

COMENTARIO EDITORIAL

Polimedicación y prescripción inadecuada de fármacos en pacientes ancianos: ¿hacemos lo que podemos?

Eladio Fernández Liz

Servei d'Atenció Primària Muntanya de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

La polimedicación y la prescripción inadecuada de medicamentos a pacientes de edad avanzada incrementan el riesgo de reacciones adversas y son causa, probablemente prevenible, de ingresos hospitalarios y de un incremento

de costes muy considerables para el sistema de atención a la salud^{1,2}.

Aunque el uso inadecuado de fármacos ha sido ampliamente documentado en Estados Unidos y Canadá, con

Puntos clave

- La polimedicación y el uso inadecuado de fármacos incrementan el riesgo de efectos adversos y son causa prevenible de ingresos hospitalarios y costes considerables para el sistema de atención a la salud.
- Constituyen un reto ineludible para el sistema de atención a la salud.
- Deben investigarse e implementarse estrategias de intervención para reducir la polimedicación y el uso inadecuado de fármacos en el paciente de edad avanzada.
- Se requiere optimizar la comunicación efectiva entre el médico y el farmacéutico para mejorar la calidad de la atención.

una alta prevalencia, del 14-37% en la población anciana general y > 40% en las residencias, no ha sido así en Europa. Los pocos estudios que han documentado este problema, básicamente realizados en países nórdicos, estiman una prevalencia del 12,5-20%²⁻⁴.

El estudio de Gavilán Moral et al¹ supone una nueva aportación al conocimiento y análisis de situación del uso inadecuado de medicamentos en pacientes ancianos inmóviles que viven en la comunidad, pues es uno de los pocos estudios que documenta este problema en España. Los autores se han basado en los criterios de Beers, recientemente actualizados⁵. Éstos explicitan fármacos y dosis que se deben evitar en los ancianos por el elevado riesgo de reacciones adversas y por disponer de alternativas terapéuticas de menor riesgo potencial. En la tabla 1 se indican los fármacos potencialmente inadecuados que se deben evitar en ancianos, adaptado a los fármacos comercializados en España.

El estudio mostró una alta prevalencia de polimedicación y un elevado porcentaje de pacientes con uso inadecuado de medicamentos (35%). Aunque hay diferencias metodológicas en este estudio, comparado con los estudios previos²⁻⁴, el elevado porcentaje de uso inadecuado no nos sorprende, debido a las características de los pacientes incluidos: un 100% de incapacitados funcionalmente, con una media de edad de 81 años, un 74,8% mujeres, un 49,6% con un nivel socioeconómico bajo o muy bajo, un 76,1% de polimedicados, todos ellos factores asociados positivamente con el uso inadecuado de fármacos¹⁻³.

Los resultados no son extrapolables ni generalizables, probablemente el porcentaje de uso inadecuado esté subestimado por no recoger la duración de los tratamientos o no incluir a los pacientes institucionalizados, la información relativa al cumplimiento terapéutico o las interacciones farmacológicas^{1,6}.

TABLA 1

Fármacos potencialmente inadecuados a evitar en el paciente anciano

Fármacos inadecuados por clases terapéuticas

Analgésicos/AINE: indometacina, ketorolaco, ácido mefenámico, meperidina, naproxeno, piroxicam, pentazocina, fenilbutazona
Antiagregantes: dipiridamol de acción corta, ticlopidina
Antianémicos: sulfato ferroso > 325 mg/día
Antiarrítmicos: amiodarona, digoxina > 0,125 mg/día (excepto en fibrilación auricular), disopiramida
Antibacterianos: nitrofurantoína
Anticolinérgicos: clorfeniramina, difenhidramina, ciproheptadina, prometazina, tripeleminina, dexclorfeniramina, alcaloides belladona, oxibutinina
Antidepresivos: amitriptilina, doxepina, fluoxetina, imipramina
Antihipertensivos: clonidina, doxazosina, metildopa, nifedipino de acción corta
Antihistamínicos H ₂ : cimetidina
Antipsicóticos: perfenazina, barbitúricos excepto fenobarbital y excepto para el control de la agitación
Estimulantes: anfetaminas (excluido metilfenidato) y anorexígenos
Hipoglucemiantes: clorpropamida
Hormonales: estrógenos solos
Laxantes: bisacodilo, cáscara sagrada, aceite mineral
Relajantes musculares y antiespasmódicos: metocarbamol, carisoprodol, ciclobenzaprina
Sedantes: clordiazepóxido, diazepam, flurazepam, meprobamato, quazepam, halazepam, clorazepato, triazolam > 0,25 mg/día, lorazepam > 3 mg/día, oxazepam > 60 mg/día, alprazolam > 2 mg/día
Vasodilatadores: pentoxifilina

Adaptada y modificada de Fialová D et al³.

El uso de listados de fármacos potencialmente inadecuados debe ser considerado como una herramienta para identificar tratamientos subóptimos, ya sea por no recibir el fármaco eficaz o por recibir dosis inadecuadas. En el artículo de Gavilán Moral et al¹, los ansiolíticos de semivida de eliminación prolongada y los hipnóticos fueron los fármacos inadecuados más frecuentes, pero incrementan el riesgo de caídas y fracturas⁶. Así, los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina reducen la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca, o los anticoagulantes orales previenen el riesgo de ictus en pacientes con fibrilación auricular; en cambio, sólo se prescriben a una minoría de los pacientes de edad avanzada⁶. Además, debe tenerse en cuenta que los pacientes ancianos y polimedicados son habitualmente excluidos de los ensayos clínicos⁶. Por otro lado, el 30% de fármacos incluidos en los criterios de Beers no está comercializado en España. El estudio de Gavilán Moral et al¹ muestra que el 77,7% de las prescripciones inadecuadas se origina en la consulta del médico de familia y, por tanto, es un reto para la consulta de atención primaria.

¿Cómo podemos reducir el uso de prescripciones inadecuadas? Es esencial realizar una anamnesis farmacológica

completa, definir objetivos terapéuticos posibilistas, revisar periódicamente el tratamiento, ajustar la dosis, la pauta y la duración del tratamiento, y considerar críticamente la conveniencia del tratamiento farmacológico en cada paciente, en especial en los pacientes ingresados en residencias geriátricas y en los polimeditados².

El artículo pone de manifiesto que la polifarmacia y el uso inadecuado de medicamentos son habituales en los ancianos. Investigaciones internacionales indican que son un factor de riesgo, probablemente prevenible, de incremento de reacciones adversas e ingresos hospitalarios².

La prevención y el reconocimiento de los problemas relacionados con el uso de los medicamentos en los pacientes de edad avanzada es uno de los principales retos para el sistema de atención a la salud⁶.

Posiblemente debería potenciarse el uso de sistemas informáticos de ayuda para la toma de decisiones⁷, que incluya alertas inmediatas en caso de prescripciones redundantes, interacciones farmacológicas y prescripciones potencialmente inadecuadas. Además, debería mejorar la comunicación efectiva entre médicos y farmacéuticos para mejorar la calidad de la atención⁶.

Futuras investigaciones deberían incluir al paciente de edad avanzada polimeditado en los ensayos clínicos. Además, se debería realizar estudios epidemiológicos que controlen el uso de medicamentos en poblaciones de edad avanzada⁶.

Se requiere intervenciones que aborden el problema de forma integral, que incluyan al paciente y a su cuidador, al

médico, a la enfermera y al farmacéutico para mejorar la calidad de la prescripción y los resultados de salud del paciente⁶.

Bibliografía

1. Gavilán Moral E, Morales Suárez-Varela MT, Hoyos Esteban JA, Pérez Suanes AM. Polimedición y prescripción de fármacos inadecuados en pacientes ancianos inmovilizados que viven en la comunidad. *Aten Primaria*. 2006;38:476-82.
2. Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The association of inappropriate drug use with hospitalisation and mortality: a population-based study of the very old. *Drugs Aging*. 2005;22:69-82.
3. Fialová D, Topinková E, Gambassi G, Finne-Soveri H, Jónsson PV, Carpenter I, et al. Potentially inappropriate medication use among elderly home care patients in Europe. *JAMA*. 2005;293:1348-58.
4. Van der Hooft CS, Jong GW, Dieleman JP, Verhamme KM, Van der Cammen TJ, Stricker BH, et al. Inappropriate drug prescribing in older adults: the updated 2002 Beers criteria: a population-based cohort study. *Br J Clin Pharmacol*. 2005;60:137-44.
5. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-2724.
6. Murray MD, Callahan CM. Improving medication use for older adults: an integrated research agenda. *Ann Intern Med*. 2003;139:425-9.
7. Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jacques A, Roy D, Hanley J, et al. The medical office of the 21st century (MOXXI): effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *CMAJ*. 2003;169:549-56.