



XXXIX Congreso de la semFYC

DEL 9 AL 11 DE MAYO
DE 2019
MÁLAGA

Con la familia y su comunidad

ID: 1809

Autores: Del Pino-Castaño RF, Valdellós J, Aguilar-Cano L, García-Merino MR, Bellido-Estévez I, Blanco-Reina E. (eblanco@uma.es)

VALORACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE MEDICACIÓN EN POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS

Estudio de Prevalencia. EPA-OD (AEMPS) Dictamen favorable C.E.I.

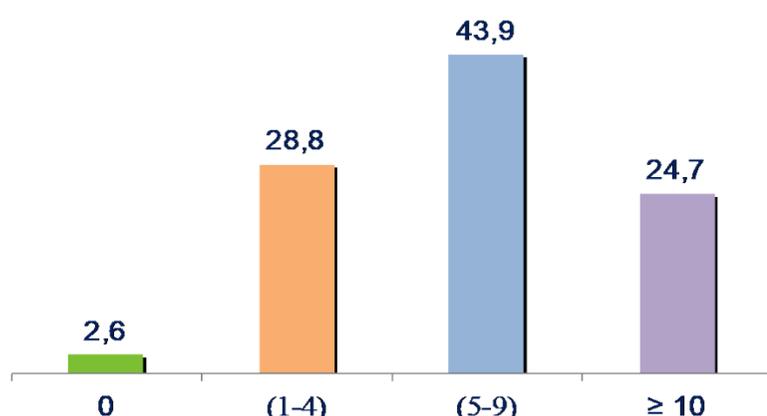
P.I. 0234/14 (Convocatoria Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud)

N = 582 pacientes > 65 años. 12 C.S. (D.S. Málaga). Valoración clínica y funcional

N = 3626 prescripciones. Polifarmacia, Medic. P. Inapropiada (MPI), Carga Anticolinérgica

Característica	Valor
Edad	73.1 ($\pm 5,5$) años
Sexo mujer	57.4%
Nº de comorbilidades	7,8 ($\pm 3,3$), (0-20)
Nº de medicamentos	6.8 ($\pm 4,0$), (0-23)
Polifarmacia	68.6%
Gran Polifarmacia	24.7%
M.P.I. (STOPP v.2):	66,8% (BZD, Opioides, AINEs)
O.P.I. (START v.2):	50% (calcio-vitamina D)
M.P.I. Beers 2015:	54% (BZD, IBP)

Nº de fármacos de uso crónico



Factores de riesgo de Polifarmacia: mujer (OR 2), I. Comorb. Charlson (OR 1.6), HTA (OR 3.9), dislipemia (OR 2.3), DM (1.9), enf respiratoria (OR 2.4), enf osteoart (OR 1.7), ansiedad-depresión (OR 2.1)

Carga Anticolinérgica según las distintas escalas

	ACB	ARS	ADS	DBI	DURAN	ABC
Sin riesgo	398 (68,4%)	500 (85.9%)	296 (50.9%)	244 (41.9%)	385 (66.2%)	494 (84.9%)
R. bajo	124 (21.3%)	52 (8.9%)	163 (28.0%)	NA	120 (20.6%)	0
R. medio	29 (5%)	15 (2.6%)	61 (10.5%)	213 (36.6%)	NA	2 (0.3%)
Riesgo alto	31 (5.3%)	15 (2.6%)	62 (10.7%)	125 (21.5%)	77 (13.2%)	86 (14.8%)

Grupos terapéuticos implicados: activos sobre SNC (ATD y BZD) y Cardiovascular (diuréticos)

Fármacos de mayor carga: amitriptilina, hidroxicina, trimipramina, tolterodina, paroxetina, quetiapina

Conclusiones

- La prevalencia de polifarmacia es elevada. Y la presencia de MPI muy frecuente.
- El uso de medicamentos anticolinérgicos es elevado entre los mayores. Sus efectos adversos a nivel cognitivo y funcional animan a revisar y a valorar otras alternativas
- Es necesario desarrollar modelos racionales de deprescripción en los que podrían considerarse factores como el tiempo hasta beneficio y el balance beneficio-riesgo de los tratamientos.