

INTERVENCIÓN PARA REDUCIR MORBILIDAD EN PACIENTES MAYORES DE 80 AÑOS

ÁNGEL SANZ GRANDA. Consultor científico.

La European Medicines Agency indica como reacción adversa a los medicamentos (RAM), al igual que la OMS, la respuesta que es nociva y no intencionada y que ocurre en el hombre a las dosis normalmente utilizadas para profilaxis, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o para modificación de una función fisiológica.

PRECISIONES TERMINOLÓGICAS

Acerca de la terminología de la RAM, es preciso hacer algunos matices, ya que en ocasiones se produce un error de traducción respecto de *serious* y *severe*. El primer término inglés, *serious*, se refiere a la relevancia o gravedad de la RAM mientras que *severe* lo hace respecto de la intensidad. La intensidad suele agruparse en media, moderada y grave, por lo que una RAM puede presentar una *severity* grave, como es una cefalea de gran intensidad, a la par que no sería una RAM *serious* al no presentar gravedad para el individuo que la padece. Una RAM presenta relevancia o gravedad cuando supone una amenaza para la vida o funcionalidad del paciente. Una vez comprendido este aspecto, una RAM que presente gran relevancia podrá producir la muerte o podrá requerir una hospitalización o prolongar la existente. El concepto de RAM está actualmente ampliado al de problema relacionado con los medicamentos (PRM), lo cual incluye asimismo los efectos no deseados debidos a errores de la medicación, originados como consecuencia de un uso no apropiado de los fármacos. En el campo estrictamente farmacéutico, el PRM se define como la situación que en el proceso de uso de medicamentos causa o puede causar la aparición de un resultado negativo asociado a la medicación (RNM), siendo éste el resultado en salud no adecuado al objetivo farmacoterapéutico. No obstante, en términos generales, una consecuencia es comúnmente aceptada en todos los ámbitos: una gran proporción de estos problemas pueden ser prevenidos.

RAM Y EDAD

Ciertas características pueden presentarse como predictores de los problemas de referencia, y uno de las más importantes es la edad. Si, además, los pacientes toman varios medicamentos simultáneamente y éstos pertenecen a los grupos farmacológicos que habitualmente se hallan involucrados, nos encontraremos ante el perfil de paciente con elevado riesgo de sufrir RAM (tabla 1). Es esencial destacar que el subgrupo mencionado es el mayor consumidor de fármacos en nuestro país, a pesar de que constituye una porción de la población relativamente pequeña. Ello presupone que en la subpoblación mencionada se observaría un riesgo aumentado de mayor morbilidad, lo que se traduciría finalmente en una tasa superior de hospitalizaciones y rehospitalizaciones, visitas a urgencias, etc., así como un riesgo aumentado de mortalidad. Por todo ello, el uso racional de fármacos en personas mayores debe estar guiado por una serie de recomendaciones básicas (tabla 2). Ante este importante problema sanitario, Gillespie et al evalúan una intervención realizada por farmacéuticos, efectuada para reducir la morbilidad y la sobreutilización de atención sanitaria secundaria (hospitalaria) en

TABLA 2. RECOMENDACIONES SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN PERSONAS MAYORES

Recomendaciones para una correcta prescripción en ancianos:

- Revisión periódica de historia farmacoterapéutica.
- Adecuación de la indicación terapéutica.
- Elección de pautas de prescripción apropiadas.
- Simplificación del régimen terapéutico.
- Disminución al mínimo del número de medicamentos.
- Reevaluación periódica de la indicación de los fármacos.
- Realización de ajustes posológicos si es preciso.
- Educación del paciente para que comprenda su plan terapéutico.
- Respeto a la autonomía del paciente.
- Detección del perfil de pacientes incumplidores.

Fuente: Sepúlveda et al.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO PARA LA APARICIÓN DE PRM

PACIENTE	GRUPO FARMACOLÓGICO	MEDICAMENTO
>6 condiciones crónicas >12 dosis diarias de medicamentos >9 medicamentos prescritos IMC <19/20 en mujeres/hombres >85 años Aclaramiento <50 ml/min	Anticonvulsivantes Antipsicóticos Sedantes/hipnóticos Benzodiazepinas con t _{1/2} >10 h Analgésicos narcóticos Anticolinérgicos	Digoxina Warfarina Litio

Fuente: Harms y Garrad, 1998.

pacientes mayores polimedicados. La unidad de medida del resultado obtenido se define como el número de visitas a urgencias del hospital y el de admisiones y readmisiones hospitalarias por causa del tratamiento farmacológico o por cualquier causa.

ANÁLISIS DEL ESTUDIO

En los pacientes del grupo de intervención se detectaron 476 RAM, y los efectos adversos fueron las más frecuentes (n: 119), seguidos de la necesidad de algún otro fármaco (n: 90), fármaco no necesario (n: 86), dosis elevadas (n: 78), incumplimiento (n: 41) y dosis bajas (n: 39). Atendiendo a ello, se hicieron recomendaciones al médico. Las más frecuentes fueron la de cese de algún fármaco (n: 150), inicio de alguno (n: 86), reducción de dosis (n: 78) y cambio de fármaco (n: 45). Cabe destacar que en el 75% de los casos, estas recomendaciones fueron aceptadas. Los resultados de la intervención analizada muestran que ésta se asoció con una reducción significativa de la frecuencia de asistencia a urgencias del hospital y especialmente, con una disminución muy significativa de la tasa de readmisiones hospitalarias como consecuencia de los medicamentos: tan sólo 9 ingresos hospitalarios por esta causa en el grupo de intervención, de los cuales 4 podrían haber sido evitados si el médico hubiera aceptado la recomendación que se había efectuado. Si bien la tasa global de readmisiones no mostró una reducción estadísticamente significativa, las asociadas con el uso de fármacos sí lo hicieron. Un aspecto importante radica en el cos-

te preciso para la obtención del resultado. Una revisión Cochrane indica que es crucial analizar el potencial ahorro en costes con el coste de la intervención; en este caso, no hay una disminución estadísticamente significativa del coste total pero tampoco se observa que el coste de la intervención, de 170 dólares –correspondiente a un tiempo medio de 2 h y 20 min dedicado para cada paciente– produjera un incremento en los costes, lo que hace interesante esta acción, al mejorar los resultados de salud sin un coste adicional. La aleatorización del estudio no fue, quizás, la más adecuada puesto que cada médico atendía a pacientes del grupo de intervención y de control, con los problemas asociados que ello conlleva. Una asignación en la que cada médico hubiera atendido a pacientes de un único grupo habría minimizado el riesgo de sesgo.

CONCLUSIONES

Los autores concluyen que la inclusión del farmacéutico en los equipos de atención sanitaria podría mejorar los resultados asociados con la morbilidad. **of**

SIGLAS UTILIZADAS

RAM: reacción adversa a los medicamentos; PRM: problema relacionado con los medicamentos; RNM: resultado negativo asociado a la medicación.

FICHA DEL ESTUDIO

Pregunta de investigación	¿Puede el farmacéutico reducir la frecuencia de cuidados hospitalarios en los ancianos polimedicados?
Objetivo general	Evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas sobre la morbilidad y sobreutilización de atención sanitaria secundaria
Objetivos específicos	Estimar el coste neto de la intervención farmacéutica
Tipo de estudio	Estudio aleatorizado y controlado
Muestra	400 pacientes en 2 clínicas del hospital
Criterios de inclusión	Pacientes de 80 años o mayores
Criterios de exclusión	Estar admitidos en otros estudios; tener ingresos programados
Tiempo de seguimiento	12 meses
Intervención	Análisis del tratamiento inicial, comunicando al médico cualquier aspecto inapropiado; educación al paciente más información sobre el tratamiento al alta hospitalaria
Variables dependientes	Frecuencia de visitas a urgencias; frecuencia de admisiones nuevas o repetitivas al hospital (por cualquier causa o por los fármacos); supervivencia; costes
Variables universales	Sexo, edad
Variables complementarias	Peso, parámetros bioquímicos, estatus social, medicamentos administrados diariamente
Resultados (base frente a fin)	Visitas a urgencias: 49 vs 93 (RR: 0,53; IC95: 0,37-0,75) Readmisiones: 217 vs 223 (RR: 0,97; IC95: 0,81-1,17) Readmisiones por fármacos: 9 vs 45 (RR: 0,20; IC95: 0,10-0,41) Tasa de supervivencia: 0,69 vs 0,67 (HR: 0,94; IC95: 0,65-1,34) Coste: 12.100 vs 12.500; diferencia: -400 (IC95: -4.000; 3.200)