicaments(3). En canvi, per a Rollason i Vogt parlen de 4 fàrmacs per als pacients ambulatoris i 10 per a les persones institucionalitzades. En canvi, Monane i cols posen el límit en cinc medicaments. I Bjerrum i cols consideren quatre nivells:(1,4)

- Polimedicació menor: 2 o 3 medicaments al dia.
- Polimedicació moderada 4 o 5 medicaments al dia.
- Polimedicació major 6 a 9 medicaments al dia.
- Gran polimedicat 10 o més medicaments al dia.

Actualment, la majoria d'autors estableixen com a límit 5 medicaments al dia. Així doncs, des del punt de vista quantitatiu, un pacient polimedicat seria aquell que amb una o més malalties, consumeix diàriament de forma continuada, durant un mínim de tres mesos, cinc o més fàrmacs per qualsevol via (oral, inhalatòria, parenteral, etc), bé siguin prescrits per un professional o adquirits de venda lliure en farmàcies.(5)

Però, és important saber quins medicaments no comptarien, com per exemple els fàrmacs d'ús puntual com els analgèsics o antibiòtics, ja que com hem dit anteriorment ha de tractar-se d'un tractament crònic, on com a mínim faci 3 mesos que se'ls prengui.

Hi ha autors que tampoc no consideren els fàrmacs que s'administren per via tòpica, tot i que el més prudent és considerar i tenir en compte tots els fàrmacs independentment del grup terapèutic, de la seva formulació i de la seva via d'administració. I per últim, els productes sanitaris que no contenen cap principi actiu i determinades fórmules nutricionals amb propietats terapèutiques, generalment no compten.(4,6)

2.1.2 Epidemiologia

La polimedicació és un fenomen freqüent que augmenta amb l'edat, al igual que la morbiditat associada. En un estudi realitzat per Law et al 1976(7), el 34% de les persones grans consumien un màxim de 3 fàrmacs/dia, en canvi, els estudis més recents estimen que la mitja diària és de 4,2-8 fàrmacs per persona, amb un màxim de 18 fàrmacs diferents al dia. (5,8)

A Espanya, al 2012, la polifarmàcia afectava al 34,2% de les persones grans que consumeixen fàrmacs a diari. Centrant-nos en la ciutat de Barcelona, un 13% de la població, unes 30.000 persones, prenen més de 10 medicaments cada dia. Un miler consumeixen més de 15 fàrmacs diaris i prop de 500 pacients superen els 20,2.(4)

Els requeriments terapèutics que comporta la gestió de la cronicitat implica costos econòmics elevats per al sistema de salut, derivats tant del cost directe dels medicaments com dels costos implicats en prevenir o tractar els impactes negatius de la polimediació en la població susceptible.

Segons les últimes dades oficials publicades en l'àmbit estatal, la despesa en medicaments (despesa en farmàcies) va representar un 18,1% de la despesa sanitària pública en 2011, tot i que cal destacar que la funció amb major pes en l'àmbit de l'assistència sanitària pública va ser la dels servicis hospitalaris i especialitzats, que van representar el 17% de la població i van originar aproximadament el 70% de la despesa en fàrmacs.(9)

2.1.3 Factors associats a la polimediació

Dintre d'aquesta situació, s'ha de considerar elements importants, en la que el pacient presenta major predisposició a sofrir interaccions medicamentoses, a presentar un baix compliment i ser un bon candidat a presentar Problemes Relacionats amb els Medicaments (PRM) i/o Reaccions Adverses als Medicaments (RAM).

Tal i com explica Anthony J. Avery en la publicació de Febrer de 2011 en la revista *British Journal of General Practice* amb el títol "*Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practise*", incideix i explica que la polifarmàcia s'associa amb l'edat, la morbiditat i el baix autocuidatge de la salut. On també considera que l'esperança de vida es cada cop major i la morbiditat múltiple és més comú en pacients amb edat avançada, per tant el problema de la polimediació es bastant probable que empitjori.(6)

Avery, també remarca que la revisió de forma regular i completa de la medicació és una intervenció essencial per a combatre els efectes no desitjats per la polimediació. Així és important avaluar si els pacients estan obtenint el benefici terapèutic esperat dels medicaments en ús o si els beneficis potencials es veuen compensats pels riscos i efectes secundaris, tenint, sempre que sigui possible, en consideració les opinions dels pacients, que hauran de participar plenament en les decisions sobre els medicaments.(10)

Amb això, vull remarcar que la polimediació és un problema important i creixent, de manera que abordar-la pot ser rellevant per a millorar la qualitat de vida dels pacients ajudant-los a manipular els seus propis medicaments. D'aquesta forma, reduiríem els efectes secundaris i es fomentaria un ús més racional dels medicaments, a la vegada que més efectiu i eficient.(6,10)

2.1.4 Conseqüències de la polimediació

Segons la OMS el 50% dels medicaments que es prescriuen, dispensen o es venen de forma inapropiada i la meitat dels pacients no els prenen correctament.

Actualment, els errors més freqüents són l'oblit de la presa del fàrmac i la diferència en la dosis o en la pauta. I on la causa més important dels errors de la medicació està relacionat amb ser home, viure sol i tenir un major nombre de medicaments prescrits.(11)

Per altra banda, els efectes adversos relacionats amb el fàrmac són més freqüents en les persones grans que amb els pacients més joves, a causa del creixent número de medicaments amb l'edat i els canvis fisiològics de l'envelliment.

La polimediació comporta molts efectes adversos, on inclou reaccions adverses als medicaments, responsable del 5%-6% de totes les hospitalitzacions i fins un 12% en la població més gran. Altres efectes de la polifarmacia són les interaccions entre els

diferents fàrmacs i nutrients. També influeix la no adherència al tractament que augmenta en paral·lel amb el nombre de fàrmacs; i la prescripció inadequada que es correlaciona amb el número de fàrmacs que és molt freqüent en les llars de les persones grans.(12)

El fet d'usar inadequadament els medicaments, representa un sever problema de salut, això repercuteix negativament a la qualitat de vida i a les activitats bàsiques de la vida diària.

2.2 Activitats de la vida diària (AVD)

2.2.1 Què són?

Al llarg de la història diversos autors i associacions han definit, explicat i classificat les activitats de la vida diària (AVD).

La primera referència sobre les activitats de la vida diària va ser elaborada per Sheldon en la *Revista de Salut i la Educació Física* en 1935. Més tard, a 1969, Lawton i Brody van ser els primers autors en descriure dos nivells d'activitats de la vida diària i on introduïen el concepte d'activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) per abordar les tasques més complexes involucrades amb la participació interna i de la comunitat. On en 1971, Lawton va especificar les tasques incloses d'aquest grup, com per exemple l'ús del telèfon, la neteja, les finances, etc. (13)

Segons l'Associació Americana de Teràpia Ocupacional (AOTA,1975), defineixen les activitats de la vida diària com les ocupacions que componen les activitats quotidianes, activitats conformades per l'autocuidatge, treball i oci.

Més tard, els autors Reed & Sanderson (1980) van redefinir el concepte com les tasques que una persona ha de ser capaç de realitzar per cuidar de sí mateix, incloent l'autocuidatge, la comunicació i la mobilitat. Per una altra part, Pedretti (1981) afegeix el maneig de la llar com una activitat més a la definició dels autors Reed & Sanderson.

Al 1983, l'autor Adam Trombly va definir les activitats de la vida diària com aquelles tasques ocupacionals que una persona ha de dur a terme diàriament per preparar-se en les tasques pròpies del seu rol. Per primera vegada, aquest autor inclou el concepte de rol. Més tard, Mosey (1986) va subdividir les activitats de la vida diària en 3 grups:(14)

- L'autocuidatge
- La comunicació
- El transport

Actualment, segons Marg Foster (2003) són les capacitats que els individus adquireixen i desenvolupen amb el fi de dur a terme amb èxit les tasques diàries. Varien de persona en persona i canvien al llarg de la vida. La cultura i el marc social del individu influeixen en la importància concreta de las habilitats vitals(15).

2.2.2 Classificació AVD

Les activitats de la vida diària són diferenciades segons la Confederació Espanyola de Personas amb Discapacitat Física i Orgànica (COCEMFE) en tres grups:(14,16)

- **Les Activitats de la Vida Diària Bàsiques (AVDB).** Són les activitats orientades al cuidatge del propi cos; pel que també són conegudes com a activitats personals de la vida diària. Aquest grup engloba les següents activitats:
 - Bany i dutxa. Engloba tot el que comporta, des de poder agafar els objectes com l'esponja, el sabó, fins poder realitzar l'acció d'ensabonar-se i aclarar-se. Com també, mantenir la postura durant l'acció o les transferències per entrar i sortir de la banyera.
 - Cuidatge de la bufeta i els intestins. Inclou el control complet i el buidament coluntari de la bufeta i intestins.

- Vestir-se. Ademés de incloure la pròpia acció de vestir-se i desvestir-se, també inclou l'elecció correcta de les peces de roba en funció del clima.
 - Menjar. Habilitat de mantenir i manipular el menjar/líquid en la boca i tragar-lo.
 - Alimentació. Portar el menjar i el líquid des del plat o got a la boca d'una forma correcta.
 - Mobilitat funcional. Moure's d'una posició a una altra, així com moure's al llit, al sofà, caminar, qualsevol tipus de transferència, etc.
 - Higiene personal. Inclou qualsevol activitat de cuidatge del propi cos, pentinar-se, tallar-se les ungles, rentar-se les dents, etc.
 - Activitat sexual. Involucrar-se en activitats per arribar a la satisfacció sexual.
 - Dormir/descans. Període de inactivitat amb un fi reparador.
 - Higiene del WC. Inclou, la neteja, la transferència fins al vàter, manteniment de la postura, cuidatge de les necessitats menstruals/urinàries.
- **Les Activitats de la Vida Diària Instrumentals (AVDI).** Es defineixen com aquelles activitats destinades a la interacció amb el medi, que normalment son complexes i la seva realització és opcional. (17)
 - Cuidatge dels altres. Inclou supervisar i promoure el cuidatge dels altres
 - Cuidar de les mascotes. Consisteix en el cuidatge i supervisió dels animals.
 - Cuidar dels nens. Criar i supervisar els nens, per afavorir el desenvolupament natural.
 - Ús dels sistemes de comunicació. Ús de tecnologia per comunicar-se (telèfons, ordinadors, etc.)

- Mobilitat en la comunitat. Ser capaç de moure's per la comunitat, utilitzar els transports públics, etc.
 - Maneig financer. Saber utilitzar els recursos fiscals.
 - Cuidatge de la salut i manutenció. Desenvolupament, cuidatge i manteniment d'hàbits saludables.
 - Crear i mantenir una llar. Obtenció i manteniment de les propietats, objectes personals i domèstics.
 - Preparació del menjar i neteja. Preparació d'una dieta equilibrada, com també la neteja dels utensilis empleats.
 - Procediments de seguretat i respostes davant emergències. Coneixement i desenvolupament d'estratègies per a mantenir un entorn segur. Saber actuar i disposar del medis necessàries davant situacions d'emergència.
 - Anar de compres. Planificar la compra, com també efectuar-la.
- **Activitats avançades de la vida diària (AAVD).** Es refereixen a activitats complexes relacionades amb l'estil de vida del individu. Inclou activitats de tipus lúdic i relacional, conductes elaborades de control del medi físic i de l'entorn social que permeten al individu desenvolupar els seus rols socials, i que requereixen un alt grau de funcionalitat física. Com per exemple, activitats d'oci, participació en grups, contactes socials, viatges, esports, etc. (18,19)

Per poder avaluar cada subgrup de les activitats de la vida diària, existeixen diverses escales (**Annex 1**) i així podem determinar el diferent grau de dependència que té la persona.

2.2.3 Conseqüències de la polimediació sobre les Activitats Bàsiques de la Vida Diària

La polimediació suposa un important factor de risc de nombrosos problemes. A major nombre de fàrmacs i complexitat terapèutica, menor grau d'adherència, i per tant no

s'aconsegueix la millora clínica esperada. Això sol manejar-se incrementant encara més la medicació i entrant en un cercle viciós que agreuja la situació.(20)

A més a més, la incidència d'efectes adversos augmenta exponencialment amb el nombre de fàrmacs, la qual cosa implica habitualment noves prescripcions per tractar efectes erròniament interpretats com a nous processos i aquest fet s'anomena cascada terapèutica. (20,21)

Un estudi que varen realitzar a La universitat de Murcia, afirma que les reaccions adverses en la persona gran són freqüents i la seva prevalença s'estima en un 5% quan es consumeix un fàrmac, xifra que s'eleva fins a pràcticament el 100% quan es consumeixen deu o més fàrmacs.(20)

Per altra banda, les interaccions medicamentoses i medicament-malaltia són més freqüents entre els pacients polimedicats, especialment entre les persones grans, degut entre altres, a la comorbiditat i els canvis farmacocinètics i farmacodinàmics com a conseqüència del declivi en la funció hepàtica, renal i cardíaca associat a l'edat. Tots aquests efectes intermedis tenen repercussió directa sobre la salut, amb afectació negativa per a l'autonomia i la qualitat de vida de la persona.(20,21)

Diversos estudis associen la polimedicació amb un major risc de lesions per caigudes, major morbiditat crònica, pitjor funcionalitat física i qualitat de vida i autopercepció de la salut deteriorades. Inclús, en alguns estudis, parlen que augmenta el risc de mortalitat.(20,21)

Tal com afirma un estudi realitzat a Cuba anomenat "*Comorbilidad, estado funcional y terapéutica farmacológica en pacientes geriátricos*", explica que existeix una relació directa entre la polimedicació i l'afectació de l'estat funcional de la persona gran, més evident per a les Activitats Instrumentals de la Vida Diària que per a les Activitats Bàsiques de la Vida Diària.(3)

També fa referència que les reaccions adverses que s'observen amb més freqüència en les persones grans que tenen deteriorada la seva funcionalitat són: la hipotensió ortostàtica, les caigudes, l'estat confusional agut, manifestacions extrapiramidals, deteriorament cognitiu, depressió, incontinència urinària, etc.(3)

Segons l'estudi "Factores Asociados a la polifarmacia en la población anciana no institucionalizada", realitzat a les persones grans de Castella i Lleó. A l'hora d'estudiar la capacitat funcional va resultar que el 23,4% era dependent per al cuidatge personal, per a les tasques de la llar el 31,2% precisava ajuda i per a la mobilitat el 25,1% era dependent.(22)

Aquestes dades es veuen reflexades en el cas clínic "Aplicación del proceso enfermero en el paciente anciano polimedicado en una consulta de Atención Primaria" on les necessitats que estan afectades són: la mobilitat on el pacient precisa ajuda d'un bastó per a caminar i afirma que des de la mort de la seva dona ja no surt a passejar, perquè no té companyia i està sol; el cuidatge personal, ja que per a dutxar-se es va haver de canviar la banyera per una dutxa adaptada per a prevenir caigudes (catifa antilliscant, una barana i un tamboret) i per últim, l'eliminació on la persona presenta incontinència urinària nocturna (nictúria).(23)

En canvi, el "Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria", realitzat per pel Servei Canari de Salut afirma que el grau d'incapacitat, mesurat a través de les Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD) i les Activitats Instrumentals de la Vida Diària (AIVD) , el 71% era per alguna de les ABVD i el 90% era per alguna de les AIVD a partir dels 85 anys. També destaca, que les ABVD que generen més dificultat és la de banyar-se/dutxar-se, destacant també un 8,6% de persones majors de 65 anys que necessiten ajuda per menjar. I per a les AIVD la que suposa més problema de realització és la neteja de la llar.(24)

Segons el projecte d'investigació "Polimedicación en pacientes de 65 o más años: relación con la calidad de vida" realitza diferents escales (Euro-QoL, WONCA) per valorar la qualitat de vida, i segons els resultats, el cuidatge personal i la mobilitat són les dues variables més afectades.(25)

1. Hipòtesis

Les persones grans que es polimediquen es veuen alterades les seves emocions, sentiments, relacions socials i activitats de la vida diària.

2. Objectius

2.1 Objectiu general

Conèixer com es veuen influenciades les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) d'una persona gran, jubilada, autònoma i polimedicada.

2.2 Objectius específics

- Conèixer la prevalença de les persones grans que és polimediquen.
- Investigar les principals complicacions que comporta la polimedicació en les persones grans.
- Descriure les emocions i els sentiments de les persones polimedicades.
- Conèixer com afecta socialment el fet de polimedicar-se.
- Analitzar com repercuteix econòmicament la presa de 5 o més medicaments diferents per dia, tant a la persona com a la societat.
- Descriure com influeix la polimedicació en les relacions socials de cada persona.

3. Metodologia

Durant la realització d'aquesta tasca utilitzaré una recerca bibliogràfica exhaustiva dels articles científics més recents sobre la polimedicació i les activitats de la vida diària, utilitzant bases de dades electròniques com Cuiden, Pubmed, Scielo, Google Académico, així com manuals clínics i publicacions científiques relacionats amb el tema dels últims 10 anys, per reflectir les conseqüències de la polimedicació. Basada sempre en l'evidència científica del moment.

Durant la realització de la recerca bibliogràfica en la Base de dades Pubmed, les paraules claus utilitzades van ser: “polypharmacy and life quality”, “polypharmacy and activities of daily living”, “exercise and polypharmacy”. En la base de dades CUIDEN, les paraules claus utilitzades seran: “polimedicación and actividades de la vida diaria”. En el google acadèmic, les paraules claus varen ser “polimedicación y actividades de la vida diària”.

També, realitzaré entrevistes semiestructurades, amb l'objectiu de conèixer les vivències, emocions i afrontaments de les pròpies persones que estan experimentant aquest problema social.

Per això he partit d'un mètode inductiu, ja que hi ha plantejada des d'un primer moment una hipòtesi, la qual vull verificar al llarg d'aquest treball. A més, també utilitzaré un mètode fenomenològic descriptiu, ja que hem centrem en les experiències i vivències que ens descriuen els afectats.

Per a la realització d'aquest treball he vist convenient, centrar-lo en 3 entrevistes semi estructurades, ja que crec que m'aportaran la informació suficient i necessària per a poder contrastar i treure unes conclusions rellevants. Aquestes entrevistes es realitzaran després de fer la recerca bibliogràfica, ja que així la informació recaptada serà més àmplia i a més a més, podrem veure el mateix cas des de punts de vista diferents, com ja he dit.

Amb aquestes entrevistes busco que els afectats m'expliquin si han canviat i en quins aspectes s'han modificat les seves Activitats Bàsiques de la Vida Diària (ABVD).

Per arribar a aquest punt entrevistaré a persones que complint els següents criteris, sent així els meus criteris d'inclusió:

- Cada individu ha de prendre 5 o més medicaments diferents.
- La persona ha de tenir més de 60 anys i jubilada.

- Els pacients han de ser autònoms per a les activitats de la vida diària.
- Escala de Barthel amb 95 o més (Dependència lleu).
- Les persones escollides han de viure a la província de Tarragona.
- Persones que segueixen el tractament des de fa més d'1 any.

Per a localitzar als informants, utilitzaré la tècnica de mostreig anomenada bola de neu, és a dir que contactaré amb amics i persones pròximes del meu àmbit social i aquestes hem conduiran a altres informants. Crec que és idoni realitzar entrevistes a persones ja conegudes, ja que hi ha més confiança i es pot extreure més informació d'una forma més còmoda.

Un cop seleccionats les persones, contactaré amb els informants de forma presencial per a explicar de que tracta el treball i els objectius d'aquest. Si estan d'acord en participar, es crearà un consentiment informat en el qual garantiré l'anonimat i la confidencialitat.

Per a la realització de les entrevistes escolliré un entorn en el que els informats es trobin el més còmodes i amb la major confiança possible.

A l'hora de redactar les entrevistes i poder analitzar la informació d'una manera més organitzada i detallada, vaig establir diferents categories. On varen sortir 6 codificacions diferents, a partir de les quals començaré el procés d'interpretació. Les paraules claus determinades són les següents:

- Aspectes generals
- Sentiments i emocions
- Autonomia per a la gestió dels medicaments
- Activitats de la vida diària
- Aspectes econòmics
- Relacions socials

A part de les entrevistes, a cada persona els hi realitzaré l'escala de Barthel per veure el grau d'autonomia que té la persona i així poder afirmar un dels criteris d'inclusió establerts anteriorment sobre l'autonomia de la persona.

Previ a la realització del treball, em plantejo les següents dificultats que hem puc trobar al llarg de tot aquest projecte:

- La recerca d'articles recents i que siguin interessants per al meu treball.
- La utilització correcta de la base de dades per buscar la informació requerida.
- La selecció de les persones per entrevistar.

4. Cronograma

Tinc previst recollir les dades bibliogràfiques amb 12 setmanes. Un cop ens proporcionis la informació aplicarem els criteris d'inclusió del nostre treball, i ens posarem en contacte amb ells. Seguidament realitzaré el consentiment informat (Annex 2) i les entrevistes.

Després invertiré 9 setmanes a realitzar l'anàlisi de totes les dades recollides i 5 setmanes més per realitzar la memòria del projecte.

Finalment també hi haurà un període de comunicació i difusió de resultats que començarà amb la realització de l'article sense poder establir el temps de finalització.

	Novembre				Desembre				Gener				Feberer				Març				Abril				Maig				Juny			
Setmana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Recollida dades bibliogràfiques																																
Contacte amb informants																																
Consentiment informat																																
Construcció i realització de les entrevistes																																
Anàlisi de dades																																
Memòria del projecte																																
Article																																
Realització presentació																																

5. Resultats

Com he explicat anteriorment, els resultats que es presentaran a continuació, es basen en les dades obtingudes de 3 informants.

Totes 3 informants són dones on superen els 60 anys, estan jubilades i fa més d'un any que prenen més de 5 medicaments diaris. La E1 té 73 anys, la E2 78 anys i la E3 81 anys. A més a més, són autònomes per a les ABVD amb un Barthel de 100, 95, 95, respectivament.

5.1 Aspectes generals

Totes tres informants inicien el seu relat amb l'explicació sobre com varen començar a prendre's els medicaments i relaten els diferents successos que els hi va passar durant la vida, que varen fer que de sobte es haguessin de prendre's medicaments.

En cert moment de la vida de les informants apareix una malaltia, que en aquests tres casos coincideixen que són problemes cardíacs i que els hi ocasionen diversos tipus de limitacions per a realitzar les diferents activitats de la vida diària.

La història de les informants, comença amb l'aparició de símptomes físics que es descriuen de diferents maneres segons la vivència personal de cada una.

Totes tres informants, coincideixen en què la implementació dels diferents fàrmacs varen ser progressivament i que no els i van prescriure tots de colp. I a mesura que anaven fent-se grans apareixien altres problemes de salut, ja siguin com a efecte secundari d'altres fàrmacs o pel fet de fer-se gran i els canvis metabòlics que comporta aquest fet. Aquesta situació es veu reflectida en el cas de la E1, on expressa: "(...) *tomando tantos medicamentos y tantos años que ya llevo 20 años, pues se ve que a causa de la composición de ellos y tal pues puede producir ácido úrico, que antes también me tomaba el Boi K para contrarrestar las pérdidas que produce el Seguril y*

ya me lo dijeron los médicos que a la larga podía producir ácido úrico, pues este ácido úrico lo tengo yo ahora.”

5.2 Sentiments i emocions

Per part de les tres entrevistades expliquen com una gran part dels seus pensaments i emocions varen ser la tranquil·litat en veure que els símptomes, ja no els hi perjudicava i limitava tant com abans.

Però per altra banda, també reflecteixen preocupació i la càrrega que comporta el fet de prendre's tants medicaments al dia i veure les interaccions i efectes secundaris que poden ocasionar. Demostrant així, per una part resignació a l'hora d'acceptar i adaptar-se a un nou hàbit com és l'horari de la presa de tots els fàrmacs diferents. On la E3 expressava aquesta resignació de la següent forma: *“(…) tal com passa el temps és una càrrega constant, perquè 20 pastilles són moltes pastilles! I has d'estar sempre pendent de la medicació i de l'hora. Però, penso que això ho necessito per viure”* (...).

Respecte al possible canvi d'humor/caràcter relacionat amb la presa de 5 o més medicaments, les tres informants afirmen que van notar millora i el seu estat d'ànim i iniciativa per fer les coses va augmentar. Millorant així la qualitat de vida de la persona. On la E2 i la E3 ho afirmaven de la següent manera: *“Pues desde que me las tomo, me siento mejor, más animada, no me fatigo tanto. (...)”*

“(…) pujar l'ànim, tenia i tinc més ganes de fer les coses poquet a poquet, però la veritat és que sí que hem van ajuda en aquest sentit”.

5.3 Autonomia per a la gestió dels medicaments

Totes tres informants afirmen que són autònomes a l'hora de fer-se càrrec de la gestió del seu tractament incloent anar a buscar-los a la farmàcia i organitzar-los per tal manera de complir el tractament cada dia.

Cal remarcar que la informant amb més edat (E3): *“(...) si em canvien algun medicament, entones m’ho revise la meua filla per a veure si esta tot en orden. (...)”*, aclareix que de tant en tant, si el metge li modifica la medicació, necessita supervisió de la seva filla, per tal de què revisi si tota la medicació és correcta.

Tal com afirma la E3, explica que cada cop li costa més adaptar-se a les modificacions dels medicaments. Tot i que aquestes modificacions segons les tres informants afirmen que no són freqüents, sí que fan referència que els canvis si que els hi ocasiona alguna dificultat a l'hora de gestionar i no equivocar-se.

Les entrevistades expliquen que normalment els canvis que sol fer el metge, són canviar els noms comercials dels fàrmacs, això provoca un risc que s'equivoquin a l'hora de gestionar-los. La informant E1 explica un cas interessant on explica que a causa de l'Enalapril va tenir tos durant 4 anys, ella li ho explicava a la seva doctora de capçalera, però no li donava importància. Fins que un dia a la consulta amb el metge del cor li ho va comentar i va veure que aquesta reacció li venia donada per l'Enalapril, la informant demostra la seva gratitud i la importància que li dóna sempre a comentar i revisar-se la medicació sempre abans de prendre's els fàrmacs de la següent manera: *(...) Por eso creo que es muy importante comentar todas las cosas a todos los doctores, porque lo que un doctor no llega, otro sí que lo puede ver. Y estoy muy agradecida, porque la verdad que me ha mejorado el día a día (...)*.

5.4 Activitats de la vida diària

Respecte a l'afectació de les activitats de la vida diària es pot observar com la E1 que és la informant més jove ens explica que de moment no pateix cap afectació de les activitats bàsiques de la vida diària, tot i que incideix que el fet de complir l'horari del Sintrom sí que l'afecta al seu dia a dia, ja que ella és una persona molt activa i s'oblida de prendre's el comprimit. Per evitar aquest fet, es va posar una alarma al mòbil i així evita l'oblit de la presa i seguir el tractament correctament.

En canvi, tal com les informants tenen més edat, refereixen limitacions a l'hora de caminar, en la mobilitat de les extremitats, dificultat al dutxar-se, etc. Ho podem veure reflectit en l'entrevista de la E3, on ens explica que d'ençà que es pren la Prednisona i el Bisoprolol té més retenció de líquids, el que li ocasiona inflor de les extremitats i això li repercuteix negativament a l'hora de caminar. La E3 ho explica de la següent manera: “(...) *camina m'ha limitat molt des de fa 2 anys vaig en bastó i des que me prenc el tractament per al cor m'unflo més, sobretot les cames, els peus se m'unflen (...)*”.

Ella explica que es cansa molt a l'hora de caminar i que a l'hora de sortir al carrer és per a fer trajectes curts i sempre ho fa acompanyada per algun familiar/amiga, ja que nota que no està àgil i té por de caure.

Aquesta por de patir caigudes, també es veu reflectida en l'entrevista de la E2 on explica que fa dos anys va patir una gran caiguda i els primers mesos no sortia de casa perquè tenia pànic per si li tornava a passar. Actualment, manifesta que ja surt al carrer, però no fa trajectes molt llargs. “(...) *andar, pues des de que me caí pues tengo miedo y voy con un bastón para ir más segura (...)*”

Per altra banda, les informants també ens relaten que un principal problema i limitació que es troben en el seu dia a dia és l'hora de dutxar-se, ja que a causa de la seva pèrdua de mobilitat es van haver de canviar la banyera per una dutxa. On en tots dos casos, E2 i E3, explica que es va canviar la dutxa i tenen un tamboret, una barana i una catifa antilliscant on s'asseuen allí i es van fent la higiene personal a poc a poc. On ho manifesten així:

“E2 (...) *ahora tengo una ducha con una baranda y con una esterilla para no resbalar y voy haciendo (...)*”

“ E3 (...) vam canviar la banyera per la dutxa perquè jo no puc aixeca la cama per a entrar. Entonces en la dutxa tinc un tamboret i m’assento allí i pos poc a poc vaig fent.”

A l'hora de pujar escales, la E2 i la E3 relaten que les van pujant a poc a poc amb l'ajuda de la barana, però que han d'anar realitzant parades, ja que es fatiguen i s'ofeguen. En el cas de pujar qualsevol cosa de pes, expliquen que avisen o a familiars o en el cas de la compra els i pugen els empleats fins a casa.

5.5 Aspectes econòmics

Respecte als aspectes econòmics, les entrevistades expliquen que si que han de pagar una part del medicament, però que aquesta part no els hi suposa una gran càrrega econòmica i que ho poden afrontar.

Exceptuant de la E2, que tal com afirma a l'entrevista: *“¡Sí porque son pensiones pequeñas y además tienes que pagar!”* Admet que li suposa una càrrega, tot i que afirma que segueix fent la mateixa vida.

La E3 ens explica que li donen una ajuda per a comprar tots els medicaments, i on el màxim que ha de pagar al mes pels medicaments és aproximadament 10€.

5.6 Relacions socials

Normalment, quant les informants surten fora de casa i s'han de prendre les pastilles, totes tres coincideixen en que tenen una caixeta que està distribuïda en els set dies de la setmana. Llavors, quant van de viatge s'emporten aquesta caixeta i per si de cas, també agafen comprimits de més per si es perden o passa qualsevol cosa.

En aquest apartat dos de les entrevistades (E2, E3) explicaven que tenien por a l'hora de sortir de casa. En el cas de E2 tenia por, perquè fa dos anys, que va sofrir una caiguda molt forta, on es va trencar el braç, el llavi i el nas. Ho explica de la següent manera: *“ Desde que me caí, ya no voy ni de viaje ni nada. Tengo pánico a salir a la calle, voy a comprar aquí abajo, pero sola no voy muy lejos no, no.(...)”*

Des d'aquell moment, no sortia de casa i si ho feia, era sempre acompanyada d'alguna altra persona. En el cas de la E3, la por venia al fet que li donés els microinfarts que li donen quant fa algun esforç, per això la E3 no surt molt freqüent pel carrer.

Per altra banda, totes tres informants, expliquen que no tenen cap problema ni els incomoda prendre's els medicaments en enfront de la gent, recalquen que cada cop més és un fet que és habitual per a la societat.

6. Discussió

Aquesta recerca va tenir com a propòsit, conèixer com es veuen influenciades les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) d'una persona gran, jubilada, autònoma i polimedicada. Sobretot, es pretenia vincular la polimedicació amb la limitació de les ABVD, examinar com es veien limitades i conèixer les conseqüències tant sentimentals com socials i econòmiques que comporta aquest fet.

També, es van identificar aquells factors associats a la comorbiditat que experimenten les persones polimedicades. A continuació, es discutiran les principals troballes d'aquest estudi.

Dels resultats obtinguts en aquesta investigació, es pot deduir que les persones que tenen més edat tenen més afectacions i limitacions en les ABVD que les persones en edats menors. A més a més, tal com explica, la E1 el fet de prendre's tants anys els fàrmacs l'hi ocasionen efectes secundaris, el que comporta prendre's més fàrmacs. Tot això es veu reflectit en un estudi anomenat "*Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments?*" on afirma que els efectes adversos relacionats amb el fàrmac són més freqüents en les persones grans que en els pacients més joves, a causa del creixent nombre de medicaments que es pren la persona amb l'edat i els canvis fisiològics i metabòlics que comporta l'envelliment.

Segons les informants amb més edat, les Activitats Bàsiques de la Vida Diària on es veuen més limitades són a l'hora de realitzar el cuidatge personal (dutxar-se/banyar-se) i la mobilitat (caminar). On també es pot veure reflectit en l'estudi "Factores Asociados a la polifarmacia en la población anciana no institucionalizada", realitzat a les persones grans de Castella i Lleó on es va veure que el 23,4% era dependent per al cuidatge personal, per a les tasques de la llar el 31,2% precisava ajuda i per a la mobilitat el 25,1% era dependent.

A més a més, les informants amb més edat manifestaven que tenien por a l'hora de sortir de casa, una de les informants aquesta por estava relacionada per una caiguda que va sofrir, on es va trencar diversos ossos i va agafar por. I en l'altre cas, explicava la informant que es veu amb pocs reflexos, poc àgil i té por d'entropessar i caure. Diversos estudis associen la polimediació amb un major risc de lesions per caigudes, major morbiditat crònica, pitjor funcionalitat física i qualitat de vida i autopercepció de la salut deteriorades. Inclús, en alguns estudis, parlen que augmenta el risc de mortalitat.(20,21)

Respecte a les conseqüències econòmiques que comporta la polimediació, segons les informants afirmen que no els hi suposa una gran càrrega econòmica, tot i que segons les últimes dades oficials publicades en l'àmbit estatal, la despesa en medicaments (despesa en farmàcies) va representar un 18,1% de la despesa sanitària pública en 2011.(9)

Per altra banda, sobre l'autonomia a l'hora de gestionar els medicaments, segons les informants podem deduir que les persones amb major edat, tenen més dificultat a l'hora de gestionar les modificacions puntuals que fa el metge. Aquest fet, ocasiona més risc de patir errors i no complir correctament la terapèutica, segons la bibliografia cercada un dels principals errors que comporta la polimediació són: l'oblit de la pressa del fàrmac i la diferència en la dosi o en la pauta, on les causa més habituals

estan relacionats amb ser home, viure sol i tenir un major nombre de medicaments prescrits.(11)

7. Conclusions

Si recordem la hipòtesi d'aquesta investigació era: Les persones grans que es polimediquen es veuen alterades les seves emocions, sentiments, relacions socials i activitats de la vida diària.

Un cop realitzada la revisió bibliogràfica i de realitzar les 3 entrevistes semiestructurades, on les informants van compartir les seves experiències, emocions i sentiments; podem deduir que el fet de prendre's més de 5 fàrmacs diferents ocasiona més riscos i efectes secundaris, la qual cosa comporta afectació de les Activitats Bàsiques de la Vida Diària.

Per altra banda, segons les informants, respecte a les emocions, sentiments i relacions socials afirmen que no varen notar canvis ni cap afectació. Aquest tema no s'ha pogut contrastar amb cap font bibliogràfica, ja que específicament d'aquest tema no vaig trobar cap article que parlés dels sentiments, emocions i relacions socials.

Per tant, la principal limitació o dificultat que m'he trobat durant la realització d'aquesta investigació ha estat a l'hora de la cerca bibliogràfica i la falta d'articles que relacionessin la polimediació amb els sentiments, emocions i relacions socials. Una altra limitació que m'he trobat ha sigut que totes les meves informants han segut dones, i per tant no he pogut verificar si les conseqüències de la polimediació són diferents.

Finalment, gràcies a aquesta recerca sobre la polimediació, un tema actual que afecta cada cop més a les persones grans, m'he donat compte que tant els metges com les infermeres han de revisar la medicació i conèixer les possibles afectacions a les activitats de la vida diària i buscar alternatives.

8. Annexes

ANNEX 1

ESCALA DE BARTHEL. Aquesta escala permet valorar l'autonomia de la persona per a realitzar les activitats bàsiques i imprescindibles de la vida diària.

ALIMENTACIÓN		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para alguna de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.
BAÑO		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braquero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	
ARREGLARSE		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIONES		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

Il·lustració 1 Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar; Junta de Andalucía (C9)

MICCIÓN		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	
RETRETE		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	
TRASLADARSE desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla-, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínima ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	
DEAMBULAR		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.)
0	Dependiente	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

Il·lustració 2 Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar; Junta de Andalucía (C9)

Estratificació:

Diraya*		Proceso APP**	
Puntuación	Dependencia	Puntuación	Dependencia
0-20	Total	< 20 (0-15)	Total
25-60	Severa	20-35	Grave
65-90	Moderada	40-55	Moderada
95	Leve	≥60 (60-95)	Leve
100	Independencia	100	Independencia

Il·lustració 3 Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar; Junta de Andalucía (C9)

ESCALA DE KATZ. Aquesta escala també permet l'avaluació de les activitats bàsiques de la vida diària.

Índice de Katz

LAVADO

- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)
- Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)
- Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera

VESTIDO

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido

USO DE RETRETE

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas)
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- No va al retrete

MOVILIZACIÓN

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
- No se levanta de la cama

CONTINENCIA

- Control completo de ambos esfínteres
- Incontinencia ocasional
- Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente

ALIMENTACIÓN

- Sin ayuda
- Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan
- Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

INDEPENDIENTE DEPENDIENTE

VALORACIÓN

- A Independiente en todas las funciones
- B Independiente en todas salvo en una de ellas
- C Independiente en todas salvo lavado y otra más
- D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más
- E Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
- F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más
- G Dependiente en las seis funciones

Ilustración 4 Escalas de valoración funcional en el anciano; Sociedade Galega de Medicina Interna (C10)

ESCALA DE LAWTON Y BRODY. Permet valorar la capacitat de la persona per realitzar les activitats instrumentals necessàries per viure de manera independent en la comunitat.

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0
HACER COMPRAS	
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
CUIDADO DE LA CASA	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participa en ninguna labor de la casa	0
LAVADO DE LA ROPA	
Lava por sí solo toda su ropa	1
Lava por sí solo pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Ilustración 5 Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar; Junta de Andalucía (C9)

Estratificación:

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

Ilustración 6 Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar; Junta de Andalucía (C9)

ANNEX 2

Consentiment informat

El propòsit d'aquesta fitxa de consentiment és informar als participants d'aquesta investigació amb una clara explicació de la naturalesa de la mateixa, així com del seu paper en ella.

Aquesta investigació és conduïda per Eva Arrufat Gasulla de la Universitat Rovira i Virgili, del Campus Catalunya, que es troba a Tarragona. La meta d'aquest estudi és aconseguir esbrinar si el fet de polimedica-se s'alteren o no les emocions, sentiments, les activitats de la vida diària i si ho són com es veuen modificades, a més a més de conèixer quina visió té la societat sobre aquest fet.

Si accedeix a participar en aquest estudi, se li demanarà respondre preguntes en una entrevista. El que conversem durant aquestes sessions es gravarà, de manera que la investigadora puguin transcriure després les idees que vostè hagi expressat.

La participació d'aquest estudi és estrictament voluntària, i la informació que es reculli serà confidencial i no es farà servir per a cap altre propòsit fora dels d'aquesta investigació. Les seves respostes a l'entrevista seran codificades usant un número d'identificació i per tant, seran anònimes. Un cop transcrites les entrevistes, els cassets amb enregistraments es destruiran.

Si té algun dubte sobre aquest projecte, podeu fer preguntes en qualsevol moment durant la seva participació en ell. Igualment, pot retirar-se del projecte en qualsevol moment sense que això el perjudiqui en cap forma. Si alguna de les preguntes durant l'entrevista li semblen incòmodes, té vostè el dret de fer-ho saber a l'investigador o de no respondre-les.

Li agraïm la seva participació.

Accepto participar voluntàriament en aquesta investigació, conduïda per Eva Arrufat Gasulla. He estat informat/da que la meta d'aquest estudi és esbrinar si el fet de polimedica-se s'alteren o no les emocions, sentiments, les activitats de la

vida diària i si ho són com es veuen modificades, a més a més de conèixer quina visió té la societat sobre aquest fet.

M'han indicat també que hauré de respondre preguntes en una entrevista.

Reconec que la informació que jo aportí durant la duració d'aquesta recerca és estrictament confidencial i no serà utilitzada per a cap altre propòsit fora dels d'aquest estudi sense el meu consentiment. He estat informat que puc fer preguntes sobre el projecte en qualsevol moment i que puc retirar-me del mateix quan així ho decideixi, sense que això comporti cap perjudici per a la meua persona. De tenir preguntes sobre la meua participació en aquest estudi, puc contactar amb les responsables.

Entenc que una còpia d'aquesta fitxa de consentiment em serà lliurada, i que puc demanar informació sobre els resultats d'aquest estudi quan aquest hagi conclòs.

Nom del Participant	Signatura del participant	Data
---------------------	---------------------------	------

ANNEX 3

Entrevista 1

Nombre: E1

Edad: 73 anys

Enfermedades: recanvi de vàlvula mitral, hipertiroïdisme, arítmia, HTA.

Aspectos generales

- **¿Cuántos medicamentos diferentes se toma al día?** 8
- **¿Desde cuándo se los toma?** Des de hace 20 años.

¿Qué le pasó? Pues me operaron del corazón, o sea tenía la válvula mitral estropeada, a punto de cerrarse y entonces me ahogaba, no podía respirar, tenía tos, no me encontraba bien, fui al médico, me hicieron una revisión y me encontraron que estaba la válvula a punto de estar cerrada completamente. Entonces me operaron de urgencia y me pusieron la válvula mitral de titanio que entonces como yo tenía 53 años le pareció mejor ponerme la de titanio que la de cerdo. Entonces a partir de eso empecé a tomar toda la medicación.

- **¿Cómo se los prescribieron, de golpe o fue progresivamente?**

Haber... al principio me prescribieron el Seguril y el Sintrom, pero luego a raíz de ir pasando el tiempo, noté que haciendo lo mismo empecé a engordar o sea haciendo el mismo ejercicio, comiendo lo mismo, entonces fui a la doctora de cabecera y me hicieron unos análisis para ver cómo funcionaban las tiroides y me salió alterada y entonces me pusieron el Eutirox. Bueno pues bien, entonces cuando me hacia los análisis de todos los años vieron que el hierro me bajaba un poco, entonces la doctora de cabecera me dijo que le enseñara los análisis al médico del corazón y entonces al enseñarle, él me explico que al llevar la válvula metálica y al pasar la sangre parte del hierro no pasaba, y entonces fue cuando me recetaron el Acfol y este me lo tomo alternado, a lo mejor me lo tomo 2 meses y descanso uno o al revés, voy alternando según

me sale la analítica. Luego, por circunstancias de la vida, pues yo tuve problemas emocionales y yo me notaba que muchas veces sentía como palpitaciones aquí debajo de la cabeza y se lo comenté a la doctora y a raíz de allí me iba controlando la tensión y vieron que tenía tensión emocional y según las situaciones, pues me producían hipertensiones y entonces me pusieron en tratamiento con el Enalapril, entonces yo no me di cuenta que era por esa pastilla, pero empecé a tener tos por las noches y picor y tos y tos y tos. Se lo comenté a la doctora de cabecera y ella me decía que alomejor me producía un poquito de alergia, pero que bueno que no le daba mucha importancia. Bueno... pues así estuve 4 años con tos nocturna y otra vez que fui a la revisión del corazón se lo comenté a él y le dije: "doctor, ¿me estará pasando algo en el corazón o en los pulmones? Porque llevo mucho tiempo con tos, pero que solo es nocturna" y entonces me repasó los medicamentos que me tomaba y me dijo: "ya se de lo que es, es del Enalapril" y entonces me lo cambiaron al Vasaltran y desde ese día me desapareció la tos. Por eso creo que es muy importante comentar todas las cosas a todos los doctores, porque lo que un doctor no llega, otro sí que lo puede ver. Y estoy muy agradecida, porque la verdad que me ha mejorado el día a día. Y bueno, a raíz de ahí todo bien, pero tomando tantos medicamentos y tantos años que ya llevo 20 años, pues se ve que a causa de la composición de ellos y tal pues puede producir ácido úrico, que antes también me tomaba el Boi K para contrarrestar las pérdidas que produce el Seguril y ya me lo dijeron los médicos que a la larga podía producir ácido úrico, pues este ácido úrico lo tengo yo ahora. Y ahora de vez en cuando tengo molestias y fui a la doctora y me recetó dos medicamentos más, la colchicina para cuando tuviera mucho dolor y el otro el alopurinol para prevenir. Pero yo no soy muy partidaria de tomarme muchos medicamentos y antes de tomarme un fármaco nuevo, siempre me leo el prospecto, cosa que mi doctora de cabecera dice que no haga, pero yo

siempre lo hago. Y estos dos últimos aún no he empezado a tomarlos porque una de las contraindicaciones es a las personas con problemas en el corazón, entonces estoy a la espera a ver qué me dice a la próxima consulta.

Sentimientos y emociones

- **¿Cómo afrontó el hecho de tomarse tantos medicamentos? ¿Qué sentimientos, emociones le despertaron?**

Haber me produjo... Haber por un lado yo pensaba me los tengo que tomar porque es un beneficio para mí ¡claro!, pero por otro lado mucho rechazo..., nose... ya estamos en una época que ya conoces todas las cosas, el mecanismo como va y yo sé que son productos químicos y que mi cuerpo pues lo nota al cabo del tiempo. Y efectivamente, yo ya lo estoy notando poco a poco, porque ves todo esto que te digo, de las alteraciones de la tensión, del ácido úrico y claro me dicen que es de la composición de todos los medicamentos. Pero claro por otro lado, me los tengo que tomar porque me benefician mi salud, me operaron con 53 años y estoy aquí y estoy viva, por una parte gracias a la medicación que estoy tomando.

- **¿Los primeros días cuando se tomaba los medicamentos le ocasionaron algún cambio en el humor/carácter?**

No, cambio de humor no. Lo que si que me produjo fue insomnio por las noches, ya que escuchaba el tic tac de la válvula y entonces durante un tiempo me tuve que tomar Alprazolam para dormir. Pero respecto al humor y carácter nada de nada.

Autonomía para la gestión de los medicamentos

- **Para recoger los medicamentos a la farmacia, ¿lo hace usted o necesita ayuda?**

No, no, voy yo, me lo organizo yo y pues ya veo yo cuando me quedan pocas pastillas y tal. Lo que nunca tengo es, haber tengo una caja de recambio en casa, pero lo que yo no quiero es acumular medicamentos aquí en casa. Entonces tengo un recambio y cuándo se me termina pues entonces sí que voy a buscar más en la farmacia.

- **¿Alguna vez el médico le ha modificado los medicamentos que se tomaba? ¿Ha estado para tomarse más o menos medicamentos?**

Haber modificar no me los ha modificado, lo único es por ejemplo lo que te digo de la tensión me la cambiaron y los demás yo tomo los mismos des del principio. Y bueno... después lo del ácido úrico que a causa de los otros medicamentos pues me tengo que tomar estos dos también.

- **¿Usted ha intervenido en la modificación o ha estado por decisión del médico?**

Hombre pues si que tuve que intervenir yo, porque era yo la que notaba que no era normal e insistí hasta el final para haber si la tos era a causa de algún medicamento y exactamente tenía razón. Y como he dicho anteriormente, creo que es muy importante siempre preguntar y leerse todo para evitar errores y mal estar.

- **¿Le ha ocasionado alguna dificultad a la hora de gestionar el fármaco modificado o molestia ocasionada por los efectos secundarios?**

¡Ah!, no, no ningún problema.

Actividades básicas de la vida diaria

- **¿Des de que se toma estos medicamentos le limita a la hora de realizar alguna actividad, como por ejemplo a la hora de cocinar, ducharse, dormir...? ¿Cómo se han visto afectadas?**

No, no, ninguna. Lo único que me produce el Sintrom es que siempre se tiene que tomar a la misma hora y yo me lo tomo a las 8h de la tarde y por ejemplo

en verano cuando sales a pasear o algo me he tenido que poner la alarma del móvil, porque claro cómo vas por ahí y estás distraída pues se me ha llegado a olvidar. Entonces la primera vez que se me olvidó, haber tuve como un shock porque yo creía que me podría producir algún daño en el organismo, porque claro como la base de mí operación es el Sintrom, pues al día siguiente fui hasta la doctora y ella me explicó que no se tenía que olvidar nunca, pero si por casualidad algún día te lo olvidas, pues que no corría ningún peligro porque su efecto es de 24h. Entonces a raíz de ahí procuro que no se me olvide nunca.

Aspectos económicos

- **¿A la hora de ir a la farmacia a buscar los medicamentos ha de pagar alguna cosa?**

Bueno... un tanto por cien, pero vamos que tampoco supone mucho cargo.

- **¿Recibe alguna ayuda para comprar los medicamentos?**

No, no, ninguna.

Relaciones sociales

- **¿A la hora de viajar o ir a comer fuera, que hace con los medicamentos?
¿Se los organiza de alguna manera?**

Si, si, si, ahora he estado de vacaciones y me he llevado toda la medicación, me he llevado sobretodo del Sintrom lo que me tengo que tomar todos los días y entonces yo por la noche tengo una cajita que ya me los organizo para el día siguiente.

- **¿Le incomoda, el hecho de tomarse los medicamentos delante de la gente?**

No, no, no, ninguna lo que me incómoda es tomármelos todos de golpe, porque tengo la sensación de que se tienen que pelear dentro del estómago, entonces me los tomo separados y me los combino para que no me coincidan.

Entrevista 2

Nombre: E2

Edad: 78

Enfermedades: Hipertiroidismo, arritmia, artrosis, osteoporosis, HTA.

Aspectos generales

- **¿Cuántos medicamentos diferentes se toma al día?**¹³
- **¿Desde cuándo se los toma? ¿Cómo se los prescribieron, de golpe o fue progresivamente? ¿Para qué sirven?**

Por fases, al principio me tomaba calmantes para el dolor de los huesos, después cuando me diagnosticaron la arritmia ya me empezaron a prescribir el Sintrom y el Bisoprolol. Después, cuando se murió mi marido, empecé a engordar y a engordar y comía lo mismo y fui al médico y resulta que tenía hipertiroidismo, entonces me puso la Eutirox. También me tomo el Enalapril para la tensión, que la mínima la tengo un poco alta.

Sentimientos y emociones

- **¿Cómo afrontó el hecho de tomarse tantos medicamentos? ¿Qué sentimientos, emociones le despertaron?**

Pues nada, porque como toda la vida me han dolido los huesos y eso pues ya me tomaba calmantes. Haber por una parte alivio, porque con la medicación del corazón me fue muy bien, porque antes salía a la calle y me fatigaba y no podía andar. Pero desde que me la tomo me noto mejor, más animada y no me fatigo tanto.

- **¿Los primeros días cuando se tomaba los medicamentos le ocasionaron algún cambio en el humor/carácter?**

Pues desde que me las tomo, me siento mejor, más animada, no me fatigo tanto. La verdad es que me han ido bien.

Autonomía para la gestión de los medicamentos

- **Para recoger los medicamentos a la farmacia, ¿lo hace usted o necesita ayuda?**

De momento me lo arreglo yo sola, como la farmacia está aquí a 5 minutos de casa, pues voy poco a poco, a coger los medicamentos.

- **¿Alguna vez el médico le ha modificado los medicamentos que se tomaba? Ha estado para tomarse más o menos medicamentos?**

Sí, una vez me cambió un calmante que me tomaba por uno más fuerte y ¡ay! Me sentó fatal, tenía una diarrea tremenda. Entonces volví al médico y me lo cambió.

Normalmente, mantiene los medicamentos que siempre me tomo, alomejor de tanto en tanto me cambia los calmantes porque como tengo osteoporosis, pues me duelen muchísimo las piernas sobretodo y me lo cambia por alguno más fuerte.

- **¿Usted ha intervenido en la modificación o ha estado por decisión del médico?**

¡Hombre! Pues si los calmantes no me hacen nada pues claro que voy al médico para haber si me lo cambia o si algún otro fármaco no me hace sentir bien pues sí que se lo informo y tal.

- **¿Le ha ocasionado alguna dificultad a la hora de gestionar el fármaco modificado o molestia ocasionada por los efectos secundarios?**

No, para no confundirme u olvidarme pues me lo apunto en un papel. Y por suerte solo fue esa vez con ese calmante que me sentó mal, pero los otros bien, sin ningún problema.

Actividades básicas de la vida diaria

- **¿Des de que se toma estos medicamentos le limita a la hora de realizar alguna actividad, como por ejemplo a la hora de cocinar, ducharse, dormir...? ¿Cómo se han visto afectadas?**

Ya hará pues unos cinco años, que mis hijos me cambiaron la bañera por una ducha, porque es que llegaba un momento que no podía ni entrar ni salir de allí dentro. Entonces ahora tengo una ducha con una baranda y con una esterilla para no resbalar y voy haciendo. Por ejemplo, para rascarme la espalda no llego, pero entonces me compre un cepillo con el mango largo y pues ya me llego.

Después para andar, pues des de que me caí pues tengo miedo y voy con un bastón para ir más segura, que alomejor si no tuviera este miedo no lo necesitaría..., pero no me fio.

¿Y para cocinar necesita ayuda?

No, no, lo hago yo como puedo. Lo que sí que necesito ayuda es a la hora de subir la compra en casa y para limpiar la casa, entonces cada 15 días me viene una chica y me limpia las cosas más fuertes, como los cristales, las baldosas, etc.

Es que como vivo en un 2º pues tengo muchas escaleras para subir y me fatigo, entonces no puedo subir peso y me la suben unos chicos y yo voy subiendo poco a poco, haciendo descansos.

¿Ha hecho alguna cosa a partir de la afectación de las actividades?

Sí, me cambié la bañera y lo que te he dicho de la chica que ya hará unos 4 años que viene ya.

Aspectos económicos

- **¿A la hora de ir a la farmacia a buscar los medicamentos ha de pagar alguna cosa?**

Hombre, claro. Ahora todo lo tenemos que pagar.

- **¿Ésto le supone una gran carga económica?**

Sí porque son pensiones pequeñas y además tienes que pagar.

- **¿Recibe alguna ayuda para comprar los medicamentos?**

No, no, ninguna.

Relaciones sociales

- **¿A la hora de viajar o ir a comer fuera, que hace con los medicamentos?
¿Se los organiza de alguna manera?**

Desde que me caí, ya no voy ni de viaje ni nada. Tengo pánico a salir a la calle, voy a comprar aquí abajo, pero sola no voy muy lejos no, no. (.) Es que me rompí el labio, la nariz y el brazo. Ahora sí que salgo un poquito pero al cabo de 2 años.

l normalmente, me los pongo en una cajita y me los llevó. Pero normalmente procuro tomármelos en casa.

- **¿Le incomoda, el hecho de tomarse los medicamentos delante de la gente?**

¡Ah!, no, no, no me incomoda para nada. Saco los medicamentos que me tocan y fin.

Entrevista 3

Nom: E3

Edat: 81 anys

Malalties: Pneumònia, angina de pit, anèmia, artrosis i artritis.

Aspectes generals

- **Quants medicaments diferents es pren al dia?** Hem prenc 20 medicaments diferents. **Per a que serveixen?** Principalment per al dolor de la artrosi i l'artritis, i també per al cor, per a l'angina del pit.
- **Des de quan es pren aquests medicaments?**
Ara farà ja 27 anys, 27 anys (..) que estic en tractament per l'artritis i artrosi i fa 2 anys que hem prenc tot el tractament per a l'angina de pit.

Com els hi van pre-escriure, de cop o va ser progressivament?

No, primer vaig anar al metge per artrosi que porto dos pròtesis als genolls i artritis i després es van complicant les coses i van començar a posar més medicaments a causa de l'angina de pit i les altres coses. Des de el primer moment hem van posar protectors gàstrics, però són tractaments molt forts i se me van fer dos llagues a l'estómac i tinc moltes molèsties estomacals i menjo coses suaves, sense res de picant perquè me sente mal.

Sentiments i emocions

- **Com va afrontar el fet de prendre's tants medicaments? Quins sentiments, emocions li van despertar?**
Pos al principi no vaig assimilar molt bé tot lo que comportava, però tal i com passava el temps es una càrrega constant, perquè 20 pastilles són moltes pastilles! I has d'estar sempre pendent de la medicació i de la hora. Però, penso que això ho necessito per viure i contenta perquè m'alivie una mica el dolor que tinc sempre.
- **Els primers dies quan es prenia els medicaments li varen ocasionar algun canvi en el seu humor/caràcter?**
La veritat es que hem van pujar l'ànim, tenia i tinc més ganes de fer les coses poquet a poquet, però la veritat es que si que hem van ajuda en aquest sentit.

Autonomia per a la gestió dels medicaments

- **Per anar a recollir els medicaments a la farmàcia ho controla vostè o necessita ajuda? Quin tipus d'ajuda?**

Pos de moment ho vaig controlant jo, els vaig a busca a farmàcia i me'ls organitzo jo a la caixeta i de tot. Aunque si me canvien algun medicament, entonces m'ho revise la meua filla per a veure si esta tot en orden. I si s'ha d'anar a buscar algun medicament al hospital, pos entonces va la meua filla perquè natros ja no podem ana.

- **Algun cop el metge li ha modificat els medicaments que es prenien? Ha estat per prendre's més o menys medicaments?**

Sí, més d'una vegada. Cada 3 mesos vaig a fem anàlisis, per a veure com està tot, i farà un any vaig tindre una anèmia molt gran i me van tindre que transfondre sang i tot, i des d'entonces hem prenc també la pastilla del ferro. I de vegades també hem canvia el nom del medicament, però és el mateix medicament.

- **Li a ocasionat alguna dificultat a l'hora de gestionar el fàrmac modificat o molèstia ocasionada pels efectes secundaris?**

Els primers dies si que pot ser hem costa més, perquè cada vegada la meua memòria va perdent, però després ja te'ls poses a la caixeta automàticament.

- **Respecte a la modificació dels medicaments, vostè a intervingut en la modificació o ha estat per decisió del metge?**

Sempre ha estat per decisió del doctor, haver si hi ha algun medicament que no hem senta bé, llavors si que li dic que haver si el puguere canviar. Però, per lo demás sempre es decisió seva.

Activitats bàsiques de la vida diària

- **Des de que es pren aquests medicaments li limita a l'hora de realitzar alguna activitat, com per exemple a l'hora de cuinar, dutxar-se, dormir...?**

Com s'han vist afectades?

M'aixequen una mica l'ànim, m'han millorat una mica la qualitat de vida però vaig perden, este braç (braç dret) per exemple ja no el puc aixeca hasta d'alt de tot, ja no tinc tanta força com tenia abans. I a l'hora de camina m'ha limitat molt des de fa 2 anys vaig en bastó i des de que me prenc el tractament per al cor m'unflo més, sobretot les cames, els peus se m'unflen. A l'hora de camina i d'anar a compra vaig molt poc a poc i sempre acompanyada del meu home perquè no me fio d'anar sola i tinc por, però penso que me de treure esta por que tinc al cos, perquè així no puc viure i pos ixim els dos i anem fent.

I per a dormir, des de que hem prenc la pastilla de dormir, ja descanso millor. Aunque he d'estar en el capçal del llit més aixecat, perquè sinó m'ofego i algunes vegades també me desperto pel dolor, però al fin i al cabo això es tot per l'artritis i artrosis.

I per a dutxar-se com ho fa?

Antes teníem banyera, però ja fa uns quants anys que vam canviar la banyera per la dutxa perquè jo no puc aixeca la cama per a entrar. Entonces en la dutxa tinc un tamboret i m'assento allí i pos poc a poc vaig fent.

Ha fet alguna cosa a partir de l'afectació de les activitats?

He intentat adapta'm sempre, si no puc fer alguna cosa pos m'espero i entre els dos u fem. Arriba un moment de la vida que te prens les coses d'una altra manera, i pos per exemple si no puc obrir un pot de tomata pos demano ajuda i respecte al caminar pos jo intento moure'm una mica i no tanca'm a casa i poc a poc anar fent.

A patit alguna caiguda durant els últims anys?

No, però em sento més insegura quan camino pel carrer i per això des de fa 2 anys des de que me va donar l'angina de pit vaig en bastó i acompanyada.

Perquè no tinc reflejos i qualquier pedreta o clot cauria, per això vaig en molt de cuidado.

Aspectes econòmics

- **A l'hora d'anar a la farmàcia a buscar els medicaments ha de pagar alguna cosa?** Antes si que mos feien pagar un tant, però ara farà uns mesos que mos entre per la seguretat social.

Això li ha suposat una gran càrrega econòmica?

Haver una gran càrrega no, fem la mateixa vida, no mos a condicionat en res.

- **Rep alguna ajuda per a comprar els medicaments?**

Sí, perquè com érem autònoms tenim la pensió mínima i sol paguem un màxim crec que són de 10€, no estic segura.

Relacions socials

- **A l'hora de viatjar o anar a dinar fora, que fa amb els medicaments? Se'ls organitza d'alguna manera?**

Pos ara no puc ixir de casa, no tinc ganes i tinc moltíssim dolor, sempre vaig en les pastilletes del cor per a que se me calmo el dolor. Entonces, estic per aquí per casa i algun dia venen les amigues aquí i fem la xarrada i pos jo tinc la caixeta aquella que pose tots els dies de la setmana i allí me les poso totes.

- **Li ocasiona alguna incomodació el fet de prendre's els comprimits davant de la gent?**

Cap ni una, ja mos coneixem de tants anys que cada una sabem lo que tenim, així que no me preocupa massa este tema. Trec la caixeta i me prenc la que me toque i avan.

6 Bibliografía

1. González, José Angel Alonso; Álvarez, José Ramón; Ávila, María Teresa Calleja; Urbano, Mercedes Calleja; Jiménez, Andoni Carrión; Prieto RLE. Guía de apoyo y consulta para el paciente polimedocado. 1ª Edición. 2014. 5-8 p.
2. Barroso, Villafaina; Moral G. Pacientes polimedocados frágiles , un reto para el sistema sanitario. Sist Nac Salud. 2011;35(4):114–23.
3. García Orihuela M, Suárez Martínez R, Sánchez Momblánc ME. Comorbilidad, estado funcional y terapéutica farmacológica en pacientes geriátricos. Rev Cuba Med Gen Integr. 1999, Editorial Ciencias Médicas; 2012;28(4):649–57.
4. Laporte, Joan Ramon; Llop, Roser; Bosch M. Actualització 2012 en farmacologia i terapèutica. Barcelona; 2012.
5. Gallardo F. Polimedocación y salud. Estrategias para la adecuación terapéutica [Internet]. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunidad. 2011 [Consultat: 2015 Dec 12]. p. 1. Disponible: http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=article&id=384:polimedocacion-y-salud-estrategias-para-la-adecuacion-terapeutica&catid=34:listado-de-articulos&Itemid=74
6. Moral, Enrique Gavilán; Barroso AV. Polimedocación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. 2011. 23-38 p.
7. Law R CC. Medicines and elderly people: a general practice survey. BMJ;

- 1976;1:565–8.
8. Villafaina Barroso A, Fabregat Domínguez MT, Salgado Pacheco JO. Evaluación y herramientas para el abordaje integral de los pacientes polimedificados. Extremadura; 2014. 32-40 p.
 9. Beloosesky Y, Gross Nevo RF, Weiss A, Nenaydenko O, Adunsky A. Rates, variability, and associated factors of polypharmacy in nursing home patients. *Clinical Intervention Aging*. 2013 Nov [Consultat: 2016 Jan 26];8:1585. Disponible: <http://www.dovepress.com/rates-variability-and-associated-factors-of-polypharmacy-in-nursing-ho-peer-reviewed-article-CIA>
 10. Barroso, Antonio Villafaina; Dominguez, Maria Teresa Fabregat; Pacheco JOS. Intervenciones para los Cuidados del paciente Polimedicado en Enfermería. 2014. 5-25 p.
 11. Rivera, Alicia Rodríguez; López, Elisabet Fernández; Rivera MR. El riesgo de la polimedicación en los pacientes pluripatológicos. *PARANINFO Digit*. 2015;(22).
 12. Schoenenberger A, Exadaktylos A. Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments? *Swiss Med Wkly*. 2014 Dec 4 [Consultat: 2016 Mar 2]; Disponible: <http://doi.emh.ch/smw.2014.14040>
 13. Actividades de la vida diaria. 27 Junio. 2011 [Consultat: 2015 Dec 28]. Disponible: <http://www.unicenvirtual.com/ofyk/?p=762>

14. Ferrer FA, Riera TE. Polimediación ¿ qué es eso? XV Jornadas Próximas jornadas de la REAP Solución o problema Polimediación: 2010. 1-8 p.
15. La importancia de las actividades de la vida diaria. 24 Diciembre. 2013 [Consultat: 2015 Dec 12]. Disponible: <https://cocemfecyl.wordpress.com/2013/12/24/la-importancia-de-las-actividades-de-la-vida-diaria/>
16. Planificación de las actividades de la vida diaria. 2014 [Consultat: 2015 Dec 1]. Disponible: <http://www.cocemfecyl.es/index.php/discapacidad-y-tu/66-actividades-de-la-vida-diaria-avd>
17. Actividades de la vida diaria - Definición y clasificación. 2011 [Consultat: 2015 Dec 15]. Disponible: <http://terapeutas.blogspot.com.es/2011/07/actividades-de-la-vida-diaria.html>
18. Garriga CG. Estratègies de cura i presa de decisions en persones grans amb dependència ingressades en una unitat geriàtrica d'atenció intermèdia : estudi descriptiu. [Vic]: Universitat de Vic; 2011.
19. Castro Sánchez I de. Un Camí del SAD al SED. 2010;Consultat: <http://dugi-doc.udg.edu//handle/10256/2998>
20. da Silva-Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos : revisión sistemática Risk factors for falls in the elderly : Rev Saúde Pública. 2008;42(5):946–56.

21. Gavilan E, Polypharm P. Polimedición en personas mayores. 2012. AMF, 8, 426-433.
22. Frutos Bernal E, Martín Corral JC, Galindo Villardón P. Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León. Revista Española Geriátrica Gerontológica. 2011;46(6):303–6.
23. García Cardenal Tutor C, Becerril Ramírez N. Caso clínico: Aplicación del proceso enfermero en el paciente anciano polimedicado en una consulta de Atención Primaria. Universidad de Zaragoza; 2010.
24. Servicio Canario de Salud, Consejería de Sanidad C del G de C, editor. Programa de Atención a las Personas Mayores en Atención Primaria. 2^a Edición. 2002.
25. Tramontano A, Sorribes Monfort J. Polimedición en pacientes 65 o más años : relación con la calidad de vida. 2013.

ARTICLE

REVISTA ÍNDEX

Normas de presentación

En general la extensión máxima de los manuscritos no deberá superar las 4.500 palabras (incluyendo en el recuento el texto, resúmenes en español e inglés, bibliografía, anexos, tablas, gráficos y en general todas las partes del artículo), y 1.500 palabras para artículos de formato breve (cartas al director, editoriales, etc). Se admite un máximo de cuatro ilustraciones por artículo y un máximo de seis firmantes (cuatro para artículos de formato breve).

Las páginas irán numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho.

En la **primera página del artículo** se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

- Título del artículo. Debe describir el contenido sustancial del trabajo mediante frases enunciativas. Debe ser claro, conciso y correcto. Se considera un tamaño adecuado si no supera las 15 palabras.
- Nombre y apellidos de los autores (recomendamos la no utilización de abreviaturas ni contracciones, procure diferenciar los nombres de los apellidos subrayando los apellidos)
- Nombre completo del centro de trabajo
- Dirección completa del centro de trabajo
- Dirección para correspondencia
- Otras especificaciones cuando se considere necesario

En la segunda página se incluirá en español y en inglés el título del artículo y un resumen de no más de 150 palabras, preferiblemente estructurado (justificación, objetivo, diseño, metodología, resultados principales y conclusión), así como varios descriptores o palabras clave que identifiquen el contenido del artículo. La traducción al inglés debe realizarse con arreglo a las reglas gramaticales y sintácticas, debiendo evitarse la utilización de traductores electrónicos. En las siguientes páginas se incluirá el texto del artículo, dividiendo claramente los apartados del mismo.

Procesado del texto. Tener en cuenta los siguientes parámetros:

- Tipo de letra Times New Roman a tamaño de 12 pulgadas.
- Espaciado e interlineado normales.
- Evitar el uso de mayúsculas en el título y encabezados de párrafo.
- Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto. Utilice preferiblemente entrecorchetados y cursivas, pero no simultáneamente (salvo para pasajes textuales de informantes en estudios cualitativos).
- Evitar el uso de opciones automáticas en el documento, especialmente de la opción nota final para la bibliografía. Ésta debe reseñarse al final ordenada numéricamente en formato de texto normal, mientras que las llamadas en el texto pueden realizarse con la opción superíndice.

Estructura de los artículos de investigación. Como criterio general y con independencia de la sección de la revista, todo artículo que describa resultados originales de una investigación deberá adoptar el sistema IMRYD (Introducción-

Metodología-Resultados y Discusión-Conclusiones). En el caso de investigaciones cualitativas que precisen una descripción densa de los resultados podrá utilizarse el sistema combinado Resultados-Discusión para describir cada categoría temática analizada. En el caso de Relatos Biográficos se adoptará el esquema Introducción-Texto Biográfico, procurando describir en la primera los contenidos correspondientes al sistema IMRYD, de manera no estructurada. Día a día con la polimedicación.

Day by day with polypharmacy.

Eva Arrufat Gasulla.

Universidad Rovira y Virgili, Av. Catalunya, 35,43002 Tarragona, España.

Resumen

El objetivo de este estudio es conocer cómo se ven influenciadas las actividades básicas de la vida diaria de una persona mayor, jubilada, autónoma y polimedicada. Para llegar a ello, se realizó un estudio cualitativo mediante un método inductivo y fenomenológico. Primero, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica y después se realizaron tres entrevistas semiestructuradas a tres mujeres de la provincia de Tarragona. Las participantes se eligieron mediante la técnica de muestreo bola de nieve. Los resultados que se extrajeron de las entrevistas fueron que en la higiene personal y en la movilidad son las actividades básicas de la vida diaria que están más limitadas. Por lo tanto, las conclusiones, en el grupo entrevistado, fueron que tomarse más de 5 medicamentos diferentes ocasiona más riesgos, efectos secundarios y empeora la calidad de vida.

Palabras claves

Polimedicación. Actividades de la vida diaria.

Abstract

The aim of this study is to learn how the basic activities of daily living of elderly, retired, autonomous and polymedicated are influenced. To achieve this, a qualitative study was performed using an inductive and phenomenological method. First of all, a literature search and then three semi-structured interviews were taken by three women of Tarragona. The participants were chosen by sampling technique snowball. The results were drawn from interviews in personal hygiene and mobility are the basic activities of daily life that are reduced. Therefore, the conclusions, in the group interviewed, were that taken more than 5 different drugs causes more risks, side effects and worsens the quality of life.

Keywords

Polypharmacy. Life quality. Activities of daily living.

Introducción

Cada vez más la esperanza de vida va aumentando, lo que implica que la sociedad vaya envejeciendo y por lo tanto haya más personas que padezcan enfermedades crónicas, lo que conlleva la toma de diferentes medicamentos.

La polimedicación es una situación compleja, con muchas variables y causas, esto hace que entre los autores no haya consorcio con la definición de este concepto. Podemos definir la polimedicación desde dos puntos de vista: el cualitativo y el cuantitativo.

Desde el punto de vista cualitativo, se considera aquella situación, la cual el paciente sufre una o varias enfermedades y toma más fármacos de los clínicamente necesarios tanto sean prescritos por un profesional sanitario como de venta libre en farmacias.¹

Desde el punto de vista cuantitativo, no parece haber consorcio entre los autores a la hora de establecer un límite de fármacos, como también a la hora de establecer un mínimo de tiempo, puesto que hay varios criterios^{1,2}. Actualmente, la mayoría de autores establecen como límite 5 medicamentos al día. Así pues, desde el punto de vista cuantitativo, un paciente polimedcado sería aquel que con una o más enfermedades, consume diariamente de forma continuada, durante un mínimo de tres meses, cinco o más fármacos por cualquier vía (oral, inhalatoria, parenteral), bien sean prescritos por un profesional o adquiridos de venta libre en farmacias.³

La polimedcación cada vez más está presente en nuestra sociedad lo que supone un importante factor de riesgo de numerosos problemas. A mayor número de fármacos y complejidad terapéutica, menor grado de adherencia, y por lo tanto no se consigue la mejora clínica esperada. Esto suele solucionarse incrementando todavía más la medicación y entrando en un círculo vicioso que agrava la situación.⁴

En España, al 2012, la polifarmacia afectaba al 34,2% de las personas mayores que consumen fármacos a diario. Centrándonos en la ciudad de Barcelona, un 13% de la población, unas 30.000 personas, toman más de 10 medicamentos cada día. Un millar consumen más de 15 fármacos diarios y cerca de 500 pacientes superan los 20,2.⁵

Tal y cómo explica Anthony J. Avery en la publicación de Febrero de 2011 en la revista *British Journal of General Practice* con el título *Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practise*, incide y explica que la polifarmacia se asocia con la edad, la morbilidad y el bajo cuidado de la salud. Donde también considera que la esperanza de vida es cada vez mayor y la morbilidad múltiple es más común en pacientes con edad avanzada, por lo que la polimedcación es bastante probable que empeore.³

Además, varios estudios relacionan la polimedcación con un mayor riesgo de lesiones por caídas, mayor morbilidad crónica, peor funcionalidad física y calidad de vida y autopercepción de la salud deterioradas. Incluso algunos estudios hablan que aumenta el riesgo de mortalidad.^{3,4}

Por otro lado, los efectos secundarios relacionados con el fármaco son más frecuentes en las personas grandes que con los pacientes más jóvenes, debido al creciente número de medicamentos y los cambios fisiológicos que ocasiona el envejecimiento.⁶

Éste estudio parte de la hipótesis en la que las personas grandes que se polimedican se ven alteradas sus emociones, sentimientos, relaciones sociales y actividades de la vida diaria.

El objetivo general que se quiere conseguir con esta investigación es conocer cómo se ven influenciadas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de una persona mayor, jubilada, autónoma y polimedcada. Y los objetivos específicos de este estudio son, investigar las principales complicaciones que comporta la polimedcación en las personas mayores, describir las emociones y los sentimientos de las personas polimedcadas, conocer cómo afecta socialmente el hecho de polimedcarse, analizar cómo repercute económicamente la toma de 5 o más medicamentos diferentes por día, tanto a la persona como a la sociedad y describir cómo influye la polimedcación en las relaciones sociales de cada persona.

Metodología

Para llevar a cabo ésta investigación he partido de un método inductivo fenomenológico, ya que se partió de una hipótesis y el estudio se centra en las vivencias y experiencias de las personas.

Primero, se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos, como Cuiden, Pubmed, Scielo, Google Académico; también incluyendo manuales clínicos y publicaciones científicas relacionados con el tema de los últimos 10 años.

El estudio se centró en tres entrevistas semiestructuradas, los criterios de inclusión fueron: tomar 5 o más medicamentos diferentes, tener más de 60 años y estar jubilado/a. ser autónomos para las actividades de la vida diaria, tener una Escala de Barthel con 95 o más (Dependencia leve), vivir en la provincia de Tarragona y seguir el tratamiento desde más de 1 año. Y también se realizó la escala de Barthel a cada una de las participantes.

La muestra se seleccionó mediante muestreo de bola de nieve, se contactó con amigos y personas próximas del ámbito social y éstas condujeron a otros/as informantes.

Se informó a las participantes sobre el objeto y los fines del estudio, garantizándoles la participación voluntaria e intimidad de la información compartida mediante un consentimiento informado escrito.

Una vez hecha la recogida de datos, se analizó de una forma estructurada y a partir de una codificación a priori (aspectos generales, sentimientos y emociones, autonomía para la gestión de los medicamentos, actividades de la vida diaria, aspectos económicos, relaciones sociales).

Resultados

Las 3 informantes eran mujeres donde superaban los 60 años de edad, estaban jubiladas y hace más de un año que tomaban más de 5 medicamentos diarios. La E1 tenía 73 años, la E2 78 años y la E3 81 años. Además, eran autónomas para las ABVD con un Barthel de 100, 95, 95, respectivamente.

En los aspectos generales, las participantes explicaron el inicio de la prescripción de los medicamentos, todas tres informantes coincidieron en que llegó un momento en que les diagnosticaron una enfermedad y a raíz de allí tal y como iba avanzando pues les iban prescribiendo más fármacos diferentes, de manera que iba siendo una prescripción progresiva.

Respecto en los sentimientos y emociones, las participantes expresaron que al principio sintieron alivio y tranquilidad al ver que su calidad de vida mejoraba. Pero después se dieron cuenta que también comportaba una carga diaria y de seguir un horario para la toma. Según la E2 y la E3 afirmaron que su carácter/humor mejoró a partir de la toma de los medicamentos, ya que se sentían con más energía y vitalidad.

Para la gestión de los medicamentos, la informante con más edad, afirmó que cada vez más tenía dificultades a la hora de gestionar los medicamentos que le modifican por otros, lo que necesita ayuda de otra persona. Por parte de las informantes E1 y E2 afirmaron que no tenían ningún problema.

En las actividades básicas de la vida diaria, la informante más joven afirma que actualmente no padece ninguna afectación, en cambio las otras dos participantes más mayores refieren que a la hora del cuidado personal y en la movilidad tienen más dificultades. A la hora de andar, explican que no tienen la misma estabilidad que antes ni la misma agilidad y que tienen miedo de caerse. La E3 lo explicaba así: “(...) a la hora de andar me ha limitado mucho, desde hace dos años voy con bastón y desde que me tomo el tratamiento para el corazón me hincho más, sobre todo las piernas, los pies se me hinchan y ya no tengo esa estabilidad que tenía antes (...)” . En el caso de la E2, hace 2 años se cayó y desde entonces tiene más inseguridad de salir sola por la calle. Así lo explica: “(...) andar, pues desde que me caí pues tengo miedo y voy con un bastón para ir más segura (...)”.

Por otro lado, las informantes también relatan que otro principal problema y limitación que se encuentran en su día a día es a la hora de ducharse, ya que debido a su pérdida de movilidad se tuvieron que cambiar la bañera por una ducha. En los dos casos, E2 y E3, explica que se pusieron una ducha y tienen un taburete, una barandilla y una alfombra antideslizante así disminuyen los riesgos de caerse. Lo expresan de la siguiente manera:

“E2 (...) ahora tengo una ducha con una baranda y con una esterilla para no resbalar y voy haciendo (...)”

“E3 (...) cambiamos la bañera por la ducha porque yo no puedo levantar la pierna para entrar. Entonces en la ducha tengo un taburete y me asiento allí y pues poco a poco voy tirando.”

A la hora de subir escaleras, la E2 y la E3 relatan que las van subiendo poco a poco con la ayuda de la barandilla, pero que tienen que ir realizando paradas, ya que se fatigan y se ahogan. En el caso de subir cualquier cosa de peso, explican que avisan o a familiares.

Respecto a los problemas sociales y económicos, las tres informantes coinciden en que no tienen ningún problema en tomarse las pastillas delante de la gente, ya que creen que es un tema que está muy instaurado en la sociedad y que no ocasiona ningún problema. Y sobre el tema económico, tanto la E1 y la E3 explican que son cantidades mínimas lo que tienen que pagar y que no les supone un gran gasto. En cambio, la E2 explica que son pensiones pequeñas y que con tantos fármacos, sí que afecta económicamente.

Discusión

De los resultados obtenidos en esta investigación, se puede deducir que las personas que tienen más edad tienen más afectaciones y limitaciones en las ABVD que las personas en edades menores. Además, tal y cómo explica, la E1 el hecho de tomarse tantos años los fármacos le ocasionan efectos secundarios, lo que comporta tomarse más fármacos. Este aspecto se ve reflejado en un estudio llamado “Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments?” donde afirma que los efectos secundarios relacionados con el fármaco son más frecuentes en las personas grandes que en los pacientes más jóvenes, debido al creciente número de medicamentos que se toma la persona con la edad y los cambios fisiológicos y metabólicos que comporta el envejecimiento.⁷

Según las informantes con más edad, las Actividades Básicas de la Vida Diaria donde se

ven más limitadas son a la hora de realizar el cuidado personal (ducharse/bañarse) y la movilidad (andar). Tal y como se refleja en el estudio “Factores Asociados a la polifarmacia en la población anciana no institucionalizada”, realizado a las personas mayores de Castilla y León donde se vio que el 23,4% era dependiente para el cuidado personal, para las tareas del hogar el 31,2% precisaba ayuda y para la movilidad el 25,1% era dependiente.⁸

Además, las informantes con más edad manifestaban que tenían miedo a la hora de salir de casa. Una de las informantes este miedo estaba relacionado por una caída que sufrió, y en el otro caso, explicaba la informante que se ve con pocos reflejos, poco ágil y tiene miedo de caerse. Varios estudios asocian la polimedición con un mayor riesgo de lesiones por caídas, mayor morbilidad crónica, peor funcionalidad física y calidad de vida y autopercepción de la salud deterioradas. Incluso, en algunos estudios, hablan que aumenta el riesgo de mortalidad.^{4,6}

Respecto a las consecuencias económicas que comporta la polimedición, según las informantes afirman que no les supone una gran carga económica, a pesar de que en la economía estatal, según los últimos datos oficiales publicadas en el ámbito estatal, el gasto en medicamentos (gasto en farmacias) representó un 18,1% del gasto sanitario público en 2011.⁷

Por otro lado, sobre la autonomía a la hora de gestionar los medicamentos, según las informantes podemos deducir que las personas con mayor edad, tienen más dificultad a la hora de gestionar las modificaciones puntuales que hace el médico. Este hecho, ocasiona más riesgo de sufrir errores y no cumplir correctamente la terapéutica, según la bibliografía buscada uno de los principales errores que comporta la polimedición son: el olvido de la toma del fármaco y la diferencia en la dosis o en la pauta, donde las causas más habituales están relacionados con ser hombre, vivir solo y tener un mayor número de medicamentos prescritos.⁸

Conclusiones

Partíamos de la hipótesis en que: Las personas mayores que se polimedican se ven alteradas sus emociones, sentimientos, relaciones sociales y actividades de la vida diaria.

Una vez realizada la revisión bibliográfica y las 3 entrevistas semiestructuradas, donde las informantes compartieron sus experiencias, emociones y sentimientos; podemos deducir que el hecho de tomarse más de 5 fármacos diferentes ocasiona más riesgos y efectos secundarios, lo que comporta afectación de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Por otro lado, según las informantes, respecto a las emociones, sentimientos y relaciones sociales afirman que no notaron cambios ni ninguna afectación. Este tema no se ha podido contrastar con ninguna fuente bibliográfica, puesto que específicamente de este tema no se encontró ningún artículo que hablara de estos temas.

Por lo tanto, la principal limitación o dificultad que me he encontrado durante la realización de esta investigación, ha sido a la hora de la búsqueda bibliográfica y la falta de artículos que relacionaran la polimedición con los sentimientos, emociones y relaciones sociales. Otra limitación que me he tenido es que todas mis informantes han

sido mujeres, y por lo tanto no he podido verificar si las consecuencias de la polimedicación son diferentes entre los dos sexos.

En consecuencia, este estudio es un inicio de una larga investigación, ya que para reforzar los resultados obtenidos deberíamos tener más entrevistas.

Bibliografía

1. González, José Angel Alonso; Álvarez, José Ramón; Ávila, María Teresa Calleja; Urbano, Mercedes Calleja; Jiménez, Andoni Carrión; Prieto RLE. Guía de apoyo y consulta para el paciente polimedicado. 1ª Edición. 2014. 5-8 p.
2. Barroso, Villafaina; Moral G. Pacientes polimedcados frágiles , un reto para el sistema sanitario. *Sist Nac Salud*. 2011;35(4):114–23.
3. Gallardo F. Polimedicación y salud. Estrategias para la adecuación terapéutica. Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunidad. 2011 [Consultado: 2015 Dec 12]. p. 1. Disponible:
http://www.samfyc.es/index.php?option=com_content&view=article&id=384:polimedizacion-y-salud-estrategias-para-la-adecuacion-terapeutica&catid=34:listado-de-articulos&Itemid=74
4. da Silva-Gama ZA, Gómez-Conesa A. Factores de riesgo de caídas en ancianos : revisión sistemática Risk factors for falls in the elderly : *Rev Saúde Pública*. 2008;42(5):946–56.
5. Laporte, Joan Ramon; Llop, Roser; Bosch M. Actualització 2012 en farmacologia i terapèutica. Barcelona; 2012.
6. Gavilán E, Villafaina A, Jiménez L. Polimedicación en personas mayores. *Amf*. 2012.
7. Schoenenberger A, Exadaktylos A. Can geriatric approaches support the care of old patients in emergency departments? *Swiss Med Wkly*. 2014 Dec 4 [Consultado 2016 Mar 2]; Disponible: <http://doi.emh.ch/smw.2014.14040>
8. Frutos Bernal E, Martín Corral JC, Galindo Villardón P. Factores asociados a la polifarmacia en población anciana no institucionalizada. Análisis de la submuestra de la Encuesta Nacional de Salud 2006 para personas mayores de Castilla y León. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46(6):303–6.