

POLIMEDICACIÓN EN EL PACIENTE MAYOR

POLYPHARMACY IN THE OLDER PATIENT

Juan Antonio Vargas Núñez^{1,2,3}

1. Académico Correspondiente de la Real Academia Nacional de Medicina de España.
2. Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.
3. Catedrático de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.

Palabras clave:

Polimedición;
Polifarmacia;
Envejecimiento;
Prescripción inapropiada;
Deprescripción;
Fragilidad.

Keywords:

Polymedication;
Polypharmacy;
Aging;
Inappropriate prescribing;
Deprescribing;
Frailty.

Resumen

El progresivo envejecimiento de la población se asocia a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, muchas de las cuales se presentan de forma simultánea. La comorbilidad ocasiona la prescripción de un elevado número de medicamentos, que condiciona una mayor frecuencia de efectos adversos, interacciones, ingresos hospitalarios, peor calidad de vida y falta de cumplimiento terapéutico.

Cualitativamente la polimedicación o polifarmacia se entiende como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados pudiendo existir una polimedicación inadecuada y una polimedicación adecuada. Cuantitativamente, el criterio más extendido es situar un nivel de polifarmacia a partir de 5 o más fármacos y polifarmacia extrema o hiperpolifarmacia al empleo de 10 o más. Pero más que la cantidad, importa la calidad tomando relevancia el término de polimedicación apropiada. Este término reconoce que los pacientes pueden beneficiarse de múltiples medicamentos siempre que la prescripción se base en la mejor evidencia posible, refleje las condiciones clínicas de los pacientes y considere las posibles interacciones. Es preciso efectuar un seguimiento activo de las prescripciones en el paciente mayor polimedicado para establecer la relación beneficio-riesgo de cada indicación.

La revisión sistemática de la medicación se ha asociado con mejora de la adherencia y la indicación de fármacos adecuados a la situación clínica y una mayor eficiencia. La deprescripción consiste en revisar y evaluar el plan terapéutico del paciente con el objetivo de retirar, sustituir o reducir la dosis de medicamentos innecesarios o con una relación beneficio-riesgo desfavorable. Es muy probable que las intervenciones de deprescripción de pacientes hospitalizados reduzcan el riesgo de reingreso a corto plazo, aunque su efecto sobre la mortalidad es incierto.

Abstract

The progressive ageing of the population is associated with a higher prevalence of chronic diseases, many of which occur simultaneously. Comorbidity causes the prescription of a high number of medications, which leads to a higher frequency of adverse effects, interactions, hospital admissions, poorer quality of life and lack of therapeutic compliance.

Qualitatively, polypharmacy is understood as the fact of taking more medications than clinically appropriate, and there may be inadequate polypharmacy and adequate polypharmacy. Quantitatively, the most widespread criterion is to place a level of polypharmacy from 5 or more drugs and extreme polypharmacy or hyperpolypharmacy to the use of 10 or more. But more than quantity, quality matters, with the term appropriate polypharmacy becoming relevant. This term recognizes that patients can benefit from multiple medications if the prescription is based on the best possible evidence, reflects the patients' clinical conditions, and considers potential interactions. It is necessary to actively monitor prescriptions in polymedicated elderly patients to establish the benefit-risk ratio of each indication. The systematic review of medication has been associated with improved adherence and the indication of drugs appropriate to the clinical situation and greater efficiency. Deprescribing consists of reviewing and evaluating the patient's therapeutic plan with the aim of withdrawing, substituting or reducing the dose of unnecessary drugs or with an unfavorable benefit-risk ratio. Inpatient deprescribing interventions are very likely to reduce the risk of readmission in the short term, although their effect on mortality is uncertain.

Autor para la correspondencia

Juan Antonio Vargas Núñez
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
C/ Joaquín Rodrigo, 1 · 28222 Majadahonda. Madrid
Tlf.: +34 911 916 000 | E-Mail: juanantonio.vargas@uam.es

INTRODUCCIÓN

Don Santiago Ramón y Cajal, en su obra *El mundo visto a los 80 años*, publicada en 1934 (1), comienza su introducción diciendo: “Hemos llegado sin sentir a los helados dominios de Vejecía, a ese invierno de la vida sin retorno vernal, con sus honores y horrores según decía Gracián. El tiempo empuja tan solapadamente con el fluir sempiterno de los días, que apenas reparamos en que, distanciados de los contemporáneos, nos encontramos solos, en plena supervivencia. Porque el tiempo corre lento al comenzar la jornada y vertiginosamente al terminarla”. Y en el inicio de su parte primera “Las tribulaciones del anciano” realiza esta pregunta: ¿Cuándo comienza la vejez? Cajal afirma: “Aun cuando sobre esta materia discrepen las opiniones, no parece temerario fijar en los setenta o setenta y cinco años la iniciación de la senectud”.

En la actualidad se sigue considerando que una persona es mayor a partir de los 65 años, que coincide con la edad de jubilación, pero esta edad es demasiado temprana para tal consideración, por lo que es razonable elevar este límite, principalmente en países con altas esperanzas de vida, tal como afirmó Cajal hace más de noventa años. Por eso se considera la prevejez entre 65 y 74 años, la vejez propiamente dicha, de 75 a 90 años, y los grandes mayores por encima de los 90 años.

DATOS DEMOGRÁFICOS

El fenómeno demográfico del progresivo envejecimiento en el mundo desarrollado se debe en gran medida a unas políticas sanitarias y de salud pública razonablemente acertadas. Es remarcable que hace siete décadas, había 205 millones de personas en el mundo con más de 60 años; en 2050 se esperan 2100 millones. E incluso hace dos décadas, había 100 millones de personas en el mundo con más de 80 años; en 2050 posiblemente 400 millones.

La transición demográfica explica el régimen demográfico actual en el que la tasa de natalidad alcanza su nivel más bajo y la mortalidad aumenta ligeramente debido al envejecimiento poblacional, provocando un crecimiento vegetativo negativo y un aumento de la esperanza de vida (2). La esperanza de vida en España (2023) fue de 84 años de forma global, siendo la de los varones de 81,2 años y de las mujeres de 86,7 años. Según datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) la población de España aumentó en 115.612 personas durante el cuarto trimestre de 2024 y se situó en 49.077.984 habitantes a 1 de enero de 2025. Contamos con unos 9 millones de personas por encima de 65 años (20% del total) y unos tres millones por encima de 80 años (6% del total).

Junto a la transición demográfica, ha surgido la transición epidemiológica en los países desarrollados. En relación con un cambio en la forma de enfermar, las enfermedades infecciosas han dado paso a enfermedades de curso crónico, como las enfermedades cardiovasculares, las neurodegenerativas y el cáncer. Cronicidad no es igual a envejecimiento, aunque en la vejez se produzca un mayor número de procesos crónicos.

Como consecuencia de estos cambios demográficos y epidemiológicos, surge la transición clínica, en la que predomina un paciente, generalmente mayor de 75 años, con comorbilidad y posible deterioro funcional o fragilidad y que precisa un alto porcentaje de recursos en salud (3). Este grupo de población precisa de un 70% del gasto farmacéutico, representa el 40% de las consultas de atención primaria y del 40 a 50% de las estancias hospitalarias (4).

La comorbilidad se asocia al envejecimiento y eso lleva a un consumo elevado de medicamentos y a regímenes terapéuticos más complejos lo que produce una mayor frecuencia de efectos adversos, interacciones, ingresos hospitalarios, peor calidad de vida y falta de cumplimiento terapéutico. Por todas estas consideraciones, es perentorio un adecuado manejo del uso de fármacos en el paciente mayor, siendo uno de los objetivos de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud que se recoge en el posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna (5).

POLIMEDICACIÓN / POLIFARMACIA

Cualitativamente la polimedicación o polifarmacia se entiende como el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados pudiendo existir una polimedicación inadecuada y una polimedicación adecuada, como ahora comentaremos. Cuantitativamente, el criterio más extendido es situar un nivel de polifarmacia a partir de 5 o más fármacos y polifarmacia extrema o hiperpolifarmacia al empleo de 10 o más. Pero más que la cantidad, importa la calidad tomando relevancia el término de polimedicación apropiada. Este término reconoce que los pacientes pueden beneficiarse de múltiples medicamentos siempre que la prescripción se base en la mejor evidencia posible, refleje las condiciones clínicas de los pacientes y considere las posibles interacciones.

En contraposición se sitúa la omisión de fármacos potencialmente beneficiosos (se habla de los criterios START más adelante), que se observa con más frecuencia en pacientes polimeditados, aspecto que se relaciona con el miedo a aumentar más la polifarmacia y por el riesgo de potenciales interacciones.

Las variables principales que influyen en el estado de salud de las personas mayores son: la enfermedad principal, con sus diferentes grados de

gravedad y pronóstico; la comorbilidad referida a las enfermedades que puede haber ido acumulando a lo largo de la vida y la fragilidad que representa los cambios sufridos por el organismo a causa del envejecimiento. El perfil de un paciente polimedificado suele ser el de un paciente pluripatológico, anciano, institucionalizado, ingresado y por tanto generalmente frágil.

La relevancia de la polifarmacia en geriatría es tal que algunos autores la consideran como un síndrome geriátrico. Podemos destacar los siguientes síndromes geriátricos inducidos por fármacos (4):

- Delirium / deterioro cognitivo: benzodiazepinas (sobredosis o privación), neurolépticos, corticoides, anticolinérgicos.
- Depresión: corticoides, betabloqueantes.
- Incontinencia de esfínteres: diuréticos, laxantes, antibióticos, sedantes.
- Estreñimiento: opioides, anticolinérgicos y antagonistas del calcio.
- Mareos: anticolinérgicos, hipotensores.
- Caídas: sedantes, hipotensores, hipoglucemiantes.
- Deterioro funcional e inmovilidad: sedantes, antidepresivos, opiáceos.
- Pérdida de peso: disgeusia (inhibidores de acetilcolinesterasa).

En estas situaciones es necesario evitar estos acontecimientos adversos para evitar la cascada de la prescripción. Una cascada terapéutica es una sucesión encadenada de prescripciones en las que un fármaco produce una reacción adversa que no se reconoce como tal y se trata con otro fármaco, lo que dirige a la polimedicación.

REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

Aproximadamente el 50% de los mayores tratados con fármacos desarrollan en algún momento algún tipo de reacción adversa. El 30% de las hospitalizaciones en personas mayores se relacionan con RAM y son la quinta causa de muerte en el hospital, aumentando la probabilidad de RAM conforme aumenta el número de fármacos administrados. El potencial de interacción es del 6% cuando se administran dos fármacos simultáneamente, del 50% cuando se administran cinco y del 100% cuando son ocho o más.

Aunque cualquier fármaco puede provocar una RAM, el 80% están provocadas por: hipoglucemiantes (insulina), antitrombóticos (anticoagulantes-antiagregantes), analgésicos y AINEs,

diuréticos, antibióticos, glucocorticoides y antipsicóticos. Esto no implica que no puedan ser utilizados en el paciente mayor, sino que deben ser vigilados con atención asegurando su correcta indicación e informando a pacientes y cuidadores de los posibles efectos para una más rápida identificación.

Los factores implicados en las RAM pueden ser metabólicos: estado proinflamatorio, cambios farmacocinéticos (LADME), cambios farmacodinámicos (receptores) y no metabólicos: comorbilidad, prescripción inadecuada, complejidad terapéutica y polifarmacia.

El 50% de las RAM son prevenibles. Podemos intervenir retirando medicamentos innecesarios o inapropiados. Es preciso tener presente como posible RAM cualquier nuevo síntoma, en especial los síndromes geriátricos (deterioro funcional, deterioro cognitivo, caída, confusión, incontinencia urinaria, cambios en el comportamiento, depresión) que pueda relacionarse temporalmente con una nueva prescripción.

En este punto hay que recordar que se produce una exclusión sistemática de los pacientes mayores en los ensayos clínicos, por lo que en numerosas ocasiones el uso de determinados fármacos se realiza extrapolando resultados de poblaciones más jóvenes. Esto disminuye la seguridad del uso de los fármacos y produce incertidumbre en el médico prescriptor incluso en lo referente a su eficacia.

En el manejo de la medicación y la polifarmacia, en primer lugar, nos debemos preguntar si el tratamiento es el adecuado. El médico indica el fármaco y se pregunta la utilidad, necesidad y la oportunidad para el paciente. A medida que aumenta el número de fármacos prescritos aumenta la posibilidad de sobreutilización frente al opuesto de la infrautilización, que aumenta con la edad. El término polimedicación suele tener una connotación negativa, aunque no siempre lo es como ya hemos comentado, puesto que hay pacientes que toleran bien varios medicamentos y que experimentan beneficios en términos de supervivencia y mejora de su calidad de vida (4).

PRESCRIPCIÓN INADECUADA DE MEDICAMENTOS (PPI)

Se denomina PPI el uso de un fármaco con un perfil beneficio/riesgo desfavorable para un paciente, por alguno de los siguientes motivos: mejor alternativa terapéutica, falta de indicación o contraindicación, posología diferente a la indicada, período de tiempo inadecuado, elevado riesgo de RAM, fármaco duplicado, alto coste económico innecesario. También se incluye como inadecuado cuando el paciente no recibe el fármaco indicado para la prevención o el tratamiento de una enfermedad.

Los criterios de Beers, los STOPP/START y el medication appropriateness index (MAI) son las principales herramientas para evaluar la PPI en el paciente mayor. En el MAI cada fármaco se evalúa de forma individual, requiriendo mucho tiempo para su realización. Los criterios de Beers están constituidos por una lista explícita de de PPI que es recomendable evitar en los pacientes mayores. Sin embargo, presentan problemas para su aplicabilidad por lo que aparecieron los criterios STOPP/START.

En mayo 2023 se publicó la tercera versión (previas de 2009 y 2015) de los criterios STOPP/START (acrónimo de Screening Tool of Older Person's potentially inappropriate Prescriptions / Screening Tool to Alert Doctors to right) para la prescripción potencialmente inapropiada en personas mayores. Esta versión cuenta con 190 criterios STOPP/START (133 criterios STOPP y 57 criterios START), lo que supone un aumento del 40% en el número de criterios en comparación con la versión previa de 2015 (6,7).

El objetivo es proporcionar criterios de uso de medicación en personas mayores, con la recomendación de no usar medicamentos potencialmente inapropiados (criterios STOPP) y detectar posibles omisiones de prescripción de fármacos indicados (criterios START), con el fin último de optimizar la medicación y minimizar las reacciones adversas en las personas mayores, en particular en pacientes con multimorbilidad y polifarmacia (8).

Los criterios explícitos son una herramienta de fácil aplicación, que ayudan a la revisión de la medicación de una forma reglada y homogénea a los profesionales sanitarios responsables de la farmacoterapia del paciente mayor y que ha mostrado reducir polimedicación, reacciones adversas y uso de recursos sanitarios. Recientemente Puig T et al (9) han publicado un estudio observacional descriptivo retrospectivo de pacientes mayores de 75 años ingresados en 16 hospitales de España. En el estudio se han incluido 4183 pacientes y se han detectado un 23,5% de prescripciones potencialmente inapropiadas, siendo los más habituales midazolam, dexketoprofeno, diazepam y doxazosina. Las benzodiazepinas representan el 70% de todas las PPI. El 35% de las PPI se habían iniciado antes de la admisión hospitalaria. De los 818 PPI iniciados durante la hospitalización, los dos más comunes fueron benzodiazepinas (49%) y antiinflamatorios (25%).

IMPACTO CLÍNICO

En los ancianos polimedcados, la prevalencia de errores en la medicación durante la estancia hospitalaria llega a ser del 50%, siendo una de las principales causas de morbilidad. Para disminuir los errores se sugiere realizar una revisión exhaustiva del tratamiento farmacológico que el paciente tomaba previamente y compararlo con el prescrito actualmente (8). Este proceso, denominado

conciliación del tratamiento, debe hacerse en el momento del ingreso hospitalario, en los traslados entre unidades, en los traslados entre hospitales y en el momento del alta hospitalaria; es decir, en todas las transiciones asistenciales.

Las transiciones asistenciales son un momento de alto riesgo para que ocurran problemas derivados con la medicación. Los programas de conciliación son efectivos para disminuir estos errores, los costes de los tratamientos y los riesgos potenciales para el paciente. Es importante revisar los tratamientos en las primeras 24-48 horas de la transición realizada.

La deprescripción consiste en revisar y evaluar el plan terapéutico del paciente con el objetivo de retirar, sustituir o reducir la dosis de medicamentos innecesarios o con una relación riesgo-beneficio desfavorable. Es muy probable que las intervenciones de deprescripción de pacientes hospitalizados reduzcan el riesgo de reingreso a corto plazo, aunque su efecto sobre la mortalidad es incierto (10,11). Sin embargo, consideramos que un beneficio temprano de disminución del porcentaje de reingresos ya justificaría la implementación de estas intervenciones (12). El envejecimiento es y será materia de investigación traslacional en los próximos años e investigadores españoles lideran este proceso (13).

CONCLUSIONES

- Un tercio de los pacientes polimedcados presentan efectos adversos evitables o interacciones significativas. La revisión sistemática de la medicación se ha asociado con mejora de la adherencia y la indicación de fármacos adecuados a la situación clínica y una mayor eficiencia.
- Es preciso efectuar un seguimiento activo de las prescripciones en el paciente mayor polimedcado para establecer la relación beneficio-riesgo de cada indicación y adaptar las dosis a la función renal o hepática.
- La deprescripción consiste en revisar y evaluar el plan terapéutico del paciente con el objetivo de retirar, sustituir o reducir la dosis de medicamentos innecesarios o con una relación riesgo-beneficio desfavorable.
- Es muy probable que las intervenciones de deprescripción de pacientes hospitalizados reduzcan el riesgo de reingreso a corto plazo, aunque su efecto sobre la mortalidad es incierto.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes y a los profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

DECLARACIÓN DE TRANSPARENCIA

El autor/a de este artículo declara no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramón y Cajal S. “El mundo visto a los 80 años. Impresiones de un arteriosclerótico”. En: Obras Literarias Completas. Madrid. Ed. Aguilar 1947: 287-478.
2. Ribera JM. Introducción. En: Rozman C, Cardellach F. Medicina Interna (Farreras/Rozman). XX Edición. Barcelona. Ed. Elsevier 2024: 1305-1311.
3. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy. Geneva: 2019 (WHO/UHC/SDS/2019.11).
4. Ariza G. Principios de la prescripción farmacológica en el anciano. En: Abizanda P y Cano C. Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas. 2ª edición. Barcelona. Ed. Elsevier 2020: 53-64.
5. Vallejo I, Cubo P, Mafé MC et al. Recomendaciones sobre la valoración integral y multidimensional del anciano hospitalizado. Posicionamiento de la Sociedad Española de Medicina Interna. Rev Clin Esp 2021; 221:347-358.
6. O’Mahony D, Cherubini A, Guiteras AR et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: versión 3. Eur Geriatr Med 2023; 14:625-632.
7. Delgado-Silveira E, Molina MD, Montero-Errasquín B et al. Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inadecuada en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol 2023; 58:101407.
8. Thompson W, McDonald EG. Polypharmacy and deprescribing in older adults. Annu Rev Med 2024; 75:113-127.
9. Puig T, Leache L, González-Senac NM et al. Prevalence of potentially inappropriate medications and prescription dynamics in elderly hospitalized patients in Spain. BMC Geriatrics 2024; 24:798.
10. Carollo M, Crisafulli S, Vitturi G et al. Clinical impact of medication review and deprescribing in older inpatients: A systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc 2024; 72:3219-3238.
11. Lee TC, Bortolussi-Courval É, McCarthy LM, McDonald EG. Deprescribing is associated with reduced readmission to hospital: An updated meta-analysis of randomized controlled trials. J Am Geriatr Soc 2024;1-4.
12. Kim DH, Rockwood K. Frailty in older adults. N Engl J Med 2024; 391:538-548.
13. López-Otín C, Blasco MA, Partridge L, Serrano M, Kroemer G. Hallmarks of aging: an expanding universe. Cell 2023; 186:243-278

Si desea citar nuestro artículo:

Vargas Núñez JA. Polimedición en el paciente mayor. An RANM. 2025;142(02): 158-162. DOI: 10.32440/ar.2025.142.02.rev06
