



CARTA CIENTÍFICA

Polifarmacia, prescripción y deprescripción en una consulta de geriatría



Polypharmacy, prescription and deprescription in a geriatrics clinic

Introducción

La polifarmacia es muy frecuente entre los ancianos frágiles. Tiene potenciales efectos deletéreos.

La deprescripción se define como la retirada o reducción de dosis de fármacos innecesarios, inefectivos o inapropiados con el objetivo de mejorar la salud del paciente.

En España existen muy pocas experiencias publicadas de deprescripción. La mayoría de los estudios se han realizado en atención primaria, en el medio residencial y en hospitales de agudos^{1–3}.

Material y método

Hemos realizado un estudio descriptivo observacional retrospectivo en torno a las prescripciones y deprescripciones en una consulta de geriatría evaluando las historias clínicas de los pacientes que acudieron presencialmente, hasta completar 200 casos, entre el 15 de marzo y el 15 de mayo de 2018.

Se recogieron la edad y sexo, índice de Barthel, la presencia de deterioro cognitivo, el número de fármacos al acudir a consulta y tras la consulta, los fármacos prescritos por primera vez, los fármacos retirados y si hubo cambio de dosis.

Los datos se almacenaron en una base de datos Excel y el análisis estadístico se realizó utilizando los estadísticos de Chi cuadrado y t de Student.

Resultados

La edad media fue de 82,36 (6,021), 77 fueron hombres (38,5%) y 123 mujeres (61,5%). El índice de Barthel «medio» fue de 75,55.

Setenta y siete pacientes (38,5%) presentaban deterioro cognitivo moderado/severo o demencia.

El número medio de fármacos al inicio de la visita fue 7,94 (3,10) (en los hombres de 7,41 y en las mujeres de 8,23) y al finalizar la visita de 7,97 (2,97) ($p > 0,05$): No existió diferencia significativa en cuanto al número de fármacos al acudir y al salir de la consulta. Tampoco hubo diferencia significativa en el promedio de fármacos al inicio de la visita entre menores de 80 años (7,85) y mayores de 80 años (7,99), ni al final de la visita (en menores de 80 años 8,17 fármacos y en mayores de 80 años 7,97).

Al inicio de la visita el 86,5% cumplía criterios de polifarmacia ya que tomaba 5 o más fármacos y el 28% tomaba 10 o más fármacos.

Se retiró algún fármaco en 68 pacientes (34%) y se redujo la dosis de algún fármaco en 39 pacientes (19,5%). En 91 pacientes se

Tabla 1

Fármacos retirados

Benzodiacepinas	11
Ácido acetilsalicílico	9
Estatinas	7
Inhibidores de la bomba de protones	7
Antiinflamatorios no esteroideos	7
Antipsicóticos (5 atípicos y 2 típicos)	7
Anticolinesterásicos	6
Citicolina	6
Inhibidores de la recaptación de serotonina	5
Suplementos de calcio oral	5
Tiazidas	3
Agonistas dopaminérgicos	3
Betahistina	3
Trimetazidina	3
Antieméticos y procinéticos	3
Hierro oral	2
Corticoides	2
Ácido fólico	2
Alfabloqueantes	2
Gabapentina	2
Extractos de Gingko Biloba	2
Bifosfonatos	2

redujo o retiró algún fármaco por lo que se realizó deprescripción en el 45,05% de las visitas.

No se encontró relación estadística entre la retirada de fármacos y la edad, aunque había tendencia a mayor retirada en los mayores de 80 años ($p = 0,055$), y tampoco con el género ($p = 0,19$); sin embargo se retiraron más fármacos en los pacientes con deterioro cognitivo ($p = 0,034$) y en aquellos con mayor discapacidad (índice de Barthel menor a 85) ($p = 0,0001$).

Se retiraron 117 fármacos. Los retirados con más frecuencia aparecen en la [tabla 1](#).

Los fármacos en los que se redujo la dosis fueron: benzodiacepinas en 8 casos, inhibidores de la recaptación de serotonina en 5 casos, furosemida en 4 casos, opiáceos en 3 casos, y AAS, prednisona, ARA II y betahistina en 2 casos cada uno.

Se prescribieron 123 nuevos fármacos en 91 pacientes (45,5% de las visitas).

No se encontró relación estadística entre la prescripción de fármacos y la edad, género, discapacidad o alteración cognitiva.

Los fármacos prescritos fueron: vitamina D en 31 pacientes, hierro oral en 19 pacientes, inhibidores de la recaptación de serotonina en 11, anticolinesterásicos en 10, diuréticos de asa en 9, antipsicóticos atípicos en 5, antidepresivos duales en 4 e inhaladores bronquiales, betabloqueantes, antidiabéticos orales y trazodona en 2 pacientes respectivamente.

Discusión

La prevalencia de polifarmacia ha aumentado en los ancianos españoles mayores de 80 años: De un 11,7% en 2005 a un 36,7% en

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, Gnjdric 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