



# Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

## 650 - ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMORBILIDADES Y POLIFARMACIA EN PACIENTES VIH MAYORES DE 65 AÑOS

Laura Martínez Molina<sup>1</sup>, Luis Gámez Salazar<sup>1,2</sup>, Luisa María Flores Serrano<sup>1</sup>, Adriana Paola Jácome Pérez<sup>1</sup>, María Elena Rodríguez Rodríguez<sup>1</sup>, Marta Segura Díaz<sup>1</sup>, Iris El Attar Acedo<sup>1</sup> y Patricia Urrutia López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Torrecárdenas, Almería. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres, Cáceres.

### Resumen

**Objetivos:** Describir las comorbilidades y polifarmacia en pacientes con diagnóstico de VIH, mayores de 65 años y polimedicados (en tratamiento con 5 o más fármacos) en un hospital de tercer nivel, en los últimos 10 años. Determinar las comorbilidades más prevalentes.

**Métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el que se incluyeron pacientes mayores de 65 años con diagnóstico confirmado de VIH y polifarmacia dentro del área de Salud de Cáceres entre los años 2010 a 2021. El único criterio de exclusión fue el *exitus* del paciente en el momento del análisis. Para realizar el subanálisis del patrón de polifarmacia, dividimos los fármacos en siete categorías: medicamentos para enfermedades cardiovasculares, para síndrome ansioso-depresivo, para enfermedad pulmonar obstructiva crónica, para diabetes, tratamientos analgésicos y antiulcerosos, así como otros medicamentos).

**Resultados:** Se estudiaron un total de 1.600 pacientes diagnosticados de infección por VIH de los cuales únicamente 69 pacientes (4,6%) cumplieron los criterios de inclusión. Los pacientes presentaron una media de 4,1 comorbilidades. Las principales fueron las relacionadas con la patología cardiovascular: HTA (53,8%), dislipemia (51,3%), insuficiencia cardíaca (21%) y cardiopatía isquémica (14,6%). En segundo lugar, los relacionados con el espectro psicológico (destacando el síndrome ansioso-depresivo 38,5%) y el deterioro cognitivo (24,3%). En tercer lugar, el espectro de enfermedades relacionadas con el aparato digestivo: dispepsia (26%), enfermedad por reflujo gastroesofágico (17,7%), infección por *H. pylori* (15,7%). Otras comorbilidades asociadas que podríamos destacar son la diabetes (35,4%) y la EPOC (21,8%). En cuanto a la polifarmacia asociada a estos pacientes, la media de fármacos no VIH prescritos fue de 6. Las terapias no VIH más frecuentes fueron las relacionadas con la patología cardiovascular/riesgo aterotrombótico (59,4%), seguido del uso de analgésicos (52,1%), y de psicofármacos (44,9%). Hay que destacar el uso de fármacos relacionados con enfermedades gastrointestinales (39,1%), antidiabéticos orales e insulinas (37,6%) e inhaladores (26%).

**Discusión:** La prevalencia de comorbilidades en los pacientes > 65 años con VIH parecen ser mayores que la población no VIH<sup>1</sup>. Más del 20% de los pacientes estudiados sufren 3 o más patologías independientes a su proceso de VIH. Si comparamos con los datos obtenidos en nuestro estudio, observamos que de nuestra cohorte de pacientes aproximadamente el 90% presentan 3 o más comorbilidades. Esto les hace un grupo con especial interés clínico y de alta complejidad terapéutica<sup>2</sup>. El patrón de polifarmacia mayoritaria fue el cardiovascular, seguido del patrón farmacológico relacionado con control del dolor/analgésico y el de psicofármacos. Nuestra cohorte de pacientes presenta mayor riesgo cardiovascular y una mayor tasa de

enfermedades neurodegenerativas, lo que explicaría la mayor prescripción de estos grupos farmacológicos. La polifarmacia mayor fue de un 5,8%, en menor consonancia que en el estudio del grupo POINT<sup>2,3</sup>. La prescripción de un número elevado de fármacos, conllevan un riesgo de reacciones adversas e interacciones que aumentan con el envejecimiento y los cambios fisiológicos asociados a la edad<sup>4</sup>. La adherencia al tratamiento y las posibles interacciones entre fármacos TAR y no TAR se ven afectadas por el gran número de fármacos pautados en estos pacientes<sup>5</sup>. Tenemos herramientas disponibles para adecuar el tratamiento de los pacientes mayores a sus necesidades, una de ellas son los criterios STOPP/START. Estos criterios recogen los errores más habituales en la prescripción y son fáciles de relacionar con los diagnósticos recogidos del paciente ya que están ordenados por sistemas fisiológicos<sup>4</sup>.

*Conclusiones:* Podemos concluir, por tanto, que la pluripatología en los pacientes > 65 años VIH da lugar a pacientes polimedicados y, asimismo, más complejos. Ser capaces de dar respuestas adaptadas al paciente y sus circunstancias es posible si realizamos una valoración geriátrica integral. La polifarmacia es uno de los grandes síndromes geriátricos, por lo que sería interesante intentar minimizar y simplificar en la medida de lo posible las terapias de estos pacientes<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, van der Valk M, Geerlings SE, *et al.*; AGEhIV Cohort Study Group. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between HIV-infected and uninfected individuals: the AGEhIV cohort study. *Clin Infect Dis.* 2014;59(12):1787-97.
2. Gimeno-Gracia M, Sánchez-Rubio-Ferrández J, Robustillo-Cortés MLA, Morillo-Verdugo R. Prevalence of polypharmacy and pharmacotherapy complexity in elderly people living with HIV in Spain. POINT study. *Farm Hosp.* 2020;44(4):127-34.
3. Krentz HB, Gill MJ. The impact of non-antiretroviral polypharmacy on the continuity of antiretroviral therapy (ART) among HIV patients. *AIDS Patient Care STDS.* 2016;30:1-17.
4. Delgado Silveira E, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2011;46(3):170.
5. Trotta MP, Ammassari A, Melzi S, Zaccarelli M, Ladisa N, Sighinolfi L, *et al.*; AdICoNA Study Group. Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2002;31 Suppl 3:S128-31.