

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA **NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2024:** Selección de artículos

REVISTAS GERIÁTRICAS

The association between medication use and health-related quality of life in multimorbid older patients with polypharmacy

Charlotte Falke, Fatma Karapinar, Marcel Bouvy, Mariëlle Emmelot, Svetlana Belitser, Benoit Boland, Denis O'Mahony, Kevin D. Murphy, Moa Haller, Paola Salari, Matthias Schwenkglens, Nicolas Rodondi, Toine Egberts & Wilma Knol

Introducción

La polifarmacia en pacientes mayores con multimorbilidad plantea riesgos significativos para su calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL, por sus siglas en inglés). Este estudio explora cómo diferentes factores asociados al uso de medicamentos influyen en la HRQoL en pacientes hospitalizados, usando datos del ensayo OPERAM. Se busca identificar patrones y factores críticos que puedan guiar estrategias para optimizar la farmacoterapia en esta población vulnerable.

Métodos

- **Diseño del estudio:** Estudio transversal basado en datos del brazo de intervención del ensayo OPERAM.
- **Población:** Pacientes hospitalizados mayores de 70 años con polifarmacia.
- **Evaluación de HRQoL:**
 - **EQ-VAS:** Escala visual analógica para medir la percepción global de salud.
 - **EQ-5D Index Score:** Mide cinco dimensiones de salud con puntuación entre 0 y 1.
- **Factores analizados:**
 - **Polifarmacia extrema (≥ 10 medicamentos)**
 - **Carga anticolinérgica y sedativa**
 - **Apropiación de medicamentos (criterios STOPP/START)**
 - **Medicamentos de alto riesgo para readmisión hospitalaria**
 - **Complejidad del régimen farmacológico**
 - **Adherencia al tratamiento**
- **Análisis estadístico:** Regresión logística multivariable para evaluar asociaciones entre los factores relacionados con el uso de medicamentos y la HRQoL.

Resultados

Características de los participantes

- **Tamaño de la muestra:** 955 pacientes.
- **Edad media:** 79 años.
- **Género:** 46% mujeres.

- **Mediana de EQ-VAS:** 60.
- **Mediana de EQ-5D:** 0.60.
- **Factores asociados a una menor HRQoL**
 - **EQ-VAS (percepción global de salud):**
 - Uso de opioides (aOR: 1.59; IC 95%: 1.11–2.30).
 - Polifarmacia extrema (aOR: 1.37; IC 95%: 1.05–1.80).
 - Complejidad alta del régimen (aOR: 1.53; IC 95%: 1.10–2.15).
 - Uso de antibióticos (aOR: 1.64; IC 95%: 1.01–2.68).
 - **EQ-5D (dimensiones de salud):**
 - Carga anticolinérgica y sedativa alta (aOR: 1.73; IC 95%: 1.11–2.69).
 - Uso de benzodiazepinas (aOR: 2.01; IC 95%: 1.22–3.35).
 - Omisiones múltiples en la prescripción (aOR: 1.94; IC 95%: 1.19–3.17).

Discusión y Conclusiones

Impacto del uso de medicamentos: Factores como la complejidad del régimen y la carga anticolinérgica y sedativa afectan negativamente la calidad de vida en pacientes mayores con polifarmacia.

Implicaciones clínicas:

- La complejidad farmacológica surge como un factor novedoso que debe ser considerado al evaluar el uso de medicamentos en esta población.
- Optimizar la farmacoterapia, evitando el uso innecesario de opioides, benzodiazepinas y otros medicamentos de alto riesgo, puede mejorar la HRQoL.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s41999-024-01036-4>

Age and Ageing

Deprescribing Antihypertensive Medication in Frail Older Adults: Balancing the Complexities of Polypharmacy and Individualised Care

Rob J. van Marum

Introducción:

La polifarmacia y la prescripción inapropiada son prevalentes en casi la mitad de los adultos mayores y están asociadas con eventos adversos graves como caídas, deterioro cognitivo, y mortalidad. El tratamiento farmacológico preventivo, como los antihipertensivos (AHT), se vuelve cada vez más cuestionable en pacientes frágiles con multimorbilidad o en etapas avanzadas de la vida, donde las metas terapéuticas se centran en la calidad de vida en lugar de la extensión de esta.

Objetivo:

Explorar las complejidades y justificaciones para la deprescripción de AHT en adultos

mayores frágiles, destacando los hallazgos del estudio *DANTON* y su relevancia en la optimización farmacoterapéutica.

Métodos:

Se revisaron los resultados del estudio *DANTON* (Discontinuation of Antihypertensive Treatment in Older People with Dementia Living in a Nursing Home), un ensayo clínico aleatorizado abierto con evaluación de resultados cegada. Este estudio evaluó si la interrupción de AHT podía reducir síntomas neuropsiquiátricos y mejorar la calidad de vida (QoL) en residentes con demencia. Se interrumpió prematuramente después de enrolar 194 de los 492 pacientes planificados debido a un análisis interino que indicaba resultados adversos serios (SAEs) sin beneficios significativos en los desenlaces primarios.

Resultados:

1. Datos del Estudio DANTON:

- No se observaron diferencias significativas en síntomas neuropsiquiátricos ni QoL entre los grupos de discontinuación y cuidado habitual.
- Los SAEs ocurrieron en el 36% del grupo de discontinuación y el 24% del grupo de cuidado habitual.
- A las 32 semanas, los resultados favorecieron el cuidado habitual.

2. Hallazgos Relevantes:

- No se observaron efectos beneficiosos significativos de la discontinuación en desenlaces fluctuantes como los síntomas neuropsiquiátricos o QoL.
- Las tasas de eventos adversos graves no demostraron ser estadísticamente diferentes, y los eventos cardiovasculares no fueron los responsables predominantes.

3. Complejidades en la Deprescripción:

- En situaciones donde las metas de tratamiento cambian (por ejemplo, cuidados al final de la vida), la discontinuación de AHT puede ser razonable.
- La deprescripción puede implicar riesgos a corto plazo, como efectos rebote (taquicardia con betabloqueantes) y, a largo plazo, un mayor riesgo de eventos cardiovasculares mayores (MACE).

Discusión:

La deprescripción de AHT en adultos mayores frágiles debe ser parte de una optimización farmacoterapéutica integral que considere el contexto individual, las metas de tratamiento, y la participación activa de pacientes y cuidadores mediante una planificación anticipada y la toma de decisiones compartida. Aunque el estudio *DANTON* no demuestra de manera concluyente que la deprescripción sea insegura, subraya las complejidades inherentes al proceso y la necesidad de un enfoque equilibrado.

Conclusiones:

La deprescripción de AHT puede estar indicada en ciertos pacientes frágiles donde las metas de tratamiento han cambiado. Sin embargo, esto requiere un enfoque individualizado y una consideración cuidadosa de los riesgos y beneficios potenciales, en un marco de decisiones informadas y monitoreo continuo.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ageing/afae267>

Journal of the American Geriatrics Society

Rates and Predictors of Opioid Deprescribing After Fracture: A Retrospective Study of Medicare Fee-for-Service Claims

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

Introducción:

Los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer y demencias relacionadas (ADRD) o fragilidad son especialmente vulnerables a fracturas, y con frecuencia se les prescriben opioides para el manejo del dolor. Documentar las tasas de discontinuación de opioides y los factores predictores en esta población puede informar las guías clínicas, identificar disparidades y optimizar las estrategias de manejo del dolor.

Objetivo:

Examinar las tasas y los factores asociados con la discontinuación de opioides en adultos mayores sin experiencia previa con opioides, tras el inicio de estos medicamentos debido a una fractura aguda.

Métodos:

1. **Diseño del estudio:** Retrospectivo de cohortes.
2. **Población:** Beneficiarios de Medicare ≥ 65 años (N = 33,027) sin uso previo de opioides, que llenaron una receta de opioides dentro de los 30 días posteriores a una fractura vertebral, de extremidad inferior o superior, entre 2013 y 2018.
3. **Clasificación:**
 - ADRD (sí/no).
 - Fragilidad (sí/no) usando algoritmos validados.
4. **Desenlace principal:** Discontinuación de opioides definida como una brecha de 30 días en el suministro.
5. **Análisis:**
 - Tasas de discontinuación mediante el método Kaplan–Meier.
 - Identificación de predictores con regresión de riesgos proporcionales de Cox ajustada por características demográficas, estado de salud, utilización de servicios y año.

Resultados:

1. **Tasas de discontinuación:**
 - No frágiles sin ADRD: 81% (IC 95%, 80%–81%).
 - No frágiles con ADRD: 83% (IC 95%, 81%–84%).
 - Frágiles con ADRD: 76% (IC 95%, 75%–77%).
 - Frágiles sin ADRD: 77% (IC 95%, 75%–78%).
2. **Factores asociados con discontinuación:**

- Beneficiarios con fragilidad y ADRD (HR: 0.90; IC 95%, 0.87–0.93) y aquellos con fragilidad sola (HR: 0.85; IC 95%, 0.82–0.89) tuvieron menor probabilidad de discontinuar opioides comparado con quienes no tenían ADRD ni fragilidad.
- ADRD sin fragilidad no mostró una asociación significativa (HR: 1.06; IC 95%, 1.01–1.10).

3. Implicaciones:

- La menor tasa de discontinuación en pacientes frágiles podría reflejar una mayor necesidad de manejo del dolor o desafíos en la desprescripción debido a factores clínicos o sociales.

Conclusiones:

La fragilidad se asocia con una menor probabilidad de discontinuar opioides tras una fractura aguda en adultos mayores, mientras que la presencia de ADRD no parece influir significativamente. Es necesario explorar cómo las preferencias del paciente y del proveedor influyen en las prácticas de desprescripción de opioides para optimizar el manejo del dolor en esta población vulnerable.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.19290>

The Anticholinergic Burden in Patients with Chronic Kidney Disease: Patterns, Risk Factors, and the Link with Cognitive Impairment

Agathe Mouheb, Hélène Levassort, Ziad A. Massy, Christian Jacquelinet, Maurice Laville, Natalia Alencar de Pinho, Marion Pépin, et al.

Introducción:

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) tienen un riesgo elevado de deterioro cognitivo (CI). Los medicamentos con actividad anticolinérgica son conocidos por sus efectos adversos sobre el sistema nervioso central. Este estudio evaluó la relación entre la carga anticolinérgica y el deterioro cognitivo en pacientes con ERC, analizando los patrones de prescripción, los factores de riesgo asociados y la asociación con el rendimiento cognitivo.

Objetivo:

1. Describir las prescripciones de medicamentos con actividad anticolinérgica.
2. Analizar los factores asociados a estas prescripciones.
3. Evaluar la asociación entre la carga anticolinérgica y el deterioro cognitivo en pacientes con ERC.

Métodos:

1. **Diseño del estudio:** Cohorte prospectiva (*CKD-REIN*).
2. **Población:** Pacientes ambulatorios de nefrología con diagnóstico confirmado de ERC (eGFR <60 mL/min/1.73 m²).
3. **Datos recolectados:**
 - Prescripciones registradas durante un seguimiento de 5 años.

- Evaluación cognitiva inicial mediante el Mini Mental State Examination (MMSE).
- Deterioro cognitivo definido como MMSE <24/30.
- Carga anticolinérgica calculada sumando los puntajes del *Anticholinergic Cognitive Burden* (ACB) de los medicamentos prescritos al inicio.

4. Análisis:

- Regresión logística multinomial para factores asociados con la carga anticolinérgica.
- Regresión logística para evaluar la asociación entre la carga anticolinérgica y el deterioro cognitivo.

Resultados:

1. Características de la población:

- 3007 pacientes incluidos (edad mediana 69 años, 65% hombres).
- 52% tomaban al menos un medicamento con propiedades anticolinérgicas.
 - Carga anticolinérgica baja: 70% (1092 pacientes).
 - Moderada: 19% (294 pacientes).
 - Alta: 11% (163 pacientes).

2. Factores asociados con alta carga anticolinérgica:

- Historia de trastornos neurológicos/psiquiátricos (OR: 1.88; IC 95%: 1.29–2.74).
- Mayor número de medicamentos diarios (OR: 1.53; IC 95%: 1.45–1.61).

3. Asociación con deterioro cognitivo:

- Los pacientes con alta carga anticolinérgica tuvieron mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo en comparación con aquellos sin carga anticolinérgica (OR: 1.76; IC 95%: 1.12–2.75), incluso tras ajustar por factores sociodemográficos, comorbilidades, datos de laboratorio y número de medicamentos diarios.

Conclusiones:

La carga anticolinérgica es prevalente en pacientes con ERC y se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo. Estos hallazgos subrayan la importancia de una prescripción cautelosa de medicamentos con propiedades anticolinérgicas en esta población vulnerable.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.19283>

Barriers and Enablers of Deprescribing in Older Adults: Trainee's Perspectives

S. Nachammai Vidhya, Reshma Aziz Merchant

Introducción:

La polifarmacia e indicaciones inapropiadas son prevalentes en casi la mitad de los adultos mayores, lo que aumenta los riesgos de caídas, fragilidad y mortalidad. Aunque la deprescripción ha demostrado mitigar estos riesgos, sigue siendo un desafío debido a la multimorbilidad, la falta de guías específicas y la fragmentación en la práctica clínica. Este

estudio, como parte de un proyecto de mejora de calidad, busca identificar las barreras y facilitadores de la desprescripción desde la perspectiva de médicos en formación.

Objetivo:

Identificar los obstáculos y facilitadores para la desprescripción entre médicos residentes, informando intervenciones que promuevan prácticas de prescripción más seguras en adultos mayores.

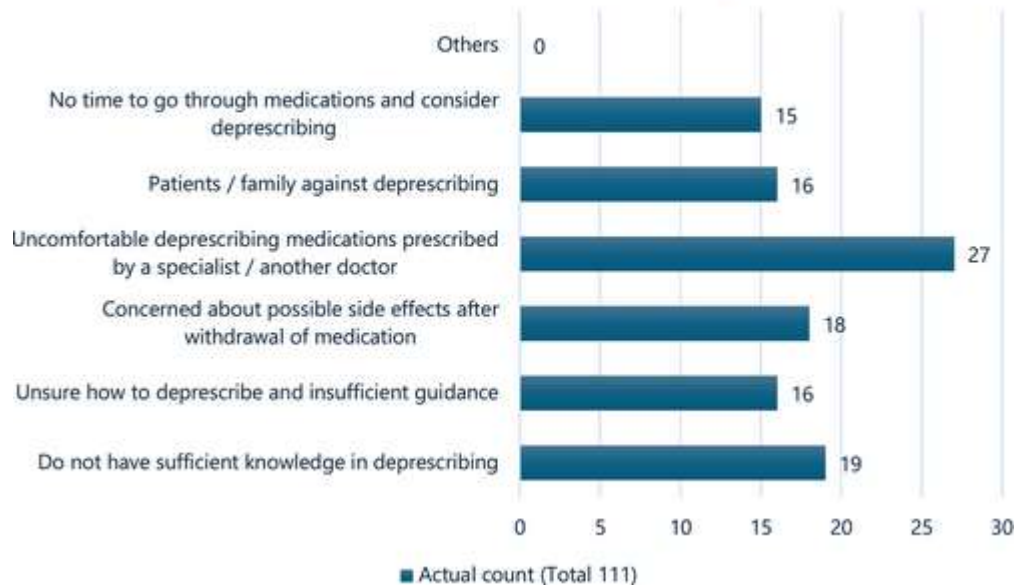
Métodos:

1. **Diseño:** Encuesta distribuida entre residentes y médicos en formación avanzada que completaron una rotación en geriatría entre octubre de 2023 y septiembre de 2024 en un hospital docente en Singapur.
2. **Variables:**
 - Frecuencia de desprescripción.
 - Percepción de beneficios y riesgos.
 - Barreras y facilitadores identificados.
3. **Análisis:** Los participantes seleccionaron múltiples barreras y hasta dos opciones de facilitadores.

Resultados:

1. **Participantes:**
 - Encuesta distribuida a 60 médicos, con una tasa de respuesta del 66% (n=40).
 - El 77.5% eran residentes y oficiales médicos, y el 22.5% eran residentes avanzados o médicos adjuntos.
2. **Percepciones:**
 - El 82.5% creía que la desprescripción aporta más beneficios que riesgos, aunque el 15% expresó incertidumbre.
 - La mayoría (85%) desprescribía rara vez o solo unas pocas veces al mes.
3. **Barreras identificadas:**
 - Incomodidad al suspender medicamentos prescritos por especialistas (24%).
 - Falta de conocimiento suficiente (17%).
 - Temor a efectos adversos por retiro (16%).
 - Falta de tiempo (13.5%).

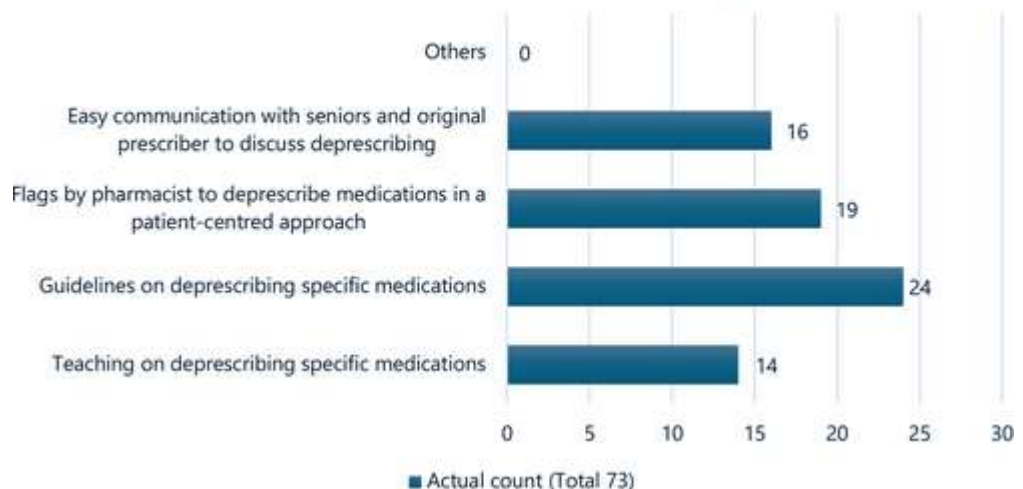
Barriers to deprescribing



4. Facilitadores destacados:

- Guías clínicas más claras (32.8%).
- Iniciativas lideradas por farmacéuticos (26%).
- Educación mejorada sobre prescripción en adultos mayores (19.1%).

Enablers of deprescribing



Conclusiones:

Este estudio identifica la incomodidad para interrumpir medicamentos prescritos por especialistas, la falta de conocimiento y el temor a los efectos adversos como barreras clave. A pesar de los desafíos, la desprescripción puede mejorar significativamente los resultados en pacientes mayores. Las iniciativas educativas y la colaboración interdisciplinaria, como la inclusión de farmacéuticos en el proceso de revisión de medicamentos, son estrategias prometedoras. Además, herramientas digitales y modelos basados en inteligencia artificial tienen el potencial de optimizar la desprescripción al automatizar evaluaciones de medicamentos innecesarios o redundantes.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.19281>

Effect of Vitamin D, Omega-3 Supplementation, or a Home Exercise Program on Muscle Mass and Sarcopenia: DO-HEALTH Trial

Anna K. Eggimann, Caroline de Godoi Rezende Costa Molino, Gregor Freystaetter, Bruno Vellas, John A. Kanis, René Rizzoli, et al.

Introducción:

La sarcopenia, caracterizada por la pérdida de masa muscular y fuerza, representa un problema de salud pública creciente en adultos mayores. Este estudio evalúa el impacto de la suplementación diaria con vitamina D (2000 IU), omega-3 (1 g), y un programa de ejercicios en el hogar tres veces por semana, solos o en combinación, sobre el índice de masa muscular apendicular magra (ALMI) y la incidencia de sarcopenia en adultos mayores saludables.

Objetivo:

Determinar si estas intervenciones pueden prevenir la pérdida de masa muscular o reducir la incidencia de sarcopenia en adultos mayores saludables.

Métodos:

1. Diseño:

- Análisis de un endpoint secundario del ensayo DO-HEALTH, un estudio randomizado, doble ciego y controlado por placebo con un diseño factorial 2×2×2 realizado entre 2012 y 2018.

2. Participantes:

- 2157 adultos mayores de 70 años, sanos y residentes en la comunidad.
- Se incluyeron 1495 participantes para análisis de ALMI y 1940 para evaluar la incidencia de sarcopenia.

3. Intervenciones:

- Vitamina D (2000 IU/día), omega-3 marinos (1 g/día) y un programa de ejercicios en casa.

4. Medidas:

- Cambio en ALMI medido por DXA.
- Incidencia de sarcopenia según el Consorcio de Definiciones y Resultados de Sarcopenia.

5. Análisis:

- Modelos de efectos mixtos para cambios en ALMI.
- Análisis de regresión logística para la incidencia de sarcopenia.

Resultados:

1. Características iniciales:

- Edad promedio: 74.9 años.
- 63.3% mujeres; 80.5% al menos moderadamente activos físicamente.
- ALMI inicial promedio: 6.65 kg/m² en mujeres, 8.01 kg/m² en hombres.
- Velocidad de marcha promedio: 1.2 m/s.

2. Cambios en ALMI:

- Pérdida promedio de ALMI en 3 años:

- Mujeres: -0.09 kg/m^2 (-1.35%).
 - Hombres: -0.17 kg/m^2 (-2.0%).
 - Ninguna de las intervenciones (solas o combinadas) mostró beneficios significativos en la preservación de ALMI en comparación con placebo, excepto un efecto protector leve de los omega-3 al año 1 (-0.021 vs. -0.066 kg/m^2 , $p=0.001$).
- 3. Incidencia de sarcopenia:**
- De los 1940 participantes sin sarcopenia al inicio, 88 (4.5%) desarrollaron sarcopenia en 3 años.
 - Ninguna intervención redujo significativamente la incidencia de sarcopenia en comparación con el grupo control.

Conclusiones:

Las intervenciones con vitamina D, omega-3 y ejercicio en el hogar no mejoraron significativamente el ALMI ni redujeron la incidencia de sarcopenia en adultos mayores sanos y físicamente activos durante un período de 3 años. Esto sugiere que estas estrategias no son efectivas como medidas universales de prevención para la sarcopenia en esta población específica.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/jgs.19266>

Journal of Geriatric Oncology

Systemic and procedural challenges in transitioning patients with cancer to post-acute and long-term care facilities: A prospective mixed-methods study

Oisharya Dasgupta, Nabil Mir, Kunal Desai y Lauren J. Gleason

Introducción:

Los pacientes con cáncer enfrentan necesidades complejas tras su hospitalización aguda, lo que a menudo resulta en su transferencia a instalaciones de atención post-aguda y a largo plazo (PALTC). Según datos de SEER-Medicare, el 21 % de los pacientes con cáncer colorrectal, pancreático, de vejiga o pulmonar son dados de alta a PALTCs, donde experimentan una mayor mortalidad a los seis meses, especialmente aquellos con mayor edad, comorbilidades o cáncer avanzado. Problemas sistémicos, como errores en la reconciliación de medicamentos, fallos de comunicación y barreras logísticas, dificultan la continuidad del tratamiento oncológico en PALTC. Este estudio evaluó estas barreras mediante encuestas y entrevistas cualitativas como parte de un ciclo Plan-Do-Study-Act.

Objetivo:

Identificar los desafíos en la transición de pacientes con cáncer a PALTC, con un enfoque en errores de medicación, citas perdidas y hospitalizaciones no planificadas, y proponer soluciones para mejorar la atención.

Métodos:

1. Encuestas a proveedores de PALTC:

- Se evaluaron 14 transiciones de pacientes (enero-diciembre 2023) a tres PALTC afiliadas.
- Se recopilaron datos demográficos, preocupaciones geriátricas (déficits en actividades diarias, planificación avanzada de cuidados) y detalles específicos del cáncer (tipo, estadio, objetivos terapéuticos).
- Se analizaron errores de medicación, citas perdidas y hospitalizaciones no planificadas a urgencias.

2. Entrevistas cualitativas estructuradas:

- Se entrevistó a oncólogos, personal avanzado y enfermeras para explorar los retos en la coordinación con PALTC.
- Se empleó análisis temático para identificar barreras clave, como problemas de comunicación y fallos en la documentación.

Resultados:

1. Errores de medicación:

- El 50 % de los pacientes presentó errores de reconciliación de medicamentos (9 errores en total).
- **Principales problemas identificados:**
 - **Inconsistencias en las recetas:**
 - Problemas de dosificación en medicamentos de soporte, como ajustes incómodos en la frecuencia o cantidad administrada.
 - Medicamentos incorrectos, incluyendo anticoagulantes mal etiquetados.
 - **Fallas de comunicación:**
 - Recetas faltantes para medicamentos de soporte esenciales.
 - Discrepancias en las vías de administración, como cambios no previstos de oral (Per Os) a intravenosa.
 - **Problemas sistémicos:**
 - Uso de múltiples listas de medicamentos, lo que generó confusión entre equipos de atención.
 - Continuidad inapropiada de fármacos antineoplásicos, administrados incluso cuando ya no eran necesarios o seguros.

2. Citas perdidas:

- 86 % de los pacientes perdió al menos una cita (22 citas en total).
- Factores destacados: falta de transporte, cambios en el estado de salud y rechazo por parte de los residentes.

3. Hospitalizaciones no planificadas:

- 50 % de los pacientes requirió visitas a urgencias o reingresos debido a complicaciones graves (p. ej., shock séptico, complicaciones posquimioterapia).

4. Percepciones de oncólogos:

- Los entrevistados señalaron que la falta de acceso a sistemas de historias clínicas electrónicas compartidas (EHR) y las deficiencias en la coordinación entre PALTC y oncología eran barreras clave.

- Recomendaron una mejor integración de EHR y la designación de responsables específicos para coordinar la atención.

Conclusiones:

Este estudio destaca la alta prevalencia de errores de medicación en las transiciones de pacientes con cáncer a PALTC. Los problemas más comunes incluyeron discrepancias en las recetas (dosis incorrectas y medicamentos mal etiquetados), fallos en la comunicación (recetas faltantes o vías de administración incorrectas) y desafíos sistémicos, como la falta de listas de medicamentos unificadas. Estas deficiencias subrayan la necesidad de protocolos claros, una mejor documentación y coordinación entre equipos para garantizar la seguridad del paciente. Intervenciones específicas, como la designación de responsables de reconciliación y el uso de registros médicos integrados, podrían minimizar los riesgos asociados y optimizar la continuidad de la atención en esta población vulnerable.

Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2024.102154>

REVISTAS FARMACÉUTICAS

European Journal of Clinical Pharmacology

Inpatient referrals to a specialist falls and syncope service: prevalence of STOPPFall FRIDs and review of deprescribing patterns

[D. O'Donnell, T. Zainal, K. Malomo, N. Fitzpatrick, C. Rice, L. Byrne, R. Briggs, C. Cunningham, R. A. Kenny & A. H. Lavan](#)

Abstract

Introducción:

Las caídas son la principal causa de muerte accidental en personas mayores y la razón más frecuente de ingreso hospitalario en este grupo. La herramienta STOPPFall (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in older adults with high falls risk) proporciona un consenso claro sobre los medicamentos considerados como FRIDs (fall-risk-increasing drugs) y facilita su desprescripción. Este estudio evaluó la prevalencia de STOPPFall FRIDs en pacientes ingresados derivados a un servicio especializado en caídas y síncope (FASS) y analizó el impacto de dicho servicio en la desprescripción de FRIDs y medicamentos no relacionados.

Objetivo:

Determinar la prevalencia de FRIDs según STOPPFall en pacientes referidos a un servicio especializado de caídas y síncope (FASS) y evaluar el impacto de las consultas en la desprescripción de estos medicamentos.

Métodos

Estudio observacional retrospectivo de 6 meses (marzo-agosto 2021) que incluyó pacientes hospitalizados ≥ 65 años. Se analizaron los medicamentos prescritos al ingreso y al alta tras

la evaluación del FASS. Se identificaron los FRIDs utilizando la herramienta STOPPFall, y se comparó su prevalencia antes y después de la intervención.

Resultados:

- Población:
 - 162 pacientes incluidos (54.94% mujeres).
 - Edad media: 79.26 años (DE 7.45).
- Prevalencia de FRIDs:
 - 74.07% de los pacientes (120/162) tenía al menos 1 FRID prescrito regularmente al ingreso.
 - Clases de FRIDs más frecuentes:
 - Antidepresivos: 37.04% (n=60).
 - Diuréticos: 27.78% (n=45).
 - Pacientes con fracturas tenían un promedio de 2.44 FRIDs, frente a 1.56 en aquellos sin fracturas ($p=0.01$).
- Impacto del FASS:
 - En 35.8% (58/162) de los pacientes, se suspendió al menos un FRID tras la evaluación.
 - En total, se desprescribió el 28.6% de los FRIDs registrados al ingreso.

Conclusiones

Los FRIDs son prevalentes en pacientes mayores derivados al FASS, especialmente en aquellos con fracturas agudas, donde se observa un mayor número de estos medicamentos. La revisión por un servicio especializado en caídas y síncope en el hospital contribuye a reducir significativamente los FRIDs y facilita la desprescripción, especialmente de medicamentos antihipertensivos.

Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00228-024-03776-5>

British Journal of Clinical Pharmacology

Inter-rater agreement for detection of potentially inappropriate medication according to explicit and implicit STOPP criteria

Naldy Parodi López, Staffan A. Svensson, Susanna M. Wallerstedt

Introducción:

La herramienta Screening Tool of Older Person's Prescriptions (STOPP) es utilizada para identificar medicamentos potencialmente inapropiados (PIM) en adultos mayores. La versión 2 incluye 80 criterios, de los cuales dos son implícitos y dependen de la experiencia del evaluador:

-A1: Medicamentos sin indicación.

-A2: Tratamiento farmacológico más allá de la duración recomendada.

Este estudio evaluó la concordancia entre evaluadores en la detección de criterios explícitos e implícitos.

Métodos:

- Diseño: Análisis retrospectivo de datos de 302 pacientes de atención primaria (65-99 años) de un estudio previo.
- Evaluación:
 - 78 criterios explícitos (23,556 evaluaciones).
 - 2 criterios implícitos (604 evaluaciones).
 - Dos médicos especialistas realizaron evaluaciones independientes.
- Medición de concordancia:
 - Acuerdo positivo en la detección de criterios cumplidos.
 - Valores de kappa para medir la concordancia.

Resultados:

- Detección de criterios:
 - 123 criterios explícitos (0.5%) fueron detectados por ambos médicos.
 - 10 criterios implícitos (2%) fueron detectados por ambos médicos.
- Concordancia:
 - Criterios explícitos:
 - Acuerdo positivo: 56%.
 - Valor kappa: 0.56 (moderada).
 - Criterios implícitos:
 - Acuerdo positivo: 16%.
 - Valor kappa: 0.09 (pobre).
- Hallazgos discordantes:
 - Furosemina e inhibidores de la bomba de protones (IBP) fueron frecuentemente detectados de manera discordante.

Conclusiones:

La concordancia entre evaluadores es moderada para criterios explícitos pero pobre para criterios implícitos, lo que resalta la dificultad de aplicar criterios dependientes de la experiencia clínica. Este hallazgo sugiere la necesidad de mejorar las definiciones operativas de los criterios implícitos para aumentar su reproducibilidad.

Disponible en: <https://doi.org/10.1111/bcp.16352>

International Journal of Pharmacy Practice

What is known about the challenges people with Parkinson's disease experience with their medicines and what solutions have been explored to overcome them?

Shelley Jones, Jignesh P. Patel, Michael J. Twigg, Kallol Ray Chaudhuri

Introducción:

El manejo de la enfermedad de Parkinson (EP) depende en gran medida de los medicamentos, cuya complejidad aumenta a medida que progresa la enfermedad. Los desafíos relacionados con la adherencia y el uso de los medicamentos son reconocidos, pero poco estudiados en el ámbito comunitario.

Objetivos:

Experiencia del paciente: Describir el alcance y la naturaleza de la investigación sobre los desafíos que enfrentan las personas con EP y sus cuidadores respecto a los medicamentos.

Intervenciones: Examinar las intervenciones reportadas en el ámbito comunitario para abordar los problemas relacionados con los medicamentos en EP.

Métodos:

- Bases de datos consultadas: EMBASE, PubMed, CINAHL.
- Criterios de inclusión:
 - Artículos completos en inglés, incluidos resúmenes de conferencias.
 - Estudios centrados en pacientes con EP o sus cuidadores.
 - Estudios que abordaran desafíos con medicamentos o intervenciones en atención primaria.

Resultados:

Desafíos identificados en la experiencia del paciente (20 estudios):

- Polifarmacia:
 - Alta carga de medicamentos debido a la progresión de la enfermedad.
 - Dificultades para gestionar múltiples dosis y formulaciones.
- Barreras para la adherencia:
 - El deterioro cognitivo y las dificultades motoras complican las rutinas de medicación.
 - Falta de opciones de medicamentos accesibles y no orales.
- Necesidades de pacientes y cuidadores:
 - Deseo de regímenes simplificados o sistemas de administración alternativos (como parches o infusiones).
 - Apoyo limitado por parte de los profesionales de la salud para optimizar los horarios de medicación.

Intervenciones descritas (19 estudios):

- Tipos de intervenciones:
 - Revisiones de medicamentos lideradas por farmacéuticos comunitarios: Enfocadas en mejorar la adherencia y optimizar la terapia.
 - Ayudas para el cumplimiento: Cajas organizadoras, recordatorios y dispensadores automatizados.

- Herramientas digitales: Recordatorios por mensajes de texto y monitoreo electrónico de la adherencia.
- Limitaciones:
 - Estudios piloto de pequeña escala con rigor metodológico limitado.
 - Intervenciones no siempre fundamentadas en un marco teórico.
 - Falta de evidencia sobre la sostenibilidad o escalabilidad a largo plazo de estas intervenciones.

Resultados positivos en tasas de adherencia, satisfacción del paciente y resultados autoinformados. Escasez de datos sólidos que vinculen las intervenciones con beneficios clínicos a largo plazo o una mejor calidad de vida.

Conclusiones:

- Vacíos en la investigación: Existe poca investigación detallada sobre los desafíos relacionados con los medicamentos que enfrentan las personas con EP y sus cuidadores.
- Necesidades de intervención: Desarrollo de intervenciones escalables y basadas en evidencia para mejorar la adherencia. Estrategias sostenibles adaptadas a las necesidades únicas de las personas con EP, incluidas formulaciones no orales y sistemas de apoyo integrales.
- Direcciones futuras: Estudios más amplios con marcos metodológicos sólidos para explorar en profundidad los desafíos con los medicamentos. Evaluación de la viabilidad y efectividad de soluciones comunitarias, lideradas por farmacéuticos y digitales.

Disponible en: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riae051>