



CARTAS AL EDITOR

Polifarmacia en la población de edad avanzada y prescripción inadecuada



Polypharmacy and inappropriate prescription of medicines in the elderly

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Martín-Pérez et al. sobre el análisis de las encuestas nacionales de salud en relación a la prevalencia de la polifarmacia en la población española mayor de 65 años¹. Distintos estudios han puesto de manifiesto el amplio uso de medicamentos en la población de edad avanzada². Ello podría no tener mayor importancia excepto las posibles consecuencias sobre el gasto en medicamentos, si no fuera porque la polifarmacia se ha asociado a menudo a un mayor uso inapropiado de medicamentos, y lo que es más preocupante, a un aumento de la frecuencia de interacciones farmacológicas y reacciones adversas³. En este sentido nos gustaría añadir más información sobre la polifarmacia en la población de edad avanzada en España, y comentar los datos de nuestro estudio que, aunque obtenidos a partir de un grupo de población de edad avanzada más específico, complementan la información sobre este tema tan relevante^{4,5}.

Realizamos un estudio, observacional, prospectivo, en el que se incluyeron 672 pacientes de 75 años o más, ingresados en servicios de medicina interna de 7 hospitales españoles durante un año. Para poder obtener suficiente información de los pacientes de mayor edad (85 años o más), cada hospital participante incluyó, cada semana del estudio, 2 pacientes, uno de cada grupo de edad (de 75 a 84 años y de 85 años o más). Los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria cada semana, en días consecutivos, a partir del listado de ingreso. Mediante una entrevista a los pacientes y/o familiares, en caso de déficit cognitivo de los pacientes, y la consulta de la prescripción en las historias clínicas electrónicas de atención primaria, se obtuvo información sobre el consumo de medicamentos en las últimas 4 semanas antes del ingreso. En las entrevistas se realizó una anamnesis farmacológica estructurada que consistió en una pregunta abierta sobre el número y los medicamentos consumidos, seguida de varias preguntas sobre el consumo de medicamentos para síntomas y signos comunes para los que a menudo se consume medicamentos. Se consideró polifarmacia el consumo concomitante de 5 o más medicamentos. Los medicamentos se clasificaron en las categorías de la Anatomical Therapeutic Chemical Classification. El uso inapropiado de medicamentos se valoró mediante los instrumentos Beers⁶ y *Screening Tool of Older Person's Prescriptions* (STOPP)^{7,8}.

La mediana de edad (Q1-Q3) de nuestra población fue de 82 (79-86) años. La mediana de enfermedades crónicas fue de 3, sin diferencias entre los 2 grupos de edad, siendo la hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva

crónica, las más frecuentes. La mediana de medicamentos consumidos fue de 10 (Q1-Q3 7-13), sin diferencias entre los grupos de edad. En nuestro estudio, el 92,4% de los pacientes tenían polifarmacia, según la definición empleada. Los medicamentos más consumidos fueron los agentes para los trastornos del ácido gástrico, seguidos de los antitrombóticos y los diuréticos. La polifarmacia fue el factor de riesgo más importante para el uso inapropiado de medicamentos, además el riesgo aumentaba con el número de medicamentos consumidos tanto cuando se utilizaba el instrumento Beers (OR = 8,19 [3,01-228] con 10 o más medicamentos y OR = 4,71 [1,71-12,99] de 5 a 10 medicamentos) como cuando se utilizaba el STOPP (OR = 8,21 [3,47-19,99] con 10 o más y OR = 4,13 [1,74-9,78] de 5 a 9 medicamentos).

A pesar de las diferencias entre las poblaciones de los 2 estudios, consideramos que nuestros datos complementan la información sobre la alta prevalencia de la polifarmacia en la población de edad avanzada española. Coincidimos plenamente con Martín-Pérez et al.¹, en la necesidad de identificar a los pacientes mayores con un consumo elevado de medicamentos, porque a menudo, como ha demostrado el estudio que reportamos⁴, los medicamentos son inapropiados y su uso conlleva un mayor riesgo de efectos indeseados. Por lo tanto, es importante realizar esfuerzos para documentar el tipo de pacientes con polifarmacia y los medicamentos utilizados, con el fin de poder reducir el uso inapropiado y las consecuencias que se pueden derivar de este uso.

Agradecimientos

Investigadores del grupo Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS)

Coordinator group: Antonio San-José (main investigator), Antònia Agustí, Xavier Vidal, Cristina Aguilera, Elena Ballarín y Eulàlia Pérez

Hospital Universitari Vall D'Hebron, Barcelona: José Barbé, Carmen Pérez Bocanegra, Ainhoa Toscano, Carme Pal y Teresa Teixidor

Hospital San Juan de Dios de Aljarafe, Sevilla: Antonio Fernández-Moyano, Mercedes Gómez Hernández, Rafael de la Rosa Morales y María Nicolás Benticuaga Martínez

Hospital Clínic, Barcelona: Alfonso López-Soto, Xavier Bosch, M. José Palau, Joana Rovira y Margarita Navarro

Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona: Francesc Formiga, David Chivite, Beatriz Rosón, Antonio Vallano y Carme Cabot

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva: Juana García e Isabel Ballesteros

Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona: Olga H. Torres, Domingo Ruiz, Miquel Turbau, Paola Ponte y Gabriel Ortiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla: Nieves Ramírez-Duque, Paula-Carlota Rivas Cobas y Paloma Gil

Bibliografía

- Martin-Pérez M, López de Andrés A, Hernández-Barrera V, Jiménez-García R, Jiménez-Trujillo I, Palacios-Ceña 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.* 2017;52:2-8.
- Steinman MA, Landefeld CS, Rosenthal GE, Berthenthal D, Sen S, Kaboli PJ. Polypharmacy and prescribing in older people. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54:1516-23.
- Mera F, Mestre D, Almada J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S, Grupo de Estudio Octabaix. Prescripción inapropiada de fármacos en personas mayores atendidas en un centro de Atención Primaria según los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011;46:125-30.
- San-José A, Agustí A, Vidal X, Formiga F, López-Soto A, Fernández-Moyano A, et al., on behalf of Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' Project. Inappropriate prescribing to older patients admitted to hospital: A comparison of different tools of misprescribing and underprescribing. *Eur J Intern Med.* 2014;25:710-6.
- San-José A, Agustí A, Vidal X, Formiga F, Gómez-Hernández M, García J, et al., Potentially Inappropriate Prescription in Older Patients in Spain (PIPOPS) Investigators' project. Inappropriate prescribing to the oldest old patients admitted to hospital: Prevalence, most frequently used medicines, and associated factors. *BMC Geriatr.* 2015;15:42.
- Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: Results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med.* 2003;163:2716-24.
- Gallagher P, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions): Application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers' criteria. *Age Ageing.* 2008;37:673-9.
- Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Inappropriate prescription in older patients: The STOPP/START criteria [Article in Spanish]. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44:273-9.

Antònia Agustí^{a,b,*}, Francesc Formiga^c y Antonio San-José^d

^a Servicio de Farmacología Clínica, Fundació Institut Català de Farmacologia, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

^b Departamento de Farmacología, Terapéutica y Toxicología, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

^c Servicio de Medicina Interna, IDIBELL, Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^d Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: aagusti@vhebron.net, ag@icf.uab.cat (A. Agustí).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.11.005>
0211-139X/

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

Vivir positivamente con demencia. . . ¿y si ampliamos la mirada?



Living positively with dementia. . . is it possible to widen the horizon?

Sr. Editor:

El concepto de calidad de vida es multidimensional e incluye tanto aspectos objetivos, medibles y comparables, como subjetivos derivados de la historia personal del individuo, sus expectativas y el grado de cumplimiento de las mismas en un contexto determinado¹. Con relación a las personas que padecen demencia, la calidad de vida se puede definir como el resultado de la experiencia subjetiva individual y la evaluación de las circunstancias personales referentes al bienestar psicológico, al nivel de competencia (social, físico, cognitivo) y a la interacción con el medio². Los estudios que analizan los factores que determinan la calidad de vida en personas con demencia muestran una clara falta de concordancia entre la visión del propio paciente y la de sus cuidadores (familiares o profesionales), que la tienden a infraestimar, en unas condiciones objetivas y un contexto determinado³, ya sea en el ámbito domiciliario⁴, institucional⁵, en estudios transversales o longitudinales⁶. Los pacientes relacionan su calidad de vida con su estado emocional (ausencia o presencia de sintomatología depresiva) y relación con el entorno, mientras que los cuidadores valoran la calidad de vida de sus familiares o pacientes en función del grado de dependencia funcional, alteraciones de conducta y grado de deterioro cognitivo⁴⁻⁶, factores todos ellos bien identificados como estresores primarios para los cuidadores familiares y profesionales y que estos parecen proyectar cuando analizan la calidad de vida de los sujetos afectados⁴. Los pacientes con demencia son capaces de referir los aspectos relativos a su calidad de vida, mediante escalas específicas, en fases leves y moderadas de su enfermedad y esta autorreferencia debe ser considerada el *gold standard* diagnóstico frente a las referencias indirectas (familiares, profesionales, observación de conductas) que deben quedar restringidas a los pacientes en fase grave de demencia³.

En una carta reciente al editor de *International Psychogeriatrics*⁷ titulada ¿Dónde está la felicidad en la demencia?, Petty S et al. llamaban la atención sobre la muy escasa investigación relativa a las posibles emociones positivas en los pacientes con demencia, a pesar de que, como hemos reseñado anteriormente, parecen ser determinantes en la calidad de vida de estos pacientes. En el marco de un proyecto de investigación sobre el estado emocional del paciente con demencia y como intervenir para mejorarlo, realizaron una revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema y de los 40.000 abstracts revisados solo 156 recogían en sus títulos aspectos emocionales positivos (felicidad, deseos, por ejemplo). La autora se pregunta si los investigadores no estarían contribuyendo a perpetuar el estigma social, familiar y profesional de la demencia al polarizar su trabajo en los aspectos más deficitarios, estresantes o disruptivos, obviando la investigación sobre posibles emociones positivas.

Wolverson EL et al.⁸, en una revisión sistemática de estudios cualitativos reciente, resumen aspectos determinantes en la vivencia emocional positiva de pacientes con su demencia, que se solapan en gran medida con la percepción de un envejecimiento satisfactorio. Continuar con su vida y actividades, con las limitaciones que su enfermedad determine, no renunciar al placer o disfrute, las relaciones afectivas y el soporte percibido, afrontar la enfermedad buscando el máximo bienestar en cada momento, el humor como elemento normalizador de relaciones, o el mantenimiento de la propia identidad también en la enfermedad, son aspectos referidos por los pacientes como elementos que les permiten vivir positivamente con su enfermedad.

La transición sociodemográfica y epidemiológica a la que asistimos dibuja un escenario futuro en el que, a pesar de las esperanzadoras noticias con relación a la disminución de prevalencia de demencia en los países de mayor renta *per cápita* (más años de escolarización y mejor control de factores de riesgo vascular de las cohortes poblacionales que envejecen)⁹, aumentará de forma significativa el número de personas afectadas por demencia, dado el aumento de personas que llegarán a mayores, especialmente a edades superiores a los 80 años.

Promover sociedades amigables con la demencia es uno de los objetivos establecidos por la Organización Mundial de la Salud en su agenda¹⁰. Numerosos son los estigmas a eliminar