



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

1877 - POLIFARMACIA EXTREMA EN PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA. ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Alicia Guzmán Carreras, Alejandro Maceín Rodríguez, Mónica Gil Gutiérrez de Mesa, Andrea Bastos Precado, Andrea María Vellisca González, Sara Miguel Álvarez, José Luis García Klepzig y Manuel Méndez Bailón

Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Resumen

Objetivos: Describir el grado de polifarmacia de pacientes comórbidos ingresados en Medicina Interna, así como el porcentaje que recibía benzodiazepinas (BZD), ácido acetilsalicílico (AAS) y si este tenía indicación. Además, se pretende evaluar si la polifarmacia extrema se asocia a mayor reingreso.

Métodos: Estudio retrospectivo de 412 pacientes que ingresan en Medicina Interna durante marzo de 2023. Se recogieron características clínicas, analíticas y la existencia de reingreso en el mes posterior. Las variables cuantitativas se describen como media y desviación estándar, las cualitativas como número absoluto y porcentaje. Se ha realizado un análisis descriptivo de la polifarmacia. Asimismo, se ha investigado la asociación entre polifarmacia extrema (≥ 10 fármacos) y la edad avanzada, funcionalidad y reingreso mediante el test de chi-cuadrado o de Fisher si no se ajustaba a la normalidad. Se ha exigido un error alfa $< 0,5\%$. El análisis estadístico ha sido realizado mediante SPSS.

Resultados: Se trata de una muestra de 412 pacientes, 227 (55,10%) mujeres y 185 (44,90%) varones, con edad media de 79,58 ($\pm 14,23$) años. En 382 casos se recoge el número de fármacos al alta, siendo la media de 10,21 ($\pm 4,67$) por paciente. 70 (18,32%) tomaban AAS y 91 (23,82%) benzodiazepinas. La polifarmacia fue más frecuente en varones (59,5 vs. 51,9%, $p = 0,135$), sin encontrar relación con la edad, pero sí con el nivel de funcionalidad. Se observa un mayor número de fármacos en aquellos con dependencia leve (el 75% están polimedcados), seguidos de aquellos con dependencia moderada (69,8%), grave (56,3%), total (48,9%) y por último los independientes (40,8%) ($p < 0,001$). 110 pacientes presentaron insuficiencia respiratoria como criterio de gravedad, de los cuales el 63,6% cumplía criterios de polifarmacia ($p = 0,036$). Además, el consumo de BZD era mayor en aquellos con insuficiencia respiratoria frente a los que no (30 vs. 21,3%, $p = 0,071$). La polifarmacia extrema (64,9 vs. 53,5%, $p = 0,111$) y el consumo de BZD (31,6 vs. 22,5%, $p = 0,136$) son más frecuentes en los que reingresan frente a los que no, si bien no es estadísticamente significativo. Respecto al AAS, estaba indicado en el 74,29% de los casos. La enfermedad cerebrovascular (17; 32,69%), seguido de la cardiopatía isquémica (15; 30%), combinación de varias indicaciones (7; 13,46%) y la arteriopatía periférica (5; 9,62%) fueron las causas de prescripción más frecuentes.

Discusión: La polifarmacia se define como el uso de \geq 5 fármacos en un mismo paciente, aunque no existe una definición globalmente aceptada. Actualmente se tiene más en cuenta si los fármacos están bien indicados y sus resultados frente al número. Constituye un indicador de efectos adversos como fragilidad, hospitalización, caídas y mortalidad¹. Debemos recordar que actualmente el AAS no está indicado como prevención primaria en mayores de 60 años, por lo que en ausencia de indicación se debería retirar para evitar efectos adversos². Además, cabe descartar que en la muestra un 23,82% tomaba BZD, presentando mayor insuficiencia respiratoria a su llegada. Las BZD se deben evitar en > 65 años por asociarse a mayor dependencia, mortalidad, déficit cognitivo y caídas con fracturas secundarias³.

Conclusiones: La polifarmacia extrema se relaciona con la funcionalidad del paciente y se asocia a mayor insuficiencia respiratoria y tendencia al reingreso. Debemos optimizar el tratamiento de los pacientes retirando benzodiazepinas y AAS cuando no estén indicados.

Bibliografía

1. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med.* 2021 Jun;12(3):443-52. doi:10.1007/s41999-021-00479-3. Epub 2021 Mar 10. PMID: 33694123; PMCID: PMC8149355.
2. Guirguis-Blake JM, Evans CV, Perdue LA, *et al.* Aspirin Use to Prevent Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: An Evidence Update for the U.S. Preventive Services Task Force. AHRQ Publication No. 21-05283-EF-1 April 2022.
3. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, *et al.* Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc.* 2016 Nov;91(11):1632-9. doi:10.1016/j.mayocp.2016.07.024. PMID: 27814838.