

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA **MARZO-ABRIL 2026:**

Selección de artículos

REVISTAS GERIATRÍA

Journal of the American Geriatrics Society

Moving Beyond Frailty Assessments in Kidney Transplantation of Older People

Amarpreet K. Thind, Melanie Dani, Edwina A. Brown

Abstract

Introducción

El trasplante renal en pacientes mayores ha aumentado globalmente, con gran heterogeneidad en resultados clínicos y calidad de vida. La **fragilidad** (prevalencia 5–50%) emerge como factor clave asociado a:

- ↓ acceso a lista de espera
- ↓ probabilidad de trasplante
- ↑ complicaciones postoperatorias
- ↑ variabilidad en calidad de vida

Sin embargo, la aproximación clásica basada solo en “medir fragilidad” es insuficiente. El reto actual es **intervenir sobre los déficits geriátricos**.

Objetivo

Analizar el papel de la **CGA** en la evaluación de candidatos a trasplante renal mayores y discutir su impacto en la toma de decisiones y resultados clínicos.

Métodos

1. Tipo: editorial basada en evidencia + análisis crítico
2. Estudio clave: Harada et al. (observacional, retrospectivo)
3. Población: pacientes >60 años candidatos a trasplante renal
4. Intervención: evaluación mediante CGA previa a decisión de lista
5. Variables:
 - Estado funcional (Karnofsky, ADL)
 - Cognición (MoCA)
 - Nutrición
 - Resultado: inclusión en lista y trasplante

Resultados

En el estudio analizado, 164 pacientes mayores de 60 años candidatos a trasplante renal fueron evaluados mediante una **Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)** previa a la decisión de inclusión en lista de espera. De ellos, el 84,8% fueron finalmente incluidos en lista,

mientras que solo el 17,3% de los pacientes listados llegaron a recibir un trasplante durante el periodo de seguimiento.

En cuanto a los factores asociados a la inclusión en lista, los análisis univariantes ajustados por edad mostraron que un mejor estado funcional —reflejado por puntuaciones más altas en escalas como Karnofsky y actividades de la vida diaria— y una mejor función cognitiva, evaluada mediante MoCA, se asociaban significativamente con una mayor probabilidad de ser incluidos. Sin embargo, al ajustar por múltiples variables, el único factor que se mantuvo como predictor independiente fue el estado nutricional, lo que sugiere un papel predominante de este dominio en la toma de decisiones clínicas.

Respecto a la probabilidad de recibir un trasplante, se observaron asociaciones en los análisis no ajustados entre mejor función física (velocidad de la marcha, actividades instrumentales) y mejor función cognitiva con la realización del trasplante. No obstante, estas asociaciones desaparecieron en los modelos multivariantes, y únicamente las puntuaciones más elevadas en MoCA mostraron una asociación en el análisis univariante ajustado por edad. En conjunto, estos resultados indican que los dominios geriátricos parecen influir principalmente en la fase de selección inicial (inclusión en lista), mientras que su impacto en la realización efectiva del trasplante es limitado o no independiente.

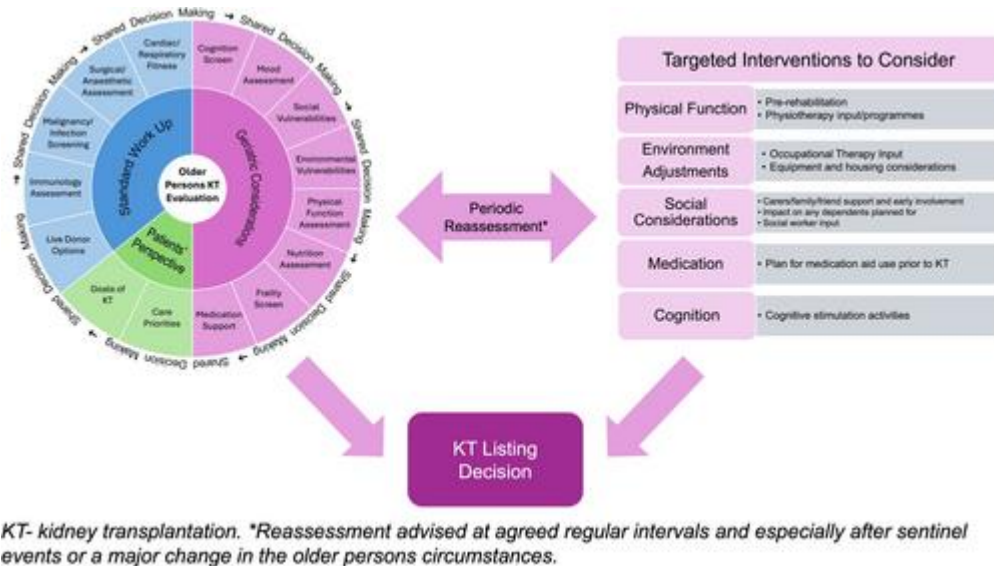


Figura 1: Un enfoque para la evaluación del trasplante renal en personas mayores.

Discusión

Los hallazgos refuerzan una idea clave pero a menudo mal interpretada: la fragilidad y los dominios geriátricos no operan de forma uniforme a lo largo del proceso de trasplante. Su influencia es clara en la fase de *gatekeeping clínico* (decisión de inclusión en lista), pero se diluye cuando entran en juego factores estructurales como los tiempos de espera, la disponibilidad de órganos o la evolución clínica intercurrente. Esto explica por qué variables clínicamente plausibles como la función física o cognitiva pierden significación en los análisis multivariantes para el desenlace de trasplante.

El principal valor del estudio no reside en identificar nuevos predictores —algo ya ampliamente descrito— sino en mostrar la aplicabilidad real de la Comprehensive Geriatric Assessment como herramienta integradora. A diferencia de escalas de fragilidad aisladas, la CGA permite descomponer el riesgo en dominios concretos potencialmente modificables,

especialmente nutrición, función física y cognición. Este punto es clave: desplaza el foco desde la estratificación pasiva hacia la intervención activa sobre el paciente.

Sin embargo, esta interpretación optimista debe matizarse. El estudio presenta limitaciones estructurales relevantes que condicionan su validez interna y externa. En primer lugar, la derivación no sistemática a la CGA introduce un sesgo de selección importante, ya que probablemente se evaluaron pacientes con mayor sospecha de deterioro. En segundo lugar, la baja tasa de trasplante limita la capacidad para detectar asociaciones robustas con este desenlace, generando riesgo de error tipo II. En tercer lugar, la evaluación puntual mediante CGA ignora la naturaleza dinámica de la fragilidad, que puede mejorar o empeorar con el tiempo y modificar sustancialmente la elegibilidad del paciente.

Desde el punto de vista de aplicabilidad, el modelo descrito —basado en consulta geriátrica especializada— es difícilmente extrapolable a la mayoría de centros debido a su elevada demanda de recursos. Esto obliga a plantear estrategias más pragmáticas, como el uso de herramientas de cribado inicial seguido de una evaluación dirigida de dominios clave. En este contexto, los resultados del estudio ayudan a priorizar qué aspectos evaluar: nutrición, función física y cognición emergen como los elementos con mayor impacto clínico en la toma de decisiones

Conclusiones

- **La CGA identifica factores relevantes para decidir inclusión en lista**, especialmente nutrición, función física y cognición.
- **El estado nutricional es el único predictor independiente** de inclusión en lista tras ajuste multivariante.
- **Los dominios geriátricos influyen poco en la probabilidad real de trasplante**, probablemente por factores externos (tiempos de espera, disponibilidad de órganos).
- La fragilidad **no debe usarse solo para excluir**, sino para **detectar déficits modificables**.
- La **Comprehensive Geriatric Assessment es el estándar**, pero **no es escalable** en todos los centros.
- Se impone un modelo pragmático: **cribado + evaluación dirigida (nutrición, función, cognición)**.
- El objetivo clínico debe ser **optimizar al paciente antes del trasplante**, no solo clasificar su riesgo.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.70453>

Primary Health Care Services and Continuity of Care Are Associated With Better Health Outcomes in the Older Population

Gillian E. Caughey, Johannes Schwabe, Brian W. Pulling, Maria Crotty, Helena Williams, Andrew Kellie, Gillian Harvey, Steve L. Wesselingh, David Roder, Krystal-Lee Nixon, Janet K. Sluggett, Monica Cations, Tiffany K. Gill, Jyoti Khadka, Megan Corlis, Carolyn Dawkins, Marilyn von Thien, Maria C. Inacio

Abstract

Introducción

El envejecimiento poblacional ha incrementado la necesidad de modelos de cuidados domiciliarios que permitan a las personas mayores “envejecer en casa” manteniendo autonomía, soporte social y estabilidad clínica. La atención primaria constituye un elemento esencial para lograr este objetivo, especialmente en una población con alta prevalencia de multimorbilidad, fragilidad, deterioro cognitivo y riesgo de eventos adversos.

Sin embargo, los modelos actuales siguen siendo en muchos casos episódicos, reactivos y centrados en enfermedades aisladas, lo que puede no responder adecuadamente a las necesidades complejas de las personas mayores que reciben cuidados domiciliarios. Además, existe limitada evidencia de alta calidad sobre qué componentes de la atención primaria se asocian realmente con mejores resultados clínicos en esta población.

Objetivo

Evaluar la asociación entre la continuidad de la atención primaria, los patrones de utilización de servicios de atención primaria y los resultados en salud, incluyendo mortalidad, visitas a urgencias y hospitalizaciones, en personas mayores que reciben cuidados domiciliarios de larga duración

Métodos

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo poblacional utilizando datos del **Registry of Senior Australians (ROSA)**, una base nacional que integra información sanitaria, sociosanitaria y de bienestar social de aproximadamente 3,5 millones de personas mayores en Australia.

Se incluyeron personas de 65 años o más que recibían cuidados domiciliarios de larga duración entre el 1 de julio de 2016 y el 31 de diciembre de 2019. Se excluyeron personas aborígenes o isleñas del estrecho de Torres, pacientes en tratamiento farmacológico activo para cáncer y titulares de tarjetas del Department of Veterans' Affairs, por disponer de esquemas asistenciales diferentes. La cohorte final incluyó 120.522 personas.

Las exposiciones principales fueron la continuidad con el médico de atención primaria y los patrones de utilización de servicios sanitarios. La continuidad se clasificó como atención con médico nuevo, conocido o habitual, comparando el médico más frecuentado tras la entrada en cuidados domiciliarios con los médicos vistos en los dos años previos. Los patrones de utilización de atención primaria se identificaron mediante análisis de clases latentes e incluyeron servicios como visitas prolongadas al médico general, planes de manejo, atención por profesionales aliados, servicios de salud mental, visitas fuera de horario y visitas urgentes. Los desenlaces evaluados durante el año posterior a la exposición fueron mortalidad, mortalidad prematura, visitas a urgencias, hospitalizaciones no programadas, hospitalizaciones potencialmente prevenibles y hospitalizaciones relacionadas con caídas, fracturas, eventos adversos por medicamentos, delirium o demencia, lesiones por presión, pérdida de peso y malnutrición.

Para el ajuste por confusión se utilizaron métodos basados en propensity score, incluyendo ponderación por estratificación fina o emparejamiento por vecino más cercano. Se ajustó por variables demográficas, carga clínica, nivel socioeconómico, necesidades de cuidado, características del proveedor y utilización sanitaria previa. Se emplearon modelos de Cox para mortalidad y modelos de Fine y Gray para los desenlaces de hospitalización, considerando la muerte como riesgo competitivo.

Resultados

La cohorte incluyó 120.522 personas mayores que recibían cuidados domiciliarios de larga duración. El 60,9% eran mujeres, la edad media fue de 81,8 años y el 19,7% vivían con demencia, lo que refleja una población clínicamente compleja y vulnerable.

En el análisis de continuidad asistencial, realizado sobre 84.063 personas vivas y en seguimiento a los seis meses, el 30,0% consultó con un médico de atención primaria nuevo, el 49,1% con un médico conocido y el 20,9% mantuvo su médico habitual. En comparación con consultar con un médico nuevo, ser atendido por un médico conocido se asoció con menor riesgo de múltiples desenlaces adversos: visitas a urgencias, hospitalizaciones no programadas, hospitalizaciones potencialmente prevenibles, hospitalizaciones por caídas, fracturas, eventos adversos relacionados con medicamentos, delirium o demencia, lesiones por presión y hospitalizaciones por pérdida de peso o malnutrición. La magnitud de reducción del riesgo osciló aproximadamente entre el 18% para hospitalizaciones relacionadas con medicamentos y el 28% para fracturas. Mantener el médico habitual también se asoció con menor riesgo de visitas a urgencias, hospitalizaciones no programadas y hospitalizaciones potencialmente prevenibles, aunque con reducciones de menor magnitud que las observadas para el grupo de médico conocido. Respecto a los patrones de utilización de atención primaria, se identificaron tres perfiles principales en 54.489 personas vivas y en cuidados domiciliarios al año: alta utilización global de atención primaria, baja utilización de atención primaria y un patrón de alta utilización preventiva. Este último se caracterizó por mayor uso de visitas prolongadas al médico general, planes de manejo, atención por profesionales aliados y menor utilización de servicios urgentes o fuera de horario.

El patrón de atención primaria preventiva se asoció con mejores resultados frente al patrón de alta utilización global. En concreto, se observó menor riesgo de mortalidad, visitas a urgencias, hospitalizaciones no programadas, hospitalizaciones potencialmente prevenibles, hospitalizaciones por lesiones por presión y hospitalizaciones por pérdida de peso o malnutrición. La reducción del riesgo osciló entre el 15% para visitas a urgencias y el 36% para hospitalizaciones relacionadas con lesiones por presión. Frente al patrón de baja utilización, el patrón preventivo también se asoció con menor mortalidad y menor riesgo de hospitalización por lesiones por presión, aunque mostró mayor riesgo de visitas a urgencias y hospitalizaciones potencialmente prevenibles, posiblemente por mayor detección de deterioro clínico y mayor activación de circuitos asistenciales. En el análisis de servicios individuales, las intervenciones preventivas y de monitorización, como evaluaciones de salud, planes de manejo, podología y optometría, se asociaron con menor mortalidad y menor riesgo de algunas hospitalizaciones relacionadas con lesiones por presión, pérdida de peso o malnutrición. Sin embargo, algunas de estas intervenciones también se asociaron con mayor riesgo de visitas a urgencias u hospitalizaciones específicas, lo que sugiere posible confusión residual por indicación o mayor contacto con el sistema sanitario en pacientes con mayor complejidad. Por el contrario, las visitas fuera de horario y las visitas urgentes fuera de horario se asociaron de forma consistente con mayor riesgo de todos los desenlaces evaluados, incluyendo mortalidad y hospitalizaciones. Este patrón probablemente identifica a personas con peor control clínico, mayor fragilidad o menor acceso efectivo a atención primaria regular y continuada. Los análisis de sensibilidad confirmaron la robustez general de los hallazgos tras ajustar por covariables adicionales, estratificar por nivel de cuidados domiciliarios y analizar subgrupos con demencia o diabetes.

Discusión

Este estudio aporta evidencia observacional relevante sobre el papel de la atención primaria en personas mayores que reciben cuidados domiciliarios de larga duración. El hallazgo más

consistente es que la continuidad asistencial se asocia con mejores resultados clínicos. Ver a un médico conocido o habitual parece reducir el riesgo de hospitalizaciones, visitas a urgencias y eventos adversos relevantes, lo que refuerza la importancia de la relación longitudinal entre paciente, profesional y equipo de atención primaria.

La continuidad asistencial probablemente permite una mejor comprensión de la situación basal del paciente, detección precoz de cambios clínicos, mejor conciliación farmacoterapéutica, seguimiento de enfermedades crónicas, adecuación de objetivos terapéuticos y planificación anticipada de cuidados. En una población con alta multimorbilidad y frecuente deterioro funcional o cognitivo, estos elementos pueden tener un impacto clínico superior al de intervenciones aisladas. El estudio también muestra que no basta con “usar mucho” la atención primaria. El patrón más favorable no fue el de alta utilización global, sino el de utilización preventiva, planificada y multidisciplinar. Esto es importante porque diferencia una atención proactiva, basada en planes de manejo y participación de profesionales aliados, de una atención reactiva centrada en consultas urgentes o fuera de horario. La alta utilización urgente parece funcionar más como marcador de descompensación, fragilidad o insuficiente continuidad que como una estrategia asistencial beneficiosa. No obstante, la interpretación debe ser prudente. Al tratarse de un estudio observacional, no puede establecer causalidad. Aunque se utilizaron métodos robustos de ajuste mediante propensity score, persiste riesgo de confusión residual. Algunos servicios preventivos, como podología u optometría, se asociaron con menor mortalidad, pero esta relación puede reflejar un efecto de “usuario sano” o mayor capacidad de acceso al sistema, más que un efecto causal directo. Del mismo modo, la asociación entre planes de manejo y aumento de algunas hospitalizaciones puede deberse a que estos planes se activan en pacientes de mayor complejidad o tras deterioro clínico. Otra limitación relevante es que solo se capturaron servicios financiados públicamente, por lo que algunos servicios privados o dependientes de otros programas sanitarios pudieron no registrarse. Además, los análisis de continuidad y patrones de utilización se limitaron a personas que sobrevivieron seis o doce meses, lo que puede introducir cierto sesgo de supervivencia.

A pesar de estas limitaciones, el estudio tiene fortalezas importantes: gran tamaño muestral, diseño poblacional nacional, integración de datos sanitarios y sociosanitarios, análisis de múltiples desenlaces clínicamente relevantes y aproximación metodológica sólida. En conjunto, los resultados apoyan modelos de atención primaria más longitudinales, preventivos, multidisciplinarios y centrados en las necesidades individuales de las personas mayores.

Conclusiones

- La continuidad con un médico de atención primaria conocido o habitual se asocia con menor riesgo de visitas a urgencias y hospitalizaciones en personas mayores que reciben cuidados domiciliarios.
- Los modelos de atención primaria preventiva, planificada y multidisciplinar se asocian con menor mortalidad y mejores resultados clínicos que los patrones de atención más reactivos o centrados en consultas urgentes.
- La alta utilización de servicios fuera de horario o urgentes identifica a una población con mayor riesgo de malos resultados y debería activar intervenciones de seguimiento, revisión clínica y refuerzo de soporte domiciliario.
- Estos hallazgos apoyan un cambio desde modelos episódicos y reactivos hacia una atención primaria continuada, proactiva y centrada en la persona, para favorecer

no solo el envejecimiento en domicilio, sino un envejecimiento con mejores resultados en salud.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.70465>

Perennial Challenges With More-Than-Modest Deprescribing

Stephen M. Thielke

Abstract

Introducción

La polifarmacia es un problema reconocido desde hace más de un siglo, pero el término “deprescribing” no se consolidó hasta principios del siglo XXI. A pesar del crecimiento exponencial de publicaciones e iniciativas, persisten dudas sobre su impacto real en resultados clínicos relevantes. El estudio LESS-CHRON, realizado en España, ofrece una oportunidad para analizar críticamente qué ha conseguido realmente el deprescribing y qué limitaciones estructurales siguen sin resolverse

Objetivos

Analizar críticamente el impacto real de las intervenciones de deprescripción en pacientes mayores, utilizando como referencia el estudio LESS-CHRON, con el fin de evaluar su magnitud de efecto, sus limitaciones conceptuales y metodológicas, y los principales desafíos clínicos, éticos y científicos que condicionan su aplicación en la práctica clínica

Métodos

El artículo es un editorial basado en la interpretación crítica del estudio LESS-CHRON, un estudio de cohorte con intervención multidisciplinar dirigida a reducir prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes mayores, tanto ambulatorios como institucionalizados. En dicho estudio, se aplicó una herramienta estructurada de deprescripción para identificar medicamentos potencialmente inapropiados (PIMs), evaluar su retirada y analizar la aceptación por parte de los clínicos y la persistencia de los cambios a corto plazo.

Resultados

En el estudio LESS-CHRON se identificaron 960 medicamentos potencialmente inapropiados en una cohorte de aproximadamente 460 pacientes con una media de 12 fármacos crónicos por paciente. De estos, 542 medicamentos (alrededor del 56%) fueron retirados, lo que equivale aproximadamente a la retirada de un fármaco por paciente. Sin embargo, 70 de estos medicamentos fueron reintroducidos en los primeros tres meses, lo que indica una cierta reversibilidad o dificultad en mantener la deprescripción.

El autor subraya que, aunque la tasa de aceptación de las recomendaciones fue relativamente alta, el impacto clínico global es modesto si se contextualiza: la retirada de un único fármaco en pacientes con listas de tratamiento extensas mantiene la carga terapéutica elevada. Además, el estudio no evaluó reducciones de dosis, lo que podría infraestimar beneficios potenciales no capturados en el análisis. Otro hallazgo relevante es que el 70% de las recomendaciones no aceptadas se debieron al juicio clínico del profesional, lo que pone de manifiesto la tensión entre herramientas estructuradas y la toma de decisiones individualizada.

Discusión

El artículo plantea una crítica profunda al campo de *desprescripción*, estructurada en varios ejes clave.

En primer lugar, cuestiona la normalización de la polifarmacia. El hecho de que pacientes mayores reciban una media de 10–12 fármacos se ha aceptado como estándar, sin una reflexión suficiente sobre la plausibilidad biológica y clínica de este modelo. Las intervenciones actuales, al eliminar uno o dos fármacos, no abordan este problema estructural, sino que lo “liman superficialmente”. En segundo lugar, el autor señala la limitada magnitud del efecto de las intervenciones. Aunque estadísticamente significativas, las reducciones son clínicamente modestas. Esto abre un debate incómodo pero necesario: ¿hasta qué punto compensa el esfuerzo organizativo y clínico para conseguir reducciones tan discretas en la carga farmacológica? En tercer lugar, se aborda el problema de la “adecuación” terapéutica. El concepto de medicamento potencialmente inapropiado simplifica una realidad mucho más compleja, en la que los beneficios y riesgos son heterogéneos, subjetivos y difíciles de comparar. No existe un estándar objetivo universal que permita determinar si un fármaco es apropiado para un paciente concreto, ya que esto depende de valores individuales, expectativas y tolerancia al riesgo. Esta incertidumbre limita la aplicabilidad de algoritmos estandarizados. Desde el punto de vista metodológico, el autor destaca una limitación crítica: la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados robustos en deprescripción. El diseño ideal — ensayos doble ciego de retirada — es difícil de implementar por razones éticas y prácticas, lo que impide generar evidencia de alta calidad sobre los efectos reales de retirar medicamentos. Finalmente, el artículo introduce un debate ético relevante sobre la autonomía clínica. La elevada tasa de rechazo de recomendaciones refleja que los clínicos priorizan su juicio sobre las herramientas. Esto plantea interrogantes sobre el papel futuro de algoritmos y sistemas de inteligencia artificial en la toma de decisiones, y el riesgo de desplazar la individualización clínica en favor de modelos automatizados basados en resultados cuantificables pero potencialmente alejados de las prioridades del paciente.

Conclusiones

- La deprescripción consigue **reducciones modestas** en la carga farmacológica (≈ 1 fármaco/paciente).
- **No aborda el problema estructural de la polifarmacia**, que sigue siendo la norma.
- La **adecuación terapéutica es intrínsecamente subjetiva**, difícil de estandarizar con algoritmos.
- Falta evidencia robusta debido a **limitaciones metodológicas en ensayos de retirada**.
- Existe una **tensión real entre herramientas de deprescripción y juicio clínico**.
- El futuro del deprescribing requiere pasar de intervenciones puntuales a una **revisión más profunda del modelo de prescripción en pacientes mayores**.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.70374>

Drugs and Aging

Efficacy and Safety of DOACs in Patients with Atrial Fibrillation and History of Falls or Risk of Falls: The Liverpool AF-Falls Project. A Systematic Review and Bayesian Network Meta-analysis

Thibaut Galvain, Ruairaidh Hill, Sarah Donegan, Robert Wilkinson, Gregory Y. H. Lip, Gabriela Czanner

Abstract

Introducción

Los anticoagulantes orales directos han desplazado a los antagonistas de la vitamina K como tratamiento de elección en pacientes con fibrilación auricular. Sin embargo, en pacientes con riesgo de caídas o antecedentes de caídas, su uso sigue infrautilizándose por el temor al sangrado, especialmente intracraneal. Este grupo de pacientes representa un dilema clínico frecuente: presentan alto riesgo tromboembólico, pero también mayor riesgo hemorrágico. La evidencia específica en este subgrupo es limitada, ya que tradicionalmente han sido infrarrepresentados en ensayos clínicos.

Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de los anticoagulantes orales directos en comparación con los antagonistas de la vitamina K en pacientes con fibrilación auricular con riesgo o antecedente de caídas, mediante una revisión sistemática y metaanálisis en red bayesiano.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura hasta octubre de 2024, incluyendo ensayos clínicos aleatorizados y estudios observacionales que evaluaran DOACs en pacientes con fibrilación auricular y riesgo de caídas.

Se incluyeron un total de 10 estudios (5 ensayos clínicos y 5 estudios observacionales). Los desenlaces principales fueron:

- Ictus o embolia sistémica (SSE)
- Sangrado mayor (MB)

Se empleó un metaanálisis en red bayesiano para comparar indirectamente los distintos DOACs entre sí y frente a antagonistas de la vitamina K. Los efectos se estimaron mediante hazard ratios con intervalos de credibilidad del 95%, y se utilizó el índice SUCRA para establecer un ranking probabilístico de eficacia y seguridad. El riesgo de sesgo global fue calificado como moderado a alto.

Resultados

De los 961 estudios inicialmente identificados, 10 fueron incluidos en el análisis cuantitativo. La evidencia combinó datos de ensayos clínicos y estudios observacionales, lo que introduce heterogeneidad y limita la robustez de las conclusiones. En términos de eficacia (prevención de ictus o embolia sistémica), los DOACs mostraron en general mejores resultados que los antagonistas de la vitamina K. Entre ellos, apixabán fue el fármaco con mayor probabilidad de

ser el más eficaz, con una reducción significativa del riesgo (HR 0,72) y un SUCRA de 0,87. Rivaroxabán también mostró beneficio significativo (HR 0,80), mientras que edoxabán y dabigatrán no alcanzaron significación estadística, con intervalos de credibilidad amplios que reflejan incertidumbre. En cuanto a seguridad (sangrado mayor), edoxabán presentó el mejor perfil, con una reducción significativa del riesgo (HR 0,66; SUCRA 0,86), seguido de apixabán (HR 0,67; SUCRA 0,83). Dabigatrán mostró un perfil intermedio con una reducción marginalmente significativa (HR 0,79), mientras que los datos para rivaroxabán fueron menos concluyentes. Globalmente, los DOACs se asociaron con un mejor balance beneficio-riesgo que los antagonistas de la vitamina K en esta población de alto riesgo. Sin embargo, las diferencias entre fármacos sugieren que no son intercambiables y que la elección del anticoagulante debe individualizarse.

Discusión

Este estudio aborda un problema clínico muy relevante y frecuentemente mal gestionado: la infrutilización de anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular y riesgo de caídas. El temor al sangrado ha llevado históricamente a evitar anticoagular a estos pacientes, pese a su elevado riesgo de ictus. Los resultados sugieren que este enfoque conservador puede no estar justificado. Los DOACs, especialmente apixabán y edoxabán, muestran un perfil favorable tanto en eficacia como en seguridad, lo que refuerza su papel como tratamiento de elección incluso en pacientes con riesgo de caídas. No obstante, la interpretación debe ser cautelosa. La evidencia presenta limitaciones importantes. En primer lugar, la inclusión de estudios observacionales introduce riesgo de confusión residual, especialmente relevante en este tipo de pacientes, donde la indicación del tratamiento está altamente sesgada por el perfil clínico. En segundo lugar, el riesgo de sesgo global fue moderado a alto, lo que reduce la confianza en las estimaciones. En tercer lugar, el metaanálisis en red se basa en comparaciones indirectas, lo que añade incertidumbre adicional, especialmente cuando los intervalos de credibilidad son amplios. Otro aspecto crítico es la heterogeneidad en la definición de “riesgo de caídas” entre estudios, lo que limita la aplicabilidad directa de los resultados. Además, el riesgo de caídas no es un factor aislado, sino que suele asociarse a fragilidad, deterioro cognitivo, polifarmacia y comorbilidad, lo que complica la toma de decisiones. Desde un punto de vista clínico, el estudio refuerza un mensaje clave: el riesgo de caídas por sí solo no debería ser una contraindicación para la anticoagulación. La decisión debe basarse en una valoración global del riesgo trombótico y hemorrágico, teniendo en cuenta que el beneficio en prevención de ictus suele superar el riesgo de sangrado incluso en pacientes frágiles.

Conclusions

- Los anticoagulantes orales directos son globalmente más eficaces y seguros que los antagonistas de la vitamina K en pacientes con fibrilación auricular y riesgo de caídas.
- Apixabán destaca en eficacia para prevenir ictus o embolia sistémica, mientras que edoxabán presenta el mejor perfil de seguridad en términos de sangrado mayor.
- El riesgo de caídas no debería ser una contraindicación automática para anticoagulación, ya que el balance beneficio-riesgo sigue siendo favorable en la mayoría de pacientes.

- La evidencia disponible presenta limitaciones relevantes, por lo que se necesitan estudios adicionales de mayor calidad para confirmar estos hallazgos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01272-8>

REVISTAS FARMACOLOGÍA Y FARMACOTERAPIA

American Journal of Health-System Pharmacy

Evaluation of a pharmacist-led telehealth transitions-of-care program: A multisite analysis of program impact on readmissions

Samantha Liaw, Carissa Escobar Doran, Daniela Farzadfar, Christopher Ho, Ashley R. Galla, Agnes Cha

Abstract

Introducción

El alta hospitalaria plantea riesgos de desenlaces adversos para los pacientes, especialmente para aquellos con alto riesgo de reingreso. Alguna evidencia sugiere que los programas de transiciones asistenciales (TOC) liderados por farmacéuticos pueden ser efectivos en la reducción de las tasas de reingreso, pero la evidencia sobre su efectividad a largo plazo es limitada. En un sistema sanitario grande, la incorporación de telehealth permite ampliar la cobertura del programa a poblaciones habitualmente poco accesibles.

Objetivo

Evaluar el impacto de un programa de transiciones asistenciales liderado por farmacéuticos mediante telehealth sobre las tasas de reingreso hospitalario a 30 y 90 días.

Métodos

Estudio retrospectivo que analizó 116.251 pacientes adultos dados de alta en un gran sistema sanitario durante 2024. De ellos, 2.253 pacientes participaron en el programa TOC, que incluía meds-to-beds, soporte en autorizaciones previas, conciliación de la medicación y consejería por el farmacéutico en los 2-3 días siguientes al alta. Mediante propensity score matching, los grupos TOC y no-TOC se emparejaron por edad y por el score LACE (estancia, agudeza del ingreso, comorbilidades y uso previo de urgencias), diseñado para predecir reingresos. Los desenlaces se compararon con prueba χ^2 y regresión logística.

Resultados

- Tras el emparejamiento, combinando todos los niveles LACE, el grupo TOC tuvo tasas de reingreso significativamente menores que el grupo no-TOC, tanto a 30 días (8,6% vs 11,8%; $p < 0,01$) como a 90 días (16,2% vs 20,0%; $p < 0,01$).
- El grupo TOC se asoció con una reducción del 30% en las probabilidades de reingreso a 30 días y del 24% a 90 días.

- Las diferencias fueron significativas en pacientes con score LACE alto, pero no en los pacientes con score bajo o medio, apoyando el valor de la estratificación del riesgo.

Discusión

Los resultados apoyan la implementación de programas de transiciones asistenciales liderados por farmacéuticos mediante telehealth como estrategia efectiva para reducir reingresos hospitalarios, especialmente en pacientes de alto riesgo. El uso del LACE score permite focalizar la intervención donde el beneficio marginal es mayor, mejorando la eficiencia asistencial. Limitaciones: estudio retrospectivo unicéntrico de sistema sanitario, imposibilidad de establecer causalidad sin RCT y potencial selección residual en la inscripción al programa.

Conclusiones

El programa TOC liderado por farmacéuticos mediante telehealth redujo de forma significativa las tasas de reingreso hospitalario a 30 y 90 días. Los hallazgos apoyan la implementación de este tipo de servicios y sugieren la importancia de estratificar el riesgo (por ejemplo, con LACE) para dirigir la intervención hacia los pacientes que más se benefician.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ajhp/zxag111>

British Journal of Clinical Pharmacology

Quality indicators for safe and effective medication use in long-term care facilities: A modified Delphi study

Daria S. Gutteridge, Sara Javanparast, Annabel H. Calder, Gillian E. Caughey, Andrew C. Stafford, Gregory M. Peterson, Maria C. Inacio, Peter D. Hibbert, Elizabeth Manias, Jodie B. Hillen, Janet K. Sluggett

Abstract

Introducción

Las residencias sociosanitarias (LTCF) atienden a personas mayores con necesidades complejas, multimorbilidad, fragilidad y tratamiento con múltiples fármacos, incluyendo medicamentos de alto riesgo como opioides y antipsicóticos. Hasta el 91% de los residentes están expuestos a polifarmacia y más del 95% experimenta al menos un problema relacionado con los medicamentos durante su estancia. Se estima que hasta dos tercios de las hospitalizaciones relacionadas con medicamentos son potencialmente prevenibles. Existe una necesidad creciente de indicadores de calidad (QI) poblacionales que puedan monitorizar y mejorar la prescripción en LTCF, especialmente con la integración de farmacéuticos in situ.

Objetivo

Alcanzar un consenso experto sobre indicadores de calidad aplicables a nivel poblacional para evaluar el uso adecuado de medicamentos y los servicios farmacéuticos en residencias sociosanitarias.

Métodos

Estudio Delphi modificado en dos rondas, online, con panel multidisciplinar de 25 expertos australianos en el marco del proyecto PHARMA-Care (PHarmacists Actioning Rational use of Medicines in Aged Care). Los expertos puntuaron 58 QIs identificados en una revisión sistemática previa según tres criterios (importancia, factibilidad y susceptibilidad al cambio por un fármaco in situ) usando una escala Likert de 9 puntos. Un QI se seleccionaba si alcanzaba acuerdo entre miembros del panel (definido como índice de desacuerdo ≤ 1) con puntuación mediana alta (≥ 7) en los tres criterios.

Resultados

- Veinticinco expertos completaron la primera ronda y 24 la segunda.
- Puntuaciones altas con acuerdo se obtuvieron en 45 QIs (78%) para importancia, 27 QIs (47%) para factibilidad y 25 QIs (43%) para susceptibilidad al cambio.
- Diecisiete de los 58 QIs alcanzaron puntuación alta con acuerdo en los tres criterios, siendo seleccionados como conjunto final.
- Los 17 QIs seleccionados cubrieron: atención clínica multidisciplinar (n=7), gobernanza clínica (n=5), aspectos específicos de medicación (n=3) y cuidados al final de la vida (n=2).
- Los QIs incluyen actividades de revisión y conciliación de la medicación, gobernanza clínica e indicadores específicos como las medicaciones anticipatorias.

Discusión

El estudio ofrece el primer conjunto internacional de QIs diseñado específicamente para monitorizar servicios farmacéuticos in situ en LTCF a nivel poblacional. La consideración simultánea de importancia, factibilidad y susceptibilidad al cambio es una fortaleza metodológica frente a QIs previos focalizados solo en importancia. El conjunto complementa los QIs existentes (mayormente centrados en polifarmacia y antipsicóticos) ampliando la mirada a procesos clínicos multidisciplinarios y gobernanza. Limitaciones: panel australiano (posible sesgo geográfico), ausencia de residentes o cuidadores en el panel, y necesidad de pilotaje operativo antes del despliegue rutinario.

Conclusiones

Los 17 QIs validados proporcionan una base relevante para capturar y monitorizar la complejidad del manejo de la medicación y de los servicios farmacéuticos en LTCF. Tras pruebas adicionales, podrían optimizar los esfuerzos de calidad asistencial y mejorar los desenlaces en residentes de estas instituciones.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bcp.70531>

European Journal of Hospital Pharmacy

Support for deprescribing in European clinical practice guidelines: a systematic review

Diana Lopes, Óscar Passos, André Santa Cruz

Abstract

Introducción

La polifarmacia es cada vez más frecuente en adultos mayores con enfermedades crónicas; sin embargo, las guías de práctica clínica habitualmente enfatizan el inicio de terapias sobre su retirada. Este desequilibrio contribuye a la sobre-prescripción, la inercia terapéutica y el daño prevenible. Identificar la presencia y calidad de las recomendaciones de desprescripción en las guías europeas es un paso necesario para alinear la práctica con el paradigma de atención centrada en el paciente.

Objetivo

Evaluar la prevalencia y la calidad de las recomendaciones de discontinuación de tratamientos en las guías europeas de enfermedades crónicas publicadas entre 2019 y 2024.

Métodos

Revisión sistemática siguiendo los estándares PRISMA 2020 mediante la base Trip Medical Database. Se incluyeron todas las guías europeas de manejo de enfermedades crónicas en adultos, excluyendo oncología, cuidados agudos, pediatría, obstetricia y cuidados paliativos. Se extrajo información sobre la presencia, el fundamento y la fuerza de las recomendaciones para discontinuar o evitar tratamientos.

Resultados

- De 3.551 registros recuperados, 724 guías cumplieron los criterios de inclusión.
- Solo 49 guías contenían alguna mención a la discontinuación del tratamiento, asociada mayoritariamente a toxicidad o falta de eficacia.
- Una única guía (European AIDS Clinical Society) proporcionaba algoritmos explícitos de desprescripción y criterios de aplicación.
- Los enfoques personalizados y centrados en el paciente para la desprescripción, así como los marcos estructurados para la decisión, se describieron raramente.

Discusión

La desprescripción sigue infrarrepresentada en las guías europeas, a pesar de su relevancia clínica en una población crecientemente polimedicada. Existe necesidad urgente de pasar de un modelo centrado en la enfermedad a uno centrado en el paciente, con guías que ofrezcan estrategias explícitas y basadas en la evidencia para retirar medicamentos cuando ya no aporten beneficio clínico. Las sociedades científicas deberían liderar el desarrollo de recomendaciones que promuevan la prescripción segura, racional y personalizada, garantizando beneficios reales y minimizando riesgos. Limitaciones: búsqueda limitada a una única base de guías, criterios de inclusión acotados a guías europeas de enfermedad crónica, y dependencia del contenido explícito de las guías (pudiendo infraestimar prácticas clínicas reales).

Conclusiones

La desprescripción está infrarrepresentada en las guías europeas de práctica clínica para enfermedades crónicas. Es necesario un cambio estructural en las sociedades científicas para incorporar recomendaciones explícitas, compartidas con el paciente y la familia, que promuevan la prescripción segura y la retirada oportuna de tratamientos no beneficiosos.

Farmacia Hospitalaria

Risk factors for emergency department revisit among elderly patients with gastrointestinal bleeding secondary to oral anticoagulant therapy

Andrea Garrido Quintero, Silvia Cercas Lobo, Jesús Ruiz Ramos, Adrián Plaza Díaz, Ane González Díez, Antonio Cañón Santos, Ana Villarejo Jiménez, María Carmenza Pérez Méndez, Mireia Puig Campmany

Abstract

Introducción

La hemorragia gastrointestinal es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias entre pacientes anticoagulados. Los antidepresivos pueden potenciar el riesgo hemorrágico al interferir en la agregación plaquetaria. Sin embargo, el impacto del uso concomitante de antidepresivos en las reconsultas a urgencias por hemorragia gastrointestinal en pacientes ancianos anticoagulados sigue siendo incierto.

Objetivo

Evaluar los factores asociados al riesgo de reconsulta al servicio de urgencias (SU) dentro de los 90 días posteriores a un episodio inicial de sangrado gastrointestinal en pacientes mayores de 65 años en tratamiento con anticoagulantes orales (ACO).

Métodos

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona) que incluyó pacientes mayores de 65 años tratados con ACO que acudieron a urgencias por hemorragia gastrointestinal entre 2018 y 2024. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas, incluyendo comorbilidades, tratamientos crónicos y medicación al alta. La variable principal fue la reconsulta al SU por sangrado dentro de los 90 días. Se empleó un modelo de regresión logística multivariante para identificar predictores independientes.

Resultados

- Se incluyeron 143 pacientes (edad media 82,4 años; 51,7% mujeres); el 26,7% recibía antidepresivos, el 8,3% antiagregantes plaquetarios y el 77,6% inhibidores de la bomba de protones.
- Durante un seguimiento medio de 90 días, el 23,1% de los pacientes reconsultó al SU por hemorragia.
- El análisis univariante identificó como factores significativos la enfermedad renal crónica, el tratamiento con antidepresivos y el uso de antiagregantes.
- En el modelo multivariante, los predictores independientes fueron: enfermedad renal crónica (OR 2,50; IC95% 1,07-5,85; $p=0,034$), uso de antidepresivos (OR 2,56; IC95% 1,07-6,14; $p=0,034$) y terapia antiagregante concomitante (OR 4,55; IC95% 1,27-16,28; $p=0,020$).

Discusión

Los hallazgos identifican al uso concomitante de antidepresivos como un factor independiente clínicamente relevante para la reconsulta hemorrágica en ancianos anticoagulados, duplicando el riesgo. La enfermedad renal crónica y la doble antiagregación actúan sinérgicamente. Los resultados apoyan la necesidad de validación farmacéutica reforzada en pacientes mayores con ACO que inician o mantienen tratamiento con antidepresivos, especialmente ISRS/IRSN. Limitaciones: diseño retrospectivo unicéntrico, tamaño muestral moderado, ausencia de información sobre adherencia real y no estratificación por tipo de antidepresivo o ACO.

Conclusiones

En pacientes ancianos anticoagulados, la adición de antidepresivos incrementa de forma significativa el riesgo de reconsulta a urgencias por hemorragia gastrointestinal en los 90 días posteriores al episodio inicial. La enfermedad renal crónica y la terapia antiagregante concomitante también se identifican como factores de riesgo clave. Estos resultados apoyan la revisión dirigida de la medicación en esta población de alto riesgo.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.farma.2026.03.002>

International Journal of Clinical Pharmacy

Association of potentially inappropriate medications with rehospitalisation and death within three months in older patients: a systematic review and meta-analysis

Isabella Muzzarelli, Vera Isabel Neumeier, Michael Gagesch, Wiebke Rösler, Andrea Rahel Burch

Abstract

Introducción

Las medicaciones potencialmente inapropiadas (PIM) son fármacos con un perfil riesgo-beneficio desfavorable en pacientes de 65 años o más. La población mayor es especialmente vulnerable por cambios farmacocinéticos asociados a la edad, multimorbilidad, polifarmacia y alta prevalencia de síndromes geriátricos. Se han desarrollado varias herramientas de cribado para detectar PIM (Beers, STOPP/START, PRISCUS, EU(7)-PIM). La revisión farmacéutica de la medicación en este grupo ha demostrado reducir efectos adversos, PIM y otros problemas relacionados con los medicamentos. La evidencia previa sobre la asociación entre PIM y desenlaces adversos es heterogénea, especialmente en marcos temporales cortos como tres meses, donde los eventos adversos tienden a manifestarse.

Objetivo

Sintetizar de forma sistemática la evidencia sobre la asociación entre las PIM identificadas por distintas herramientas de cribado (incluyendo STOPP/START y los criterios de Beers) y los desenlaces de rehospitalización y mortalidad a tres meses en pacientes mayores.

Métodos

Revisión sistemática y metaanálisis conducidos siguiendo los estándares Cochrane y reportados según PRISMA-P, con protocolo registrado en PROSPERO (CRD42024525873). Se incluyeron estudios observacionales y ensayos clínicos aleatorizados publicados entre el 01/01/1991 y el 17/05/2024, en inglés o alemán, que evaluaran pacientes ≥ 65 años comparando aquellos con al menos una PIM identificada por cualquier herramienta explícita frente a los que no la tenían. Las búsquedas se realizaron en EMBASE, MEDLINE y CENTRAL. Los desenlaces primarios fueron rehospitalización no planificada y/o muerte a los tres meses. Se usó el modelo de efectos aleatorios (metafor en R) estimando la varianza entre estudios por REML, con odds ratio (OR) y su IC95%. Se aplicó estratificación por herramienta de cribado (Beers frente a STOPP/START). La heterogeneidad se evaluó mediante Q, τ^2 e I^2 . El riesgo de sesgo se valoró con ROBINS-I y la certeza de evidencia con GRADE.

Resultados

- Se identificaron 1.642 registros; tras cribado se incluyeron 9 estudios observacionales (4 cohortes, 2 observacionales, 1 transversal, 1 encuesta, 1 caso-control anidado); 4 europeos (3 italianos), 2 australianos, 2 norteamericanos y 1 taiwanés.
- El tamaño muestral varió entre 232 y 174.275 pacientes; la edad media osciló entre 76,7 y 83,0 años. Los pacientes estaban en entornos hospitalarios en 8 de 9 estudios y solo 1 en consulta ambulatoria.
- Para la rehospitalización a tres meses (8 estudios), el OR agrupado fue 1,47 (IC95% 1,02-2,13; $p=0,045$), estadísticamente significativo.
- Estratificando por herramienta, STOPP/START se asoció significativamente con rehospitalización (OR 1,84; IC95% 1,08-3,12; $p=0,024$; $n=5$), mientras que la lista de Beers no lo hizo (OR 1,25; IC95% 0,86-1,81; $p=0,235$; $n=5$).
- Para mortalidad a tres meses (6 estudios), el OR agrupado fue 1,19 (IC95% 0,87-1,61; $p=0,272$), no significativo. La estratificación por Beers (OR 1,45; IC95% 0,65-3,31) o STOPP/START (OR 1,14; IC95% 0,90-1,43) tampoco alcanzó significación.
- Se detectó heterogeneidad considerable entre estudios. El análisis de sensibilidad incluyendo solo estudios con riesgo de sesgo moderado no resultó en asociación significativa para ninguno de los desenlaces.
- El riesgo de sesgo se clasificó como moderado o serio en todos los estudios. La certeza de evidencia GRADE fue "muy baja" para todos los desenlaces.

Discusión

El estudio es el primero en caracterizar la asociación entre PIM y rehospitalización específicamente a tres meses en pacientes mayores. El resultado significativo para STOPP/START frente al no significativo para Beers puede explicarse por los enfoques distintos de cada herramienta: STOPP/START prioriza la lista de medicamentos a retirar en mayores en el contexto europeo, mientras que Beers enfatiza fármacos a evitar y ajustes de dosis en el contexto estadounidense. La ausencia de asociación con mortalidad concuerda con metaanálisis previos y podría deberse a que la muerte a corto plazo es un evento raro influido más por la comorbilidad y la edad que por la exposición a PIM. Las limitaciones incluyen el diseño exclusivamente observacional, la variabilidad en disponibilidad de fármacos entre países, la heterogeneidad clínica y metodológica, la reconstrucción de tablas 2x2 a partir de estadísticos agregados en algunos estudios, y el no uso del ajuste Hartung-Knapp-Sidik-Jonkman. La pérdida de significación en el análisis de sensibilidad sugiere que el efecto puede estar influido por los estudios con mayor riesgo de sesgo.

Conclusiones

Los hallazgos apoyan el uso de herramientas de cribado de PIM, especialmente los criterios STOPP/START, en las revisiones de medicación para reducir el riesgo de rehospitalización y potencialmente la mortalidad en pacientes de 65 años o más. Los prescriptores deberían tener en cuenta las PIM al prescribir en población mayor. Se necesitan ensayos clínicos aleatorizados que establezcan relaciones causales y estudios a gran escala con poblaciones diversas que evalúen versiones actualizadas y herramientas menos conocidas.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-025-02013-y>

Concurrent use of medicines with similar adverse drug reaction profiles in older adults: identifying potential deprescribing opportunities using population-level dispensing data

Imaina Widagdo, Tien Bui, Lauren Cortis, Andre Andrade, Elizabeth Roughead

Abstract

Introducción

Los adultos mayores son particularmente vulnerables al daño relacionado con los medicamentos debido a los cambios fisiológicos del envejecimiento y a la polifarmacia. El uso concurrente de medicamentos con perfiles de reacciones adversas (ADR) solapados puede amplificar el riesgo de efectos acumulativos (caídas, estreñimiento, disfunción renal). Identificar estas combinaciones mediante datos poblacionales puede apoyar oportunidades de prescripción más segura y de desprescripción estructurada.

Objetivo

Examinar la frecuencia de uso concurrente de medicamentos con perfiles de ADR solapados en adultos mayores y analizar la contribución de las medicaciones potencialmente inapropiadas (PIM) a estos perfiles solapados.

Métodos

Se utilizó el 10% de muestra de claims de dispensación del Australian Pharmaceutical Benefits Scheme entre abril y junio de 2022. Los medicamentos se clasificaron por riesgo de ADR usando una versión adaptada de la herramienta de toxicidad acumulativa escocesa de 2018, que identifica 13 tipos de ADR basados en información de producto. Las PIM se identificaron con la lista australiana de PIM 2024. Se incluyeron individuos ≥ 65 años dispensados con al menos un medicamento asociado con una ADR listada. El desenlace principal fue el porcentaje de personas con ADR solapada (al menos dos medicamentos asociados con la misma ADR). Un análisis secundario examinó los cambios en los perfiles de ADR bajo un escenario hipotético excluyendo las PIM.

Resultados

- Se incluyeron 323.599 adultos mayores.
- El 75,5% (n=244.331) tenía al menos un riesgo de ADR solapado y el 64% (n=206.815) tenía dos o más.
- Los tipos de ADR solapados más frecuentes fueron caídas/fracturas (70,1%; n=226.873), estreñimiento (53,5%; n=173.287) y daño renal (38,5%; n=124.471).

- En el escenario hipotético excluyendo PIM, 13.803 personas adicionales no tendrían riesgo solapado de caídas/fracturas, y 19.396 no tendrían ningún riesgo solapado.

Discusión

La elevada prevalencia de perfiles de ADR solapados subraya la necesidad de herramientas estructuradas de cribado en la práctica clínica. El impacto de la exclusión hipotética de PIM indica que parte del riesgo es potencialmente evitable mediante revisión de medicación y desprescripción dirigida. Las limitaciones incluyen el uso de datos de dispensación (que no reflejan adherencia real), la falta de información clínica sobre indicaciones, y la generalización limitada fuera del contexto australiano. El enfoque puede replicarse con otras bases administrativas para priorizar intervenciones poblacionales de desprescripción.

Conclusiones

El uso concurrente de medicamentos con perfiles de ADR similares es frecuente entre los adultos mayores. Las herramientas estructuradas para identificar este solapamiento pueden apoyar estrategias de desprescripción y prescripción más segura en esta población. Integrar estos análisis en los procesos de revisión de medicación por farmacéuticos puede reducir el riesgo acumulativo de eventos adversos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-026-02148-6>

Comparative predictive performance of anticholinergic burden scales for anticholinergic-related hospitalisation and emergency department visits in older adults: a population-based study of model development and temporal validation

Valentina M. Srikartika, David Youens, Rachael Moorin, Ninh Ha

Abstract

Introducción

Las escalas de carga anticolinérgica se utilizan ampliamente para guiar la revisión de la medicación en adultos mayores; sin embargo, su capacidad para predecir desenlaces adversos clínicamente relevantes sigue siendo incierta, ya que la mayor parte de la evidencia se basa en asociaciones y no en predicciones de riesgo validadas. En ausencia de un patrón oro, el valor clínico de estas escalas depende de su capacidad discriminativa entre individuos en riesgo y de la precisión de sus estimaciones de riesgo absoluto.

Objetivo

Comparar el rendimiento predictivo de seis escalas de carga anticolinérgica para hospitalización y visitas a urgencias relacionadas con efectos adversos anticolinérgicos en adultos mayores, evaluar la validación interna y temporal de los modelos de deterioro cognitivo y examinar el gradiente de riesgo en función de categorías crecientes de carga anticolinérgica.

Métodos

Estudio de cohortes retrospectivo usando datos administrativos poblacionales enlazados de adultos ≥ 65 años en Australia Occidental (2015-2019). Las cohortes de desarrollo fueron 2015-

16 (N=323.682) y 2016-17 (N=334.304), y la cohorte de validación temporal 2017-18 (N=330.684). Se calcularon anualmente seis escalas de carga anticolinérgica. Se usaron modelos de regresión logística con predictores comunes (demográficos y clínicos) para predecir cualquier hospitalización/visita a urgencias relacionada con eventos adversos anticolinérgicos (caídas/fracturas/mareos, deterioro cognitivo o estreñimiento/retención urinaria). El rendimiento se evaluó con el estadístico c, la pendiente de calibración y el Brier score. Los modelos de deterioro cognitivo se validaron adicionalmente con bootstrap interno (200 réplicas), validación temporal y estimación del riesgo predicho por deciles de exposición.

Resultados

- En las comparaciones iniciales, la Korean Anticholinergic Burden Scale (KABS) mostró los estadísticos c más altos para cada desenlace, aunque las diferencias entre escalas fueron pequeñas.
- El desenlace con mayor discriminación fue el deterioro cognitivo y se seleccionó para validación adicional.
- En la validación temporal, los estadísticos c para deterioro cognitivo oscilaron entre 0,795 y 0,806, con KABS mostrando el valor más alto.
- Las pendientes de calibración oscilaron entre 1,024 y 1,032 entre escalas.
- El riesgo predicho de deterioro cognitivo aumentó a través de los deciles de exposición para todas las escalas, con el riesgo del decil más alto oscilando entre 5,27% (TSDD-SAMS) y 7,58% (KABS).

Discusión

Aunque las diferencias entre escalas fueron modestas, KABS mostró un rendimiento predictivo ligeramente superior y más consistente, especialmente para deterioro cognitivo. Presentar estimaciones absolutas de riesgo validadas por grupos de exposición puede mejorar la interpretabilidad clínica y apoyar la estratificación del riesgo. Las limitaciones incluyen la dependencia de datos administrativos (sin información directa sobre adherencia o dosis efectiva), posibles errores de clasificación en la codificación de desenlaces y la generalización limitada fuera del sistema sanitario australiano. Los autores subrayan la necesidad de validación en otros contextos y la integración del juicio clínico antes del uso rutinario.

Conclusiones

Las escalas de carga anticolinérgica, especialmente KABS, pueden discriminar y estimar el riesgo absoluto de desenlaces adversos relacionados con anticolinérgicos en adultos mayores. Su uso puede apoyar la priorización de revisiones de medicación y la desprescripción en esta población, aunque es imprescindible una validación más amplia antes de su uso rutinario.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11096-026-02145-9>

International Journal of Pharmacy Practice

Potentially inappropriate prescribing and polypharmacy in older adults with atrial fibrillation: a retrospective observational study

Iarlaith Doherty, Anna Seoighe, Cathal A. Cadogan, Christine McAuliffe

Abstract

Introducción

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia sostenida más frecuente en adultos mayores, con una prevalencia estimada del 11% en mayores de 65 años y responsable de hasta un tercio de los ictus. La farmacoterapia es central en el manejo de la FA y de sus comorbilidades (insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, hipertensión, diabetes), lo que genera polifarmacia. Cuando el riesgo asociado a los fármacos supera el beneficio esperado se habla de prescripción potencialmente inapropiada (PIP), que incluye fármacos inapropiados (PIM) y omisiones de prescripción (PPO). La evidencia sobre PIP considerando la totalidad de la medicación en mayores con FA es escasa.

Objetivo

Describir la medicación y evaluar la adecuación de la prescripción en adultos mayores con FA atendidos en una consulta especializada multidisciplinar.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de historias clínicas de pacientes atendidos en la consulta especializada de FA del Tallaght University Hospital (Dublín) durante un año (pacientes atendidos por primera vez entre 01/01/2022 y 31/12/2022). Se aplicaron los criterios STOPP/START (versión 2) mediante un programa informatizado desarrollado por los autores (stopppstartR). Se evaluó por separado la prescripción de anticoagulantes orales directos (DOAC). Los factores de riesgo para PIM y PPO se analizaron con regresión logística multivariante. Variables recogidas: demografía, IMC, comorbilidades (ICD), analítica (hemograma, potasio, creatinina, calcio), medicaciones (códigos ATC), CHA₂DS₂-VASc y HAS-BLED.

Resultados

- Se incluyeron 168 pacientes (edad mediana 74 años; rango 65-94; 59,4% varones).
- Los pacientes tenían una mediana de 6 comorbilidades (RIC 4-9) y recibían una mediana de 6 medicamentos (RIC 4-9).
- La polifarmacia menor (5-9 medicamentos) estuvo presente en el 53,0% (n=89) y la polifarmacia mayor (>9 medicamentos) en el 21,4% (n=36).
- La prescripción potencialmente inapropiada (PIP) estuvo presente en el 75,6% (n=127): el 60,1% (n=101) tenía al menos una PIM y el 46,4% (n=78) tenía al menos una PPO.
- Los anticoagulantes fueron inadecuadamente dosificados en el 11,6% (n=13) de los pacientes.
- Se observó asociación positiva significativa entre el número de medicamentos y la PIM ($p < 0,001$) y entre el número de comorbilidades y la PPO ($p < 0,001$).

Discusión

La alta prevalencia de PIP (tres de cada cuatro pacientes) en una cohorte ambulatoria multidisciplinar de FA expone una brecha de adecuación que no se limita al anticoagulante. La infradosificación de anticoagulantes en el 11,6% es clínicamente relevante y mejorable. El uso de una herramienta informatizada (stopppstartR) aporta transparencia y reproducibilidad al proceso. Limitaciones: diseño retrospectivo unicéntrico, criterios STOPP/START v2 (la versión

más reciente no estaba disponible al inicio de la recogida), y posible incompletitud en la documentación de indicaciones.

Conclusiones

La polifarmacia y la prescripción potencialmente inapropiada son muy frecuentes en mayores con FA. Se necesitan intervenciones específicas para optimizar la prescripción en este grupo, con énfasis en la correcta dosificación de anticoagulantes y la revisión estructurada con STOPP/START, idealmente con herramientas informatizadas que faciliten su aplicación rutinaria.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riag043>

Pharmacotherapy

Aspirin Deprescribing Interventions for Primary Prevention: A Systematic Review and Proposed Guidance for Deprescribing

Alison Lobkovich, Hannah Ferrari, Amber Lanae Martirosov, Insaf Mohammad, Helen Berlie, Candice Garwood, Melissa Lipari

Abstract

Introducción

El uso de ácido acetilsalicílico (AAS) a dosis baja (75-100 mg) para la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) está bien establecido, pero su balance beneficio-riesgo en prevención primaria se ha vuelto cuestionable a la luz de la evidencia reciente. Un metaanálisis de 2019 mostró que el NNT para prevenir un evento ASCVD es comparable al NNH por sangrado mayor, con incrementos del 58% en sangrado gastrointestinal mayor y del 27% en ictus hemorrágico. En respuesta, varias organizaciones (ACC/AHA 2019, USPSTF 2022, AGS Beers 2023, ADA) han restringido su recomendación, especialmente en pacientes ≥ 60 -65 años o con bajo riesgo ASCVD. Sin embargo, se estima que entre el 10% y el 25% de pacientes sin ASCVD siguen tomando AAS de forma discordante con las guías, y solo el 27% de los clínicos dispone de protocolos institucionales para guiar la deprescripción. La falta de guías claras favorece la inercia clínica inversa: no retirar una terapia que ya no está indicada.

Objetivo

Proporcionar una revisión sistemática de las intervenciones de deprescripción de AAS en prevención primaria de ASCVD y proponer un algoritmo práctico para orientar la retirada del fármaco cuando su uso es discordante con las recomendaciones actuales.

Métodos

Revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA. Búsqueda en EMBASE, PubMed, Web of Science, Scopus y CINAHL desde enero de 2018 hasta marzo de 2025 (términos: "Aspirin AND deprescribing"). Se incluyeron estudios observacionales y ensayos clínicos en adultos con AAS para prevención primaria, publicados en inglés. Se excluyeron editoriales, guías,

revisiones sistemáticas previas, resúmenes sin artículo completo, datos en animales y datos in vitro. El cribado se realizó con el software COVIDENCE por dos revisoras independientes (A.L. y M.L.), resolviendo discrepancias con una tercera revisora (H.F.). Para el desarrollo del algoritmo se realizó una búsqueda adicional de "aspirin deprescribing algorithm" y se incorporaron los ensayos ASPREE, ARRIVE y ASCEND junto con las guías actuales, empleando el calculador PREVENT-ASCVD para la estratificación de riesgo.

Resultados

- De 292 estudios identificados inicialmente, 167 fueron cribados tras eliminación de duplicados y finalmente se incluyeron 13 estudios.
- El 56,8% de los participantes eran varones y la mayoría tenían 70 años o más.
- Las intervenciones incluyeron: conciliación farmacéutica + educación + recomendación al prescriptor (6 estudios), alertas en historia clínica electrónica (2 estudios), desprescripción independiente farmacéutico/médico (1 estudio) y modelo multidisciplinar (varios estudios).
- Los modelos multidisciplinarios alcanzaron la mayor tasa de desprescripción, hasta el 78%.
- Cuando el farmacéutico ajustaba la AAS de forma independiente, la tasa media de desprescripción fue del 37% (rango 2,5-54%).
- Solo 2 de los 13 estudios reportaron desenlaces de seguridad; uno de ellos describió menos hospitalizaciones y visitas a urgencias en el grupo desprescrito.
- Los autores proponen un algoritmo práctico basado en las guías actuales (ACC/AHA, USPSTF, AGS Beers, ADA) y en los ensayos ASPREE/ARRIVE/ASCEND, que incorpora el calculador PREVENT-ASCVD y considera preferencias del paciente.

Discusión

El modelo multidisciplinar (médico + farmacéutico + paciente) ofrece la mayor efectividad para la desprescripción de AAS, consistente con la evidencia en desprescripción de otras clases farmacológicas como los IBP o las benzodiazepinas. La disparidad entre la evidencia actualizada que cuestiona el uso de AAS en prevención primaria y la prevalencia persistente de su prescripción inapropiada (10-25%) expone un problema de inercia clínica que los servicios de farmacia pueden abordar con programas estructurados. Las principales limitaciones son la escasa descripción de desenlaces clínicos post-desprescripción en los estudios incluidos (solo 2 de 13) y la heterogeneidad metodológica, que dificulta establecer un protocolo único. El algoritmo propuesto sintetiza la evidencia disponible y ofrece un punto de partida práctico, pero requiere validación prospectiva en contextos reales y adaptación a las guías locales.

Conclusiones

Un algoritmo estructurado de desprescripción de AAS puede guiar la retirada segura del fármaco en prevención primaria de ASCVD cuando su uso no se alinea con las recomendaciones actuales, considerando las preferencias individuales del paciente. La adopción de modelos multidisciplinarios, con participación activa del farmacéutico, aumenta de forma sustancial las tasas de éxito. Se necesitan estudios adicionales que documenten los desenlaces clínicos a medio y largo plazo tras la desprescripción de AAS.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/phar.70121>

Grupo de Trabajo CRONOS de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria
Calle Serrano, 40 – 2º Dcha.
28001 Madrid
Tel: +34915714487
Email: sefh@sefh.es
Web: <http://www.sefh.es>
ISSN: xxxx-xxxx