

2015 y la polifarmacia excesiva ha pasado de un 0,63% a un 4,76%⁴.

Hemos encontrado cifras de polifarmacia, 7,9 fármacos por paciente, similares a otros estudios en la comunidad⁵, en servicios de medicina interna y de geriatría⁶ y en residencias².

Hemos realizado deprescripción en un 45% de los pacientes, cifras considerables aunque inferiores a un estudio clásico prospectivo de deprescripción (81%)⁵.

En España existe un estudio aleatorizado controlado de deprescripción, realizado en residencias, que consiguió disminuir los casos de delirium, las caídas y el uso de recursos sanitarios².

Evaluando otros estudios prospectivos: se realizó deprescripción en el 56% de los ingresados en un servicio de Medicina Interna³, deprescripción de benzodiacepinas en el 40,8% en atención primaria¹.

En España en estudios retrospectivos: en enfermos crónicos complejos al final de la vida se realizó deprescripción en el 16% de los pacientes en los últimos 6 meses antes de morir en atención primaria⁶, se deprescribió el 13,4% de todos los fármacos inadecuados en una residencia y en el 20% de los ingresados en un servicio de medicina interna antes de la intervención³.

Los fármacos en que realizamos deprescripción coinciden con los que aparecen en la literatura como los más plausibles para retirar en ancianos: benzodiacepinas, antipsicóticos, estatinas, inhibidores de la bomba de protones, antiinflamatorios, antiagregantes, antihipertensivos, anticolinesterásicos e inhibidores de la recaptación de serotonina⁷. Por el contrario, apenas hemos retirado bifosfonatos, opiáceos, anticolinérgicos urinarios, anticonvulsivos y antidepressivos tricíclicos que también aparecen en estas listas.

Existen múltiples instrumentos para deprescribir, basados en opiniones de expertos y muy pocos validados en estudios prospectivos de calidad⁸.

No disponemos de suficiente evidencia que demuestre que la deprescripción mejora la calidad de vida y disminuye las caídas y la mortalidad⁹, aunque existen más evidencias a favor en residencias¹⁰.

Se precisan más estudios aleatorizados que confirmen los beneficios de la deprescripción y que determinen qué fármacos deben retirarse, en qué pacientes y en qué momento.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.regg.2021.06.005](https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.06.005).

Bibliografía

1. Baza M, Ruiz E, Fernández J, Gorroñogoitia A. *Benzocarta: intervención mínima para la deprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio*. Gac Sanit. 2020;34:539–45.
2. García-Gollarte F, Baleriola-Júlvez J, Ferrero-López I, Cuenillas-Díaz A, Cruz-Jentoft AJ. An educational intervention on drug use in nursing homes improves health outcomes resource utilization and reduces Inappropriate Drug Prescription. J Am Med Dir Assoc. 2014;15:885–91.
3. Poquet I, Tornero C. Deprescription at hospital discharge: Outcomes of a deprescription promoting campaign. Eur J Intern Med. 2017;42:e22–3.
4. Hernández-Rodríguez MA, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, Palop-Larrea V, et al. Evolution of polypharmacy in a Spanish population (2005–2015): A database study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2020;433–43.
5. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing of polypharmacy. Arch Intern Med. 2010;170:1648–54.
6. Díez-Manglano J, del Corral E, Ramos R, Lambán MP, Toyás C, Rodero MMET-AL. Utilidad del índice PROFUND para predecir la mortalidad a los 4 años en pacientes pluripatológicos. Med Clin (Barc). 2016;147:238–44.
7. Farrell B, Tsang C, Raman-Wilms L, Irving H, Conklin J, Pottir K. What are priorities for deprescribing for elderly patients? Capturing the voice of practitioners: A modified Delphi process. PLoS One. 2015;10:e0122246.
8. Thompson W, Lundby C, Graaboeck T, Nielsen DS, Ryg J, Søndergaard J, et al. Tools for deprescribing in frail older persons and those with limited life expectancy: A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2019;67:172–80.
9. Thillainadesan J, Gnjdic D, Green S, Hilmer SN. Impact of deprescribing interventions in older hospitalised patients on prescribing and clinical outcomes: A systematic review of randomised trials. Drugs Aging. 2018;35:303–19.
10. Kua CH, Mak VSL, Huey Lee SW. Health outcomes of deprescribing interventions among older residents in nursing homes: A systematic review and meta-analysis. J Am Dir Assoc. 2019;20:362–72.

Francisco Javier Castellote Varona

Unidad de Geriátría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

Correo electrónico: franciscojcastellote@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.06.005>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dosis única de la vacuna SARS-CoV-2 m-ARN en personas mayores post-COVID-19



Single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in post-COVID-19 elderly people

Algunas preguntas sobre la vacunación de la COVID-19 siguen sin estar claras 4 meses después de iniciar la inmunización mundial. Comirnaty (BNT162b) es una vacuna contra el m-ARN para la prevención de la COVID-19. La vacuna está hecha de una codificación de m-ARN para la glicoproteína de pico (S) SARS-CoV-2 de longitud completa basada en la secuencia del «aislado SARS-CoV-2 Wuhan-Hu-1», encapsulado en nanopartículas lipídicas (LNP). El principio activo consiste en un m-ARN que se traduce en una secuencia optimizada para codón que codifica el antígeno spike del SARS-CoV-2¹. Esta vacuna se ha asociado con un 95% de protección contra la COVID-19 en personas de 16 años o más en un régimen de 2 dosis². Existe poca información sobre las personas previamente diagnosti-

cadas de COVID-19 y el régimen óptimo de vacunación. Vacunar o no vacunar a estas personas no es una cuestión banal en un contexto en el que la vacuna es un bien escaso.

Con el fin de estimar la respuesta serológica después de una sola vacuna BNT162b, hemos realizado un estudio serológico considerando el tamaño de la población infinito, la frecuencia esperada del 95% de IgG positivos SARS CoV-2 después de una sola dosis, con un margen aceptable de error del 5% y efecto de diseño del 1,0% (Epi Info 7). Por lo tanto, para un nivel de confianza del 95% se necesitarían muestras séricas de 73 pacientes.

Según este tamaño de muestra hemos realizado un estudio serológico en una residencia de ancianos (Las Camelias, Móstoles, España). Todos los residentes diagnosticados previamente de COVID-19 fueron incluidos, fueron un total de 91 personas (73,6% mujeres), con una mediana de edad de 89 años y la edad máxima fue de 101 años. El primer caso tuvo lugar el 23 de marzo de 2020, el 56% de los casos se dieron en abril de 2020 y el 96% de ellos antes de

julio de 2020; todos los casos fueron de la primera ola pandémica europea. Este diagnóstico fue realizado por rt-PCR (36%), prueba de tiras inmunocromatográficas de flujo lateral (33%) o ELISA (31%).

Ocho meses más tarde, entre el 28 de diciembre de 2020 y el 4 de enero de 2021, todos los residentes recibieron una dosis única de la vacuna contra el m-ARN BNT162b2, y una semana más tarde se les realizó una prueba cuantitativa CLIA. El 63% de los residentes mostraron > 400 UA/ml de IgG SARS-CoV-2 (DiaSorin LIAISON SARS-CoV-2 S1/S2 IgG serology assay³), y solo 3 casos tuvieron resultados por debajo de 15 UA/ml.

Llegamos a la conclusión de que una dosis única de Comirnaty se asocia con una alta protección, ya que cerca del 97% de los casos que habían pasado la COVID-19 presentaron una respuesta serológica muy alta contra el SARS-CoV-2 después de una sola dosis de vacuna, igual que las personas que reciben un régimen de 2 dosis y no han pasado la COVID-19.

Por lo tanto, en función de la producción de anticuerpos se podría valorar la posibilidad de rechazar 2 dosis de vacuna en las personas previamente diagnosticadas de COVID-19, sobre la base de un uso racional de este recurso.

Bibliografía

1. Assessment report Comirnaty, COVID-19 mRNA vaccine. Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000. Committee for Medicinal

Products for Human Use (CHMP) European Medicines Agency EMA/707383/2020 Corr.1* [consultado 25 Feb 2021]. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf.

2. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalón J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020;383:2603–15. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa2034577>.
3. Evaluation of DiaSorin LIAISON SARS-CoV-2 S1/S2 IgG serology assay for the detection of anti-SARS-CoV-2 antibodies. Public Health England [consultado 25 Feb 2021]. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/893435/Evaluation_of_Diasorin_Liaison_anti_SARS-CoV-2.pdf.

Sonia Nieto Colino^{a,*}, Francisco Javier Cid Abasolo^a
y Juan Martínez Hernández^b

^a Servicio de Geriátría, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Preventiva, Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sonia.nieto@salud.madrid.org (S. Nieto Colino).

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2021.05.009>

0211-139X/ © 2021 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Características de los pacientes con amputación mayor del miembro inferior en una Unidad de Recuperación Funcional



Characteristics of patients with major lower limb amputation in a Functional Recovery Unit

Sr. Editor:

Como consecuencia del envejecimiento poblacional, los pacientes sometidos a una amputación mayor de miembro inferior (AMMI) son cada vez mayores y de más difícil manejo^{1,2}. En la Comunidad de Madrid (CM) la sufren 2,8 de cada 100.000 habitantes y su incidencia aumenta con la edad³. Según datos registrados de altas hospitalarias en la CM, en 2015 se realizaron 472 AMMI de las cuales 330 afectaron a pacientes mayores de 65 años. El 88% de ellos fue dado de alta a domicilio tras la estancia hospitalaria de 18,9 días. En su mayoría, la rehabilitación se prescribió ambulatoriamente.

La causa más común de amputaciones en nuestra población es la enfermedad arterial periférica (EAP), con diabetes mellitus (DM) en el 75% de los amputados⁴. Debido a ese origen sistémico, estos pacientes tienen un alto riesgo de complicaciones adicionales, tanto en la extremidad amputada, como en la contralateral o en otros órganos. Se ha descrito que a los dos años de una amputación infracondílea, un 30% ha fallecido, 15% se ha sometido a una amputación supracondílea, 15% ha sufrido amputación contralateral y solo el 40% ha recuperado la movilidad completa⁵. La tasa de supervivencia en las AMMI se aproxima al 50% a los cinco años y de los supervivientes, hasta un 50% sufre una segunda amputación mayor durante este período, siguiendo la regla 50/50 de morbilidad y mortalidad⁶.

El tratamiento rehabilitador del paciente amputado pretende alcanzar la restauración de la función con ajuste del miembro artificial para una marcha funcional, cuya ausencia supone

mayor discapacidad e importante carga socioeconómica. Se trata de un proceso dinámico que requiere de una atención integral e individualizada a través de un equipo interdisciplinar de rehabilitación⁷.

En nuestro estudio analizamos la situación clínica y epidemiológica, así como el estado al alta de las personas que ingresaron en la Unidad de Recuperación Funcional para protetización tras AMMI. Para ello, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal de los pacientes con AMMI dados de alta en nuestro centro en el período 2018 a 2020. Se registraron las características demográficas, clínicas, funcionales y sociales. Al alta se valoraron los resultados funcionales y el éxito de la protetización. Se efectuó también un análisis univariante de los factores relacionados con el éxito de protetización, utilizando el programa SPSS statistics 26.0.

Se incluyeron 33 pacientes con una edad media de 65,8 años (DE 11,8), 30,4% mujeres y un Índice de Charlson medio de 4,7 (DE 1,7). Las características de la muestra se describen en la [tabla 1](#). Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, destacando un 81,8% con DM, un 66,7% EAP y un 24,3% cardiopatía isquémica. Funcionalmente, el 90,9% era independiente para la marcha, el 18,2% presentaba afectación cognitiva y 27,3% depresión previa. En cuanto a la situación social, el 63,4% vivía solo y 36,4% no disponía de ascensor. Respecto a la amputación, el 72,7% fue amputación secundaria, 60,5% supracondílea, 15,2% tenía amputación previa y 6,1% sufrió biamputación simultánea. La espera postoperatoria hasta el traslado a nuestro centro fue de 45 días. Etiológicamente, se relacionó con EAP en un 48% y mixta (EAP y DM) en un 36%. Durante la estancia, un 63,6% presentó síndrome del miembro fantasma y 51,5% trastorno del ánimo adaptativo. Al alta se había protetizado un 81,8% con una media de estancia hospitalaria de 172,7 días (DE 91,6), el 63,6% mantenía marcha independiente y 81,8% requería algún tipo de apoyo.