



## I-HIV-045 - POLIMEDICACIÓN RELACIONADA CON LA EDAD EN PACIENTES COINFECTADOS VIH/VHC

M. Aguirre Alastuey<sup>1</sup>, C. Ferrero Sanz<sup>1</sup>, C. Sardiña González<sup>1</sup>, R. Sánchez Mahave<sup>1</sup>, B. Cuesta García<sup>1</sup>, M. Magaz García<sup>1</sup>, J. Llorente García<sup>2</sup> y J. Mostaza Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna. Complejo Asistencial Universitario de León. <sup>2</sup>Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada (León).

### Resumen

**Objetivos:** Describir el número de medicamentos que reciben los pacientes con infección por VIH coinfectados por VHC por grupos de edad y determinar el estado de polimedicación.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, llevado a cabo en el Complejo Asistencial Universitario de León. Se recogieron datos de pacientes coinfectados con VIH y VHC atendidos en la consulta de Enfermedades Infecciosas (Unidad VIH) durante los años 2015 y 2016. Se describieron los medicamentos prescritos de manera crónica ( $\geq 12$  semanas): terapia antirretroviral, antivirales clásicos (ribavirina) y AAD de duración mayor o igual a 12 semanas, psicofármacos, hipolipemiantes, antihipertensivos, hipoglucemiantes orales o subcutáneos e insulina, terapia inhalada, analgésicos, inhibidores de la bomba de protones, etc. Así mismo, se contabilizó el número de dosis diaria por cada grupo de fármacos, incluyendo la terapia inhalada. Se dividió la muestra en menores y mayores o iguales a 50 años. La polimedicación se definió como el uso de  $> 5$  fármacos y la polimedicación excesiva como la administración de  $\geq 10$  medicamentos.

**Resultados:** Se seleccionaron 62 pacientes coinfectados candidatos a recibir tratamiento con AAD. La media de medicamentos pautados fue de 4,12 ( $\pm 1,5$ ), de ellos, el número de medicamentos no-TAR fue de 3,12. En el grupo de pacientes  $< 50$  años fue de 3,35 ( $\pm 1,18$ ), con una media de medicación diferente a la TAR 2,35; en los  $\geq 50$  años la media fue de 4,5 ( $\pm 1,55$ ), siendo la media de medicación no TAR de 3,5 ( $p = 0,27$ ). En cuanto al número de dosis (inhalaciones o comprimidos), los pacientes tomaron una media de 9,1 dosis diarias (8,2 en el grupo  $\leq 50$  años y de 9,4 en el grupo  $\geq 50$  años). En el grupo de edad más avanzada, 17 pacientes (42,5%) tomaban más de 10 dosis al día, y 20 pacientes (47,6%) entre 5 y 9 dosis diarias. En el grupo  $< 50$ , 5 pacientes (25%) recibieron entre 5 y 9 inhalaciones o comprimidos y 9 pacientes (45%)  $> 10$ ;  $p = 0,24$ ). La polimedicación (incluyendo la TAR) se definió en 24 pacientes (38,7%), siendo más frecuente en los  $\geq 50$  años (45,3%) con respecto a los  $< 50$  años (25%) sin observarse diferencias estadísticamente significativas  $p = 0,126$ . Con respecto a la medicación no TAR, la toma de  $\geq 5$  medicamentos se describió en 10 pacientes (16,2%), todos ellos  $\geq 50$  años  $p = 0,013$ . En la muestra, no se detectaron pacientes que recibiesen más de 10 medicamentos diferentes (polifarmacia excesiva). En relación a la medicación pautada, los psicofármacos, los analgésicos y los IBP fueron los más frecuentes, especialmente en el grupo de mayor edad. La prescripción de hipolipemiantes se asoció a edad avanzada ( $p = 0,011$ ).

*Discusión:* En nuestro estudio, más de la mitad de los pacientes con edades comprendidas entre 35 y 63 años toman 4 o más fármacos simultáneamente, lo que implica una media de comprimidos (o inhalaciones en el caso de terapia inhalada) de 9 pastillas al día. La polimedicación se definió en 38,7% de los pacientes de la muestra general incluyendo el TAR (16,2% excluyéndola), alcanzando el 45% en pacientes  $\geq 50$  años. Los psicofármacos, analgésicos, inhibidores de la bomba de protones (IBP) e hipolipemiantes fueron los fármacos más frecuentemente administrados, siendo su frecuencia mayor en los pacientes  $\geq 50$  años.

*Conclusiones:* La población VIH coinfectada con VHC presenta una elevada prevalencia de polimedicación. El envejecimiento de la población VIH conlleva la consecuente aparición de comorbilidades, interacciones farmacológicas, efectos adversos y falta de adherencia y cumplimiento, pudiendo influir en el fracaso terapéutico y empeoramiento de la salud. Es necesario el control y adecuación del tratamiento no ATR para evitar la polimedicación inadecuada.