



1488 - ANCIANOS POLIMEDICADOS E INERCIA TERAPÉUTICA: PATOLOGÍAS Y FÁRMACOS MÁS FRECUENTES, INDICACIÓN Y AJUSTE DE MEDICACIÓN AL ALTA. ¿EXISTE MAYOR RIESGO DE REINGRESO EN ESTOS PACIENTES?

María Romero Linares y **Andrea Fondón Domínguez**

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Identificar pacientes ancianos polimedicados, describir comorbilidades y medicamentos prescritos. Revisar ajuste de medicación inadecuada al alta, analizando el riesgo de reingreso en dichos pacientes.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal en mayores de 90 años ingresados en Medicina Interna durante enero de 2023. Se recogieron distintas variables demográficas y comorbilidades. Se revisó número y tipo de medicamentos prescritos y si se llevaba a cabo ajuste de medicación inadecuada al alta. Se analizó riesgo de reingreso en el siguiente año según polimedicación (más de 10 fármacos) mediante análisis bivariante utilizando test de chi-cuadrado.

Resultados: De los 119 pacientes registrados, 32,8% eran hombres con edad media de 92,8 años (DE 2,77). 47,1% presentaban dependencia severa y 25,2% demencia avanzada. La mediana del índice de Charlson fue 7 (4-13) y hasta un 19,3% presentaba historial de caídas. La frecuencia del resto de comorbilidades se detalla en la tabla 1. Respecto a medicamentos prescritos, se registraron 28 pacientes (23,5%) con más de 10 fármacos, 66 (55,5%) entre 5 y 10; y 25 (21%) con menos de 5. Los más empleados fueron los inhibidores de la bomba de protones (IBP) (69,7%), seguidos de los antiagregantes (40,3%), diuréticos de asa (55,5%) y por último, las benzodiazepinas (40%). Se realizó ajuste de medicación inadecuada al alta a un 30% (n = 27) de los 89 pacientes dados de alta. Un 47,2% (n = 42) tuvo al menos un reingreso en el siguiente año y entre ellos, se detectaron 14 pacientes (33,3%) con más de 10 medicamentos prescritos. En el análisis bivariante, el riesgo de reingreso en pacientes con más de 10 fármacos resultó ser estadísticamente significativo, con valor $p < 0,05$ y *odds ratio* (OR) de 3,41 (1,172-9,964). En la revisión de los diferentes fármacos prescritos, destacamos la prescripción de inhibidores de la bomba de protones sin indicación clínica en un 67,9% y prescripción prolongada sin revisión posterior de benzodiazepinas (33,6%), hipnóticos-Z (12,6%) y opioides (21,7%). Los fármacos más empleados y su frecuencia se resumen en la tabla 2.

Tabla 1	
Comorbilidades	Número de pacientes (%)
Hipertensión arterial (HTA)	99 (83,2)
Fibrilación auricular (FA)	43 (36,1)

Cardiopatía isquémica (CI)	22(18,5)
Insuficiencia cardíaca (IC)	25 (21,0)
Enfermedad renal crónica grado G3b	25 (21,0)
Cardiopatía isquémica (CI)	22 (18,5)
Accidente cerebrovascular (ACV)	19 (16,0)
Incontinencia urinaria	11 (9,2)
Arteriopatía periférica (AP)	11 (9,2)
Disfagia grave	11 (9,2)
Estreñimiento crónico	7 (5,9)
Parkinsonismo	7 (5,9)
Enfermedad tromboembólica venosa (ETEVE)	6 (5,0)
Episodios de retención aguda de orina	2 (1,7)

Tabla 2	
Medicamentos	
IBP	83 (69,7)
Diuréticos de asa	66 (55,5)
Antiagregación	48 (40,3)
Benzodiazepinas	40 (33,6)
Tipo antiagregación	N = 48
AAS	45 (93,8)
Clopidogrel	1 (2,1)
Doble antiagregación (AAS + clopidogrel/tigagrelor/prasugrel)	2 (4,2)
Tipo benzodiazepinas	N = 40
Clonazepam	1 (2,5)
Clorazepato dipotásico	3 (7,6)
Diazepam	3 (7,5)
Lormetazepam	7 (17,5)
Lorazepam	23 (57,5)
Midazolam	1(2,5)
> 1 benzodiazepina	2 (5,0)
Anticoagulación	37 (31,1)
Tipo anticoagulación	N = 37
Antivitamina K	8 (21,6)
Apixabán	15 (40,5)
Dabigatrán	4 (10,8)
Edoxabán	3 (8,1)
Rivaroxabán	2 (5,4)
Heparina de bajo peso molecular (HBPM)	5 (13,5)
Hipnóticos	19 (16)
Tipo hipnótico	N = 19
Clometiazol	1(5,3)
Trazodona	12 (63,2)
Zolpidem	6 (31,6)
Neurolépticos	18 (15,1)
Tipo neuroléptico	N = 18
Haloperidol	8 (85,7)
Quetiapina	10 (50,0)
Risperidona	1 (5,0)

Opioides	16 (13,4)
Inhibidores de la colinesterasa	8 (6,7)
Levodopa/agonistas dopaminérgicos	6 (5,1)
Antiagregación + anticoagulación	3 (2,5)
AINES	2 (1,7)
Antidepresivos tricíclicos	2 (1,7)
Tipo antidepresivo tricíclico	N = 2
Amitriptilina	1 (100)

Discusión: La polimedicación y prescripción inadecuada de medicamentos en pacientes de edad avanzada, incrementa el riesgo de efectos adversos y son una causa prevenible de ingresos hospitalarios y de consumo excesivo de recursos sanitarios. Existe evidencia científica que respalda la necesidad de deprescribir fármacos en pacientes polimedificados cuyo consumo puede provocarles más perjuicios que beneficios. Esta intervención es prioritaria en ancianos frágiles, siempre y cuando la deprescripción de medicamentos se realice de forma controlada y razonada; favoreciendo una adecuada comunicación entre personal sanitario, el paciente y su entorno. Los ingresos hospitalarios en la población anciana deberían suponer una oportunidad para revisar medicación prescrita activa, evitando la inercia terapéutica y sus efectos claramente nocivos en esta población.

Conclusiones: En nuestro estudio, los pacientes mayores de 90 años ingresados en Medicina Interna se encuentran en su mayoría polimedificados y en la mayor parte de ellos no se realiza ajuste de tratamiento al alta. Se ha demostrado que existe un riesgo aumentado de reingreso en aquellos pacientes con más de 10 fármacos prescritos.