

Enfoques complementarios en ancianos con polifarmacia: aproximación a sectores más vulnerables



Complementary approaches in the elderly on multiple medications: A look at the most vulnerable sectors

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Martín-Pérez M et al.¹, y queremos felicitar a los autores por el trabajo realizado. Los estudios epidemiológicos tienen una importante función para conocer características y tendencias a nivel poblacional; sin embargo, en el caso de la polifarmacia esta visión puede impedirnos estimar adecuadamente la magnitud del problema, cuando esta se encuentra concentrada en grupos poblacionales específicos.

La polimedición se asocia a la edad avanzada, por la elevada prevalencia de pluripatología o multimorbilidad. El estudio al que nos referimos selecciona personas mayores de 65 años, y en él también se puede observar cómo el consumo de múltiples fármacos va aumentando según los grupos crecientes de edad. No obstante, la edad cronológica no es el único factor determinante, sino que otras características como el deterioro cognitivo o funcional, la fragilidad o la complejidad pueden ser especialmente relevantes al definir el perfil del paciente polimedcado. No en vano la polifarmacia ha sido considerada un síndrome geriátrico².

Un análisis en un ámbito asistencial más específico puede aportar información complementaria, y proporcionar un enfoque que focalice el problema. Con este propósito mostramos a continuación una visión centrada en pacientes ingresados en una unidad de agudos de geriatría, objetivando la prevalencia de polifarmacia y las características que pueden ser determinantes en esta. Se trata de una muestra de 220 pacientes que ingresaron de forma consecutiva durante los meses de enero y febrero de 2015.

Se registraron los datos sociodemográficos, clínicos, situación funcional y cognitiva, y síndromes geriátricos de la historia clínica electrónica. También se obtuvo la información relativa a la medicación del paciente, registrada en la ficha de ingreso por los geriatras, tras revisar el registro de atención primaria y completarlo con una entrevista al mismo o cuidador. Se diferenciaron los tratamientos crónicos de aquellos consumidos de forma temporal (como antibióticos) o a demanda (como analgésicos). Se definió la polifarmacia como el consumo de 5 o más fármacos (principios activos) de forma crónica, y la hiperpolifarmacia como el consumo de 10 o más, considerando que se corresponde con la definición más aceptada.

Todos los pacientes tenían 75 años o más. Sus características se reflejan en la [tabla 1](#). Para esta población encontramos una prevalencia de polimedición del 86,8% y una hiperpolimedición del 39,5%, con una media de 8,5 fármacos crónicos por paciente. Además, tomaban una media de 0,6 fármacos de forma temporal u ocasional, sumando un total de 9,1 fármacos por paciente.

Se pueden apreciar notables diferencias en el consumo de medicamentos entre esta muestra y la población representada en el estudio poblacional. En primer lugar, destaca una prevalencia de polifarmacia mucho mayor (≥ 5 fármacos 86,8 vs. 24,46% en 2012), aun considerando solo los pacientes mayores de 85 años en aquella (48,92% ≥ 4 fármacos en 2012). Del mismo modo casi se triplica la media de medicamentos consumidos entre una y otra población (8,5 vs. 2,93 fármacos de media).

En segundo lugar, consideramos imprescindible la diferenciación de los medicamentos consumidos de forma crónica del resto de medicamentos a la hora de medir la polifarmacia. Las definiciones más aceptadas así lo estipulan, definiendo periodos necesarios de varios meses³; y no diferenciarlos podría sobreestimar la

Tabla 1
Características de los pacientes

	N (%)
<i>Edad, media (DE)</i>	88,4 (5,6)
<i>Mujeres, n (%)</i>	142 (64,5)
<i>Institucionalizados, n (%)</i>	52 (23,6)
<i>Déficit visual, n (%)</i>	32 (14,5)
<i>Déficit auditivo, n (%)</i>	47 (21,4)
<i>Caídas repetidas, n (%)</i>	32 (14,5)
<i>Malnutrición, n (%)</i>	54 (24,5)
<i>Situación cognitiva</i>	
Sin deterioro cognitivo, n (%)	121 (55,0)
Deterioro leve, n (%)	30 (13,6)
Deterioro moderado, n (%)	24 (10,9)
Deterioro grave, n (%)	45 (20,5)
<i>Situación funcional (índice de Barthel)</i>	69 (31,4)
0-20, n (%)	49 (22,3)
21-60, n (%)	42 (23,6)
61-90, n (%)	7 (3,2)
91-99, n (%)	43 (19,5)
100, n (%)	
<i>Comorbilidad</i>	
CIRS-G, media (DE)	14,9 (4,1)
Charlson-E, media (DE)	8,1 (2,0)
<i>Antecedentes</i>	
HTA, n (%)	163 (74,1)
Dislipemia, n (%)	74 (33,6)
Diabetes, n (%)	72 (32,7)
Cardiopatía isquémica, n (%)	48 (21,8)
Insuficiencia cardíaca, n (%)	63 (28,6)
Fibrilación auricular, n (%)	76 (34,5)
ACVA, n (%)	43 (19,5)
Enfermedad respiratoria, n (%)	45 (20,5)
Enfermedad hepática, n (%)	21 (9,5)
Parkinson, n (%)	10 (4,5)
Depresión, n (%)	41 (18,6)
Enfermedad de Alzheimer, n (%)	29 (13,2)
Enfermedad renal crónica, n (%)	60 (27,3)
Anemia crónica, n (%)	61 (27,7)
<i>Ingresos en el último año</i>	
Algún ingreso, n (%)	101 (45,9)
Media (DE)	0,7 (1,05)
<i>Visitas a urgencias en el último año</i>	
Alguna visita, n (%)	139 (63,2)
Media, (DE)	1,4 (1,7)
<i>Número de fármacos</i>	
Crónicos, media (DE)	8,5 (3,9)
Temporales a demanda, media (DE)	0,6 (0,9)
Total, media (DE)	9,1 (4,1)

ACVA: accidente cerebrovascular agudo; DE: desviación estándar; CIRS-G: Cumulative Illness Rating Scale-Geriatrics; Charlson-E: índice de Charlson ajustado a la edad; HTA: hipertensión arterial.

prevalencia de polifarmacia (aunque en este caso continúa siendo notablemente inferior).

En tercer lugar, y teniendo en cuenta que más del 30% de nuestros pacientes presenta deterioro cognitivo moderado o grave, nos cuestionamos cómo se produce la participación de estos pacientes en estudios con base poblacional basados en encuestas. Probablemente estas personas son dependientes para la toma de medicación, y no serían capaces de contestar preguntas sobre su tratamiento. No nos consta, sin embargo, ninguna información sobre la situación cognitiva de los participantes en el artículo de Martín-Pérez et al., ni sabemos si están también incluidos o representados.

Los pacientes que ingresan en una unidad de agudos de geriatría, además de una edad avanzada, tienen una elevada carga de morbilidad, síndromes geriátricos, y considerables valores de dependencia y de deterioro cognitivo, sumando una importante complejidad. Esto podría definir los rasgos de paciente verdaderamente afectado

por la polifarmacia. Aunque el problema vaya ligado a un perfil de paciente y no exclusivamente a un ámbito asistencial, es cierto que hay niveles en que los encontramos con una mayor prevalencia, como esta muestra hospitalaria, las personas institucionalizadas o los hospitales de media estancia. Se ha reflejado, por ejemplo, que en las residencias la prevalencia de polifarmacia es especialmente importante^{4,5}.

La polifarmacia, por tanto, se convierte en problema cuando se estudian pacientes de edad avanzada, pero especialmente con enfermedades crónicas, pluripatológicos, frágiles o dependientes. Y es así por la magnitud que alcanza (8,5 fármacos por paciente, más del 85% de polimedicados y casi 40% de hiperpolimedicados), y por su especial vulnerabilidad. El manejo del tratamiento en estos casos puede ser muy complejo, teniendo en cuenta las interacciones entre medicamentos, o entre medicamentos y enfermedades, síndromes geriátricos o situaciones clínicas como una función renal deteriorada. Reconocer o evitar en estos pacientes medicamentos inadecuados, efectos adversos de la medicación e incluso resultados negativos en salud (como ingresos hospitalarios o mortalidad) es todo un reto.

En conclusión, queremos destacar que la polimedicación es una situación mucho más problemática de lo que se puede deducir de un estudio poblacional en mayores de 65 años, dada su concentración en un determinado perfil de paciente, en el que alcanza su mayor magnitud e implicaciones clínicas. Aunque no es exclusivo de ellos, hay ámbitos asistenciales y situaciones clínicas en que podemos encontrarlos con mayor frecuencia. Por ello, si los estudios por su metodología no permiten incluir a pacientes institucionalizados o infrarrepresentan, por ejemplo, a pacientes con demencia, el problema aparece aún más difuminado. Es necesario centrar la atención en las poblaciones más vulnerables para paliar los efectos negativos de la polimedicación, promoviendo estrategias o intervenciones orientadas a este fin.

Bibliografía

1. Martín-Pérez M, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Palacios-Cena D, et al. Prevalencia de polifarmacia en la población mayor de 65 años en España: análisis de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011/12. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.006>.
2. Laosa Zafra O, Tardáguila García N, Jordán Bueso J. Programas de farmacovigilancia en el anciano. En: Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editores. *Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores*. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 56–65.
3. Ramírez-Duque N, Rivas-Cobas C, Bernabeu-Wittel M, Ruiz-Cantero A, Murcia-Zaragoza J, Oliver M, et al. Perfil de prescripción farmacológica en pacientes con enfermedades crónicas no neoplásicas en fase avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2014;49:255–9.
4. Jokanovic N, Tan EC, Dooley MJ, Kirkpatrick CM, Bell JS. Prevalence and factors associated with polypharmacy in long-term care facilities: A systematic review. *J Am Med Dir Assoc*. 2015;16:535 e1–412e.
5. Cherubini A, Corsonello A, Lattanzio F. Polypharmacy in nursing home residents: What is the way forward. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17:4–6.

Marta Gutiérrez-Valencia^{a,b,*}, Beatriz Larrayoz-Sola^c,
María Pilar Monforte-Gasque^c y Nicolás Martínez-Velilla^{a,b}

^a Servicio de Geriatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Instituto de Investigación Sanitaria Navarra (IdiSNA), Pamplona, Navarra, España

^c Servicio de Farmacia, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.guva@gmail.com (M. Gutiérrez-Valencia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.003>

0211-139X/

© 2016 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.