

Polifarmacia en ancianos del Consultorio 6 del Área II de Cienfuegos

Rocha Vázquez M¹, Leal Curí L², Cabrera Lima K³, Boza Mejías Y⁴

¹Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

²Especialista de primer Grado en Medicina General Integral.

³Residente de Cirugía.

⁴Residente de Estomatología General Integral.

Este trabajo obtuvo Premio Relevante el Forum Provincial y Forum Nacional de Ciencias Médicas

El adulto mayor toma alrededor del doble de los medicamentos que consumen los jóvenes y no es extraordinario que un adulto mayor tome más de 5 ó 6 prescripciones diferentes. También es común que los fármacos recetados se tomen en combinación con otros no recetados y con productos naturales que puedan tener importantes interferencias o interacción con los fármacos recetados por el médico¹; de esta manera se incrementa la posibilidad de tener una respuesta alterada al medicamento, lo cual es extensivo desde tiempos inmemorables a todas las culturas y países, y de lo cual el nuestro no está exento.

Las personas mayores requieren de un médico general para garantizar que la existencia de enfermedades múltiples no lleve a múltiples derivaciones, opiniones y dilución de la responsabilidad^{1,2}.

En algunos países la población geriátrica llega a ser mayor del 12% y más del 25% de las medicaciones están prescritas en este grupo de edad. Cuando se formula a un anciano el médico debe tener presente, entre otros, el fin terapéutico, la calidad de vida y los potenciales efectos adversos³.

Estudios epidemiológicos muestran que la yatrogenia es muy frecuente entre los ancianos institucionalizados. Una de las principales complicaciones es debida al uso de múltiples medicamentos; según los diferentes investigadores puede oscilar entre 4 y 44% de los ancianos

hospitalizados, y para la población general puede llegar hasta el 18%, principalmente en instituciones dedicadas a la enseñanza. El Estudio colaborativo de Boston evidenció que 1 de cada 1.000 ancianos muere por complicaciones medicamentosas³.

La población mayor de 65 años en España supera el 17% de 42,7 millones de personas y consume más del 30% de los medicamentos (el Sistema Nacional de Salud facturó en 2003, 705.263.441 recetas)^{4,5}. El consumo diario medio por anciano oscila entre dos y tres medicamentos y más del 75% los consume de forma crónica; si se tiene en cuenta la automedicación, éste asciende a más de 5 medicamentos. Distintos trabajos indican que entre un tercio y la mitad de los ancianos tratados no realiza correctamente la prescripción y más del 90% toma dosis menores de las prescritas por su médico⁶⁻¹⁰.

La farmacoterapia en la tercera edad abre un gran capítulo en la medicina moderna que merece un cúmulo de consideraciones especiales basadas en aspectos biológicos propios del organismo envejecido y por ende frágil, que guardan relación con variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas¹¹⁻¹⁸

Los adultos mayores con enfermedades múltiples deben ser atendidos, siempre que sea posible, por un solo profesional suficientemente capacitado para que pueda abarcar con la mayor integralidad un organismo

que sufre varias dolencias. Esta política de fármacos debe volcarse hacia la comunidad y a sus médicos de familia, que son los que con mayor frecuencia atienden a esta población¹⁸⁻²⁰.

Por lo anteriormente expuesto, nos motivamos a realizar este estudio que pretende dar respuesta a cuál es la problemática de la Polifarmacia en un grupo de ancianos de un área de salud de la Ciudad de Cienfuegos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo constituido por la totalidad de pacientes de 60 y más años de edad del Consultorio Médico número 6 del Área de Salud II perteneciente al municipio de Cienfuegos, representado por 112 pacientes. Para la selección de la muestra se decidió estudiar el 33% de los pacientes, lo cual constituye una muestra estadísticamente representativa en un estudio de estas características. Los pacientes fueron seleccionados de forma aleatoria simple y se tuvo en cuenta la voluntariedad de los mismos.

Finalmente la muestra quedó conformada por un total de 37 pacientes, a los que se aplicó una encuesta de carácter personal por parte de los autores del trabajo que incluye las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes patológicos familiares, consumo de medicamentos para el control de su patología de base especificando medicamento, prescriptor, y satisfacción de necesidades básicas.

Los datos obtenidos a través de las encuestas fueron procesados por el programa SPSS para Windows versión 11. Los resultados principales se muestran en tablas de frecuencia y relación de variables tabulados en distribuciones porcentuales. Dadas las características del estudio no consideramos necesario la aplicación de pruebas estadísticas.

RESULTADOS

El 81,08% de los pacientes estudiados presenta polifarmacia. De forma general resultó más frecuente

en el sexo femenino con 84,62% frente a un 72,73% en hombres, aunque resulta interesante señalar que la polifarmacia mayor se presentó más en mujeres que en hombres.

El grupo etario en que predominó la polifarmacia fue el de 70-74 años de edad con un 100%, seguido del grupo etario de 85 y más con un 83,3%.

Fueron los ansiolíticos y diuréticos los medicamentos más empleados en los pacientes estudiados con 78,38 y 37,84%, respectivamente, seguido por los IECA con 24,32%. En todos los casos el medicamento fue más utilizado en el sexo femenino que en el masculino. Las mujeres utilizan muchos más analgésicos que los hombres (19,23 contra 9,09%); de forma similar sucede con los anticálcicos, empleados sólo por mujeres.

Predominan los medicamentos prescritos por un médico (70%) en ambos sexos, con mayor frecuencia en el caso del femenino (77,27% contra 50%), pero resulta interesante el hallazgo de que los pacientes del sexo masculino se automedican mucho más que las mujeres.

Fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la cardiopatía isquémica las patologías que prevalecieron y que contribuyeron con mayor frecuencia a la polifarmacia.

Los pacientes con polifarmacia mayor de los grupos etarios 60-64 y 75-79 lograron la satisfacción de sus expectativas en el 100% de los casos, mientras que el 100% de los pacientes de 85 años y más no lograron la satisfacción de sus expectativas.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La polifarmacia de forma general incrementa el potencial de tener una respuesta alterada al fármaco, con mayor posibilidad de efectos secundarios y adversos a la salud². En sentido general se incrementa el riesgo de yatrogenia farmacológica³, así como hay respuesta alterada al fármaco². Levi²¹ plantea que de los ingresos hospitalarios entre 3 y 10% se debe a reacciones secundarias a fármacos.

Resultados similares a los nuestros fueron reportados

en estudios de prevalencia realizados por Victoria Arango³.

Varios son los autores que coinciden en plantear que el grupo de mayor vulnerabilidad a la polimedición son los ancianos^{1, 21}.

Santana Vasallo¹ y Fernández Guerra¹⁸ obtuvieron resultados similares a los nuestros al referir mayor prevalencia de la polifarmacia en el sexo femenino. En las últimas décadas la prevalencia de enfermedades no transmisibles se ha incrementado en este sexo, quizás asociado al incremento de los factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, estrés, y además a la disminución de los estrógenos, que conduce a la pérdida del efecto protector de estos sobre los lípidos, con lo que se produce un incremento de las LDL y con ello mayor susceptibilidad a estas enfermedades.

Inferimos que los resultados obtenidos están asociados a que con el incremento de la edad tienen mayor prevalencia las enfermedades crónicas, las cuales necesitan en muchas oportunidades de varios medicamentos para su control. Sin embargo, la edad como factor independiente no se relaciona con la polifarmacia, es decir, el comportamiento por grupos etarios depende de las características del grupo de estudio en cuestión, las patologías que presenta...

Santana Vasallo¹ y Arango³ reportan los sedantes como los medicamentos que con mayor frecuencia consumen los pacientes, coincidiendo con los resultados obtenidos en nuestro trabajo. Esto puede estar en relación con el hecho de ser frecuentes los trastornos del sueño en los pacientes mayores de 60 años, lo cual en muchas ocasiones motiva el consumo de psicofármacos, en este caso ansiolíticos, y en el caso de los diuréticos a la mayor prevalencia de la hipertensión arterial en estos grupos etarios y constituir medicamentos de primera línea que son efectivos en los ancianos, resultados similares a los obtenidos por Natalia Fernández¹⁸.

El hecho de que el prescriptor sea un médico en la mayoría de los pacientes nos inclina a pensar que la valoración integral del paciente por un solo profesional, suficientemente capacitado, que pueda abarcar con mayor integralidad un organismo que sufre varias

dolencias, puede ayudar a disminuir, o al menos reevaluar a todos los pacientes que tienen polifarmacia y arribar a la conclusión de si realmente la necesitan o no. Esta posibilidad la tiene perfectamente el médico de familia que posee un conocimiento integral de la población que atiende.

La elección del medicamento no debe basarse únicamente en la enfermedad a tratar, sino en mejorar la calidad de vida del paciente. Varios son los autores que coinciden en afirmar que son las enfermedades cardiovasculares las que con mayor frecuencia conducen a la polifarmacia^{1, 18}.

Los resultados obtenidos en cuanto a la relación existente entre satisfacción de necesidades básicas y polifarmacia nos alerta a que existen personas cuya percepción de calidad de vida con relación a satisfacción de necesidades básicas está alterada; si tenemos en consideración que un gran número de ellas presenta polifarmacia o polifarmacia mayor, es una razón suficiente para reevaluar los tratamientos impuestos de cara a ver si es pertinente que el paciente continúe con todos ellos. En ocasiones existen algunos que son realmente caros teniendo en cuenta el nivel adquisitivo de este grupo etario que hoy estudiamos, pacientes pensionados o jubilados, y no es menos cierto que muchas patologías crónicas que como hemos observado son las que prevalecen en ellos pueden lograr un mejor control si potenciamos las medidas no farmacológicas y eso forma parte de la labor del médico de familia, del conjunto de acciones que debe realizar para promover estilos de vida saludables y prevenir complicaciones.

Coincidimos con Victoria Arango³ al plantear que las metas deben estar dirigidas a atender los mínimos efectos secundarios, la mejor adherencia y el menor costo.

CONCLUSIONES

La polifarmacia constituye un problema de salud en los pacientes de 60 años y más estudiados. Las patologías no transmisibles son las que más contribuyen a ello, y en la mayoría de los casos un médico el prescriptor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Santana Vasallo O, Bembibre Taboada R, García Núñez R et al. Efectos sobre la salud del anciano en cuanto a alteraciones en la medicación. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998; 14(4):316-9.
2. Moreno A. Principios generales de prescripción en pacientes geriátricos. *enlinea//22marzo2005*; URL disponible en: <http://www.laberotica.es>.
3. Arango Lopera V E. Polifarmacia en el anciano/*enlinea//22marzo2005*; URL disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/universitas/serial>.
4. Noguera C. El INE prevé que España supere los 50 millones de habitantes en 2025. *El País* 2004, 20 de agosto; Secc. Sociedad p: 23.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo- Información al profesional-Farmacia - Datos provisionales de facturación de recetas médicas del Sistema Nacional de Salud Enero 2004. Consultado en agosto 2004. Disponible en: http://www.msc.es/profesional/farmacia/datos/cont_datos_provisionalesEnero04.htm
6. Palop Larrea V, Martínez-Mir I. Peculiaridades del manejo terapéutico en el anciano. X Congrés Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitària. Valencia 1988. Libro de Ponencias, 1998:7-13.
7. Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Pereiró Belenguer I, Martínez-Mir I. Influencia del sexo del paciente en la calidad de los medicamentos consumidos. *Aten Primaria* 2002;30:163-170.
8. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Repercusión clínica y económica del incumplimiento terapéutico. En: VF Gil Guillén, J Merino Sánchez, V Palop Larrea, coords. El cumplimiento factor clave en el control de las enfermedades.
9. Madrid: Internacional Marketing & Communications SA. 2003;17-24. 6. Vik SA, Maxwell CJ, Hogan DB. Measurements, correlates, and health outcomes of medication adherence among seniors. *Ann Pharmacother* 2004;38:303-312.
10. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization 2003.
11. KANE R, OUSLANDER J, ITAMAR A. Farmacoterapia. En: Kane R, Ouslander J, Abrass I eds. "Geriatría Clínica" 3ª Edición Mc Graw Hill, 1997; 313-32.
12. VALENZUELA E. Prescripción de Fármacos en El Anciano. En: Pontificia Universidad Católica de Chile. Colección Teleduc "Gerontología Básica" Lecturas Complementarias 1999; 159-62.
13. SWIFT C. Clinical Pharmacology and Therapeutics. En: Pathy J. ed. "Principles and Practice of Geriatric Medicine" 3ª Edición Willey, 1998; 251- 62.
14. ROCHON P, GURWITZ J. Drug Therapy. *Lancet* 1995; 346: 32-6.
15. COHEN J S. Avoiding adverse reactions: Effective lower dose drug therapies for older patients. *Geriatrics* 2000; 55: 54- 64.
16. FERNER R, ARONSON J K. Medication errors, worse than a crime. *Lancet* 2000; 355: 947-8.
17. ROCHON P, GURWITZ J H. Optimizing drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *BMJ* 1997; 315: 1096-9.
18. Fernández Guerra N, Díaz Armesto D, Pérez Hernández B et al. Polifarmacia en el anciano. *ACTA MÉDICA* 2002;10(1-2).
19. Betinez del Rosario MA. Hábitos de prescripción a los ancianos en atención primaria. *Rev Esp Ger Gerontol* 1996;31(1):5-10.
20. Marquez Arango J. Polifarmacoterapia en un grupo de pacientes mayores de 65 años en Manizales. *MEDOMA* 1996;1(1)4-5.
21. De la Osa J A. Automedicación en el anciano//22Marzo 2005: URL disponible en: <http://www.granma.cubaweb/cu/salud/consultas>.
22. Colectivo de autores. Formulario Nacional de medicamentos. Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2003
23. Álvarez Sintés F. Obesidad. *Temas de Medicina General Integral*. V-II .Ciudad de la Habana: Ciencias Médicas; 2001.