



## EA-068 - POLIFARMACIA Y PLURIPATOLOGÍA EN LOS PACIENTES INGRESADOS EN MEDICINA INTERNA

E. Artajona Rodrigo, T. Velilla Alonso, D. Andrés García, M. Hernández Machín, C. Martín Durán, J. Gómez Berné, A. García Aranda, J. Velilla Marco

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar la relación entre la pluripatología y la polifarmacia en los pacientes ingresados en planta de hospitalización polivalente de Medicina Interna; la utilización de medicación potencialmente inadecuada (MPI) y la prescripción potencialmente omitida (PPO)

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo y relacional sobre 150 pacientes ingresados de forma consecutiva en planta de Medicina Interna. Se diseñó una base de datos para las variables en la que se generaron automáticamente los criterios STOPP y Beers de MPI y los START de PPO. Las asociaciones entre variables cualitativas fueron analizadas con la prueba  $\chi^2$ ; entre cuantitativa y cualitativa mediante la t de Student y la corrección entre dos cuantitativas con la r de Pearson. Se realizaron estudios multivariantes para la asociación entre las variables clínicas independientes y las dependientes finales: polifarmacia extrema, MPI evitable y PPO aplicable.

**Resultados:** El consumo medio de fármacos/día/paciente ( $7,8 \pm 3,7$ ) fue mayor en mujeres, institucionalizados y especialmente en los pacientes pluripatológicos (PP): ( $9,2 \pm 3,1$  vs  $5,2 \pm 3,4$ ;  $p < 0,0001$ ). La polifarmacia extrema (PE) fue más frecuente en PP,  $> 85$  años, mujeres e institucionalizados. Las patologías que se asociaron fueron A1-Insuficiencia cardiaca, A2-Cardiopatía isquémica, E1-ACV y F1-Arteriopatía periférica. En el análisis multivariante las variables asociadas a PE fueron: ser mujer, presencia de criterios de PP, y dentro de estos A2-Cardiopatía isquémica, A1-Insuficiencia cardiaca y E1-ACV. Cada paciente tuvo de media  $2,1 \pm 2,7$  STOPP-Beers, que se asociaron con la edad, nº de categorías de PP, y especialmente el nº de fármacos/día ( $p = 0,0001$ ). Los más frecuentes fueron: uso prolongado de neurolépticos, prescripción conjunta de anticoagulantes y AINE, opiáceos sin uso de laxante y uso de BDZ. Los START más frecuentes (media  $0,7 \pm 1,0$ ) fueron cardiovasculares: omisión de IECA en insuficiencia cardiaca y estatina en enfermedad arteriosclerótica. Los factores asociados de forma independiente a MPI evitable fueron la institucionalización, la PE, sexo (mujer) y entre las patologías de PP: E3-Demencia, C-Respiratorio y A1-Insuficiencia cardiaca. Los factores asociados a riesgo de PPO fueron: PP y polifarmacia simple y como enfermedades A1-Cardiopatía isquémica (OR 21,429 y G1-Anemia crónica (= R 2,6).

**Discusión:** La polifarmacia que conlleva la presencia de pluripatología es uno de los principales problemas en los servicios de Medicina Interna, no sólo por el coste económico sino también por la seguridad clínica. En España, el 37% de los efectos adversos (EA) tienen relación con la medicación, afectando al 1,4-5,3% de los pacientes hospitalizados. Para disminuir estos EA se aconseja una adecuada conciliación de la medicación sobre todo en las transiciones del paciente domicilio-

hospital-domicilio. Las herramientas clásicamente utilizadas para evitar errores de prescripción, los criterios de Beers pero sobre todo los STOPP y START, permiten diferenciar no sólo las MPI sino también las PPO. La aplicación de estos criterios al ingreso y al alta del paciente del hospital, junto con la prescripción electrónica asistida, pueden mejorar la seguridad de las prescripciones.

*Conclusiones:* El 80% de nuestros PP tienen polifarmacia simple y 1/3 de ellos polifarmacia extrema, asociándose a sexo femenino y a la presencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca o ictus. Dos tercios toman alguna MPI (neurolépticos, anticoagulantes, opiáceos o BDZ) y en el 44% hay PPO (IECAS y estatinas) La pluripatología es el principal factor asociado de forma independiente a la polifarmacia extrema, a MPI evitable y a PPO. Es necesario mejorar tanto las MPI como las MPO en los pacientes pluripatológicos ingresados en Medicina Interna.