

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA JUNIO-AGOSTO 2025:

Selección de artículos

REVISTAS FARMACIA / FARMACOTERAPIA GENERAL

European Journal of Clinical Pharmacology

Asociación Entre El Estatus Socioeconómico Y La Dispensación De Clases De Medicamentos De Mayor Riesgo Y La Polifarmacia En Poblaciones Comunitarias De Mayor Edad: Un Estudio De Cohorte A Nivel Nacional

Juliane Frydenlund, Nicole Cosgrave, David J. Williams, Frank Moriarty, Emma Wallace, Ciara Kirke, Kathleen Bennett, Caitriona Cahir, et al.

ABSTRACT

Investigamos la asociación entre el nivel socioeconómico —medido por educación, ingresos e seguro médico privado— y la dispensación de medicamentos de alto riesgo, así como la polifarmacia, en personas mayores que viven en la comunidad en Irlanda. Utilizando datos vinculados de TILDA (2018), HSE-PCRS y el programa GMS, se observó una clara relación entre bajo nivel socioeconómico y mayor exposición a medicamentos de riesgo y polifarmacia significativa (≥ 10 clases de fármacos).

Introducción

Los medicamentos cardiovasculares, psicoanalépticos y AINE, entre otros, se consideran de alto riesgo en personas mayores debido a su potencial de causar daño (RAM, ADE). El sistema de salud irlandés, mixto público-privado, puede contribuir a desigualdades en el acceso y la gestión terapéutica. Este estudio busca esclarecer cómo determinantes sociales influyen en estos patrones de prescripción.

Objetivo

Determinar si un nivel socioeconómico más bajo se asocia con una mayor dispensación de medicamentos considerados de alto riesgo y con polifarmacia en adultos mayores de la comunidad.

Métodos

Se realizó un estudio de cohorte prospectiva con aproximadamente 1.401 participantes mayores de 70 años del estudio TILDA (ola 5, 2018), con seguimiento farmacológico durante 2 años mediante datos de HSE-PCRS (programa GMS). Se midieron indicadores de NSE: nivel educativo, ingresos familiares (por debajo o por encima de la mediana) y seguro médico privado. Se evaluó la dispensación de siete clases de medicamentos de alto riesgo y se clasificó la polifarmacia en tres niveles (0-4, 5-9, ≥ 10 clases). Se aplicaron regresiones logísticas y ordinales ajustadas por edad, sexo y multimorbilidad.

Resultados

- **Población estudiada:** mediana de edad 79 años, 43 % hombres, y 53 % con ≥ 3 comorbilidades. 43 % tenían educación primaria o menos, 46 % ingresos bajos, y 55 % sin seguro privado.
- **Prescripción de fármacos de alto riesgo y polifarmacia:**
 - El 38 % recibió antitrombóticos; el 41 % tenía polifarmacia significativa (≥ 10 clases).
 - Mayor prevalencia en niveles socioeconómicos más bajos: 45–50 % en educación primaria vs. 13–17 % en terciaria; similar tendencia para ingresos bajos y ausencia de seguro privado.
- **Asociaciones estadísticamente significativas:**
 - Educación primaria vs. terciaria: OR ajustado hasta 1,97 en psicoanalépticos; educación secundaria también mostró ORs elevadas para ciertos fármacos.
 - Sin seguro privado vs. con seguro: OR ajustado hasta 1,73 para psicoanalépticos.
 - Polifarmacia: OR ajustado 1,81 por bajo nivel educativo, 1,39 por ingresos bajos, 1,46 por ausencia de seguro privado.
- El análisis de sensibilidad confirmó la robustez de los resultados para polifarmacia, aunque algunas asociaciones para clases específicas dejaron de ser significativas por menor tamaño muestral.

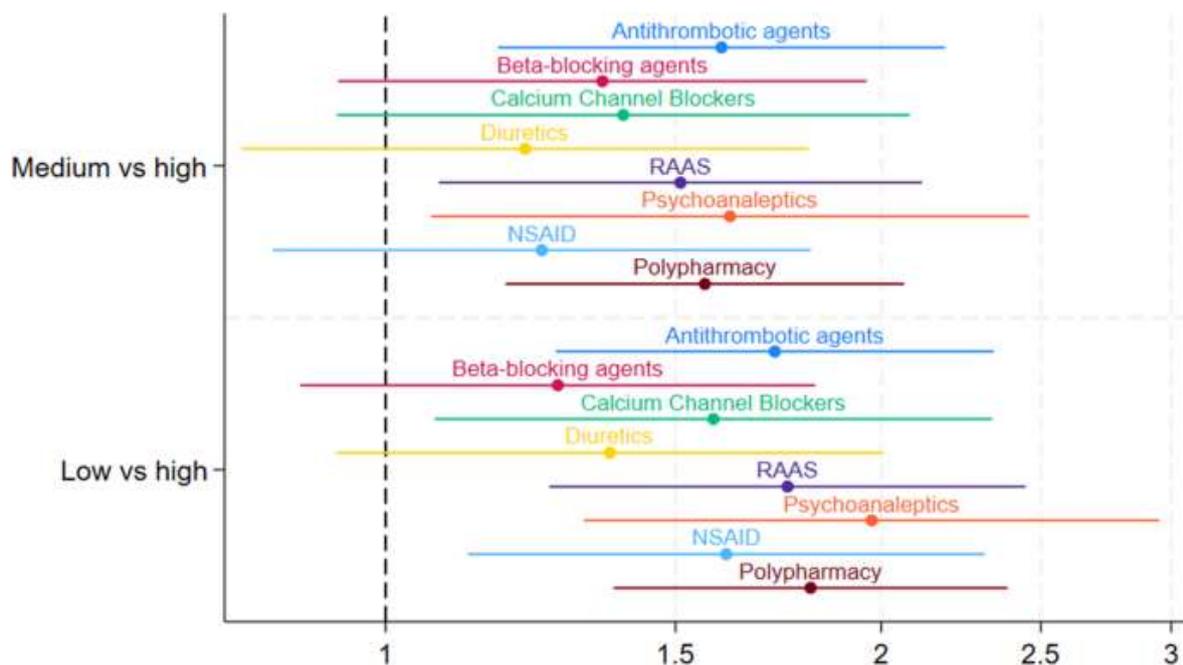


Figura 1. Forest-plot de OR e IC del 95% de las regresiones logísticas multivariadas del nivel educativo asociado con la dispensación de fármacos (escala logarítmica).

Discusión

El estudio pone de manifiesto disparidades socioeconómicas claras en el uso de medicamentos de alto riesgo y polifarmacia. Personas con menor educación, menores ingresos o sin seguro tienen mayor exposición, lo que sugiere un riesgo aumentado de eventos adversos relacionados con la medicación. Estos hallazgos están en línea con evidencia previa en TILDA y otros estudios europeos. Intervenciones centradas en la equidad —como revisiones de medicación priorizadas y mejoras en acceso sanitario— son necesarias. Sin embargo, el diseño observacional limita conclusiones causales y la falta de

datos sobre indicaciones específicas y la gravedad de enfermedades puede introducir confusión.

Conclusiones

Un nivel socioeconómico bajo se asocia con una mayor dispensación de medicamentos de alto riesgo y polifarmacia en adultos mayores. Es urgente implementar intervenciones que aborden estas inequidades, mejoren la adecuación farmacológica y prioricen a quienes tienen mayor vulnerabilidad social.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-025-03896-6>

Un Modelo Basado En Fármacos Para Predecir La Hiponatremia En Pacientes Ambulatorios De Una Clínica Geriátrica

Van Orten-Luiten ACB, Brouwer-Brolsma EM, Janse A, et al.

Abstract

La hiponatremia crónica en adultos mayores se asocia a resultados adversos graves pero es poco diagnosticada en el entorno ambulatorio. Este estudio desarrolló un modelo de predicción no invasivo basado en consumo farmacológico y características clínicas simples para identificar el riesgo de hiponatremia en pacientes ambulatorios geriátricos. El modelo complejo, que incluye polifarmacia y 11 clases farmacológicas, mostró un rendimiento aceptable (AUC: 0,75).

Introducción

La hiponatremia es un trastorno electrolítico frecuente en geriatría, con síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico precoz, especialmente en el ámbito ambulatorio. Su detección tardía puede empeorar fragilidad, aumentar el riesgo de caídas y eventos cardiovasculares. A pesar de su prevalencia, pocos modelos predictivos están disponibles en este entorno. Este estudio se propuso crear un modelo basado en variables fácilmente accesibles, especialmente relacionadas con el uso de fármacos.

Objetivo

Desarrollar y validar internamente un modelo de predicción basado en el uso de medicamentos y características clínicas para estimar el riesgo de hiponatremia en adultos mayores atendidos en una clínica geriátrica ambulatoria.

Métodos

- Diseño: Estudio transversal sobre 2.181 pacientes ambulatorios ≥ 55 años.
- Fuente de datos: Estudio PanDeMics, Hospital Gelderse Vallei (Países Bajos).
- Exclusiones: TFGe < 30 mL/min/1,73 m² y uso de antidiabéticos.
- Variables incluidas: sexo, edad, IMC, polifarmacia y uso de 27 grupos farmacológicos.
- Técnicas estadísticas: regresión logística escalonada (modelo complejo), regresión LASSO (modelo simple), validación bootstrap y AUC-ROC.

Resultados

1. **Prevalencia:**
 - Hiponatremia en el 10,5 % de los pacientes.
 - Mayor prevalencia en mujeres (12,6 %) vs. hombres (7,6 %).
2. **Asociaciones clínicas:**
 - Edad avanzada, sexo femenino y bajo IMC se asociaron con mayor riesgo.
 - La **polifarmacia grave** (≥ 10 fármacos) fue más frecuente en hiponatrémicos (30 % vs. 13,9 % en normonatrémicos).
3. **Clases farmacológicas asociadas a mayor riesgo:**
 - Inhibidores de la bomba de protones (IBP).
 - Diuréticos tiazídicos y de asa.
 - Inhibidores ECA y antagonistas del receptor de angiotensina II.
 - Antiepilépticos.
 - Preparaciones tiroideas.
4. **Clases asociadas a menor riesgo:**
 - Estatinas.
 - Dihidropiridinas.
 - Antipsicóticos y antidepresivos.
 - Antagonistas de la vitamina K.
5. **Rendimiento del modelo complejo:**
 - AUC: 0,75 [IC95 %: 0,72–0,79].
 - R^2 de Nagelkerke: 0,17.
 - Valor de corte óptimo: 9,5 puntos \rightarrow sensibilidad 68 %, especificidad 72 %.
 - Valor predictivo positivo (VPP) a corte 10: 29 %, VPN: 92 %.
6. **Modelo simplificado (solo polifarmacia):**
 - AUC: 0,64 [IC95 %: 0,60–0,68].
 - Menor capacidad discriminativa.

Discusión

1. **Relevancia clínica:**
 - El modelo desarrollado permite estimar el riesgo de hiponatremia usando datos fácilmente disponibles (edad, sexo, IMC y consumo farmacológico).
 - Su uso en la práctica ambulatoria podría alertar sobre hiponatremia oculta en pacientes con síntomas inespecíficos (mareo, caídas, deterioro cognitivo).
2. **Interpretación de los predictores:**
 - **Sexo femenino:** mayor susceptibilidad posiblemente por factores hormonales y farmacocinéticos.
 - **Edad avanzada y bajo IMC:** indicadores indirectos de fragilidad.
 - **Polifarmacia:** marcador de complejidad clínica y de mayor exposición a medicamentos potencialmente causantes de hiponatremia.
 - **Diuréticos tiazídicos y ECA/ARA-II:** su efecto sobre el eje ADH y la reabsorción renal de sodio justificaría su asociación positiva.
 - **Estatinas y antipsicóticos:** asociación inversa probablemente vinculada al IMC más elevado o al uso crónico (vs. inicio reciente, que aumenta el riesgo).
3. **Limitaciones del modelo y del estudio:**
 - Diseño transversal: no permite establecer causalidad.

- No se pudo evaluar adecuadamente la duración del tratamiento farmacológico, relevante en fármacos como ISRS y antipsicóticos.
- Posible sesgo de selección: solo se incluyeron pacientes con datos completos de sodio.
- No se validó externamente: limitación en su aplicabilidad directa a otras poblaciones.
- Medición de sodio por potenciometría indirecta puede estar sujeta a pseudohiponatremia.

4. Comparación con modelos previos:

- Supera en aplicabilidad ambulatoria a otros modelos más específicos (posquirúrgicos, centrados en hipertensos).
- Incorpora múltiples clases farmacológicas y variables clínicas fácilmente evaluables en consulta.

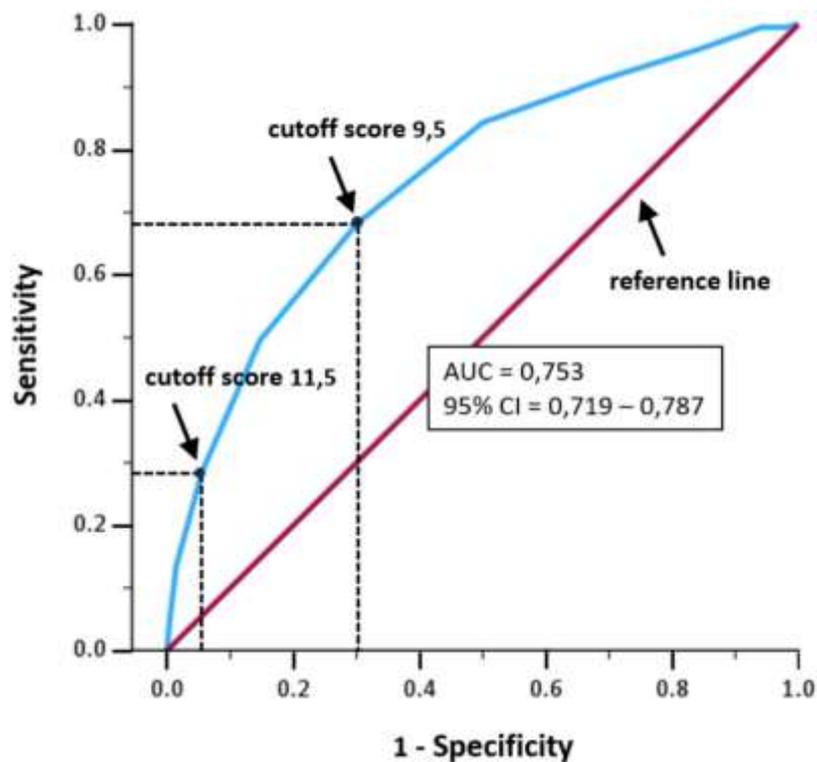


Figura 2. Curva ROC (característica operativa del receptor) que ilustra el rendimiento del modelo complejo basado en puntuaciones, clasificando a un sujeto como hipo o normonatremico.

Conclusiones

Se ha desarrollado un modelo no invasivo para predecir el riesgo de hiponatremia en adultos mayores ambulatorios, con buen rendimiento diagnóstico. Su implementación puede mejorar la detección precoz y prevenir eventos adversos relacionados. Es necesaria su validación externa y adaptación a diferentes entornos clínicos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-025-03890-y>

British Journal of Clinical Pharmacology (BJCP)

Trayectorias de manejo del dolor no oncológico y riesgo de eventos adversos en adultos mayores: estudio longitudinal basado en población

I-Tzu Chen, Shih-Tsung Huang, Chih-Kuang Liang, Ming-Yueh Chou, Ching-Hui Loh, Liang-Kung Chen, Fei-Yuan Hsiao

ABSTRACT

El impacto a largo plazo de diferentes estrategias de manejo del dolor no oncológico en adultos mayores es poco conocido. Este estudio de cohorte retrospectivo identificó trayectorias diferenciadas de manejo del dolor crónico no oncológico y examinó su asociación con desenlaces clínicos adversos en personas mayores, considerando su estado de fragilidad.

Introducción

El dolor crónico es una de las condiciones más prevalentes en personas mayores y con frecuencia se trata mediante combinaciones de fármacos como AINE, paracetamol, psicotrópicos y medidas no farmacológicas. Sin embargo, la exposición prolongada a estas terapias podría incrementar el riesgo de efectos adversos clínicos, especialmente en poblaciones frágiles.

Objetivo

Identificar patrones longitudinales de uso de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos para el dolor no oncológico en adultos ≥ 65 años y evaluar su asociación con eventos adversos como hospitalización, demencia, diálisis y mortalidad, estratificando por fragilidad.

Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo utilizando la base de datos del Seguro Nacional de Salud de Taiwán. Se incluyeron 24.539 adultos mayores que iniciaron tratamiento con AINE en 2010 y fueron seguidos durante 8 años. Se aplicaron modelos de multitraectoria para identificar perfiles de manejo del dolor, y modelos de riesgos proporcionales de Cox para analizar la asociación con eventos clínicos. La fragilidad se clasificó mediante un índice de multimorbilidad.

Resultados

Se identificaron **4 trayectorias de manejo del dolor**:

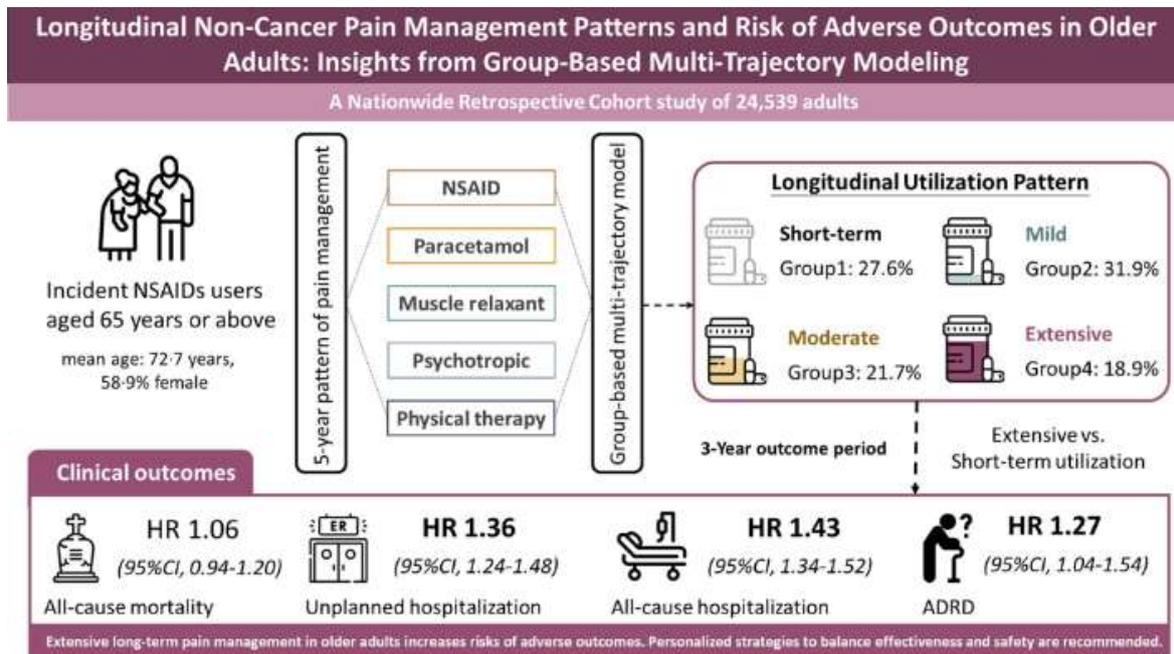
- Uso a corto plazo (27,6%)
- Uso leve (31,9%)
- Uso moderado (21,7%)
- Uso extensivo (18,9%)

El grupo de uso extensivo mostró una mayor probabilidad de eventos adversos en comparación con el grupo de uso a corto plazo:

- Hospitalización no planificada: HRa = 1,36 (IC95%: 1,24–1,48)
- Hospitalización por cualquier causa: HRa = 1,43 (IC95%: 1,35–1,52)
- Demencia incidente: HRa = 1,27 (IC95%: 1,04–1,54)

El riesgo de inicio de diálisis fue más alto en el grupo extensivo en el modelo ajustado por edad y sexo (HR = 2,06; IC95%: 1,00–4,22), pero perdió significación tras ajustar por fragilidad.

No se observaron diferencias significativas en mortalidad por todas las causas tras el ajuste completo.



Discusión

Los hallazgos indican que el uso extensivo y sostenido de estrategias de manejo del dolor, incluso incluyendo fisioterapia, se asocia con un incremento de eventos adversos como hospitalizaciones y demencia. Este efecto es especialmente relevante en adultos mayores considerados "robustos", lo que sugiere que el sobretratamiento o el uso prolongado no está exento de riesgos, incluso en ausencia de fragilidad.

El estudio destaca el valor de utilizar trayectorias longitudinales para capturar patrones complejos de uso terapéutico, en lugar de evaluar solo exposiciones puntuales. También señala la importancia de considerar la fragilidad como modificador del riesgo y no solo como covariable de ajuste. La ausencia de impacto significativo en mortalidad puede

indicar que los eventos adversos detectados son prevenibles y potencialmente reversibles si se optimiza el manejo.

Conclusiones

Las estrategias prolongadas e intensivas de manejo del dolor no oncológico en adultos mayores, especialmente aquellas combinando múltiples medicamentos, se asocian con un mayor riesgo de hospitalizaciones y demencia. Es necesario un enfoque más individualizado que equilibre adecuadamente el alivio del dolor con la minimización de riesgos a largo plazo, especialmente en adultos mayores no frágiles. El seguimiento estrecho y la revisión periódica del tratamiento son claves en este grupo poblacional.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bcp.70117>

Pharmacoepidemiology & Drug Safety

Efecto del inicio del tratamiento con benzodiazepinas sobre la mortalidad entre beneficiarios de Medicare tras un ictus isquémico agudo

Madhav Sankaranarayanan, Maria A. Donahue, Shuo Sun, Julianne D. Brooks, Lee H. Schwamm, Josep P. Newhouse, Joan Hsu, Deborah Blacker, Sebastià Haneuse, Lidia MVR Moura

ABSTRACT

El uso de benzodiazepinas (BZD) tras un ictus isquémico agudo (IIA) continúa a pesar de las advertencias de guías clínicas por riesgo de dependencia y posibles eventos adversos. Este estudio evaluó el efecto del inicio de BZD tras el alta hospitalaria en la mortalidad temprana de beneficiarios mayores de Medicare.

Introducción

Las BZD se prescriben frecuentemente en mayores para insomnio, ansiedad o convulsiones, incluso tras un ictus, aunque su uso en esta población es controvertido. En supervivientes de IIA, la vulnerabilidad neurológica y la fragilidad podrían amplificar riesgos. Sin embargo, los datos poblacionales sobre seguridad y mortalidad temprana tras el inicio de BZD son limitados.

Objetivo

Determinar la asociación entre el inicio de benzodiazepinas en los 30 días posteriores al alta hospitalaria por ictus isquémico agudo y la mortalidad a 90 días, estratificada por edad y demencia basal.

Métodos

- Diseño: Estudio observacional con emulación de ensayo clínico (clonación, ponderación, censura y ponderación por probabilidad inversa).

- Población: Beneficiarios de Medicare ≥ 66 años hospitalizados por IIA, con ≥ 12 meses de inscripción previa (n=47.421).
- Exposición: Inicio de BZD dentro de los 30 días tras el alta.
- Variable principal: Mortalidad a 90 días post-alta.
- Covariables: edad, sexo, raza/etnia, duración de ingreso, demencia basal.

Resultados

- Inicio de BZD: 826 pacientes (1,74%) iniciaron tratamiento en los 30 días tras el alta.
- Mortalidad global: 6.392 pacientes (13,48%) murieron en los 90 días posteriores al alta.
- Características de la cohorte: edad media 79 años (IQR 12), 55,3% mujeres, 82,9% blancos, 10,1% negros, 1,7% hispanicos, 2,2% asiáticos.
- Efecto ajustado de BZD: diferencia de riesgo (DR) de 26 muertes por cada 1000 pacientes tratados con BZD (IC95% 22–33).
- Subgrupos de mayor riesgo:
 - Pacientes ≥ 86 años: DR = 84 muertes por 1000 (IC95% 73–106).
 - Pacientes con demencia basal: DR = 87 muertes por 1000 (IC95% 63–112).
- Estos hallazgos sugieren una asociación fuerte y clínicamente relevante entre inicio de BZD y mortalidad temprana post-ictus, más marcada en ancianos frágiles.

Discusión

El inicio de benzodicepinas tras un IIA se asocia con incremento significativo de mortalidad a corto plazo. Este exceso de riesgo es particularmente alto en los subgrupos más vulnerables: pacientes ≥ 86 años y con demencia.

Los resultados concuerdan con preocupaciones de guías clínicas que desaconsejan el uso rutinario de BZD en mayores por riesgo de caídas, deterioro cognitivo, depresión respiratoria y dependencia. La emulación de ensayo clínico refuerza la validez causal de los hallazgos, minimizando confusión por indicación.

La baja tasa de prescripción (1,74%) refleja cautela clínica, aunque el impacto en mortalidad subraya que incluso una exposición limitada puede ser peligrosa. Estos datos apoyan la desprescripción sistemática y la priorización de estrategias no farmacológicas (manejo conductual, higiene del sueño, psicoterapia breve) o el uso de alternativas farmacológicas más seguras cuando sea estrictamente necesario.

Conclusiones

El inicio de benzodicepinas tras un ictus isquémico agudo en adultos mayores se asocia con un mayor riesgo de mortalidad a 90 días, especialmente en ≥ 86 años y en pacientes con demencia basal. Estos resultados refuerzan la necesidad de evitar BZD en este contexto, priorizar intervenciones no farmacológicas y evaluar de forma crítica cualquier prescripción en supervivientes de ictus.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/pds.70194>

REVISTAS GERIÁTRICAS

Clinical Interventions in Aging

Potentially Inappropriate Medication and Associated Factors Among Older Patients with HIV/AIDS: A Multicenter Cross-Sectional Study

Li J, Hong D, Dong J, Zhao Q, Wang H

Abstract

Introducción

China enfrenta un rápido envejecimiento poblacional, acompañado de un aumento de personas mayores viviendo con VIH/SIDA. Esta población presenta mayor carga de comorbilidades, polifarmacia y riesgo de interacciones medicamentosas, lo que incrementa la probabilidad de prescripción inapropiada. Las medicaciones potencialmente inapropiadas (PIM) están vinculadas a

Resultados adversos como hospitalización y mortalidad, pero existen pocos estudios multicéntricos en pacientes mayores con VIH en China.

Objetivo

Determinar la prevalencia, patrones y factores asociados al uso de PIM en pacientes de 65 años o más con VIH/SIDA en hospitales chinos.

Métodos

Estudio multicéntrico, transversal y retrospectivo basado en el *Chinese Hospital Prescription Analysis Cooperative Project*. Se incluyeron pacientes con VIH/SIDA ≥ 65 años atendidos en 21 hospitales de 8 ciudades chinas entre 2019–2023. Se aplicaron los *Beers Criteria 2023* para identificar PIM. Se definió polifarmacia como el uso de ≥ 5 fármacos.

- N = 2,642 pacientes (80,28% hombres, edad mediana 71 años [RIC 67–75]).
- Variables: características demográficas, número de diagnósticos, tratamientos.
- Análisis estadístico: regresión binomial negativa para tendencias temporales; regresión logística multivariada para factores asociados a PIM.
- Período de estudio: 2019–2023.

Resultados

- Prevalencia global de PIM: 23,20% (613/2,642; IC95%: 21,62–24,78).
- Categorías:
 - Contraindicadas en adultos mayores: 51,87%.
 - Uso con precaución: 27,80%.
 - Interacciones fármaco-enfermedad/síndrome: 19,88%.
 - Interacciones clínicamente significativas: 0,47%.
- Tendencias:
 - Disminución significativa en PIM tipo 3 (uso con precaución): –33,3% (P<0,001).
 - Aumento en uso de un solo PIM: +11,6% (P=0,020).

- Tendencia total de PIM no significativa tras ajuste por edad (P=0,055).
- Fármacos más frecuentes:
 - Gastrointestinales (27,91%, especialmente inhibidores de la bomba de protones).
 - Cardiovasculares/antitrombóticos (8,60%).
 - Delirio (12,56%), insuficiencia cardiaca (6,40%).
 - TMP-SMX (15,35%) y diuréticos (11,40%) en categoría de uso con precaución.
- Factores de riesgo (regresión multivariada):
 - Polifarmacia: ORa=9,05 (IC95%: 7,20–11,38; P<0,001).
 - Hospitalización: ORa=1,38 (IC95%: 1,05–1,80; P=0,021).
 - Edad 80–84 años: ORa=3,68 (IC95%: 1,79–7,57; P<0,001) vs ≥85.

Discusión

El estudio reporta prevalencia de PIM comparable con la población geriátrica general en China, pero inferior a la descrita en Europa y EE.UU. Se identificaron patrones específicos en pacientes con VIH, como el uso extendido de inhibidores de la bomba de protones, con riesgos clínicos relevantes (fracturas, déficit de vitamina B12, disbiosis intestinal). La polifarmacia se confirmó como principal determinante, lo que coincide con la literatura internacional. La hospitalización y ciertos grupos de edad también aumentaron el riesgo. La tendencia decreciente en PIM tipo 3 y el aumento en PIM únicos reflejan cambios en la práctica clínica, posiblemente influenciados por la pandemia de COVID-19. Limitaciones: ausencia de cohortes control VIH-negativo, falta de datos clínicos (CD4, carga viral, función renal), naturaleza transversal y no inclusión de medicina tradicional china.

Conclusiones

El 23,2% de los pacientes mayores con VIH/SIDA en China presenta uso de PIM, siendo la polifarmacia el principal factor de riesgo. Se requieren intervenciones específicas para pacientes hospitalizados y grupos etarios de 65–84 años. Los hallazgos subrayan la necesidad de vigilancia farmacoterapéutica y prácticas geriátricas adaptadas para optimizar la seguridad y calidad de vida en esta población vulnerable.

Disponible en: <https://doi.org/10.2147/CIA.S519649>

Drugs & Aging

Prescription Opioid Use in Older Adults: Trends and Changes in New and Long-Term Use in the United States, 2013–2020

Kaustuv Bhattacharya, Shadi Bazzazzadehgan, Nga Weng Ivy Leong, Sujith Ramachandran, John P. Bentley, Yi Yang, Ike Eriator

Abstract

Introducción

La epidemia de sobredosis por opioides en EE. UU. motivó la emisión de la guía CDC 2016, que recomendó priorizar terapias no opioides, dosis bajas y cortas, y seguimiento cercano.

Aunque estudios previos han mostrado descensos en prescripción de opioides tras 2016 en la población general, faltaba un análisis integral en adultos mayores, especialmente vulnerables a efectos adversos.

Objetivo

Evaluar tendencias en uso de opioides con receta —nuevos episodios y terapia de uso prolongado (LTOT)— en beneficiarios de Medicare ≥ 65 años entre 2013 y 2020, antes y después de la guía CDC 2016.

Métodos

Cohorte retrospectiva usando una muestra nacional del 5% de reclamos Medicare (2012–2020).

- Inclusión: beneficiarios ≥ 65 años con partes A, B y D, ≥ 10 meses/año, sin parte C.
- Definiciones: prescripción "nueva" = sin opioides previos en 90 días; LTOT = ≥ 3 recetas y ≥ 45 días de posesión en 90 días tras inicio.
- Variables: características demográficas y clínicas (cáncer, dolor crónico no oncológico), dosis promedio en equivalentes de morfina (MME), % dosis altas (≥ 50 MME), formulación corta/larga, días de suministro.
- Análisis: tendencias estimadas con **joinpoint regression** (APC con IC95%). Subanálisis por raza, región y condiciones clínicas.
- Población: $\sim 2,75$ millones beneficiarios/año; elegibles anuales 818.701 (2013)–1.200.004 (2020).

Resultados

- Uso inicial de opioides: aumentó de 6,6% (2013) a 10,1% (2016; APC=14,2; IC95%: 2,2–50,0), luego disminuyó a 5,4% (2020; APC=-15,3; IC95%: -32,2 a -9,1).
- LTOT entre nuevos usuarios: cayó de 12,4% (2013) a 8,6% (2017; APC=-11,6; IC95%: -24,2 a -5,7), luego subió a 10,7% (2020; APC=7,4; IC95%: -2,8 a 24,2, no significativo).
- Dosis promedio nuevas prescripciones: 31,5 MME (2013) \rightarrow 26,8 MME (2020).
- Prescripciones altas (≥ 50 MME): 15,3% (2013) \rightarrow 7,6% (2020).
- Formulaciones de acción corta: 97,4% (2013) \rightarrow 99,4% (2020).
- Días promedio de suministro nuevas prescripciones: 21,9 días (2013) \rightarrow 12,4 días (2020).
- LTOT: dosis media bajó 35,2 \rightarrow 26,3 MME; prescripciones altas de 19,2% \rightarrow 9,8%; días de suministro 24,5 \rightarrow 19,6; formulaciones cortas 90,3% \rightarrow 97,4%.
- Sensibilidad: subgrupos de raza, región y condición siguieron en general la tendencia nacional. Excepciones: aumento significativo de LTOT 2018–2020 en población negra y en regiones Oeste y Noreste; incremento en subgrupos con dolor crónico no oncológico.

Discusión

El estudio confirma disminución en nuevos inicios de opioides y en LTOT tras 2016, consistente con impacto de la guía CDC y esfuerzos regulatorios. También se observó reducción en dosis, duración y prescripciones de alto riesgo, alineadas con recomendaciones de seguridad. La estabilización posterior del LTOT puede reflejar

necesidades clínicas en pacientes con dolor crónico y la pandemia COVID-19, que limitó alternativas no opioides. Existen variaciones geográficas y raciales. Fortalezas: muestra representativa nacional, análisis longitudinal y uso de joinpoint. Limitaciones: uso de reclamos que no capturan consumo real ni pagos en efectivo, posibles errores en identificación de dolor crónico y falta de datos tras guías CDC 2022.

Conclusiones

El uso de opioides con receta en adultos mayores de Medicare disminuyó en frecuencia, dosis y duración entre 2013 y 2020, especialmente después de la guía CDC 2016. Sin embargo, persiste estabilización del LTOT y variaciones raciales y regionales. Se recomienda vigilancia continua y más investigación sobre implicaciones clínicas y de salud pública.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01237-x>

El efecto sinérgico de la carga anticolinérgica y la depresión sobre el riesgo de caídas en personas mayores

Ramon Salet, Nathalie van der Velde, Didi Rhebergen, Bob van de Loo, Lotta Seppala, Natasja M. van Schoor, Bruno Stricker, Marieke Henstra

ABSTRACT

Tanto la carga anticolinérgica (ACB) como la depresión clínica son factores de riesgo independientes de caídas en adultos mayores. Sin embargo, se desconoce si existe un efecto combinado que incremente aún más el riesgo. Este estudio transversal en población holandesa evaluó la interacción entre ambas condiciones y su impacto sobre el riesgo de caídas.

Introducción

El envejecimiento se asocia con un incremento del riesgo de caídas, evento que conlleva elevada morbilidad y mortalidad. La depresión clínica y la exposición a medicamentos con propiedades anticolinérgicas se han vinculado a caídas, pero la posible interacción entre ambos factores no estaba bien establecida. Dado que muchos antidepresivos y psicotrópicos poseen propiedades anticolinérgicas, resulta clínicamente relevante comprender su efecto conjunto.

Objetivo

Analizar la asociación entre la carga anticolinérgica (ACB) y las caídas en adultos mayores, e investigar el impacto de la depresión clínica en esta relación, evaluando la existencia de un efecto sinérgico.

Métodos

Estudio transversal con datos armonizados de tres cohortes comunitarias holandesas (n = 7.884, edad ≥60 años).

Se recogieron datos sobre caídas en los últimos 12 meses, puntuación ACB (escala 0–≥4) y depresión clínica (CES-D ≥16).

Se aplicaron regresiones logísticas ajustadas y se evaluó la interacción en escalas aditiva y multiplicativa.

Resultados

La cohorte incluyó 7.884 personas mayores (edad media 72 años, IQR 66–79), de las cuales el 56,7% eran mujeres. En el último año, 2.083 participantes (26,4%) reportaron al menos una caída.

- Carga anticolinérgica (ACB):

- El 65,1% de los participantes tenía ACB = 0,
- el 20,7% ACB = 1,
- el 6,9% ACB = 2,
- el 4,4% ACB = 3 y
- el 3% ACB ≥4.

La puntuación ACB media fue de 0 (IQR 0–1).

- Depresión clínica (CES-D >16): presente en el 11% de la muestra (n = 823).

- Asociación entre ACB y caídas:

- ACB = 1 → no asociación significativa (OR ajustada 0,96; IC95% 0,83–1,10).
- ACB = 2 → tendencia positiva, aunque no significativa (OR ajustada 1,16; IC95% 0,94–1,43).
- ACB = 3 → asociación marginal (OR ajustada 1,27; IC95% 1,00–1,63).
- ACB ≥4 → asociación clara y significativa (OR ajustada 1,79; IC95% 1,34–2,40). Además, al tratar la ACB como variable continua, el riesgo de caída aumentó un 12% por cada punto adicional de ACB (OR 1,12; IC95% 1,07–1,18).

- Asociación entre depresión clínica y caídas:

- Independiente y significativa en todos los modelos.
- OR ajustada 1,51 (IC95% 1,29–1,77), lo que supone un incremento del 51% en el riesgo de caídas.

- Efecto combinado (interacción):

- Individuos sin depresión ni ACB ≥2 fueron el grupo de referencia.
- Con solo depresión clínica (sin ACB ≥2): OR 1,53 (IC95% 1,51–1,55).
- Con solo ACB ≥2 (sin depresión): OR 1,37 (IC95% 1,36–1,40).
- Con ambos factores presentes: OR 3,03 (IC95% 3,02–3,08).

- Esto representa un exceso de riesgo relativo atribuible a la interacción (RERI) de 1,13 en escala aditiva, y un aumento del 44% sobre lo esperado en escala multiplicativa (OR 1,44).

- Factores concomitantes:

Los participantes que sufrieron caídas eran de mayor edad (73 vs. 71 años), con mayor uso de medicamentos (mediana 3 vs. 2), más frecuentemente mujeres (61% vs. 55%), y presentaban mayor uso de opioides (5,5% vs. 3,6%), benzodiazepinas (11,9% vs. 8,6%), antidepresivos (8,4% vs. 5,1%) y antipsicóticos (1,2% vs. 0,7%).

También tuvieron puntuaciones CES-D más elevadas (mediana 5 vs. 3).

- Análisis de sensibilidad:

- En la cohorte de Rotterdam las asociaciones fueron más fuertes que en LASA, sugiriendo que el efecto combinado es mayor en poblaciones más vulnerables.
- La exclusión del MMSE como covariable (por datos faltantes en el 70% de la muestra) no modificó sustancialmente los resultados, lo que indica una baja probabilidad de confusión residual relevante.

Discusión

El estudio confirma que la comorbilidad de depresión y elevada carga anticolinérgica potencia de forma sinérgica el riesgo de caídas. Este hallazgo aporta una explicación plausible: la apatía, el enlentecimiento psicomotor y la debilidad muscular asociados a la depresión podrían amplificar los efectos anticolinérgicos sobre la coordinación, el equilibrio y la atención.

Las implicaciones clínicas son relevantes:

1. No se debe suspender el tratamiento antidepresivo de forma automática por el riesgo de caídas.
2. Deben priorizarse intervenciones no farmacológicas (terapia cognitivo-conductual, ejercicio, programas multifactoriales de prevención de caídas).
3. En caso de necesitar psicofármacos, elegir los de menor carga anticolinérgica y revisar periódicamente el tratamiento mediante una revisión multidisciplinaria.
4. El hallazgo refuerza la necesidad de estratificar el riesgo de caídas y aplicar programas de desprescripción selectiva cuando sea posible.

Conclusiones

La combinación de depresión clínica y elevada carga anticolinérgica incrementa significativamente el riesgo de caídas en adultos mayores. Se recomienda un abordaje individualizado que contemple tanto opciones no farmacológicas como la selección cuidadosa de medicamentos, minimizando la carga anticolinérgica acumulada. Futuros estudios longitudinales deberán confirmar esta relación y establecer estrategias de prevención más eficaces.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/bcp.70148>

International Journal of Geriatric Psychiatry

The Association Between Sensory Impairment and Cognitive Impairment Among Older Adults: Insights From a National Cohort Study in China

Bingxin Ma, Yan Sun, Qingxian Shen, Yuyang Zhang, Dongrui Wang, Junwei Ma, Xinyi Dong, Yue Zhao, Qi Lu

Abstract

Introducción

El deterioro cognitivo es altamente prevalente en adultos mayores y se asocia con consecuencias adversas como demencia, menor calidad de vida y mayor mortalidad. Las deficiencias sensoriales —visual, auditiva y dual— también son frecuentes en esta población y han sido vinculadas al deterioro cognitivo, aunque la evidencia es inconsistente. En China, donde la población envejece rápidamente y los recursos sanitarios son limitados, entender esta relación es prioritario para orientar estrategias preventivas.

Objetivo

Evaluar la asociación entre deterioro visual (VI), deterioro auditivo (HI) y deterioro sensorial dual (DSI) con la aparición de deterioro cognitivo en adultos mayores chinos.

Métodos

Estudio de cohorte prospectivo basado en datos de 2011–2018 del China Longitudinal Healthy Longevity Survey (CLHLS). Se incluyeron 3239 adultos ≥ 65 años sin deterioro cognitivo al inicio. El deterioro cognitivo se definió como una puntuación < 18 en la versión china del Mini-Mental State Examination (CMMSE). VI y HI se midieron mediante cuestionarios funcionales auto-reportados. Se aplicaron modelos de riesgos proporcionales de Cox para calcular hazard ratios (HR) crudos y ajustados con IC95%, considerando múltiples covariables (edad, género, IMC, estado civil, residencia, nivel educativo, estado económico, hábitos de vida, ADL, actividades de ocio y enfermedades crónicas). Se realizaron análisis de subgrupos y pruebas de sensibilidad (exclusión de mala salud basal, modelo de riesgos competitivos, imputación múltiple y umbral alternativo de CMMSE ≤ 23).

Resultados

- Durante un seguimiento de 21,039 persona-años (mediana 7.0 años), 329 participantes (10.2%) desarrollaron deterioro cognitivo.
- En el modelo ajustado, VI se asoció con mayor riesgo de deterioro cognitivo (HR 1.37; IC95%: 1.08–1.73; $p=0.01$).
- HI mostró la asociación más fuerte (HR 1.93; IC95%: 1.48–2.51; $p<0.001$).
- DSI también se asoció significativamente (HR 2.08; IC95%: 1.44–3.01; $p<0.001$).
- Análisis Kaplan-Meier revelaron un patrón decreciente de supervivencia cognitiva: mayor deterioro en DSI, seguido de HI y VI; los sin deterioro sensorial tuvieron menor incidencia.

- El análisis de subgrupos detectó interacción significativa entre VI y catarata ($p < 0.05$).
- Los análisis de sensibilidad confirmaron
- Resultados consistentes bajo diferentes supuestos ($p < 0.05$).

Discusión

Los hallazgos confirman que tanto el deterioro visual como el auditivo, y especialmente el auditivo y el dual, incrementan el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores. Los Resultados se mantuvieron estables en múltiples análisis de sensibilidad. La HI pareció tener un impacto mayor que la VI, sugiriendo que las intervenciones auditivas podrían tener especial relevancia en la prevención cognitiva. Se plantea que los mecanismos subyacentes incluyen carga cognitiva incrementada, aislamiento social, depresión y procesos neurodegenerativos compartidos. Las diferencias con estudios previos pueden deberse a

Métodos de evaluación (auto-reporte vs. pruebas objetivas), definiciones de desenlaces y factores culturales. Entre las limitaciones destacan la evaluación subjetiva de SI, ausencia de información sobre inicio/severidad/tratamiento de SI y posible sesgo de selección.

Conclusiones

Las deficiencias visuales, auditivas y duales se asocian significativamente con mayor riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chinos. Se recomienda el uso de herramientas estandarizadas para evaluar SI y deterioro cognitivo, explorar los mecanismos biológicos y psicosociales implicados y considerar la incorporación del cribado y manejo de SI en la atención primaria como estrategia preventiva frente al deterioro cognitivo.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.70139>

The Cost-Effectiveness of an Intervention to Preserve Independence in People With Dementia (Vs. No Intervention): A Decision-Analytic (Markov) Model Analysis

Luke Paterson, Rachel A. Elliott, Fofi Constantinidou, Renaud David, Piers Dawes, Eric Frison, Mark Hann, Hannah Hussain, Iracema Leroi, Antonis M. Politis, Chryssoula Thodi et al.

Abstract

Introducción

La demencia es una condición neurodegenerativa progresiva asociada con altos costos de atención sanitaria y social, pérdida de independencia en actividades de la vida diaria (ADL) y reducciones sustanciales en la calidad de vida (QoL). Mantener la independencia es una prioridad para las personas con demencia y sus cuidadores, ya que puede retrasar la institucionalización y aliviar la carga del cuidado. Sin embargo, existe escasa evidencia sobre la costo-efectividad de las intervenciones destinadas a preservar la independencia en este grupo.

Objetivo

Estimar cuán efectiva debe ser una intervención hipotética orientada a preservar la

independencia en personas con demencia para considerarse costo-efectiva en comparación con no intervenir.

Métodos

Se construyó un modelo de decisión analítico tipo Markov con horizonte temporal de 10 años y ciclos de 3 meses, desde la perspectiva del sistema sanitario y social en Inglaterra. La cohorte simulada (n=1000) se basó en características de participantes del estudio SENSE-Cog (edad media 80 años, demencia leve-moderada, residentes en comunidad). Los estados de salud se definieron según el nivel de dependencia medido con la *Bristol Activities of Daily Living Scale (BADLS)*: baja (0–14), moderada (15–29) o alta (≥ 30). La intervención se modeló como un desplazamiento porcentual de individuos hacia un nivel de menor dependencia al inicio. Se evaluaron costos sanitarios y sociales, costos de la intervención (£570/persona en el escenario base), utilidades derivadas de EQ-5D-5L y beneficios en calidad de vida expresados en años de vida ajustados por calidad (QALYs). Se calcularon razones costo-efectividad incremental (ICER), considerando como umbral £20,000/QALY. Se realizaron análisis de sensibilidad incluyendo horizonte de 5 años, costos de cuidado informal, diferentes costos de intervención y escenarios de subgrupos.

Resultados

- Con un costo de intervención de £570/persona, se requería un efecto de 7.5% (desplazamiento a menor dependencia) para alcanzar costo-efectividad (ICER £8509/QALY).
- Un efecto del 10% hacía que la intervención fuera dominante (menos costosa y más efectiva que no intervenir).
- Con costo reducido de £250/persona, bastaba un efecto del 2.5% para lograr costo-efectividad, y con £100/persona la intervención dominaba incluso con efectos mínimos ($\sim 1.25\%$).
- Con costos de £1000/persona, se requería un efecto $\geq 12.5\%$ para ser costo-efectiva (ICER £11,143/QALY).
- Al incluir costos de cuidado informal, el efecto requerido aumentó a 12.5% para alcanzar un ICER £17,754/QALY.
- Si la intervención solo beneficiaba a personas con dependencia moderada, también se necesitaba un efecto $\geq 12.5\%$ para ser costo-efectiva (ICER £12,523/QALY).
- Los hallazgos se mantuvieron estables en análisis con horizontes de 5 años y utilidades alternativas (DEM-QoL, DEM-QoL proxy).

Discusión

Preservar la independencia en demencia es potencialmente costo-efectivo, especialmente si las intervenciones son de bajo costo o logran efectos moderados ($\geq 7.5\%$). La inclusión de costos de cuidado informal reduce la probabilidad de costo-efectividad, subrayando la importancia de la perspectiva de análisis (sistema sanitario vs. sociedad). Los resultados son consistentes con literatura previa que apoya intervenciones no farmacológicas orientadas a retrasar la institucionalización. Fortalezas del estudio incluyen el uso de datos robustos (SENSE-Cog y AD2000), un modelo bien estructurado y múltiples análisis de sensibilidad. Limitaciones: el efecto de la intervención se asumió solo al inicio, sin beneficios duraderos; se utilizaron medidas de utilidades que pueden subestimar

cambios derivados de correcciones sensoriales; y no se incluyeron impactos en la salud y calidad de vida de cuidadores informales.

Conclusiones

Las intervenciones para preservar la independencia en personas con demencia pueden ser costo-efectivas y deben considerarse en el desarrollo de programas y políticas. Los Resultados ofrecen una guía práctica sobre costos y tamaños de efecto requeridos. Futuras investigaciones deben evaluar intervenciones reales, considerar su impacto en cuidadores y explorar estrategias específicas para subgrupos de pacientes.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/gps.70132>

BMC Geriatrics

Impact of collaborative pharmaceutical care on older inpatients' medication safety: multicentre stepped-wedge cluster randomised trial (MEDREV Study)

Géraldine Leguelinel-Blache, Sophie Bouvet, Pierrick Bedouch, Bérengère Bachelet, Catherine Chenailier, Thomas Dantin, Laure Geneletti, Alexia Janes, Florence Scher, Bogdan Cireaşă, Jean-Marie Kinowski, Christel Castelli, Clarisse Roux-Marson, Working Group "Valorisation of Pharmacist Interventions" of the French Society of Clinical Pharmacy & MEDREV working group

Abstract

Introducción

La seguridad de la medicación en pacientes hospitalizados mayores requiere cooperación multidisciplinaria centrada en el paciente. Los adultos mayores, con multimorbilidad y polifarmacia, presentan mayor riesgo de errores de medicación (EM). Aunque intervenciones como conciliación, análisis farmacéutico y revisión de medicación han demostrado beneficios por separado, no se había evaluado previamente el impacto clínico de su combinación en un proceso de cuidado farmacéutico colaborativo (CPC) en este grupo etario.

Objetivo

Evaluar el efecto del CPC (conciliación de medicación, análisis farmacéutico, revisión de la prescripción y reunión colaborativa) sobre la seguridad de la medicación en pacientes hospitalizados ≥ 65 años, mediante la reducción de EM en la orden de medicación al ingreso hospitalario.

Métodos

Ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado por conglomerados en diseño *stepped-wedge*, abierto, realizado en seis hospitales universitarios franceses. Cada unidad inició con atención estándar (sin farmacéuticos clínicos) y cada 14 días se randomizó progresivamente a CPC hasta que todos recibieron la intervención. Se incluyeron pacientes ≥ 65 años, admitidos en cuidados médicos agudos (< 21 días de estancia), con consentimiento informado. El desenlace primario fue la proporción de pacientes con ≥ 1 EM

al ingreso (omisiones, dosis errónea, vía de administración incorrecta). Secundarios: impacto clínico de EM, riesgo de eventos adversos a medicamentos (ADEs), aceptación de intervenciones farmacéuticas (IF), duración de hospitalización, reingresos y mortalidad a 30 y 90 días. Se aplicaron modelos mixtos de efectos aleatorios.

Resultados

- 516 pacientes analizados (mediana 78 años; 50,8% hombres).
- Proporción de pacientes con ≥ 1 EM: 88,9% en control vs 29,2% con CPC (OR: 20,8; IC95%: 8,3–52,2; $p < 0.0001$).
- Mediana de EM por paciente: 3 [RIC 1–6] en control vs 0 [RIC 0–1] tras CPC ($p < 0.0001$).
- EM críticos nivel 2–3: 70,8% en control vs 12,0% con CPC (OR: 18,4; IC95%: 7,7–43,9; $p < 0.0001$).
- Distribución de detección de EM: conciliación (39,8%), revisión de medicación (33,9%), análisis farmacéutico (26,3%).
- 696 IF realizadas; 81,4% aceptadas por médicos (cambios principales: añadir 36%, suspender 21,4%, ajustar dosis 18,5%).
- Riesgo elevado de ADE: sin diferencias significativas (28,2% control vs 24,8% CPC; $p = 0.66$).
- Duración media de hospitalización: 7 días [3–10] en control vs 5 días [3–9] con CPC (reducción $\sim 28\%$; $p = 0.0046$).
- Reingresos a 30 días (15% vs 11,4%) y 90 días (41,7% vs 35,5%) y mortalidad a 30 ($p = 0.51$) y 90 días ($p = 0.30$): sin diferencias significativas.

Discusión

El CPC redujo significativamente la frecuencia y gravedad de EM en adultos mayores hospitalizados, mostrando un efecto sinérgico al integrar conciliación, análisis y revisión farmacéutica. La aceptación alta de IF refleja buena integración con médicos. El impacto positivo en la reducción de estancia hospitalaria sugiere relevancia clínica y potencial beneficio económico. Sin embargo, no se observaron diferencias en mortalidad ni reingresos, en consonancia con metaanálisis previos sobre intervenciones farmacéuticas. Limitaciones: heterogeneidad entre centros, intervalos de confianza amplios, y datos faltantes en el periodo control.

Conclusiones

El CPC es eficaz para prevenir EM y mejorar la seguridad de los pacientes mayores hospitalizados, reduciendo significativamente su ocurrencia y la duración de la hospitalización. Los farmacéuticos clínicos son actores clave en la prevención del daño relacionado con medicamentos en el entorno hospitalario. Futuras investigaciones deben explorar impacto económico y continuidad de seguridad post-alta.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06122-1>

Renal function affects the plasma concentration and hematological toxicity of linezolid in elderly patients: a propensity-matched cohort analysis

Bing Liu, Guangrui Geng, Tingting Liu, Lingli Zhou, Fang Wang, Ping Yang, Jiaxin Liu, Junshuai Zhao, Cheng Zhao, Yue Wang, Minna Yang, Jing Fu, Jingyue Chen, Xiaomin Chen, Xiangqun Fang, Lixin Xie, Hongxia Li

Abstract

Introducción

Linezolid es un antibiótico activo contra bacterias grampositivas resistentes, cuya eficacia depende de su concentración plasmática. Su toxicidad hematológica, especialmente la trombocitopenia, se incrementa con concentraciones elevadas. Aunque las guías indican que no requiere ajuste en ancianos, estudios previos sugieren sobreexposición en esta población, especialmente en presencia de disfunción renal. La relación entre función renal, concentraciones plasmáticas (C_{min}) y toxicidad hematológica no había sido clarificada en adultos mayores.

Objetivo

Evaluar el impacto de la función renal en las concentraciones plasmáticas de linezolid (C_{min}) y en la toxicidad hematológica en pacientes ancianos.

Métodos

Estudio de cohorte prospectiva con análisis mediante propensity score matching en cuatro hospitales terciarios de Beijing (mayo 2021 – marzo 2024). Se incluyeron pacientes ≥ 65 años tratados con linezolid (600 mg/12h). Se excluyeron quienes recibieron < 3 días de tratamiento, fármacos que afectaran plaquetas o hemoglobina, transfusiones, terapia de reemplazo renal, insuficiencia hepática grave, datos incompletos o duplicados. Los pacientes fueron clasificados según función renal: normal (eGFR ≥ 90 mL/min/1.73m²) o disfunción renal (eGFR < 90). Se midieron C_{min} en días 3–5 y 6–10 con LC–MS/MS y se monitorizaron recuentos de plaquetas y hemoglobina. Desenlaces: incidencia y gravedad de trombocitopenia asociada a linezolid (LAT) y anemia asociada a linezolid (LAA). Se emplearon t-test, Mann–Whitney U, χ^2 , Kaplan–Meier y regresión logística.

Resultados

- 320 pacientes incluidos; tras PSM, 152 analizados (RN=56, RD=96).
- C_{min} significativamente mayor en RD que en RN:
 - Día 3–5: 21.2 vs. 12.5 mg/L (p < 0.001).
 - Día 6–10: 27.4 vs. 14.8 mg/L (p < 0.001).
- Distribución de C_{min}: mayor proporción de valores > 16 y > 32 mg/L en RD (OR 3.5–5.2; p < 0.05).
- LAT: 42.8% en RN vs. 77.1% en RD (p < 0.001). Riesgo aumentado con disfunción renal: OR 4.485 (IC95%: 2.20–9.14).
- LAA: 46.4% en RN vs. 66.7% en RD (p=0.014). Riesgo aumentado con disfunción renal: OR 2.308 (IC95%: 1.18–4.53).
- Las reducciones absolutas y porcentuales de plaquetas y hemoglobina fueron significativamente mayores en RD (p < 0.05).
- No hubo diferencias en mortalidad a 30 días entre grupos (RN 3.6% vs. RD 4.2%).

Discusión

La disfunción renal duplicó aproximadamente la C_{min} de linezolid y aumentó el riesgo de

LAT y LAA, confirmando la influencia de la función renal en la farmacocinética y toxicidad en ancianos. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos en otras poblaciones. Se sugiere ajustar dosis en ancianos con eGFR <90, aunque aún faltan modelos farmacocinéticos poblacionales específicos. Limitaciones: falta de ajuste de dosis en tiempo real, definiciones heterogéneas de toxicidad, diferencias poblacionales y ausencia de validación de regímenes reducidos.

Conclusiones

La función renal afecta significativamente las concentraciones plasmáticas y la toxicidad hematológica de linezolid en pacientes ancianos. Se recomienda considerar reducción de dosis en aquellos con disfunción renal y desarrollar modelos farmacocinéticos específicos para optimizar esquemas individualizados.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06241-9>

Study protocol for developing deprescribing clinical practice guidelines: evidence-based GRADE methodology and a Delphi consensus method

Hui Wen Quek, Amy Page, Kenneth Lee y Christopher Etherton-Beer

Abstract

Introducción

El envejecimiento poblacional se asocia a multimorbilidad y polifarmacia, que en adultos mayores puede alcanzar hasta un 87%. Aunque algunos medicamentos son necesarios, la polifarmacia inapropiada aumenta riesgos de caídas, síndromes geriátricos, hospitalización y mortalidad. La deprescripción, entendida como la retirada planificada y supervisada de fármacos potencialmente inapropiados, se reconoce como estrategia esencial para optimizar tratamientos, pero enfrenta barreras por la falta de guías clínicas específicas y consistentes. Actualmente existen guías limitadas a ciertos grupos farmacológicos, con poca aplicabilidad a la polifarmacia compleja en adultos mayores.

Objetivo

Desarrollar una guía de práctica clínica para deprescripción de medicamentos comúnmente prescritos a personas de 65 años o más, empleando la metodología GRADE y un proceso de consenso Delphi modificado, con el fin de apoyar la toma de decisiones clínicas y alinearse con la iniciativa global de la OMS “Medicines Without Harm”.

Métodos

Se sigue un diseño en dos fases: (1) síntesis de evidencia mediante revisión sistemática y metaanálisis actualizados sobre deprescripción en adultos mayores, evaluando certeza con GRADE; (2) construcción de consenso cuando la evidencia sea insuficiente, aplicando un método Delphi modificado con ≥ 20 expertos multidisciplinarios y representantes de pacientes/carers. La guía se enfocará en los 100 medicamentos más dispensados a mayores de 65 años según el Australian Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS), excluyendo fármacos de uso agudo o intermitente. El comité de dirección coordinará el desarrollo y supervisión, mientras que el grupo de desarrollo incluirá clínicos, farmacéuticos, economistas de la salud, metodólogos,

especialistas en implementación, así como pacientes y cuidadores. Todos declararán conflictos de interés. Las recomendaciones se clasificarán en: basadas en evidencia, basadas en consenso o declaraciones de buena práctica. El consenso Delphi se definirá como $\geq 75\%$ de acuerdo. La guía será revisada por expertos externos independientes (AGREE-II), sometida a consulta pública y posteriormente difundida mediante plataformas digitales, redes profesionales y eventos científicos.

Resultados

- El protocolo establece la metodología para generar recomendaciones sólidas y prácticas de deprescripción en adultos mayores.
- Se aplicará un marco sistemático (GRADE EtD) considerando beneficios y riesgos, valores de pacientes, factibilidad, equidad, aceptabilidad y recursos.
- La revisión sistemática actualizada mostró evidencia sobre mortalidad, calidad de vida, función cognitiva, eventos adversos de retirada y cambios en regímenes farmacológicos, que se integrarán en las recomendaciones.
- Para áreas con falta de evidencia, se desarrollarán consensos Delphi o se identificarán “Áreas de Debate”.
- Se contemplan mecanismos para minimizar riesgos de la deprescripción (p. ej., retirada gradual, monitorización, posibilidad de reinstauración de tratamiento).

Discusión

El protocolo aborda los desafíos metodológicos y prácticos de elaborar una guía de gran alcance en un contexto de recursos limitados. Reconoce limitaciones: el uso exclusivo de datos del PBS (excluyendo medicamentos OTC y privados), y la dependencia de una única revisión sistemática amplia. La inclusión de expertos y pacientes garantiza relevancia clínica y factibilidad de implementación. La guía busca complementar guías existentes de clases farmacológicas específicas, ofreciendo orientación transversal y aplicable a la polifarmacia en geriatría. La diseminación amplia y la retroalimentación comunitaria pretenden mejorar su adopción y vigencia.

Conclusiones

La guía resultante proporcionará a clínicos y cuidadores recomendaciones basadas en evidencia y consenso para la deprescripción en personas mayores, promoviendo seguridad, efectividad y alineación con valores del paciente. Contribuirá a reducir daños evitables por medicamentos y a mejorar la práctica clínica en geriatría. Futuras actualizaciones podrán ampliar la base de evidencia y refinar las recomendaciones.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06202-2>

Cost trends of potentially inappropriate medications among older adults between 2012 and 2021 in Quebec, Canada: a population-based repeated cross-sectional study

Magalie Gagnon, Jason Robert Guertin, Caroline Sirois, Marc Simard, Benoît Cossette, Marie-Eve Gagnon

Abstract

Introducción

El envejecimiento poblacional en Quebec ha incrementado el uso de medicamentos, representando un gran peso financiero para el sistema público de salud. Los medicamentos potencialmente inapropiados (PIMs), definidos por los criterios Beers, son frecuentes en adultos mayores y se asocian con efectos adversos y hospitalizaciones. En Canadá, cerca de la mitad de los adultos mayores consumen al menos un PIM, con mayor prevalencia en mujeres. A pesar de iniciativas para mejorar la prescripción y promover la deprescripción, los costos reales directos de los PIMs no habían sido claramente estimados en Quebec.

Objetivo

Estimar las tendencias en los costos directos de PIMs entre 2012 y 2021 en mujeres y hombres de ≥ 65 años cubiertos por el plan público de medicamentos de Quebec.

Métodos

Se realizó un estudio retrospectivo de corte transversal repetido con datos administrativos de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Se incluyeron adultos ≥ 65 años asegurados por el régimen público ($\approx 90\%$ de la población de esa edad). Se calcularon costos directos (medicamentos y honorarios profesionales cubiertos por el seguro público, sin copagos de pacientes) de 16 clases de PIMs, definidos según los criterios Beers 2015 (2012–2018) y 2019 (2019–2021). Se analizaron tendencias estratificadas por sexo y grupo etario (65–74, 75–84, ≥ 85 años). Se estimaron costos totales, promedio por afiliado y prevalencias de uso. Los costos fueron ajustados a dólares canadienses de 2024. Se aplicaron regresiones lineales univariadas con IC95%.

Resultados

- Los costos totales de PIMs disminuyeron de \$206 millones en 2012 a \$186 millones en 2021 ($-9,7\%$), equivalentes al 5,4% del gasto público en medicamentos en adultos mayores; la tendencia no fue estadísticamente significativa (pendiente: $-2,9$ millones; IC95% $-17,4$ a $11,6$).
- Las mujeres presentaron costos mayores en todos los grupos etarios, con reducción de \$140M a \$121M; en hombres los costos fueron estables (\$66M a \$65M).
- El costo promedio por afiliado cayó de \$179 a \$119 ($-33,5\%$); en mujeres de \$216 a \$142 ($-34,3\%$) y en hombres de \$132 a \$92 ($-30,3\%$).
- Los grupos de 75–84 y ≥ 85 años mostraron mayores costos promedio.
- Las clases más costosas fueron: inhibidores de la bomba de protones (PPIs), benzodiazepinas, antipsicóticos, antidepresivos, estrógenos (mujeres) e hipoglucemiantes (hombres).
- Los costos de PPIs disminuyeron mientras aumentó la prevalencia de usuarios; los de benzodiazepinas bajaron junto con su prevalencia; los de antipsicóticos mostraron ligera tendencia ascendente.
- Las cinco clases más costosas representaron en promedio 93% del gasto total en PIMs.

Discusión

El estudio evidencia que los PIMs siguen representando un gasto considerable para el sistema público, aunque con leve tendencia descendente en la última década. Las mujeres

tuvieron costos más altos, pero también una reducción más marcada que los hombres. PPIs y benzodiazepinas fueron los principales contribuyentes económicos. Las regulaciones (p. ej. precios máximos reembolsables y códigos de excepción) tuvieron efectos limitados y temporales en PPIs, mientras que la reducción de benzodiazepinas probablemente reflejó esfuerzos de concienciación y actualizaciones de criterios Beers. Comparado con estimaciones nacionales, los costos de Quebec fueron más bajos, aunque las diferencias metodológicas limitan comparaciones directas. Persisten limitaciones por ausencia de datos clínicos y exclusión de costos indirectos (hospitalizaciones, atención médica asociada).

Conclusiones

Los costos directos de PIMs en adultos mayores de Quebec se mantuvieron relativamente estables entre 2012 y 2021, con una leve disminución no significativa. Optimizar la prescripción y promover la deprescripción son estrategias clave para reducir tanto los costos directos como el impacto en salud. Se requiere investigación que cuantifique los costos indirectos y el impacto social de los PIMs, así como evaluaciones costo-efectividad de las intervenciones regulatorias y de deprescripción.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06235-7>

Tailored interventions for inappropriate psychotropic drug use in nursing home residents with dementia: participatory action research in a special case of a stepped-wedge cluster randomized controlled trial

Claudia M. Groot Kormelinck, Debby L. Gerritsen, Charlotte F. van Teunenbroek, Michiel R. de Boer, Martin Smalbrugge, Sytse U. Zuidema[^]

Abstract

Introducción

La demencia afecta a más de 55 millones de personas en el mundo y la mayoría desarrolla síntomas neuropsiquiátricos. En residencias de mayores, el uso de fármacos psicotrópicos es frecuente (61% en Países Bajos), aunque su eficacia es limitada y los efectos adversos relevantes. Las guías recomiendan intervenciones psicosociales como primera línea, pero la implementación suele ser deficiente por barreras organizacionales, cargas laborales y resistencia del personal. Intervenciones estandarizadas han mostrado efectos modestos, lo que motiva estrategias adaptadas al contexto y basadas en investigación-acción participativa.

Objetivo

Evaluar la efectividad de la intervención *Reducing Inappropriate psychotropic Drug use* (RID), diseñada para reducir el uso inapropiado y la frecuencia de prescripción de psicotrópicos en personas con demencia residentes en unidades psicogeríatras, mediante un enfoque de acción participativa y coaching externo.

Métodos

Se realizó un ensayo multicéntrico en 16 residencias de Países Bajos, con un diseño *stepped-wedge* de dos fases (8 y 16 meses). Participaron residentes con diagnóstico de demencia y esperanza de vida ≥ 3 meses. La intervención RID incluyó: formación de equipos multidisciplinarios, análisis de problemas, provisión de información adaptada, reflexión guiada, planificación de acciones y acompañamiento de un coach externo. Se midió como desenlace primario la inadecuación del uso de psicotrópicos (índice APID, rango 0–102.8, mayores valores = menor adecuación). El desenlace secundario fue la proporción de residentes con uso de psicotrópicos. Se aplicaron modelos multinivel (para APID) y modelos GEE (para uso de psicotrópicos).

Resultados

- No se encontraron diferencias significativas en el índice APID a los 8 meses (0.564; IC95% -2.449–3.577; $p=0.71$) ni a los 16 meses (2.165; IC95% -1.113–5.443; $p=0.20$).
- Se observó reducción en el uso global de psicotrópicos a los 16 meses (OR 0.654; IC95% 0.481–0.889; $p=0.007$).
- Subgrupos:
 - Ansiolíticos: reducción a 16 meses (OR 0.573; IC95% 0.382–0.859; $p=0.007$).
 - Antidepresivos: reducción a 16 meses (OR 0.678; IC95% 0.475–0.968; $p=0.033$).
 - No se encontraron efectos claros en antipsicóticos ni hipnóticos.
- Los análisis de sensibilidad confirmaron la dirección de los efectos, aunque con tamaños menores al excluir residencias con baja implementación.

Discusión

El enfoque adaptado al contexto redujo el uso de psicotrópicos, pero no mejoró la adecuación de las prescripciones. Esto puede explicarse porque las residencias priorizaron implementar alternativas psicosociales para disminuir el uso global, más que modificar conductas de prescripción médica. La metodología PAR-RCT permitió explorar barreras y facilitar la implementación, aunque la variabilidad en la participación de médicos y la libertad en el diseño local de planes limitó el impacto en el criterio de adecuación. Fortalezas del estudio incluyen el diseño innovador y la repetición de ciclos de implementación; limitaciones abarcan pérdida de seguimiento, falta de cegamiento y posible sesgo de selección de residencias motivadas.

Conclusiones

La intervención RID no mejoró la adecuación de las prescripciones, pero redujo el uso total de psicotrópicos, especialmente ansiolíticos y antidepresivos. Se requieren futuras estrategias que combinen intervenciones psicosociales multicomponente con acciones dirigidas específicamente a modificar la conducta prescriptiva de los médicos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06206-y>

Pattern and Associated Factors of Benzodiazepine Discontinuation Among Older Adults Following Hospitalization

Chun-Ting Yang, James M. Wilkins, Kevin T. Pritchard, Qiaoxi Chen, Yichi Zhang, Dae Hyun Kim, Kueiyu Joshua Lin

Abstract

Introducción

El uso prolongado de benzodiazepinas (BZD) después de la hospitalización en adultos mayores aumenta el riesgo de dependencia y eventos adversos graves (deterioro cognitivo, caídas, accidentes). Aunque la prescripción de BZD en hospitalizados es frecuente, existe escasa evidencia sobre los patrones de discontinuación y los factores asociados en pacientes mayores que inician el fármaco tras el alta hospitalaria.

Objetivo

Evaluar las tasas de discontinuación de BZD y los factores clínicos y demográficos asociados en adultos ≥ 65 años que iniciaron tratamiento con BZD tras hospitalización, sin antecedentes psiquiátricos ni indicaciones crónicas de uso.

Métodos

Estudio de cohorte retrospectivo con base en la **Optum Clinformatics Data Mart (2004–2025)**. Se incluyeron 33,449 adultos ≥ 65 años con una primera prescripción de BZD dentro de los 30 días posteriores al alta hospitalaria. Se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos, abuso de alcohol, epilepsia, cuidados paliativos u hospicio, y quienes usaban psicotrópicos antes de la hospitalización. La discontinuación se definió como un intervalo >15 días tras finalizar la última receta. Se calcularon tasas de discontinuación con Kaplan–Meier y modelos ponderados por riesgo competitivo de muerte (IPW). Factores asociados se analizaron mediante modelos de riesgos proporcionales de Cox. Se realizaron análisis de sensibilidad variando la definición de discontinuación (7, 15 y 30 días) y la ventana post-alta (7 vs. 30 días).

Resultados

- Edad media: 73.1 años (DE 5.8); 51.7% hombres.
- A los 30, 60 y 90 días, las tasas IPW de discontinuación fueron 53.3% (IC95%: 52.7–53.8), 86.7% (86.3–87.1) y 92.6% (92.3–93.0).
- En 2004, la discontinuación a 30 días era 31.7% (29.5–33.9), mientras que en 2024 ascendió a 71.1% (68.7–73.5), con un aumento anual de 4%.
- Factores asociados con menor probabilidad de discontinuar BZD:
 - Insomnio (HR=0.66, IC95%: 0.63–0.69)
 - Fragilidad moderada-severa (HR=0.82, IC95%: 0.75–0.90)
 - Inicio de antidepresivos tras hospitalización (HR=0.80, IC95%: 0.76–0.85)
 - Inicio de antipsicóticos atípicos tras hospitalización (HR=0.90, IC95%: 0.82–0.99)
- Factores asociados con mayor discontinuación:

- Uso de BZD de acción prolongada vs. corta/intermedia (HR=1.30, IC95%: 1.26–1.34)
- Edad ≥85 años (HR=1.17, IC95%: 1.09–1.25)
- Hospitalización por enfermedades infecciosas (HR=1.23, IC95%: 1.16–1.31) o neurológicas (HR=1.23, IC95%: 1.10–1.37)
- Prescripción de haloperidol tras hospitalización (HR=1.72, IC95%: 1.54–1.92)
- A pesar de la mejoría temporal, ~15% de los pacientes continuaban en uso de BZD a los 2 meses.

Discusión

La discontinuación de BZD tras hospitalización ha mejorado en dos décadas, probablemente por políticas regulatorias y concienciación clínica. Sin embargo, persiste el uso prolongado en subgrupos vulnerables, especialmente quienes presentan insomnio, fragilidad y uso concomitante de otros psicotrópicos. El insomnio representa un reto particular debido al riesgo de insomnio de rebote y falta de alternativas terapéuticas accesibles. Los hallazgos subrayan la necesidad de estrategias dirigidas de deprescripción, intervenciones educativas (p. ej., programas tipo EMPOWER) y un mayor enfoque en pacientes frágiles. Limitaciones incluyen posible sesgo de clasificación por datos administrativos, falta de información sobre sustitución por otros hipnóticos y ausencia de variables socioeconómicas o de conducta.

Conclusiones

La tasa de discontinuación de BZD tras hospitalización en adultos mayores sin antecedentes psiquiátricos ha aumentado entre 2004 y 2025. Sin embargo, aproximadamente 15% mantienen el tratamiento más allá de 2 meses, sobre todo con antecedentes de insomnio y fragilidad. Se requieren intervenciones de deprescripción focalizadas en estos grupos para reducir el riesgo de dependencia y eventos adversos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.70018>

Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA)

Creating a Clinical Care Pathway for Depressive Symptoms and Disorders in Long-Term Care: A Modified Delphi Process

Kayla Atchison, Andrea Gruneir, Jason Sutherland, Matthias Hoben, Dallas Seitz, Zahra Goodarzi

Abstract

Introducción

La depresión afecta hasta al 44% de los residentes en cuidados de larga duración (LTC), asociándose con peor calidad de vida y deterioro funcional. Sin embargo, la detección, diagnóstico y tratamiento en este entorno son insuficientes. Las herramientas actuales,

como la *Depression Rating Scale* del RAI-MDS, son inexactas, y las barreras incluyen alta prevalencia de demencia, falta de formación del personal y recursos limitados. Ante esta brecha, se propuso crear una vía clínica estandarizada para la identificación y manejo de síntomas y trastornos depresivos en residentes de LTC.

Objetivo

Desarrollar, mediante consenso experto y evidencia disponible, una vía clínica para la detección, diagnóstico y tratamiento de depresión en residentes de LTC en Canadá.

Métodos

Se utilizó un proceso Delphi modificado (2024) con rondas sucesivas de encuestas online hasta lograr consenso. Los participantes fueron 39 personas con experiencia en depresión en LTC (enfermería, médicos, personal aliado, gestores, cuidadores familiares y residentes). La primera ronda tuvo 39 respuestas y la segunda 26 (66.7%). El consenso se definió como mediana ≥ 6 (en escala Likert de 7 puntos) o $=3$ (en escala de 3 puntos) e IQR ≤ 1 . Se generaron y revisaron en dos rondas enunciados sobre detección, identificación de factores contribuyentes, manejo y coordinación del cuidado.

Resultados

- Se consensuaron enunciados organizados en 4 categorías:
 - **Detección:** necesidad de educación para todo el personal; evaluación inicial al ingreso y reevaluación periódica; recomendación de herramientas validadas (CSDD, GDS, PHQ-9, RAI-MDS-DRS); considerar impacto de deterioro cognitivo.
 - **Identificación de factores:** diferenciar depresión crónica vs de nueva aparición; valorar edad de inicio, recurrencias y factores contribuyentes con participación de familiares/cuidadores.
 - **Manejo:** plan centrado en el residente enfocado en independencia y función; priorizar intervenciones no farmacológicas (ofrecidas a todos independientemente de la severidad); fármacos considerados en síntomas graves, refractarios o según preferencias; revisión formal del ánimo a las 6–8 semanas de iniciar tratamiento.
 - **Coordinación del cuidado:** involucrar equipos especializados (geriatria, cuidados paliativos, equipos interdisciplinarios) en casos complejos.
- Algunos enunciados fueron controversiales (tiempo de evaluación inicial, reevaluación tras farmacoterapia, uso de herramientas de cribado, rol del médico responsable). Estos se ajustaron con lenguaje inclusivo y colaboración interdisciplinaria.
- Pasos críticos requieren recursos adicionales: formación del personal en detección de depresión, acceso a herramientas validadas, disponibilidad de intervenciones no farmacológicas (p. ej., psicoterapia, terapia recreativa), y más profesionales aliados.
- La vía integra prácticas actuales y propone cambios como uso sistemático de herramientas más precisas que el DRS, inclusión de psicoterapia y programas multidisciplinarios probados (p. ej., *Act in Case of Depression, STA OP!*).

Discusión

El proceso Delphi permitió combinar evidencia con la experiencia de múltiples actores,

logrando un consenso amplio en torno a una vía clínica novedosa para el contexto canadiense. Se destacaron dificultades en recursos, capacitación y roles, así como la necesidad de adaptar las herramientas a residentes con demencia. El documento aporta pasos claros para cerrar la brecha entre evidencia y práctica, pero su implementación requiere investigación adicional sobre barreras estructurales y estrategias de adopción.

Conclusiones

Se desarrolló una vía clínica colaborativa y basada en evidencia para la depresión en LTC, primera en su tipo en Canadá. Proporciona pasos prácticos para mejorar detección, diagnóstico y manejo de la depresión en residentes, con potencial de estandarizar la atención y mejorar

Resultados. Futuras investigaciones deben evaluar barreras de implementación y escalabilidad nacional.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2025.105791>

Pharmacotherapy

Relationship of the revised anticholinergic drug scale with cultured cell-based serum anticholinergic activity and cognitive measures in older adults with mild cognitive impairment or remitted depression

Ryan M. Carnahan, Susmita Chandramouleeshwaran, Naba Ahsan, Roger Raymond, Jose N. Nobrega, Wei Wang, Corinne E. Fischer, Alastair J. Flint, Nathan Herrmann, Sanjeev Kumar, Krista L. Lanctôt, Linda Mah, Benoit H. Mulsant, Bruce G. Pollock, Tarek K. Rajji

Abstract

Introducción

El uso de medicamentos con propiedades anticolinérgicas está asociado con efectos adversos, especialmente en adultos mayores, incluyendo deterioro cognitivo. La Anticholinergic Drug Scale (ADS) es una herramienta frecuentemente utilizada para cuantificar dicha exposición. Desde su publicación en 2006, la escala ha sido revisada para incluir más fármacos y mejorar la consistencia de sus calificaciones. Este estudio examina la relación entre esta versión revisada (rADS) y la actividad anticolinérgica sérica basada en cultivos celulares (cSAA), así como su asociación con el rendimiento cognitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo leve (MCI), depresión mayor remitida (rMDD) o ambos diagnósticos.

Objetivo

Evaluar la asociación entre la puntuación total de la rADS con la cSAA y con las medidas cognitivas en una muestra de adultos mayores con MCI, rMDD o ambos, participantes en el estudio PACT-MD.

Métodos

Se realizó un análisis transversal utilizando datos del estudio PACt-MD, un ensayo clínico aleatorizado en Toronto. La muestra consistió en 310 adultos mayores. Se calculó la puntuación total de la rADS como la suma de calificaciones de todos los medicamentos consumidos. La cSAA se midió en suero utilizando una técnica basada en el desplazamiento de [3H]QNB en células con receptores muscarínicos M1. Las pruebas cognitivas incluyeron evaluaciones de funciones ejecutivas, lenguaje, memoria verbal y visual, velocidad de procesamiento y memoria de trabajo. Se utilizó correlación de Spearman para cSAA y regresión multivariable para la cognición.

Resultados

El puntaje total de la rADS mostró una correlación positiva, aunque débil, con los niveles de cSAA ($r = 0.178$, $p = 0.0016$). Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre la rADS y las medidas de rendimiento cognitivo. Un 70% de los participantes tuvo una puntuación rADS de 0, reflejando posiblemente una mayor conciencia clínica sobre los riesgos de fármacos anticolinérgicos. Aunque el uso de medicamentos con puntuación de nivel 2 o 3 fue bajo, se observó actividad anticolinérgica sérica en algunos individuos sin fármacos clasificados como anticolinérgicos.

Discusión

El estudio confirma una asociación modesta entre la rADS y cSAA, coherente con estudios previos sobre la versión original de la ADS. La ausencia de correlación con el rendimiento cognitivo puede deberse a múltiples factores, como el tipo de diagnóstico, la función cognitiva premórbida o el uso de otros medicamentos. Se destaca la utilidad ampliada de la rADS al incluir el doble de fármacos que la versión anterior, con calificaciones revisadas basadas en nueva evidencia, así como una mejor clasificación de los compuestos de amonio cuaternario. Sin embargo, se reconoce que el efecto clínico acumulativo de medicamentos con puntuaciones bajas podría ser relevante y que futuros estudios deben considerar factores como dosis y farmacocinética.

Conclusiones

La rADS representa una mejora respecto a la escala original, al ampliar el número de medicamentos evaluados y revisar las calificaciones de acuerdo con la evidencia más reciente. Aunque la asociación con cSAA fue modesta y no se observó relación con la cognición, la escala revisada proporciona una herramienta más robusta para evaluar la carga anticolinérgica en investigaciones y potencialmente en práctica clínica, especialmente en poblaciones vulnerables como adultos mayores con trastornos cognitivos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1002/phar.70022>