



Artículo de Investigación

Caracterización de adultos mayores hospitalizados en unidades de agudos con reacciones adversas medicamentosas

Characterization of elderly adults hospitalized in acute care units with adverse drug reactions

Andrea de Lourdes Ramírez Ramírez^{1*}<https://orcid.org/0009-0008-0298-197X>

Niurka Cascudo Barral²<https://orcid.org/0000-0003-4639-0692>

Evelyn Perera Díaz²<https://orcid.org/0000-0003-1239-3801>

¹Universidad Juárez, Durango, México. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Facultad “General Calixto García”. Centro de investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, Habana, Cuba.

*Autor para correspondencia. Correo: andrealulu29@hotmail.com

Cómo citar este artículo: Ramírez Ramírez A de L, Cascudo Barral N, Perera Díaz E. Caracterización de adultos mayores hospitalizados con reacciones adversas medicamentosas. Geroinfo-Revista de Gerontología y Geriatría. 2025; 20: e358.

RESUMEN:

Introducción: Durante el envejecimiento se producen cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que, sumados a las enfermedades, incrementan la posibilidad de aparición de reacciones adversas medicamentosas.

Objetivo: Caracterizar a los adultos mayores hospitalizados en unidades de agudos con reacciones adversas medicamentosas.

Método: Se realizó estudio descriptivo transversal en Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud durante enero 2021 a octubre 2024. Se analizaron las notificaciones de reacciones adversas medicamentosas de pacientes hospitalizados durante el periodo de estudio. El universo estuvo constituido por 46 adultos mayores. Se aplicaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas: frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: El año con mayor notificaciones de reacciones adversas medicamentosas fue 2022. El 75,0 % de los pacientes tenían edad inferior a 85 años. Predominó el sexo femenino con un 63,0 %. El 93,5 % de los pacientes con reacción medicamentosa presentaron polimedición.

Conclusiones: La edad media de adultos mayores estudiados fue de 78 años, color de piel blanco, sexo femenino y nivel de escolaridad universitario. Se encontró alteraciones del estado nutricional; asociados a baja comorbilidad. Predominó polimedición en la mayoría de los pacientes con reporte de RAM.

Palabras clave: adulto mayor, hospitalizados, reacción adversa medicamentosas.

ABSTRACT:

Introduction: During aging, pharmacokinetic and pharmacodynamic changes occur which, combined with illnesses, increase the likelihood of adverse drug reactions.

Objective: To characterize elderly adults hospitalized in acute care units with adverse drug reactions.

Method: A cross-sectional descriptive study was conducted at the Center for Research on Longevity, Aging, and Health from January 2021 to October 2024. Reports of adverse drug reactions from hospitalized patients during the study period were analyzed. The study population



consisted of 46 older adults. Summary measures were applied to qualitative and quantitative variables: absolute and relative frequencies.

Results: The year with the highest number of reported adverse drug reactions was 2022. 75.0% of the patients were under 85 years of age. Females predominated (63.0%). 93.5% of the patients with adverse drug reactions were taking polypharmacy.

Conclusions: The mean age of the older adults studied was 78 years; they were white, female, and had a university education. Nutritional status alterations were found, associated with low comorbidity. Polypharmacy was predominant in most patients with reported adverse drug reactions.

Keywords: older adults, hospitalized, adverse drug reaction.

INTRODUCCIÓN:

Los cambios fisiológicos del envejecimiento se asocian a alteración en la farmacocinética y la farmacodinamia de los medicamentos, así como la influencia de enfermedades, problemas funcionales y aspectos sociales, situaciones que incrementan la posibilidad de aparición de reacciones adversas medicamentosas (RAM), a pesar de una correcta dosis y de una prescripción adecuada. Estos efectos adversos son causa de enfermedad, discapacidad e incluso de muerte, En algunos países figuran entre las 10 causas principales de mortalidad, las cuales son prevenibles. ^(1,2)

Las RAM no se conocen hasta años posteriores a la comercialización del fármaco en cuestión, porque la aprobación de un medicamento para su uso en la población solo implica que posee eficacia aceptable con un mínimo de seguridad.⁽³⁾

Los efectos adversos, efectos indeseables o RAM se conceptualizan, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como cualquier respuesta nociva y no deseada de un medicamento que, tras su administración a dosis normalmente utilizadas en el ser humano para prevenir, diagnosticar, tratar o para modificar funciones fisiológicas.^(4,5) Estas repercuten negativamente en la evolución clínica del paciente, incrementa la morbilidad, los costos de los servicios de salud, reflejándose en la prolongación de la estancia hospitalaria, un mayor número de exámenes paraclínicos y mayor prescripción de medicamentos. ⁽⁵⁾



La población geriátrica suele ser atendida por varios médicos y disímiles especialidades, esto puede fragmentar el tratamiento al no existir sistemas con información completa y necesaria para la correcta prescripción y supervisión de este. Esto refleja la falta de una valoración integrada del adulto mayor (AM), lo que se denomina “fragmentación de la salud horizontal”, producto de la poli consulta. Por otro lado, la “fragmentación vertical”, responde a un problema estructural del propio sistema de salud y de la falta de conexión entre los diferentes niveles de atención, estas fragmentaciones pueden aumentar el número de medicamentos utilizados en los AM. ^(6,7)

La cascada farmacológica, ocurre al prescribir medicamentos para tratar las RAM originadas por la acción de otros fármacos, que pueden ser parte de un tratamiento inicial. Las cuales no son detectadas en la mayoría de las ocasiones y se diagnostica como una nueva patología ficticia, por tal motivo, el médico receta nuevos medicamentos, que, al no tratar el problema original, pueden ocasionar adiciones innecesarias y perjudiciales. La falta de conocimiento gerontológico, tanto de los médicos de primer nivel como de otros especialistas, incluyendo los médicos geriatras, conlleva a perjudicar al AM de una forma subrepticia. ⁽⁷⁾ La falta de médicos especialistas para atender a la población envejecida es insuficiente, pero la geriatrización de los servicios independientemente del nivel de atención, con la ampliación sobre el tema, es una forma válida de evitar el mismo. ^(6,7)

El objetivo de esta investigación es caracterizar a los adultos mayores hospitalizados en unidades de agudos con reacciones adversas medicamentosas.

MÉTODOS:

Se realizó estudio observacional descriptivo de corte transversal en el cual se analizaron las notificaciones de RAM reportadas al Comité de Farmacovigilancia del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED) de pacientes hospitalizados en unidades de agudos durante el período comentado. El universo quedó constituido por 46 AM hospitalizados, que presentaron sospecha de RAM. Se realizó un muestreo aleatorio simple.

Criterios de inclusión: AM hospitalizados, durante un tiempo de 48 horas y más, en el CITED, La Habana, Cuba en el período de estudio, con sospecha de RAM, según el reporte Modelo



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

33.36.02 del MINSAP-FARMACIA, recabándose toda la información contenida en este Modelo: Notificación de Sospecha de Reacción adversa a medicamentos por el profesional sanitario.

Técnicas y procedimientos: Para la recogida de información se utilizó el Modelo 33-36-02 MINSAP- Farmacia. Se analizaron las variables: edad (Grupo I (60 -70), Grupo II (71 -80), Grupo III (81-90), Grupo IV (91 y más), sexo (femenino, masculino), color de piel (blanca, negra, mestiza), nivel educacional (primario, secundario, preuniversitario, universitario), estado nutricional, según ÍNDICE DE Masa Corporal (IMC) de Quetelet del AM según la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG): (desnutrición severa <16 kg/m², desnutrición moderada 16,0-16,9 kg/m² , desnutrición leve 17,0-18,4 kg/m², peso insuficiente 18,5-21,9 kg/m², peso normal 22,0-26,9 kg/m², sobrepeso entre 27 y 29,9 kg/m², obesidad grado I 30,0-34,9 kg/m², obesidad grado II 35,0-39,9 kg/m², obesidad grado III 40,-49,9 kg/m², obesidad extrema > 50,0 kg/m², polimedición (si, no). reacciones medicamentosas según grupo farmacológico y síntomas (temblor, fiebre, disnea, tos, hipotensión, arritmias, otros).

Procesamiento estadístico: Los resultados se digitalizaron y tabularon en una hoja de cálculo de Microsoft Excel para Office 2019, para crear la base de datos de este estudio. Para el tratamiento de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 19. Se aplicaron medidas de resumen para variables cualitativas y cuantitativas: frecuencias absolutas y relativas. Con los resultados obtenidos se confeccionaron tablas y gráficos para su mejor comprensión y análisis.

Consideraciones éticas: se solicitó la aprobación del Comité de Ética en las Investigaciones y del Consejo Científico del CITED. Se tuvo en consideración la privacidad de la información brindada y la confidencialidad de los datos del estudio, tanto de los pacientes como de los notificadores. Se aseguró que se cumplieran con todos los requerimientos de las investigaciones realizadas en humanos según la última Declaración de Helsinki.

RESULTADOS:

El año con mayor notificaciones fue el 2022, con 20 casos (43,5 %), y en el año 2021 solo hubo tres (6,5 %) reportes (Gráfico 1).



Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación

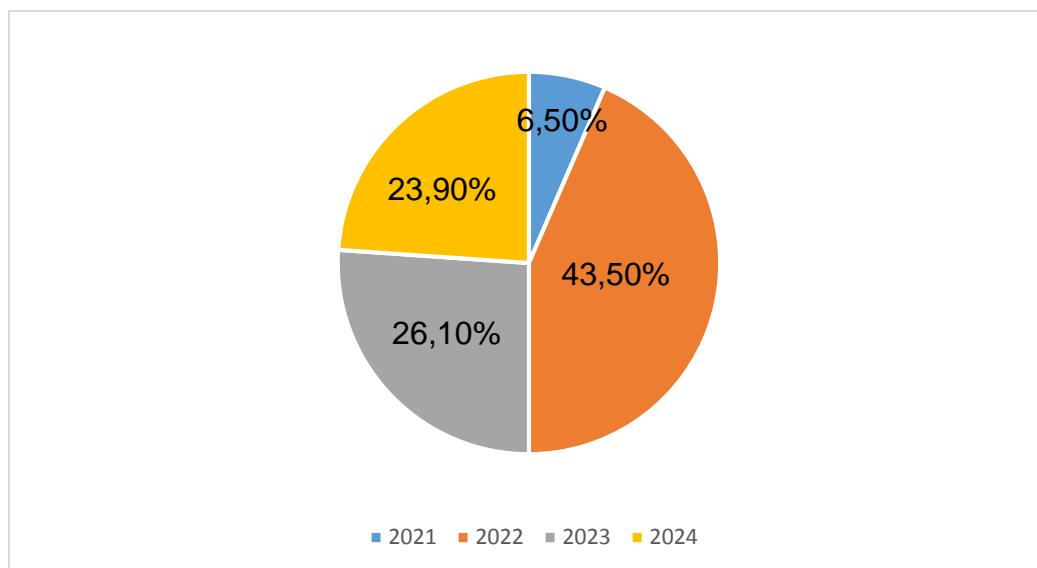


Gráfico 1. Distribución de los adultos mayores con reacciones adversas a medicamentos según año de ocurrencia.

La edad promedio de AM fue de 78,1 años, El paciente de menor edad tenía 60 años y el de mayor, 96; el 75,0 % de los pacientes tenían una edad inferior a 85 años. Como se observa en la Tabla 1, el 37,0 % de AM estudiadas tenían entre 71 y 80 años y el 32,6 %, entre 81 y 90 años, o sea el 47.8 % de los AM en los que se reportaron RAM se encontraban entre los 71 y 90 años, con un predominio en las féminas con un 63,0 %.

Tabla 1. Distribución de adultos mayores con reacciones adversas a medicamentos según grupos de edad y sexo.

Grupos de edad	Sexo					Total		
	Femenino		Masculino					
	No.	%	No.	%				
60-70	4	8,7	6	13,0	10	21,7		
71-80	11	23,9	6	13,0	17	37,0		
81-90	11	23,9	4	8,7	15	32,6		
91 y más	3	6,5	1	2,2	4	8,7		
Total	29	63,0	17	37,0	46	100,0		



En la Tabla 2 se aprecia que, el 60,9 % de los AM estudiadas tenían color de la piel blanca.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores con reacciones adversas a medicamentos según color de la piel.

Color de la piel	No.	%
Blanca	28	60,9
Mestiza	10	21,7
Negra	8	17,4
Total	46	100,0

En cuanto al nivel de escolaridad, el 15,2 % tenían nivel primario, 19,6 % eran secundario, 21,7% habían terminado el preuniversitario o un técnico medio y 43,5 % los AM eran universitarios.

La Tabla 3 muestra el 28,3 % de AM con RAM estudiados tenían peso insuficiente, 13,0 % desnutrición severa u obesidad grado I, respectivamente. Solo 21,7 % de AM tenían peso adecuado. El 54,3 % tenían baja comorbilidad y 34,8 %, comorbilidad alta.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores con reacciones medicamentosas según estado nutricional y comorbilidad

Estado nutricional	Comorbilidad						Total	
	Ausencia de comorbilidad		Comorbilidad baja		Comorbilidad alta			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Desnutrición severa	1	2,2	5	10,9	0	0,0	6	13,0
Desnutrición moderada	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	2,2
Desnutrición leve	0	0,0	2	4,3	0	0,0	2	4,3



Peso insuficiente	1	2,2	7	15,2	5	10,9	13	28,3
Normopeso	1	2,2	5	10,9	4	8,7	10	21,7
Sobrepeso	0	0,0	2	4,3	1	2,2	3	6,5
Obesidad grado I	2	4,3	0	0,0	4	8,7	6	13,0
Obesidad grado II	0	0,0	2	4,3	2	4,3	4	8,7
Obesidad grado III	0	0,0	1	2,2	0	0,0	1	2,2
Total	5	10,9	25	54,3	16	34,8	46	100,0

El 93,5 % de AM con RAM estudiados tenían PM. Las RAM más frecuentes fueron las asociadas a los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (Enalapril y Captopril), con 15,2 %; seguidas de los diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida), con 13,0 %, y las asociadas a los sustitutos de la sangre y fracciones proteicas del plasma (Albúmina), con 10,9 % (Tabla 4).

Tabla 4. Adultos mayores con reacciones medicamentosas según grupo farmacológico

Grupo farmacológico	No.	%
Sustitutos de la sangre y fracciones proteicas del plasma (Albúmina)	5	10,9
Inhibidores de la xantina oxidasa (Alopurinol)	2	4,3
Antibióticos similares a la penicilina (Amoxicilina)	2	4,3
Cefalosporinas (Cefazolina, Cefuroxima)	2	4,3
Quinolonas (Ciprofloxacino, Levofloxacino)	2	4,3
Antibióticos sulfonamida (Trimetoprin/Sulfametoaxazol)	1	2,2
Betabloqueadores (Atenolol)	3	6,5
Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (Enalapril, Captopril)	7	15,2
Bloqueadores de los canales de Ca (Nifedipino, Amlodipino)	4	8,7
Diuréticos tiazídicos (Hidroclorotiazida)	6	13,0

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la [Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0](#) que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea debidamente citada la fuente primaria de publicación



DiuréticosASA (Furosemida)	1	2,2
Vasodilatadores (Dihidratado de isosorbide)	1	2,2
Glucósidos de digital (Digoxina)	1	2,2
Analgésicos antipiréticos y antiinflamatorios no esteroideos	3	6,5
Estatinas (Atorvastatina)	1	2,2
Anticonvulsivos (Carbamazepina)	2	4,3
Benzodiazepinas (Clonazepam)	1	2,2
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (Escitalopram, Sertralina)	3	6,5
Antipsicóticos típicos (Haloperidol)	2	4,3
Antipsicóticos atípicos (Quetiapina)	2	4,3
Antihistamínicos (Dimenhidrinato)	1	2,2
Sulfonilureas (Glibenclamida, Glimepirida)	3	6,5
Biguanidas (Metformina)	3	6,5
Agentes del sistema nervioso central (Levodopa/carbidopa)	2	4,3
Procinéticos (Metoclopramida)	1	2,2
Agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, antimetabolitos, análogos del ácido fólico (Metrotexato)	1	2,2
Broncodilatadores (Salbutamol)	1	2,2
Aolgésicos opioides (Tramadol)	1	2,2
Corticosteroides (Triamcinolona)	1	2,2
Antagonistas del receptor de NMDA (Memantina)	1	2,2
Factor estimulante eritropoyético (Eritropoyetina)	2	4,3
Derivados purínicos (Pentoxifilina)	1	2,2

En la Tabla 5 se puede apreciar, el síntoma más frecuente fue la hipotensión (13,0 %), seguido de fiebre y temblores (10,9 % respectivamente). La categoría de otros síntomas representada por 80,4 % debido a la diversidad encontrada. No se reportaron complicaciones.



Tabla 5. Adultos mayores con reacciones medicamentosas según síntomas asociados

Síntomas asociados	No.	%
Tremblor	5	10,9
Fiebre	5	10,9
Disnea	4	8,7
Tos	4	8,7
Hipotensión	6	13,0
Arritmias	4	8,7
Otros	37	80,4

DISCUSIÓN:

El subregistro de las RAM en AM no es fenómeno nuevo y corresponde a un problema crítico el cual afecta la calidad de atención médica y seguridad del paciente. Este fenómeno se debe a la PM debido a comorbilidades, la falta de conocimiento sobre los efectos adversos y el diagnóstico erróneo de síntomas relacionados con las RAM y el hecho de los años de pandemia afectaron el registro de estas a nivel mundial. ^(8,9)

Los datos obtenidos en la presente investigación, concuerda con criterios del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza,⁽¹⁰⁾ quienes consideran la infranotificación un enorme problema y los principales motivos para no notificar RAM son: considerarla poca relevancia, subestimar incluso la información sobre la misma, no tener la certeza de su causalidad y pensar que se va a generar una falsa alarma, no disponer de información para llenar la tarjeta amarilla, falta de tiempo y considerar no importante su notificación.

Los resultados mostrados en la Tabla 1, se asemejan con los de Montané y colaboradores,⁽⁴⁾ asevera las RAM se presentan con más frecuencia en los AM, la edad un factor predisponente a experimentar una RAM.

Diversos estudios,^(11,12) atribuyen a las mujeres una mayor probabilidad de sufrir RAM, por las diferencias en el proceso de metabolización y eliminación de fármacos, menor masa corporal, automedicación, consumo mayor de consultas médicas y por tanto prescripciones medicamentosas, y a diferencias hormonales.



Manrique,⁽¹³⁾ informó, que los AM incluidos en su estudio tenían una edad media entre 70 y 81 años, los pacientes mayores de 85 años representaban 15,0 %, datos que se corresponden con los presentados en la Tabla 1. Así como los de Alpízar,⁽¹⁴⁾ quien considera a los AM conformar el grupo más medicado de la sociedad, debido a la prevalencia de ENT, malos hábitos alimenticios, uso indiscriminado de antibióticos, falta de adherencia al tratamiento, entre otros factores.

En cuanto a la relación entre el color de la piel y las RAM en AM, Yagi,⁽¹⁵⁾ en su estudio sobre AM con tuberculosis, reveló que los asiáticos se asocian con mayor riesgo de RAM antituberculosos por diferencias raciales en los polimorfismos del gen de la N-acetiltransferasa 2, relacionadas con el metabolismo de la isoniazida, sugerente que las diferencias raciales pueden influir en la respuesta al fármaco.

En el estudio de la Food and Drug Administration (FDA) realizado sobre las características sociodemográficas de las notificaciones de RAM, reportaron los condados con mayor cantidad de notificaciones tenían proporciones más altas de habitantes blancos, con ingresos familiares per cápita más elevados, contaban con mayor número de médicos de atención primaria y más recetas dispensadas por habitante. En contraste, los condados con mayores notificaciones tenían menor proporción de habitantes negros o afroamericanos. Estos resultados están relacionados con la posibilidad de acceso a la salud, que es desigual según la composición de la población investigada.⁽¹⁶⁾

Estos hallazgos subrayan la importancia de tener en cuenta estos factores a la hora de prescribir medicamentos a AM para optimizar tratamiento y minimizar los riesgos de RAM.

Alpízar.⁽¹⁴⁾ en su investigación evidenció interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos el 32,0 % de los AM estudiados tenían un máximo grado de escolaridad primario. Estos resultados no se asemejan en esta investigación, la voluntad política en Cuba dictamina que la población alcance como mínimo nivel secundario; por otra parte, la media de los pacientes que acuden al CITED, tienen escolaridad media-superior, por lo tal es una muestra controlada, la mayoría de los AM tienen alta escolaridad.

Ariza,⁽¹⁷⁾ en su tesis: “factores asociados a las RAM”, informa 12,4 % de los AM tenían estudios superiores, 47,9 % habían sido bachilleres y 37,3 % solo habían alcanzado el nivel primario,



y 2,4 % de analfabetos, resultados que coinciden con los sujetos a discusión. Las investigaciones indican que AM con menor nivel educativo tienden a tener mayor riesgo de experimentar RAM, lo cual se relaciona con una comprensión limitada sobre el uso adecuado de los mismos y de sus posibles RAM.

Un AM con escolaridad universitaria no está exento a RAM, porque la escolaridad no elimina los factores biológicos, farmacológicos y contextuales que predisponen a las RAM. Incluso, un mayor nivel educativo puede asociarse con mayor PM, automedicación “informada” sin supervisión médica y expectativas terapéuticas más altas, lo que incrementa el riesgo.

Díaz,⁽¹⁸⁾ plantea la desnutrición como un gran problema en la población gerente. Su incidencia es alta y junto con la comorbilidad, causa múltiples complicaciones, como las RAM, las que a su vez generan mayor institucionalización, mayor tiempo de estancia hospitalaria y mayor mortalidad.

Campos,⁽¹⁹⁾ alerta sobre la necesidad de realizar conciliación farmacológica, al no hacerlo puede ocasionar diversas RAM e interacciones medicamentosas, que pueden alterar el estado nutricional al provocar inapetencia, alteraciones del gusto o de la absorción de nutrientes.

Gort,⁽²⁰⁾ informa que las RAM reportadas fueron más frecuentes en los AM con una alta comorbilidad. Ahmadfakhrodi,⁽²¹⁾ informó un 12,0 % de RAM entre pacientes con baja y alta morbilidad. Los AM tienen alto riesgo de interacciones medicamentosas debido a PM, a comorbilidad y a disminución del estado nutricional, que afectan a las propiedades farmacocinéticas y farmacodinámicas de los medicamentos.^(22,23)

Villa,⁽²⁴⁾ en su estudio, informó de un 12,0 % de los AM tomaban dos o más medicamentos, presentaban malnutrición, en comparación con solo 1,0 % de los gerentes que ingerían uno o ningún medicamento. Zanetti,⁽²⁵⁾ informa de un 60,0 % de los AM con comorbilidad baja y PM, mostraron malnutrición o riesgo de malnutrición. Aquellos que consumieron más de diez fármacos al día presentaron una mayor prevalencia de malnutrición. Estos resultados se corresponden con los resultados de esta investigación.

El uso excesivo de medicamentos provoca altos porcentajes de RAM con efecto cascada en el consumo de fármacos, lo que tiene consecuencias desfavorables en la capacidad de suprir necesidades básicas de los AM y se asocia con malos indicadores de salud prevenibles, por



lo que desencadena la presencia de síndromes geriátricos y, por consiguiente, aumentan gastos sanitarios del paciente, su familia y la sociedad. ⁽²⁶⁾

Serra,⁽²⁷⁾ plantean a la PM como incremento del uso de medicamentos prescritos inadecuadamente, da lugar a la infrautilización de los medicamentos esenciales para el control apropiado de las enfermedades que prevalecen en los AM. Además, se establece barrera para la adherencia al tratamiento, crea regímenes terapéuticos complejos y favorece la aparición de errores de medicación, interacciones farmacológicas, RAM y una mala calidad de vida. También aumenta morbimortalidad y complejidad de atención sanitaria, además supone una enorme carga financiera para los AM y los sistemas de salud.

En su estudio Parameswaran,⁽²⁸⁾ evidencia que 32,0 % de los AM tomaba dos o más medicamentos, cifras similares tomaba cinco o más fármacos por paciente y se detectó 42,0 % de RAM, de las cuales 27,0 % fueron categorizadas como potencialmente peligrosas o serias.

Sánchez,⁽²⁹⁾ y Villa,⁽²⁴⁾ reportaron un 57,1 % y un 61,0 % de AM con RAM y PM en sus respectivos estudios. Las cifras, aunque se encuentran por debajo de las reportadas en la tabla 5, no son despreciables, casi todos los estudios registraron cifras de PM por encima de la cuarta parte de la población AM. Una razón de estas diferencias puede corresponder con la pesquisa activa realizada.

Al conocer el impacto que tienen estos efectos adversos, se pueden mejorar las prácticas de la Geriatría, hacer un seguimiento y control de los fármacos, y promover la seguridad de los AM. ^(30,31)

Según Kraut,⁽³²⁾ los antihipertensivos, pueden causar RAM entre 5,0 a 10,0 % de los AM prescritos con este grupo medicamentoso. Por tanto, la identificación y manejo adecuado de estas RAM son cruciales para mejorar la calidad de vida en esta población vulnerable.

Santos,⁽³³⁾ informa de 13,44 % de los AM reportaron erupción cutánea asociada a ingesta de medicamentos; 5,50 % dolor abdominal; 4,98 % tos; y 4,82 % cefalea. Estos síntomas también se encontraron en esta investigación dentro de la categoría de otros, lo que corresponde con los datos de la Tabla 6. Mientras que Zazzara,⁽³⁴⁾ encontró agitación psicomotriz, alteración de



la estabilidad y la marcha, cuadros confusionales, constipación, alteraciones en el ritmo cardíaco, así como depresión e incontinencia urinaria.

Es importante puntualizarlas manifestaciones clínicas, independientemente del tipo de reacción que las provoca, también se asocian con el tipo de medicamento tomado por el paciente. Esto puede hacer los síntomas variar de un estudio a otro. En este estudio no se produjeron complicaciones relacionadas con las RAM en los AM estudiadas, al igual que en otros realizados sobre el tema.^(35,36)

CONCLUSIONES:

La edad media de los adultos mayores estudiados fue de 78 años, con predominio del color de piel blanco, el sexo femenino y el nivel de escolaridad universitario. Dentro de las alteraciones del estado nutricional, más de la tercera parte presentó peso insuficiente; baja comorbilidad en más de la mitad de los adultos mayores reportados con RAM. Predominó la polimedición en la mayoría de los pacientes con reporte de RAM.

Limitaciones del estudio. El universo estudiado no es todo lo grande que podría haber sido, desde marzo de 2020, las Consultas Externas del CITED permanecieron cerradas por la COVID-19, por tal, los ingresos hospitalarios se convirtieron en la única fuente de pacientes.

REFERENCIAS:

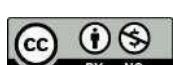
1. Velasco González V, Loya Pérez L, Navarro García E, Sainz Gil M. Notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos por enfermeras en España. Un estudio observacional descriptivo retrospectivo. *Enferm Clínica* 2021; 31(6): 363-70: [Acceso 11/01/ 2024]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120305349>
2. Cubas Segura G. Reacciones Adversas Medicamentosas en Pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado [Tesis]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2022. [Acceso 11/01/ 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/975348eb-6f16-4f18-ab0e-62396cadbb2b/content>



3. Furones Mourelle JA, Cruz Barrios MA, et al. Reacciones adversas por medicamentos en ancianos cubanos (2003-2013). Rev Cuba Salud Pública 2016; 42(4):510-23: [Acceso 7/12/2022] Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2016.v42n4/510-523/>
4. Montané E, Santesmases J. Adverse drug reactions. Med Clin (Barc). 2020; 154(5):178-84 [Acceso 12 /12/ 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31771857/>
5. Arcos Díaz A. Incidencia y características de las reacciones adversas a medicamentos en un hospital de alta especialidad. Mérida Yucatán, México. Rev. Biomédica 2022; 33 (1). [Acceso 12/02/2023] Disponible en: <https://www.revistabiomedica.mx/index.php/revbiomed.v33i1.920>
6. Ortega López IL, Sagaró Yi NC. Uso de fármacos en el anciano, un desafío a enfrentar. Reporte de un caso. Orange J. 2020; 2(4):37-43 [Acceso 12/12/2023] Disponible en: <https://orangejournal.info/index.php/orange/article/view/20>
7. Uso de medicamentos y polifarmacia en personas mayores. Observatorio del envejecimiento para un Chile con futuro. Pontifica Universidad Católica de Chile. 2021; 12 (2). [Acceso 12/12/2023] Disponible en:[Reporte-Observatorio-Uso-de-medicamentos-y-Polifarmacia-en-personas-mayores.pdf \(uc.cl\)](Reporte-Observatorio-Uso-de-medicamentos-y-Polifarmacia-en-personas-mayores.pdf (uc.cl))
8. Benítez Pérez M. Envejecimiento poblacional: actualidad y futuro. Medisur [Internet]. 2017;15 (1). [Acceso 11/12/2023]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3417>
9. Oficina Nacional de Estadísticas e Información. República de Cuba. El envejecimiento de la población. Cuba y sus territorios. 2023 [Acceso 29/03/2022]. Disponible en: <https://x.com/CubaONEI/status/1861471144580100339>
10. Avedillo Salas A. Reacciones Adversas a Medicamentos y la importancia de notificarlas. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Zaragoza. 2023. [Acceso 11/12/2023]. Disponible en: <https://cofzaragoza.org/reacciones-adversas-a-medicamentos-y-la-importancia-de-notificarlas/>
11. Elemuwa UG, Bitrus F, et al. Trends in Adverse Event Reporting Before and After the Introduction of the Med Safety App in Nigeria. PharmaceutMed. 2024; 38(3):251-59 [Acceso 12/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38705932/>



12. Kiguba R, Zakumumpa H, et al. Facilitators and Barriers to Uptake of the Med Safety Mobile App for Adverse Drug Reaction Reporting by Health Workers in Uganda: A Qualitative Study. *DrugSaf.* 2023; 46(6):565-74 [Acceso 12/12/ 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37097426/>
13. Manrique JE, Larios Caro J, et al. Identificación de reacciones adversas a medicamentos en adultos mayores polimedicados en una institución de tercer nivel en Cartagena, Colombia. *RevCiencBiomed* 2024; 13(1):9-19 [Acceso 11/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.unicartagena.edu.co/entities/publication/036d654d-9a2b-4ac4-9f7d-737794e7d4c5/full>
14. Alpízar Cortes JE, Angeles Lozano KL, et al. Identificación de interacciones medicamentosas potenciales en pacientes geriátricos. *JONNPR* 2020; 5(9): 9981009 [Acceso 13/12/2024]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n9/2529-850X-jonnpr-5-09-998.pdf>
15. Yagi M, Shindo Y, Mutoh Y, Sano M, Sakakibara T, et al. Factors associated with adverse drug reactions or death in very elderly hospitalized patients with pulmonary tuberculosis. *Sci Rep.* 2023; 13(1) [Acceso 13/12/ 2024]; Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10133295/>
16. U. S. Food Drug Administration. Características sociodemográficas de la notificación de eventos adversos. FDA. 2024 [Acceso 13/12/ 2024]. Disponible en: <https://www.fda.gov/drugs/spotlightcder-science/caracteristicas-sociodemograficas-de-la-notificacion-de-eventos-adversos>
17. Ariza Bolaño D. V. Factores asociados a reacciones adversas a medicamentos en adultos mayores de 60 años de edad, hipertensos y diabéticos con polimedición, adscritos a un plan de beneficio especial en salud en el departamento del atlántico, durante el año 2016" Trabajo de investigación presentado para optar al título de: magíster en epidemiología Colombia 2017 [Acceso 04/05/ 2021] Disponible: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/7883/131058.pdf?sequence=1>
18. Diaz Vázquez EP. Relación entre el estado nutricional de los adultos mayores y morbilidad hospitalaria en el servicio de geriatría del Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo [tesis]. Lambayeque, Perú: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo; 2021. [Acceso 17/12/2024]. Disponible en: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9343>



19. Campos MJ, CzlapkaMatysik M, et al. Food Supplements and Their Use in Elderly Subjects-Challenges and Risks in Selected Health Issues: A Narrative Review. *Foods*. [Internet] 2024;13(16):2618 [Acceso 17/12/2024]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39200545/>
20. Gort Hernández M, Guzmán Carballo NM, et al. Caracterización del consumo de medicamentos en el adulto mayor. *RevCubanaMed Gen Integr* 2019; 35(4) [Acceso 17/12/2024] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2019/cmi194i.pdf>
21. Ahmadfakhrodi M, Yousefi Ghalati S, et al. Evaluation of the prevalence and influencing factors on poly-pharmacy among elderly patients - A review. *J Family Med Prim Care*. 2024; 13(10):4159-64 [Acceso 17/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39629411/>
22. Jyrkkä J, Paulamäki J, et al. Prescribing Appropriate Medicines to Older Adults: A Finnish Experience with the Web-Based Meds75+ Database. *DrugsAging*. 2024; 41(8):665-74: [Acceso 17/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39085715/>
23. Hyttinen V, Kortelainen L, et al. Impact of the publication of the Finnish Meds75+ database on the use of potentially inappropriate medications in older persons. *Br J Clin Pharmacol*. 2023; 89(10):3046-55 [Acceso 17/12/2024]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37271940/>
24. Villa Ramírez CM. Relación entre la polifarmacia y el estado nutricional de pacientes geriátricos con diabetes mellitus tipo 2 Aguascalientes: Unidad de Medicina Familiar #10, Centro de Ciencias de la Salud; 2024. [Acceso 17/12/2024]. Disponible en: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/3003/472244.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Zanetti M, Veronese N, et al. Polypharmacy and malnutrition in older people: A narrative review. *Nutrition*. 2023;115:112134. [Acceso 17/12/ 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37453210/>
26. Rashid K, Khan Y, Ansar F, Waheed A, Aizaz M. Potential Drug-Drug Interactions in Hospitalized Medical Patients: Data from Low Resource Settings. *Cureus*. 2021; 13(8):e17336 [Acceso 17/12/ 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34557372/>



27. Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Rev. Hab. Cien. Méd. 2013;12(1):142-51: [Acceso 19/12/ 2024]. Disponible en:
<https://www.medicgraphic.com/pdfs/revhabciemed/hcm-2013/hcm131p.pdf>
28. Parameswaran Nair N, Chalmers L, Bereznicki BJ, Curtain CM, Bereznicki LR. Repeat Adverse Drug Reaction-Related Hospital Admissions in Elderly Australians: A Retrospective Study at the Royal Hobart Hospital. DrugsAging. 2017; 34(10):777-83 [Acceso 19/12/ 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28952130/>
29. Sánchez Sánchez NJ, Hernández Gómez MA, Otero R, Maldonado Díaz A, Santiago Janeiro E, et al. Prescripción potencialmente inadecuada en patología cardiovascular en pacientes ancianos en atención primaria. Gerokomos 2021; 32(3):164-67. [Acceso 19/12/2024]; Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2021000400006&Ing=es.
30. Mahlknecht A, Wiedermann CJ, Sandri M, Engl A, Valentini M, et al. Expert-based medication reviews to reduce polypharmacy in older patients in primary care: a northern-Italian cluster-randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2021; 21(1):659 [Acceso 19/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34814835/>
31. Piccoliori G, Mahlknecht A, Sandri M, Valentini M, Vögele A, et al. Epidemiology and associated factors of polypharmacy in older patients in primary care: a northern Italian cross-sectional study. BMC Geriatr. 2021;21(1):197 [Acceso 19/12/2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33743582/>
32. Kraut R, Lundby C, Babenko O, Kamal A, Sadowski CA. Antihypertensive medication in frail older adults: A narrative review through a deprescribing lens. Am Heart J Plus. 2022 [Acceso 18/12/2024]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10978346/>
33. Santos Muñoz L, García Milián AJ, Linares Morera A, Vidal Casal JJ. Reacciones adversas medicamentosas en ancianos de Matanzas, Cuba 2014-2019. Horiz. sanitario 2023. 22(1): 83-88 [Acceso 20/12/2024]. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S200774592023000100083&Ing=es



- 34.Zazzara MB, Palmer K, Liborio Vetrano D. Carfi A, Onder G.Adverse drug reactions in older adults: a narrative review of the literature. EurGeriatrMed. 2021; 12(3):463-73 [Acceso 20/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33738772/>
- 35.Asio L. Nasasira Marble. Kiguba R.Hospital admissions attributed to adverse drug reactions in tertiary care in Uganda: burden and contributing factors. Ther Adv Drug Saf. 2023; 14:20420986231188842. [Acceso 20/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37529762/>
- 36.Yadesa TM,Kitutu FE, Tamukong R, Alele PE.Predictors of hospitalacquired adverse drug reactions: a cohort of Ugandan older adults. BMC Geriatr. 2022 22(1):359: [Acceso 20/12/2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35461224/>

Conflicto de interés:

Los autores no declaran conflictos de interés.

Financiación:

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

Contribución de autoría:

Andrea de Lourdes Ramírez Ramírez: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

Niurka Cascudo Barral: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

Evelyn Perera Díaz: Conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto y redacción del borrador original.

