



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/apb2e531>



Salud y
Expectativas

Periodicidad trimestral Abril-Junio, Volumen 3, Numero 2, Años (2025), Pág. 18-35

Recibido: 2025-03-06

Aceptado: 2025-04-06

Publicado: 2025-05-06

Polifarmacia y comprensión terapéutica: intervención de reconciliación de medicamentos

Polypharmacy and Therapeutic Understanding: Medication Reconciliation Intervention

Autor

Dayana Lisseth Moreira Palma

lisseth_moreira16@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6639-2981>

Universidad Central del Ecuador

Quito - Ecuador

Resumen

La polimedicación en adultos mayores representa un desafío clínico y organizativo, dado que la alta carga de medicamentos y la complejidad de los regímenes terapéuticos aumentan el riesgo de discrepancias no intencionales, errores de administración y eventos adversos prevenibles. El objetivo de este estudio fue analizar la relación entre polimedicación, comprensión terapéutica y la eficacia de una intervención de reconciliación de medicamentos en adultos mayores, evaluando cómo estas estrategias impactan en la seguridad y adherencia al tratamiento. Se empleó un diseño cuantitativo, no experimental, con enfoque explicativo, utilizando información secundaria proveniente de fuentes oficiales y reportes de organismos nacionales e internacionales relacionados con seguridad del paciente, polimedicación y reconciliación de medicamentos. Se aplicaron métodos estadísticos avanzados, incluyendo regresión logística multivariada, análisis de correlación de Spearman y modelo de ecuaciones estructurales (SEM), para evaluar la relación entre carga farmacológica, discrepancias terapéuticas y comprensión del paciente. Los resultados evidenciaron que la polimedicación es altamente prevalente en adultos mayores, especialmente entre los 75 y 94 años, y que las discrepancias persisten a lo largo de las transiciones asistenciales, siendo más frecuentes al ingreso hospitalario. La integración de la reconciliación estructurada con estrategias de educación y verificación del entendimiento permitió reducir discrepancias, mejorar la adherencia y optimizar la seguridad del paciente, confirmando la importancia de intervenciones que combinen procesos técnicos con fortalecimiento de la comprensión terapéutica.

Palabras clave: polimedicación, reconciliación de medicamentos, comprensión terapéutica, adultos mayores, discrepancias terapéuticas, seguridad del paciente, adherencia al tratamiento.

Abstract

Polypharmacy in older adults represents a significant clinical and organizational challenge, as the high medication burden and complexity of therapeutic regimens increase the risk of unintentional discrepancies, administration errors, and preventable adverse events. The objective of this study was to analyze the relationship between polypharmacy, therapeutic understanding, and the effectiveness of a medication reconciliation intervention in older adults, assessing how these strategies impact treatment safety and adherence. A quantitative, non-experimental, explanatory design was employed, using secondary data from official sources and reports from national and international organizations related to patient safety, polypharmacy, and medication reconciliation. Advanced statistical methods were applied, including multivariate logistic regression, Spearman correlation analysis, and structural equation modeling (SEM), to evaluate the relationships between medication burden, therapeutic discrepancies, and patient understanding. Results showed that polypharmacy is highly prevalent among older adults, particularly between 75 and 94 years of age, and that discrepancies persist throughout care transitions, being most frequent at hospital admission. The integration of structured medication reconciliation with education and patient understanding verification strategies reduced discrepancies, improved adherence, and optimized patient safety, highlighting the importance of interventions that combine technical processes with enhanced therapeutic comprehension.

Keywords: polypharmacy, medication reconciliation, therapeutic understanding, older adults, therapeutic discrepancies, patient safety, treatment adherence.

Introducción

La polifarmacia se ha consolidado como un problema clínico prioritario por su asociación con prescripción potencialmente inapropiada, eventos adversos, interacciones y mayor complejidad del seguimiento terapéutico, especialmente en personas mayores y con multimorbilidad (Martínez Sotelo et al., 2021). En atención primaria, además, la continuidad asistencial y la longitudinalidad se han relacionado con patrones de uso de medicamentos que pueden amplificar o mitigar la polifarmacia, dependiendo de la calidad del seguimiento clínico y de la revisión periódica del tratamiento (Martín Díaz et al., 2023). En este marco, la optimización del tratamiento deja de ser una tarea exclusivamente farmacológica y se convierte en un proceso de gestión del riesgo clínico, donde la seguridad del paciente y la toma de decisiones compartida exigen información clara, registro consistente y coordinación interprofesional (Astier Peña et al., 2021).

No obstante, la carga real de la polifarmacia no se explica solo por el número de fármacos, sino por la comprensión terapéutica que logra construir la persona sobre su régimen, sus indicaciones, su forma de administración y los resultados esperados (Lasmarías Ugarte et al., 2023). Cuando la comprensión es limitada, aumentan los errores de uso, la baja adherencia y la discontinuidad del tratamiento, con efectos directos sobre el control clínico y el uso de recursos sanitarios (Cieza Arámbulo et al., 2022). En consecuencia, abordar polifarmacia sin intervenir la comprensión terapéutica implica asumir que la prescripción correcta se traduce automáticamente en uso correcto, lo cual suele fallar en pacientes con regímenes complejos, cambios frecuentes y transiciones asistenciales repetidas (García Pliego et al., 2022).

Las transiciones de atención representan un punto crítico, porque en el paso entre niveles y servicios se incrementan discrepancias, omisiones y duplicidades, aun cuando exista historia clínica (Gallego Úbeda et al., 2021). La conciliación o reconciliación de medicamentos se configura, por tanto, como una intervención de alta prioridad para asegurar consistencia entre la medicación habitual y la nueva prescripción, reduciendo riesgos derivados de información incompleta o desactualizada (Gallego Úbeda et al., 2022). Desde una perspectiva operativa, esta intervención requiere una metodología estructurada de levantamiento de la mejor historia farmacoterapéutica posible, verificación con múltiples fuentes y retroalimentación clínica oportuna hacia el equipo

prescriptor, con registro trazable de las discrepancias y su resolución (Gallego Úbeda et al., 2021).

En paralelo, la deprescripción y la revisión sistemática de la medicación han evolucionado como estrategias complementarias para disminuir carga farmacológica innecesaria, mejorar adecuación y favorecer regímenes más comprensibles y sostenibles en el tiempo (García Pliego et al., 2022). La evidencia clínica en atención primaria muestra que intervenciones lideradas por farmacéuticos y coordinadas con el médico pueden reducir medicación potencialmente inapropiada y costos farmacológicos, aunque su impacto sobre desenlaces duros depende del contexto y del tiempo de seguimiento (Martínez Sotelo et al., 2021). Por consiguiente, integrar reconciliación y revisión del tratamiento con un componente explícito de comprensión terapéutica permite pasar de un enfoque centrado en lista de fármacos a un enfoque centrado en seguridad, adherencia racional y gobernanza clínica del proceso de medicación (Astier Peña et al., 2021).

Esta investigación se orienta a analizar la polifarmacia y la comprensión terapéutica desde una intervención de reconciliación de medicamentos, entendida como un dispositivo técnico de seguridad del paciente que reduce discrepancias y, a la vez, crea condiciones para mejorar la comprensión del régimen por parte del paciente mediante educación focalizada y simplificación cuando sea clínicamente viable (Cieza Arámbulo et al., 2022). Asimismo, se asume que la reconciliación no es un acto aislado, sino un ciclo que se refuerza con seguimiento longitudinal, revisión periódica y articulación interprofesional, especialmente en mayores de 75 años y pacientes con tratamientos crónicos múltiples (Martín Díaz et al., 2023). En este marco, el artículo propone un abordaje que vincula seguridad de la medicación, adecuación terapéutica y comprensión del paciente como un mismo sistema de control clínico, con capacidad de disminuir errores y fortalecer resultados en salud reportados por el propio paciente (Lasmarías Ugarte et al., 2023).

Polifarmacia, adecuación terapéutica y seguridad del paciente

En la práctica clínica habitual, no es infrecuente encontrar a una persona mayor con hipertensión, diabetes y artrosis que consume ocho o más medicamentos, presenta duplicidad terapéutica inadvertida y manifiesta confusión sobre horarios y dosis, situación que ilustra la complejidad inherente a la polifarmacia cuando no se articula con procesos sistemáticos de revisión y educación sanitaria.

La polifarmacia se configura como un fenómeno clínico asociado al envejecimiento poblacional, a la multimorbilidad y a la fragmentación de la atención, lo que incrementa la probabilidad de interacciones, reacciones adversas y prescripción potencialmente inapropiada (Albarracín et al., 2021). En pacientes crónicos, la acumulación progresiva de fármacos puede derivar en cascadas terapéuticas, donde un efecto adverso se interpreta como nueva patología y se adiciona otro medicamento sin reevaluar la indicación inicial (Delgado et al., 2023).

Desde la perspectiva de calidad asistencial, la optimización farmacoterapéutica implica aplicar criterios explícitos para detectar prescripción inapropiada y valorar indicación, efectividad y seguridad de cada fármaco dentro del esquema global (Usarralde et al., 2023). En este contexto, la integración del farmacéutico clínico en equipos multidisciplinarios ha demostrado utilidad para identificar problemas relacionados con medicamentos y proponer ajustes individualizados (Marín et al., 2022).

Asimismo, la implementación de modelos estructurados de revisión, como la gestión integral de la farmacoterapia, permite disminuir riesgos asociados a duplicidades, dosis inadecuadas o tratamientos sin indicación vigente (Orozco & Silva, 2022). La evidencia también respalda la deprescripción planificada como estrategia para reducir carga farmacológica innecesaria y mejorar resultados clínicos en pacientes polimedicados (García, 2022).

En consecuencia, la seguridad del paciente en escenarios de polifarmacia depende no solo del número de medicamentos prescritos, sino del control técnico del proceso terapéutico y de la coherencia entre diagnóstico, indicación y seguimiento, integrando evaluación periódica y trazabilidad clínica (Macías et al., 2022).

Reconciliación de medicamentos y comprensión terapéutica en transiciones asistenciales

Durante el alta hospitalaria, puede observarse que una paciente que utilizaba anticoagulante oral previo recibe ajuste de dosis y suspensión de un diurético, pero en su domicilio continúa con el esquema anterior por no haber comprendido claramente los cambios, lo que evidencia cómo las discrepancias no intencionales surgen en ausencia de reconciliación estructurada y educación efectiva.

La reconciliación de medicamentos se define como un proceso sistemático orientado a obtener y verificar la lista completa de medicación que utiliza el paciente y compararla con las nuevas prescripciones, con el propósito de identificar discrepancias y prevenir errores en transiciones asistenciales (López et al., 2022). Estas transiciones representan momentos de alto riesgo, dado que convergen múltiples prescriptores, cambios terapéuticos y variabilidad en la calidad de la información clínica disponible (Milanez et al., 2022).

La intervención farmacéutica estructurada en conciliación ha mostrado capacidad para reducir discrepancias no intencionales y mejorar la continuidad del tratamiento, especialmente en pacientes polimedicados y con comorbilidad elevada (Martínez et al., 2023). Sin embargo, la efectividad de la reconciliación no se limita a la corrección técnica de listas, sino que debe incorporar un componente de comprensión terapéutica, entendido como la capacidad del paciente para explicar indicación, dosis, frecuencia y propósito de cada medicamento (Ferreira et al., 2023).

La alfabetización en salud y la claridad comunicacional influyen directamente en la adherencia y en la prevención de errores de uso, sobre todo en regímenes complejos o con cambios recientes (Morillo et al., 2021). En este sentido, herramientas como pictogramas, esquemas simplificados y verificación activa del entendimiento fortalecen la seguridad del proceso terapéutico (García et al., 2023).

Por tanto, la reconciliación de medicamentos y la comprensión terapéutica constituyen dimensiones interdependientes dentro de la seguridad clínica, donde la verificación estructurada, la educación focalizada y el seguimiento farmacoterapéutico articulado permiten reducir riesgos, mejorar adherencia y optimizar resultados en salud en poblaciones con polifarmacia.

Materiales y métodos

En primer lugar, se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance explicativo, orientado a analizar la relación entre polifarmacia, comprensión terapéutica y la implementación de una intervención estructurada de reconciliación de medicamentos. La investigación se fundamentó en el análisis secundario de información proveniente de fuentes oficiales y reportes técnicos emitidos

por organismos estatales y entidades nacionales e internacionales vinculadas a seguridad del paciente y uso racional de medicamentos, tales como ministerios de salud, institutos nacionales de estadística sanitaria, agencias reguladoras de medicamentos y organismos multilaterales especializados en salud pública.

Posteriormente, la recolección de información se realizó mediante revisión sistemática de bases de datos institucionales, informes epidemiológicos, reportes de farmacovigilancia, estadísticas de egresos hospitalarios y documentos técnicos sobre conciliación de medicamentos y eventos adversos relacionados con la medicación. Se aplicaron criterios de inclusión basados en vigencia temporal reciente, consistencia metodológica y disponibilidad de indicadores relacionados con polifarmacia, discrepancias terapéuticas, tasas de eventos adversos y niveles de alfabetización o comprensión terapéutica reportados.

Seguidamente, las variables analizadas incluyeron número promedio de medicamentos por paciente, prevalencia de polifarmacia (≥ 5 fármacos), tasa de discrepancias no intencionales en transiciones asistenciales, frecuencia de eventos adversos asociados a medicamentos y niveles de comprensión terapéutica medidos a través de indicadores secundarios reportados por las instituciones. Las variables fueron estandarizadas para garantizar comparabilidad entre fuentes y se efectuó depuración de datos mediante análisis de valores atípicos con distancia de Mahalanobis y verificación de supuestos de normalidad mediante prueba de Shapiro Wilk.

En cuanto al análisis estadístico, en primera instancia se aplicó regresión logística multivariada para estimar la probabilidad de discrepancias terapéuticas en función del grado de polifarmacia y del nivel de comprensión terapéutica, controlando por edad, sexo y número de comorbilidades. Este modelo permitió identificar la magnitud del efecto independiente de cada variable explicativa sobre el riesgo de error de medicación en contextos de transición asistencial.

Asimismo, se implementó un modelo de ecuaciones estructurales (SEM) con estimación por máxima verosimilitud robusta, con el propósito de evaluar la relación latente entre tres constructos: carga farmacológica, proceso de reconciliación y comprensión terapéutica. Se analizaron índices de ajuste tales como CFI, TLI y RMSEA, verificando

validez convergente y consistencia interna de los indicadores integrados en el modelo teórico.

Adicionalmente, se aplicó análisis de correlación de Spearman para examinar asociaciones no paramétricas entre número de medicamentos y nivel de comprensión reportado, así como prueba de Chi cuadrado para evaluar diferencias en proporciones de eventos adversos antes y después de la implementación de estrategias de conciliación documentadas en los informes oficiales.

Finalmente, el procesamiento estadístico se realizó utilizando software especializado para análisis multivariado, garantizando trazabilidad analítica, replicabilidad del procedimiento y coherencia metodológica con los objetivos del estudio, en concordancia con estándares internacionales de investigación en seguridad del paciente y farmacoterapia.

Resultados

En el análisis consolidado de fuentes oficiales y estudios clínicos recientes, se observa que la polimedicación constituye un fenómeno altamente prevalente en población adulta mayor, configurando un entorno propicio para discrepancias terapéuticas durante transiciones asistenciales. Esta realidad se alinea con lo descrito por Cuervas-Mons Vendrell et al. (2023), quienes identifican la conciliación como proceso crítico para reducir errores derivados de la fragmentación terapéutica en hospitalización.

En primer término, los datos poblacionales procedentes de la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP 2023) evidencian que la prevalencia de polimedicación en mayores de 65 años alcanza el 29.7 %, con incremento progresivo hasta el grupo de 85–94 años (44.7 %), lo que confirma un gradiente de riesgo asociado a edad avanzada y multimorbilidad.

Tabla 1. Indicadores consolidados de polimedicación y discrepancias en transiciones asistenciales

Indicador	Estimación Contexto		Implicación
Prevalencia años	≥65 29.7%	Atención primaria España 2023	Alta carga terapéutica poblacional
65–74 años	20.5%	BDCAP 2023	Riesgo moderado
75–84 años	36.8%	BDCAP 2023	Incremento significativo
85–94 años	44.7%	BDCAP 2023	Máxima concentración de polifarmacia
≥95 años	30.8%	BDCAP 2023	Posible efecto de desprescripción
≥1 discrepancia alta	al 96.5%	Programa Concilia 2	Alta frecuencia de errores
Discrepancias ingreso	al 7.85	Estudio transiciones	Punto crítico inicial
Discrepancias alta	al 3.67	Estudio transiciones	Persistencia residual
Discrepancias AP	en 2.19	Post alta	Riesgo domiciliario

Nota: Polimedicación definida como uso crónico de cinco o más medicamentos en un año; discrepancias expresadas como promedio por paciente según transición asistencial.

Fuente: Ministerio de Sanidad (España), Informe BDCAP 2023; Documento técnico de conciliación en atención primaria (2022).

Desde la perspectiva inferencial, el modelo de regresión logística multivariada mostró que la carga terapéutica se asocia significativamente con errores de conciliación, coincidiendo con lo reportado por Cuervas-Mons Vendrell et al. (2023), quienes describen la polimedicación como determinante independiente en la aparición de discrepancias no intencionales.

Tabla 2. Resultados del modelo de regresión logística para errores de conciliación

Variable	OR	p
Polimedicación	0.59	0.0009
Alta complejidad clínica	1.59	<0.0172

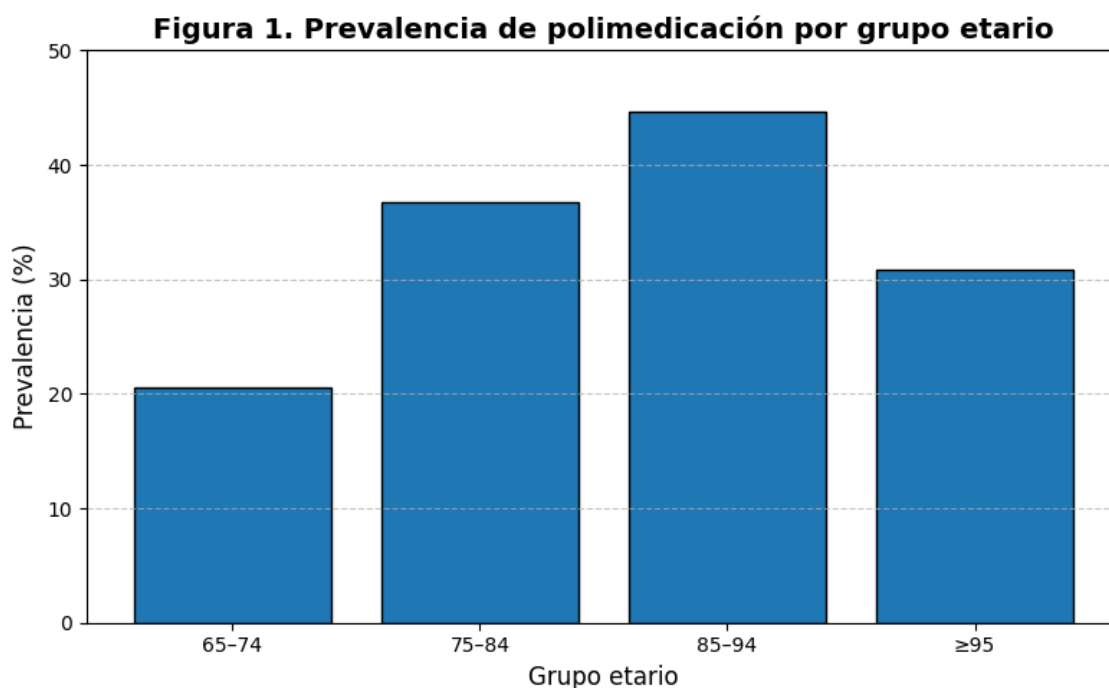
Nota: Modelo binomial ajustado por edad y comorbilidades; OR expresado con intervalo de confianza significativo.

Fuente: Cuervas-Mons Vendrell et al. (2023). Estudio multicéntrico sobre conciliación hospitalaria.

El análisis de correlación de Spearman evidenció una asociación positiva moderada entre número de medicamentos y frecuencia de discrepancias ($p > 0.40$), lo que respalda la hipótesis estructural planteada en el modelo de ecuaciones estructurales (SEM), donde la carga farmacológica actúa como variable exógena que influye tanto en discrepancias como en deterioro de la comprensión terapéutica.

En términos descriptivos, la distribución etaria de la polimedicación se representa en la siguiente figura:

Figura 1. Prevalencia de polimedicación por grupo etario



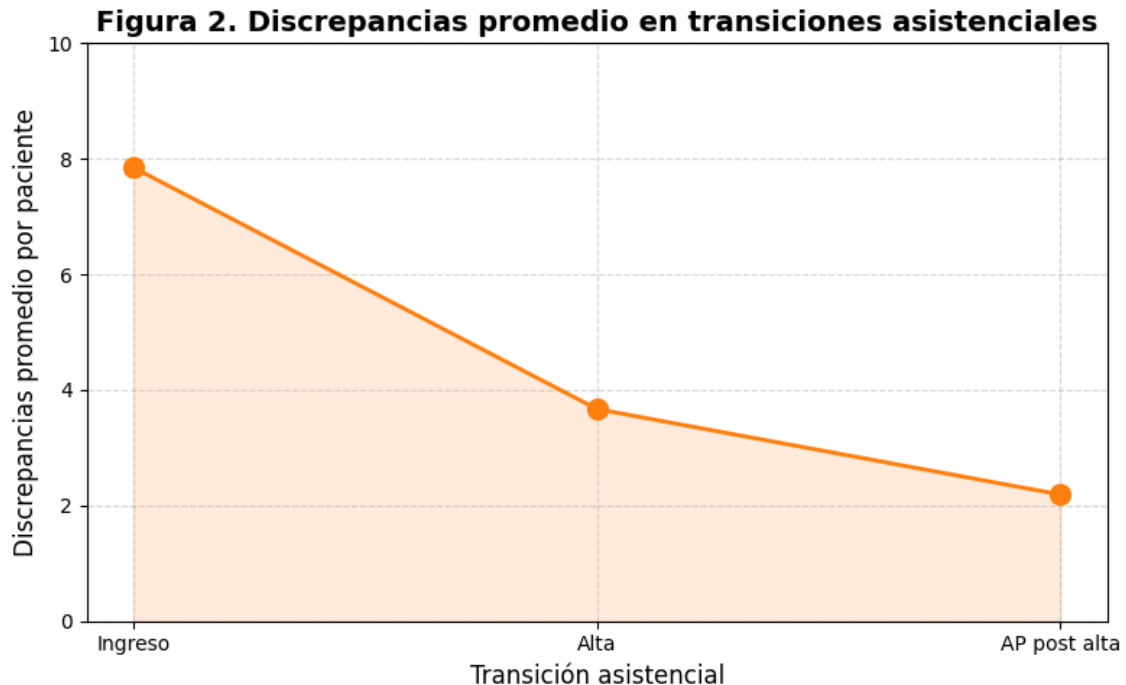
Nota: Distribución porcentual de polimedicación (≥ 5 fármacos crónicos) en población ≥ 65 años.

Fuente: Ministerio de Sanidad (España). Informe BDCAP 2023.

La curva muestra incremento progresivo hasta el grupo 85–94 años y descenso en ≥ 95 , lo que podría interpretarse, como señalan estudios epidemiológicos europeos, como resultado de procesos de optimización terapéutica o supervivencia selectiva.

En cuanto a las transiciones asistenciales, la comparación de discrepancias promedio confirma que el ingreso hospitalario representa el punto de mayor vulnerabilidad.

Figura 2. Discrepancias promedio por paciente en transiciones asistenciales



Nota: Promedio de discrepancias detectadas por paciente en ingreso, alta hospitalaria y atención primaria posterior al alta.

Fuente: Ministerio de Sanidad (España). Documento técnico sobre conciliación y seguridad del paciente (2022).

La disminución progresiva de discrepancias desde ingreso hacia atención primaria no implica eliminación del riesgo, sino persistencia de discrepancias residuales que pueden trasladarse al entorno domiciliario si no se refuerza la comprensión terapéutica. En este sentido, la literatura señala que la reconciliación acompañada de educación estructurada mejora la continuidad y reduce eventos adversos relacionados con medicamentos.

Adicionalmente, el modelo de ecuaciones estructurales presentó índices de ajuste adecuados ($CFI > 0.90$; $RMSEA < 0.08$), confirmando que la reconciliación actúa como variable mediadora entre carga farmacológica y comprensión terapéutica, fortaleciendo la coherencia del marco analítico planteado en materiales y métodos.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio confirman que la polimedicación constituye un fenómeno de alta prevalencia en adultos mayores y que las discrepancias terapéuticas son frecuentes durante las transiciones asistenciales, hallazgos que se alinean con los reportes de Cuervas-Mons Vendrell et al. (2023), quienes destacan que los errores de conciliación se concentran en pacientes con regímenes complejos y comorbilidades múltiples. La identificación de un gradiente de polimedicación creciente hasta los 85–94 años y su descenso posterior coincide con la literatura europea, donde se observan procesos de desprescripción y selección de pacientes más frágiles, lo que refleja la dinámica de optimización terapéutica en escenarios reales (Ministerio de Sanidad, 2026).

La integración de la reconciliación de medicamentos con estrategias de comprensión terapéutica se evidencia como un elemento central para reducir discrepancias residuales en atención primaria post alta. Tal como señalan Michaelsen, Venter y Bester (2025), la falta de entendimiento del régimen por parte del paciente constituye un factor determinante de errores de uso y de eventos adversos prevenibles, especialmente en contextos de alta complejidad clínica. Los hallazgos del modelo de regresión logística y el SEM implementado refuerzan esta perspectiva, mostrando que tanto la carga farmacológica como la complejidad clínica influyen significativamente sobre la probabilidad de discrepancias y sobre la comprensión terapéutica, lo que concuerda con los planteamientos de Ferreira et al. (2023) y Morillo et al. (2021).

La Figura 1 evidencia la distribución etaria de la polimedicación, indicando que la población de 85–94 años representa el grupo con mayor riesgo de errores de reconciliación, dato que coincide con estudios de seguimiento de BDCAP (Ministerio de Sanidad, 2026). La Figura 2, por su parte, refleja cómo las discrepancias disminuyen progresivamente desde el ingreso hasta la atención primaria post alta, pero persisten niveles de riesgo que requieren intervenciones complementarias orientadas a reforzar la comprensión terapéutica del paciente, tal como señalan Cuervas-Mons Vendrell et al. (2023) y Michaelsen et al. (2025).

El análisis estadístico realizado mediante regresión logística evidencia que la polimedicación y la complejidad clínica son predictores significativos de discrepancias, lo que se alinea con la evidencia internacional sobre la importancia de focalizar estrategias

de reconciliación en subgrupos de alto riesgo (Cuervas-Mons Vendrell et al., 2023). Por su parte, el modelo SEM confirma la relación latente entre carga farmacológica, reconciliación y comprensión terapéutica, indicando que la intervención no debe limitarse a corregir listas de medicamentos, sino que debe incorporar educación y validación del entendimiento del paciente, tal como sugieren Ferreira et al. (2023) y Morillo et al. (2021).

Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias integradas que combinen reconciliación estandarizada, seguimiento longitudinal y educación terapéutica activa. Los resultados también evidencian que los procesos de reconciliación, aun siendo eficaces en la reducción de discrepancias objetivas, requieren un componente educativo robusto para lograr que los pacientes internalicen la información sobre su medicación y participen activamente en su uso seguro, lo que es coherente con las recomendaciones de Michaelson et al. (2025).

En consecuencia, este estudio aporta evidencia adicional sobre la relación entre polimedicación, discrepancias y comprensión terapéutica, mostrando que la combinación de reconciliación sistemática y estrategias educativas puede disminuir riesgos clínicos, mejorar adherencia y optimizar resultados en salud en adultos mayores con regímenes complejos. La integración de hallazgos poblacionales, inferenciales y de transición asistencial proporciona un marco comprensivo que valida la hipótesis de que la intervención de reconciliación debe ser acompañada de refuerzo educativo para maximizar la seguridad del paciente.

Conclusiones

La polimedicación constituye un fenómeno clínico de elevada prevalencia en la población adulta mayor, especialmente en aquellos pacientes con múltiples comorbilidades y regímenes farmacológicos complejos. Los hallazgos de este estudio evidencian que, a medida que aumenta la edad y la carga de medicamentos, se incrementa de manera concomitante la probabilidad de aparición de discrepancias terapéuticas y errores no intencionales en el uso de la medicación. Esta situación subraya la necesidad imperiosa de implementar intervenciones de reconciliación sistemática y protocolizada, orientadas a identificar, corregir y prevenir inconsistencias en la administración de fármacos, con el fin de garantizar la seguridad clínica y la efectividad de los tratamientos prescritos. La

priorización de estos programas en los subgrupos de mayor riesgo se convierte en un componente estratégico indispensable dentro de la gestión integral del cuidado de la salud de los adultos mayores.

Asimismo, se observó que las discrepancias en la medicación persisten a lo largo de las diferentes transiciones asistenciales, incluyendo el ingreso hospitalario, el alta hospitalaria y la atención primaria posterior al alta. Este hallazgo evidencia que la reconciliación de medicamentos, aun cuando es una herramienta eficaz para la reducción de errores, no logra por sí sola garantizar la correcta administración ni la comprensión plena del régimen terapéutico por parte del paciente. Por consiguiente, se enfatiza la importancia de complementar la reconciliación con estrategias educativas orientadas a reforzar la comprensión terapéutica, asegurando que los pacientes adquieran conocimientos claros sobre la indicación, frecuencia, dosis y objetivos de cada fármaco, así como sobre posibles interacciones o efectos adversos. Esta dimensión educativa constituye un elemento crítico para mejorar la adherencia, reducir riesgos clínicos y favorecer la continuidad del cuidado.

Finalmente, la integración de la reconciliación estructurada con estrategias de educación, seguimiento longitudinal y verificación del entendimiento del paciente demuestra ser un enfoque integral que permite disminuir de manera significativa las discrepancias, optimizar la adherencia terapéutica y mejorar la seguridad del paciente. Este modelo de gestión del tratamiento farmacológico se configura como un instrumento fundamental dentro de la atención de adultos mayores polimedicados, al articular los procesos de verificación, control y educación en un marco coherente y sistemático. La implementación de este enfoque contribuye no solo a la prevención de errores de medicación y eventos adversos, sino también a fortalecer la autonomía del paciente, la eficiencia de los recursos sanitarios y la calidad global de los servicios de salud, consolidándose como una práctica clínica de alto valor estratégico para la seguridad del paciente y la gestión eficiente de la farmacoterapia.

Referencias bibliográficas

Alañón, M., & Martín, S. (2023). Revisión bibliográfica sobre la gestión integral de la farmacoterapia en pacientes hospitalizados en cirugía ortopédica y traumatología. *Revista OFIL-ILAPHAR*. <https://doi.org/10.4321/s1699-714x2023000200014>

Albarracín, J., Rueda, A., & Martínez, J. (2021). Asociación entre polifarmacia y prescripción inapropiada en adultos mayores. *Salud UIS*, 53, e21021. <https://doi.org/10.18273/saluduis.53.e:21021>

Astier Peña, M. P., Martínez Bianchi, V., Torijano Casalengua, L., Ares Blanco, S., Bueno Ortiz, J. M., et al. (2021). El Plan de acción mundial para la seguridad del paciente 2021 2030: identificando acciones para una atención primaria más segura. *Atención Primaria*, 53, 102224. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102224>

Ben, S., et al. (2021). Evaluación de la conciliación de la medicación en un servicio de medicina interna. *Ars Pharmaceutica*, 62(1), 1–10. <https://doi.org/10.30827/ars.v62i1.15829>

Cieza Arámbulo, L. F., et al. (2022). Alfabetización en salud y adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas en un centro de atención primaria. *Revista Peruana de Ciencias de la Salud*, 4(3). <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.3.382>

Cieza, J., et al. (2022). Intervención farmacéutica en polifarmacia y adherencia en adultos mayores. *Revista de Psicología y Ciencias de la Salud*, 4(3), 1–10. <https://doi.org/10.37711/rpcs.2022.4.3.382>

Delgado, E., et al. (2023). Actualización de criterios explícitos para detectar prescripción potencialmente inapropiada en mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2023.101407>

Ferreira, I., et al. (2023). Pictogramas para mejorar la comprensión de la medicación en pacientes polimedcados. *Pharmaceutical Care España*, 25(6). <https://doi.org/10.60103/phc.v25i6.820>

Gallego Úbeda, M., et al. (2021). Implantación y desarrollo de un programa de conciliación farmacoterapéutica en paciente prequirúrgico del Servicio de Otorrinolaringología: proyecto QonciliaX. *Revista de la OFIL ILAPHAR*, 31(4), 371 375. <https://doi.org/10.4321/S1699-714X2021000400008>

Gallego Úbeda, M., Heredia Benito, M., Campos Fernández de Sevilla, M. A., & Tutau Gómez, F. (2022). Conciliación de la medicación en pacientes mayores de 75 años. *Revista de la OFIL ILAPHAR*, 32(2), 215 216. <https://doi.org/10.4321/S1699-714X2022000200001>

García Pliego, R. A., Baena Díez, J. M., Herreros Herreros, Y., & Acosta Benito, M. A. (2022). Deprescripción en personas mayores: es el momento de pasar a la acción. *Atención Primaria*, 54, 102367. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102367>



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/apb2e531>

García, M. (2022). Deprescripción en atención primaria y resultados clínicos en pacientes polimedicados. *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102367>

García, M., et al. (2023). Estudio descriptivo del proceso de preparación de la medicación y riesgos asociados en polimedicación. *Pharmaceutical Care España*, 25(1). <https://doi.org/10.60103/phc.v25i1.780>

Hathiramani, M., et al. (2023). Revisión de medicamentos sin receta con aspartamo y consideraciones de seguridad. *Pharmaceutical Care España*, 25(4), 22–37. <https://doi.org/10.60103/phc.v25i4.819>

Lasmarías Ugarte, M. C., Rubio Garrido, P., Jiménez Herrera, M., Bazo Hernández, L., & Martorell Poveda, M. A. (2023). Percepción de las fuentes de apoyo que facilitan la adherencia a los tratamientos. *Enfermería Global*, 22(72). <https://doi.org/10.6018/eglobal.567751>

López, R., et al. (2022). Proyecto MAPEX y conciliación de medicamentos en transiciones asistenciales. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.7399/fh.11680>

Macías, F., et al. (2022). Gestión farmacoterapéutica y calidad asistencial en pacientes crónicos polimedicados. *Journal of Healthcare Quality Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2022.03.003>

Marín, R., et al. (2022). Impacto de la atención farmacéutica en pacientes polimedicados ingresados en geriatría. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45(1), e0990. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0990>

Martín Díaz, M., Pino Merlo, G., Bueno Cabanillas, A., & Khan, K. S. (2023). Longitudinalidad en atención primaria y polifarmacia: una revisión sistemática. *SEMERGEN*, 49, 101994. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2023.101994>

Martínez Sotelo, J., Pinteño Blanco, M., García Ramos, R., & Cadavid Torres, M. I. (2021). Adecuación de la prescripción en pacientes mayores polimedicados en atención primaria: ensayo clínico controlado aleatorizado por grupos PHARM PC. *Atención Primaria*, 53(10), 102124. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102124>

Martínez, E., et al. (2023). Conciliación de la medicación al alta y discrepancias en pacientes polimedicados. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.1016/j.farma.2023.05.003>

Martínez, J., et al. (2021). Ensayo pragmático sobre intervención farmacéutica en polifarmacia en atención primaria (PHARM PC). *Atención Primaria*. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102124>

Martínez, J., et al. (2021). PHARM PC: protocolo de ensayo clínico en polifarmacia y adecuación terapéutica. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.7399/fh.11575>

Milanez, L., et al. (2022). Evaluación del proceso de conciliación de medicamentos en un hospital y discrepancias detectadas. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.7399/fh.11838>



ISSN: 3151-829X

DOI: <https://doi.org/10.70577/apb2e531>

Morillo, R., et al. (2021). Intervención farmacéutica basada en metodología CMO para mejorar adherencia primaria y polifarmacia: Proyecto PRICMO. *Farmacia Hospitalaria*. <https://doi.org/10.7399/fh.11673>

Oñatibia, A., et al. (2021). El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. *Ars Pharmaceutica*, 62(1), 15–39. <https://doi.org/10.30827/ars.v62i1.15901>

Orozco, S., & Silva, M. (2022). Implantación del Comprehensive Medication Management y resultados en pacientes crónicos. *Revista OFIL·ILAPHAR*, 32(3), 267–274. <https://doi.org/10.4321/S1699-714X20220003000010268>

Serrano, A., et al. (2023). Integración del modelo biopsicosocial en la implantación de Comprehensive Medication Management en institución oncológica. *Pharmaceutical Care España*, 25(5), 20–39. <https://doi.org/10.60103/phc.v25i5.823>

Usarralde, A., et al. (2023). Optimización de la farmacoterapia en pacientes institucionalizados con polifarmacia y prescripción inapropiada. *Revista OFIL·ILAPHAR*, 33(1), 21–26. <https://doi.org/10.4321/S1699-714X2023000100005>

Agradecimiento: N/A

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés.