



1263 - PRESCRIPCIÓN INADECUADA EN PACIENTES ANCIANOS ¿SE APLICAN LOS CRITERIOS STOPP 2023?

María Romero Linares, Andrea Fondón Domínguez, María del Rocío Molina León y Ana María Prados Gallardo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Resumen

Objetivos: Revisar prescripción inadecuada de medicamentos según criterios STOPP 2023 en pacientes ancianos que ingresan en medicina interna.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal en pacientes 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 se analizaron si cumplían criterios STOPP 2023 para detección de prescripción inadecuada de medicamentos (PIM) seleccionados en la tabla.

Resultados: Se seleccionaron 119 pacientes (67,2% mujeres), edad media 92,8 años (DE 2,77) e índice de Charlson, mediana de 7 (4-13). El 25,2% presentaban demencia avanzada (GDS > 5) y 47,1% cumplían criterios de dependencia severa (Barthel < 40). La mediana de medicamentos fue 8 (0-18). En pacientes con demencia avanzada (n = 30), se detectó 3,3% de PIM para antidepresivos tricíclicos, 43,3% para neurolépticos y 36,7% para benzodiazepinas. En pacientes con parkinsonismo (n = 6), 6,7% tenían neurolépticos. Se usaron benzodiazepinas, 33,6% (n = 40) e hipnóticos-Z, 12,6% (n = 15) de forma prolongada no justificada. En pacientes con historial de caídas recurrentes (n = 23), se observó uso de benzodiazepinas en un 43,5% y uso de hipnóticos-Z, neurolépticos y opioides en un 21,7%. Un 89,4% de pacientes con diuréticos de asa (n = 66), tenían hipertensión arterial sin otro antihipertensivo; 68,2% no tenían antecedentes de insuficiencia cardíaca y 4,5% presentaban incontinencia urinaria. Se encontraron 20,16% (n = 24) con ácido acetilsalicílico en prevención primaria, 1,6% (n = 2) con doble antiagregación durante más de 4 semanas, 2,5% (n = 3) con asociación de terapia anticoagulante y antiagregante sin indicación y 4,2% (n = 5) con antiagregación en monoterapia para fibrilación auricular. En 3,3% (n = 4) de pacientes con fibrilación auricular, tenían antagonistas de la vitamina K como anticoagulantes de primera línea pudiendo beneficiarse de inhibidores directos de la trombina e inhibidores del factor Xa. Un 67,9% (n = 57), la prescripción de inhibidores de la bomba de protones no estaba indicada.

Criterios STOPP 2023 seleccionados para el estudio descriptivo de prescripción inadecuada en pacientes mayores de 90 años

Sección A. Indicación de la medicación

1. Cualquier medicamento prescrito sin una indicación clínica basada en la evidencia

Sección B. Sistema cardiovascular

7. Diuréticos de asa como tratamiento de primera línea de la hipertensión, salvo que exista insuficiencia cardíaca concomitante que requiera tratamiento diurético (falta de datos para esta indicación; existen alternativas más seguras y efectivas)
8. Diuréticos de asa para los edemas maleolares sin evidencia clínica, bioquímica o radiológica de insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, síndrome nefrótico o insuficiencia renal (la elevación de los miembros inferiores y/o las medias de compresión son generalmente más apropiadas)
10. Diuréticos de asa para el tratamiento de la hipertensión cuando existe incontinencia urinaria (pueden empeorar la incontinencia)
Sección C. Antiagregantes/anticoagulantes
3. AAS más clopidogrel para la prevención secundaria del ictus durante más de 4 semanas, salvo que el paciente tenga un <i>stent</i> coronario implantado en los 12 meses previos, un síndrome coronario agudo o una estenosis carotídea grave sintomática (no hay evidencia de beneficios a largo plazo frente al clopidogrel en monoterapia)
4. Antiagregantes junto con antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en pacientes con fibrilación auricular crónica, salvo que el paciente tenga un <i>stent</i> coronario o una estenosis coronaria de alto grado (> 50%) objetivada por coronariografía (el antiagregante no aporta beneficios)
5. Antiagregantes junto con antagonistas de la vitamina K, inhibidores directos de la trombina o inhibidores del factor Xa en pacientes con enfermedad coronaria, cerebrovascular o arterial periférica estables sin una clara indicación de anticoagulación (el tratamiento combinado no aporta beneficios)
7. Antiagregantes como alternativa a los antagonistas de la vitamina K, los inhibidores directos de la trombina o los inhibidores directos del factor Xa para la prevención del ictus en pacientes con fibrilación auricular crónica (no hay evidencia de eficacia)
11. Antagonistas de la vitamina K como anticoagulantes de primera línea en la fibrilación auricular, salvo en presencia de prótesis valvular cardíaca metálica, estenosis mitral moderada-grave o TFGe < 15 ml/min/1,73 m ² (los inhibidores directos de la trombina y los inhibidores del factor Xa son igual de eficaces y más seguros que los antagonistas de la vitamina K)
16. AAS en prevención primaria de enfermedades cardiovasculares
Sección D. Sistema nervioso central
1. Antidepresivos tricíclicos en presencia de demencia, glaucoma de ángulo estrecho, trastornos de la conducción cardíaca, prostatismo, estreñimiento crónico, caídas recientes o antecedentes de retención urinaria (riesgo de empeoramiento de estas enfermedades)
5. Neurolépticos para los síntomas conductuales y psicológicos de la demencia sin ajustes de dosis ni revisión de la medicación en más de 3 meses (mayor riesgo de efectos secundarios extrapiramidales, empeoramiento cognitivo crónico y morbimortalidad cardiovascular)
8. Benzodiazepinas durante ≥ 4 semanas (no hay indicación para tratamientos más prolongados; riesgo de sedación, confusión, pérdida de equilibrio, caídas, accidentes de tráfico; todas las benzodiazepinas deberían suspenderse de forma gradual si el tratamiento ha superado las 2 semanas, ya que al suspenderse de forma brusca existe riesgo de síndrome de abstinencia)
9. Benzodiazepinas para la agitación o los síntomas psicóticos de la demencia (sin evidencia de eficacia)
10. Benzodiazepinas para el insomnio durante ≥ 2 semanas (alto riesgo de dependencia, mayor riesgo de caídas, fracturas y accidentes de tráfico)
11. Hipnóticos-Z (zolpidem, zopiclona, zaleplón) para el insomnio durante ≥ 2 semanas (mayor riesgo de caídas, fracturas)
12. Neurolépticos (salvo clozapina y quetiapina) en pacientes con parkinsonismo o demencia por cuerpos de Lewy (riesgo de efectos extrapiramidales graves)
15. Neurolépticos antipsicóticos en pacientes con síntomas conductuales y psicológicos de la demencia (SCPD) durante más de 12 semanas salvo que estos sean graves y no respondan a otros tratamientos (aumento del riesgo de ictus e infarto de miocardio)
Sección F. Sistema gastrointestinal

2. Inhibidores de la bomba de protones para la enfermedad ulcerosa péptica o esofagitis péptica no complicada a dosis terapéuticas plenas durante > 8 semanas (normalmente está indicada la reducción de la dosis, la retirada o el tratamiento de mantenimiento con antagonistas H2)
Sección K. Fármacos que aumentan de forma predecible el riesgo de caídas en personas mayores
1. Benzodiazepinas en pacientes con caídas de repetición (pueden reducir el nivel de conciencia y deteriorar el equilibrio)
2. Neurolépticos en pacientes con caídas recurrentes (pueden causar parkinsonismo)
4. Hipnóticos-Z (p.ej., zopiclona, zolpidem, zaleplón) en pacientes con caídas de repetición (pueden causar sedación diurna prolongada, ataxia)
7. Opioides en pacientes con caídas de repetición (pueden reducir el nivel de conciencia)

Conclusiones: Los pacientes de mayor edad corren riesgo de sufrir daños relacionados con la medicación debido a cambios fisiológicos en la farmacocinética y farmacodinamia de los medicamentos. Los criterios STOPP están diseñados para identificar prescripciones inadecuadas en pacientes mayores a la hora de revisar medicación. Se estima que un 20% de ingresos hospitalarios en poblaciones añosas, se deben a reacciones adversas medicamentosas. En nuestro estudio, se detectó PIM en, pacientes con demencia y parkinsonismo (antidepresivos tricíclicos y neurolépticos); prescripción prolongada de medicamentos que aumentan el riesgo de caídas (benzodiazepinas, hipnóticos-Z, opioides); y medicamentos sin indicaciones clínicas basadas en la evidencia (inhibidores de la bomba de protones y AAS en prevención primaria). Se indicaron de forma inapropiada, diuréticos de asa para la hipertensión y edemas; antiagregantes como prevención del riesgo trombótico en fibrilación auricular y uso de antivitaminas K en lugar de opciones más seguras. Se evidenció doble antiagregación prolongada, uso concomitante de anticoagulantes y antiagregantes intensificando el riesgo de eventos hemorrágicos. Estos resultados subrayan la importancia de revisar y ajustar medicación en pacientes añosos, favoreciendo medidas no farmacológicas, mejorando el seguimiento del paciente y concienciando de esta realidad entre profesionales sanitarios.