



CARTAS CIENTÍFICAS

Ancianos con prescripción inapropiada; ¿deprescribimos?**Elderly people with inappropriate prescriptions; should we de-prescribe?**

Los ancianos presentan pluripatología que a menudo precisa polimedicación (más de 5 fármacos por paciente). La polifarmacia está directamente relacionada con las reacciones adversas medicamentosas (RAM)¹, y estos a un elevado porcentaje de ingresos hospitalarios (4,7%)². Las principales causas de RAM en ancianos son la prescripción inapropiada (PI) y la mala monitorización de fármacos². En las últimas décadas se han publicado guías terapéuticas (como los criterios STOPP) dirigidas a la detección de fármacos inapropiados que se asocian a RAM evitables³. Motivos éticos, clínicos y económicos avalan la necesidad de deprescribir fármacos que son más perjudiciales que beneficiosos para el paciente⁴⁻⁶.

Con el objetivo de analizar la prevalencia de fármacos con PI en pacientes institucionalizados mayores de 65 años; así como observar si los médicos responsables proceden a la deprescripción, realizamos un estudio descriptivo, observacional, de carácter retrospectivo en pacientes institucionalizados en 3 centros adscritos a un centro de atención primaria en la zona urbana de Granada. Se excluyeron aquellos con edad <65 años o que siguieran tratamiento no financiado ni administrado por el Sistema Nacional de Salud.

El análisis de PI se realizó mediante un algoritmo de 6 pasos consecutivos y excluyentes (tabla 1), obteniendo los datos de la Historia Digital del Sistema Andaluz de Salud. Como criterios de referencia de calidad se utilizó el modelo START/STOPP 2009. Se entregó un informe con los resultados a los médicos responsables. Estos realizaron las modificaciones oportunas y presentaron un informe describiendo si habían retirado los fármacos descritos como inapropiados. Se obtuvo consentimiento informado verbal previo al inicio del estudio.

Se evaluaron 87 pacientes, de 85,3 años de edad media, 73,6% mujeres. Presentaban una media de 7,45 diagnósticos clínicos y 5,21 prescripciones farmacológicas por paciente. El 42% cumplía criterios de polifarmacia y un 56,3% de pacientes cumplía criterios de PI (media de 2 fármacos con PI por paciente). De la totalidad de fármacos, un 21,9% sería subsidiario de deprescripción (99 fármacos de 451). Los grupos terapéuticos implicados en el 51% pertenecen a IBP, benzodiacepinas y diuréticos. Incluyendo neurolépticos ascienden al 63% del total. Los pacientes con polifarmacia presentaban un 70% de fármacos con criterios de PI frente a un 46% en el grupo control (p 0,02).

Tras entrega del informe con los resultados a los médicos responsables y posterior intervención se analizaron las medidas tomadas. En la segunda fase se evaluaron solo el 68% de los fármacos considerados con PI (67 de los 99 fármacos implicados), por pérdida de pacientes (causa principal fallecimiento). Se

Tabla 1

Algoritmo de pasos consecutivos y excluyentes para definir la PI

1. No indicación válida para el fármaco
2. No eficacia comprobada
3. Más efectos adversos que beneficios
4. Produce signos o síntomas
5. Mejor fármaco alternativo
6. Posibilidad de reducir dosis

Ítems creados por el equipo investigador, usando como referencia el manuscrito «Índice de adecuación de medicamentos» (la versión española modificada de MAI):

1. La pregunta evalúa si hay razones suficientes para el uso del fármaco según los distintos diagnósticos clínicos descritos en la historia clínica. Para considerar un fármaco como no indicado se han utilizado como referencia los criterios STOP de 2009.
2. Evalúa si el fármaco produce un efecto clínico beneficioso para el problema por el cual estaba indicado.
3. Valora si el fármaco produce más efectos adversos que beneficios.
4. Valora si el fármaco produce efectos colaterales con sintomatología que perjudique la calidad de vida del paciente.
5. Esta pregunta evalúa el coste del fármaco comparado con otros agentes de igual eficacia y seguridad.
6. Considerar posibilidad de reducir a dosis mínima eficaz o dosis geriátrica específica según las características del paciente.

MAI: Medication Appropriateness Index; PI: prescripción inapropiada.

deprescribió el 13,4% del total de fármacos considerados como PI.

Observamos una elevada prevalencia de polimedicación (42%), aunque en la literatura ya se habían descrito cifras de hasta un 61%¹. Dato preocupante, considerando que en nuestro estudio se ha relacionado la polifarmacia directamente con la PI, y estudios previos han relacionado la polimedicación con un aumento de la mortalidad^{1,7}.

Más de la mitad de los pacientes (51%), y la quinta parte (21,9%) de sus fármacos, cumplían criterios de PI, cifras similares a las descritas previamente en la literatura^{8,9}. Los fármacos corresponden a grupos terapéuticos concretos (IBP, benzodiacepinas y diuréticos). Utilizando guías de apoyo, y optimizando las estrategias de prescripción se podría mejorar considerablemente la calidad terapéutica.

En la literatura apreciamos procesos de deprescripción llevados a cabo con éxito; (un 58% de los fármacos con PI), sin efectos secundarios significativos, disminuyendo morbilidad y mejorando calidad de vida de los pacientes^{4,5}. En nuestro estudio solo se han retirado el 13,4% de los fármacos susceptibles de deprescripción. El conocimiento de las dificultades para la retirada de fármacos, tanto en este como en estudios previos^{6,10}, nos permitiría mejorar las futuras estrategias de deprescripción.

Pese a disponer de guías de apoyo, las cifras de polifarmacia y PI son altas, y la deprescripción sigue siendo un reto. Su relación con la morbilidad nos obliga a buscar nuevas herramientas para mejorar futuras estrategias de deprescripción.

Agradecimientos

A los profesionales de atención primaria que nos han orientado a la hora de enfocar este proyecto y han participado de forma activa en este estudio.

Bibliografía

1. Jyrkkä J, Enlund H, Korhonen MJ, Sulkava R, Hartikainen S. Polypharmacy status as an indicator of mortality in an elderly population. *Drugs Aging*. 2009;26:1039–48.
2. Otero López MJ, Alonso Hernández P, Maderuelo Fernández JA, Ceruelo Bermejo J, Domínguez-Gil Hurlé A, Sánchez Rodríguez A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2006;30:161–70.
3. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, Byrne S, O'Mahony D. Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients. *Arch Intern Med*. 2011;171:1013–9.
4. Garfinkel D, Mangin D. Addressing polypharmacy: Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. *Arch Int Med*. 2010;170:1648–54.
5. Garfinkel D, Zur-Gil S, Ben-Israel J. The war against polypharmacy: A new cost-effective geriatric-palliative approach for improving drug therapy in disabled elderly people. *Isr Med Assoc J*. 2007;9:430–4.
6. Deprescripción. INFAC. 2012;Vol 20(N.º 8) [consultado 1 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.osakidetza.euskadi.net/cevime>
7. Terol-Fernández J, Faus-Felipe V, Díez-Rodríguez M, del Río-Urenda S, Labajos-Manzanares MT, González-Correa JA. Prevalence of inappropriate prescription to polymedicated patients over 65 years old in a rural health area. *Rev Calid Asist*. 2016;31:84–98.
8. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas Farreras S. Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:125–30.

9. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: A systematic review. *PLoS One*. 2012;7:e43617.
10. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: A systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014;4:e006544.

Idoia Arrizabalaga Aldalur^{a,*}, Beatriz García Martínez^b,
Shahrazad Benabdellah Abouhamadi^c,
María del Carmen García Tirado^d, Alfredo Pardo Cabello^e
y Pilar Parra Rosado^e

^a Punto de Atención Continuada de Urgencias, Centro de Atención Primaria de Azpeitia, Azpeitia, Gipuzkoa, España

^b Servicio Andaluz de Salud, España

^c Servicio Canario de Salud, España

^d Asesoría Unidad Docente de MFyC, Granada, España

^e Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: i.arri@hotmail.com (I. Arrizabalaga Aldalur).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.07.001>

0211-139X/

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

Úlceras genitales dolorosas y de larga evolución en paciente con leucemia linfática crónica



Long-standing painful genital ulcers in a patient with chronic lymphocytic leukaemia

Caso clínico

En los pacientes ancianos las infecciones de piel y tejidos blandos constituyen la tercera causa más frecuente de infecciones, tras las urinarias y las respiratorias. En este grupo de edad, encontramos un mayor número de factores predisponentes frecuentes durante el proceso de envejecimiento, como son la inmunodepresión secundaria a disfunción del sistema inmunológico, la alteración de la dermis, la malnutrición, la diabetes, la arteriopatía periférica, coexistencia de afecciones crónicas o la incontinencia fecal, entre otras. Las infecciones de la piel más frecuentes en los mayores son las bacterianas por grampositivos, intertrigo, herpes y onicomicosis¹. Debido a la dificultad en identificar algunos procesos infecciosos y a la morbimortalidad que estos conllevan en la población geriátrica, hemos creído interesante compartir nuestro caso con los lectores de la revista.

Se trata de una mujer de 84 años, con antecedentes médicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, insuficiencia cardiaca congestiva, dislipidemia, fibrilación auricular, gonartrosis, obesidad mórbida, insuficiencia renal crónica, déficit de vitamina D y leucemia linfática crónica. Esta última, de 10 años de evolución, había permanecido estable durante los últimos 5 años, con seguimientos periódicos en consultas de Hematología.

Como tratamiento médico tomaba sulfato de hierro 80 mg al día, ácido acetilsalicílico 100 mg al día, metformina 850 mg 2 veces al día, alopurinol 100 mg una vez al día, hidroclorotiazida 25 mg una vez al día, simvastatina 10 mg una vez al día y calcifediol 0,266 mg una vez al mes.

Con respecto a su situación funcional basal, presentaba un índice de Barthel de 90/100 e incontinencia vesical ocasional, y necesi-

taba ayuda para subir escaleras. No presentaba deterioro cognitivo. Caminaba con ayuda de bastón. Vivía sola en casa y tenía ayuda en domicilio una vez por semana. Era viuda y no tenía pareja. Era jubilada; trabajó como cocinera. Salía sola a la calle habitualmente.

Se trata de una paciente que comenzó 3 semanas antes con varias vesículas dolorosas de 1–2 cm en la región vulvar que fueron progresando, haciéndose más profundas, confluentes y afectando a la región interglútea, así como al resto del periné. Estas lesiones le provocaban importante dolor, que se intensificaba en la micción y la defecación, motivo por el que acudió a urgencias de nuestro hospital. En la anamnesis la paciente refería haber recibido curas locales y analgesia de primer escalón, sin mejoría clínica. No había presentado fiebre, ni otros síntomas urinarios, ni digestivos, ni traumatismo local. Tampoco refirió relaciones sexuales previas al ingreso.

En la exploración, se observaban úlceras confluentes de gran tamaño en el pliegue interglúteo, la región perianal, el periné, los labios mayores, el pubis y el pliegue de faldón abdominal, sangrantes y exudativas (fig. 1). En la analítica destacaba una hemoglobina de 9,6 g/dl, leucocitos 156.000/mm³, proteína C reactiva 130,6 mg/l y creatinina 2,1 mg/dl.

Se tomaron muestras para cultivo de bacterias, hongos y detección de virus, así como biopsia para estudio histológico. En los cultivos microbiológicos se aisló flora polimicrobiana (*Pseudomonas aeruginosa* y *Enterobacter cloacae*). No se aislaron hongos. La detección por técnica polimerase chain reaction para el grupo herpes virus (virus *Herpes simplex* [VHS], citomegalovirus, virus de Epstein-Barr, virus de la varicela zóster) fue positiva para el VHS tipo 2. El estudio histológico descartó células tumorales y confirmó que se trataba de una úlcera herpética. En vista de estos resultados, se inició tratamiento con meropenem 1 g intravenoso (iv) cada 8 h y aciclovir (5 mg/kg/12 h) iv ajustado a la función renal. Además de ello, se realizaron curas diarias de las úlceras. Al cabo de 2 semanas de tratamiento la paciente presentaba resolución prácticamente completa de todas las úlceras, con ausencia de dolor y de signos de infección, por lo que fue dada de alta.