

Kurhotel Escambray, Tope de Collantes

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN BENEFICIO/RIESGO EN LA TERAPÉUTICA DE PACIENTES GERIÁTRICOS

Guido E. Lluís Ramos,¹ Yoleisi González Cabeza,² Sulay Loy Acosta³ y Ormandi Cubero Menéndez⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de una muestra de 123 pacientes ingresados en el Kurhotel Escambray, Tope de Collantes, por el Programa Geriátrico-Revitalizador durante el período 1998-1999. Los grupos etáreos de mayor porcentaje fueron los comprendidos entre 60 y 65 y 66 y 70 años (26,8 y 23,6 % respectivamente). El sexo femenino fue ligeramente predominante (54,4 %) y la raza blanca fue la más frecuente (84 %). La polifarmacia se presentó en el 24,4 % de los casos, las reacciones adversas medicamentosas estuvieron presentes en el 7,4 % de los pacientes, siendo la nifedipina y el ácido acetil salicílico (ASA) los fármacos que con mayor frecuencia las ocasionaron. Las interacciones medicamentosas ocuparon el 41 % de la muestra y solo el 2 % fue clasificado, según gravedad, en mayor. La relación beneficio/riesgo se consideró favorable para nuestros pacientes.

DeCS: ANCIANO; ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS; ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO; CALIDAD DE VIDA; POLIFARMACIA.

Durante los últimos años todas las sociedades del mundo desarrollado han experimentado importantes cambios demográficos. En los países industrializados del 13 al 15 % de la población tiene una edad superior a los 65 años, porcentaje que se aproximará al 25 % en los primeros años del tercer milenio.¹

En España la esperanza de vida es de 80 años para las mujeres y 74 años para los hombres.² En Estados Unidos la población geriátrica ha crecido dramáticamente. El número de personas mayores de 65 años se ha incrementado desde el 4 % en 1900 hasta el 12 % en 1987.³

¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna.

² Licenciada en Ciencias Farmacéuticas.

³ Master en Farmacología Clínica. Licenciada en Ciencias Farmacéuticas.

⁴ Especialista de II Grado en Bioestadística. Profesor Auxiliar de Bioestadística.

En Cuba la esperanza de vida se fija en más de 70 años para cada sexo.⁴

Los pacientes mayores de 65 años tienen el 85 % de enfermedades crónicas y el 30 % presentan 3 o más.³

Estos datos de demografía sanitaria y epidemiología clínica demuestran que la población geriátrica tiene un rápido crecimiento y que son diana de múltiples enfermedades crónicas que conllevan al uso, de forma habitual, de varios medicamentos, por tanto, mayor riesgo de polifarmacia, reacciones adversas medicamentosas (RAM), interacciones medicamentosas probables (IMP) y una relación beneficio/riesgo (B/R) más desventajosa. El desconocimiento de estos riesgos trae como consecuencia una disminución de la eficacia terapéutica, y ocasiona un círculo vicioso que encarece en términos económicos la gestión de salud de cualquier país, al provocar poca o ninguna mejoría de la enfermedad, aparición de complicaciones, por tanto, aumento de las visitas al médico y mayor estadía hospitalaria, que conlleva, nuevamente, al uso de más medicamentos y sus riesgos. Una relación B/R ventajosa mejora la calidad de vida, la economía del paciente y la del país.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo de una muestra de 123 pacientes que ingresaron por el Programa Geriátrico-Revitalizador en el Kurhotel "Escambray", Tope de Collantes, en el período comprendido entre 1998 y 1999.

Este Kurhotel está dedicado a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y los expuestos a riesgos psíquicos, biológicos y sociales. Los pacientes mayores de 60 años que ingresan por este programa, además de recibir el tratamiento farmaco-

lógico de sus enfermedades se les brinda un tratamiento higiénico-dietético y educativo.

Para esta investigación se confeccionó una encuesta, adecuada a las características de ellos.

Se consideró la existencia de polifarmacia cuando el paciente consume 5 o más medicamentos, según criterio utilizado en el Centro Iberoamericano para la Tercera Edad.

Las RAM se obtuvieron mediante notificación médica o del análisis, en la historia clínica, de los síntomas y signos del paciente que no se explicaban por su enfermedad de base y que además los produzcan los medicamentos, de manera que se determinó la frecuencia de aparición y fármacos implicados. En ambos casos se consultó el Diccionario de Especialidades Farmacéuticas.⁵

Las IMP se obtuvieron, a partir de los medicamentos implicados en el tratamiento de los pacientes, con la consulta del Manual de Interacciones de los Medicamentos.⁶ Se determinó la frecuencia de aparición, fármacos implicados y se clasificaron según su gravedad en menor, moderada y mayor.²

- Menor: los efectos son usualmente leves, ocasionan pocas molestias o pueden pasar inadvertidos. No requieren tratamiento adicional.
- Moderada: Puede producir un deterioro en la situación clínica del paciente. Requiere asociar tratamiento.
- Mayor: los efectos son potencialmente amenazadores para la vida, capaces de producir un daño permanente.

La evolución al egreso se catalogó de satisfactoria o no, según la opinión del especialista rector del programa.

Para el análisis de la relación B/R se usó la fórmula siguiente:⁷

$$B/R = \frac{\sum (B1)n}{\sum (R1+R2+R3)n}$$

donde:

- B: mide los beneficios.
- B1: evolución satisfactoria al egreso
- R: mide los riesgos.
- R1: presencia de polifarmacia
- R2: presencia de RAM con repercusión clínica.
- R3: presencia de IMP de gravedad mayor.
- n = número de pacientes.

El resultado de esta relación puede ser mayor, igual o menor que uno. Si es mayor, significa que es superior el beneficio que los riesgos a los que se somete el paciente con la terapéutica, si es igual a uno significa que recibe los mismos beneficios que riesgos y si es menor que uno significa que son mayores los riesgos que los beneficios.

Una vez recogidos los datos primarios se procesaron en forma automatizada, y se obtuvieron los valores absolutos y relativos necesarios, así como medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar), además el índice B/R. Se aplica-

ron pruebas de significación estadística (prueba de chi cuadrado y prueba Q de porcentajes) con una confiabilidad del 95 % ($\alpha = 0,05$).

RESULTADOS

En nuestra población, los grupos de edad de mayor porcentaje fueron los comprendidos entre 60-65 años y 66-70 años de edad (26,8 y 23,6 % respectivamente), sin predominar ninguno de ellos con disminución del porcentaje en la medida que la edad aumenta (fig). El sexo femenino predominó ligeramente (54,4 %), sin ser significativo, y la raza más frecuente fue la blanca (84 %), con significación ($p < 0,05$).

Nuestro trabajo encontró que la mayoría de los pacientes presentaron polifarmacia (24,4 %), aunque sin significación estadística (tabla 1).

Las RAM se presentaron en el 7,4 % de los casos, mientras que estas no se observaron en el 92,6 % ($p < 0,05$).

La nifedipina y el ASA son los fármacos más consumidos y donde se presentaron mayor número de RAM (cefalea, gastritis aguda). Otras reacciones encontradas fueron gastritis hemorrágica, bradicardia con síncope e hiperlipidemia (tabla 2).

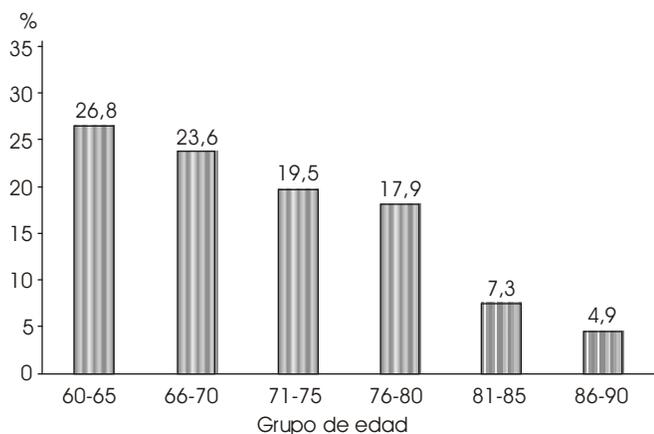


FIG. Distribución porcentual acorde con los grupos de edad.

TABLA 1. Distribución de casos según polifarmacia

Polifarmacia	No. de casos	%
Sin fármacos	13	10,6
Con 1 fármaco	17	13,8
Con 2 fármacos	16	13,0
Con 3 fármacos	29	23,6
Con 4 fármacos	18	14,6
Con 5 o más fármacos	30	24,4
Total	123	100

TABLA 2. Distribución de los pacientes según las reacciones adversas

Fármacos	Reacciones adversas	No. de casos	%
Nifedipina	Cefalea	3	33,3
Prednisona	Gastritis hemorrágica	1	11,1
Atenolol	Bradicardia con síncope	1	11,1
ASA	Gastritis aguda	2	22,2
Nitrosurbide	Cefalea	1	11,1
Clortalidona	Hiperlipemia	1	11,1
	Total	9	100

El 41 % de la muestra presentó IMP con predominio de la ocurrida entre el ASA y el alcohol (13,3 %), productos estos ampliamente consumidos por la población sin necesidad de recetas médicas para su adquisición. El alcohol fue incluido en el estudio ya que por sí mismo puede modificar la respuesta farmacológica.² El 2 % de las IMP fueron clasificadas según gravedad en mayores, el 36,6 % en moderada y el 61,4 % en menor.

En la población estudiada el 89 % de los pacientes ($p < 0,05$) tuvo una evolución satisfactoria al egreso.

El resultado de la fórmula empleada para medir la relación B/R fue del 2,7 %.

DISCUSIÓN

El anciano es un gran consumidor de medicamentos, debido a que es diana de

múltiples enfermedades crónicas y de un manejo inadecuado del tratamiento, esto último está dado porque los ancianos frecuentemente quieren que los síntomas propios del envejecimiento o de las enfermedades asociadas a este sean tratados farmacológicamente, cediendo el facultativo, casi siempre, a estas expectativas. Además, también influyen la no retirada de la terapéutica prescrita para procesos agudos, la no utilización de medidas alternativas (consejos, terapia física y medicina tradicional), la autoprescripción y la ausencia de un diagnóstico previo a la prescripción.

En la bibliografía consultada el porcentaje de RAM varía ampliamente.^{7,8} El bajo porcentaje que se obtuvo (7,4 %) se puede explicar porque si bien hay algunas fácilmente reconocibles como la gastritis por prednisona y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), la mayoría son difíciles de identificar al confundirse con síntomas propios del envejecimiento o de las enfermedades crónicas asociadas. Se plantea que entre el 4,8 y el 35 % de los pacientes ingresados las desarrollan durante su hospitalización.⁸ Es importante destacar como factores de riesgo en la aparición de RAM, el número de fármacos consumidos así como la no adecuación del tratamiento a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos frutos del envejecimiento o de las afecciones anteriores.

La nifedipina y el ASA, fármacos estos más consumidos, fueron los responsables de la mayoría de las RAM que se presentaron, lo que coinciden en parte, con otros autores, cuando plantean que en la práctica diaria, las RAM más frecuentemente observadas han sido el sangramiento digestivo alto, por el uso de AINES, dada la frecuencia de gastritis crónicas y hernia hiatal en la tercera edad; confusión mental por el uso de psicofármacos al tratar de mejorar algunas alteraciones cognoscitivas; caídas por el

uso elevado de hipotensores; uso de varios vasodilatadores en un mismo paciente y diuréticos, o asociaciones de ambos, que producen hipotensión postural.⁹

El porcentaje de la muestra que presentó IMP (41 %), se asemeja a lo obtenido en una investigación realizada en ancianos madrileños de alto riesgo.² Dos trabajos consultados hallaron porcentajes muchos más bajos, uno en Ciudad de La Habana con 13,1 %¹⁰ y el otro en Granada, España con el 13,6 %.¹¹ Otro trabajo realizado en Villa Clara encontró un alto porcentaje (65,1 %).⁷

La diferencia del porcentaje de IMP que se encontró puede explicarse por diversas razones:

- El nivel de atención en que se realizó cada estudio fue diferente: sanatorial, atención primaria y atención secundaria.
- Los grupos de edad en cada estudio también difieren.
- El número de fármacos implicados varían: en el nuestro habían 381 medicamentos.
- El número de médicos incluidos en el cuidado de cada paciente tampoco fue similar.

La interacción que predominó en nuestro estudio no coincide con lo encontrado por otros autores, donde predominaron entre antibióticos¹⁰ y entre la cimetidina y la teofilina (estos se hicieron a nivel de atención secundaria).¹²

Una de cada cinco interacciones se observa clínicamente, y solo en el 10 % de estas, provocan efectos importantes desde el punto de vista patológico,¹¹ lo que justifica el bajo porcentaje de interacciones de gravedad mayor obtenido (2 %).

La fórmula empleada para medir la relación B/R demostró que es mayor el beneficio que los riesgos que reciben nuestros pacientes al consumir sus medicamentos.

CONCLUSIONES

- El porcentaje de pacientes en cada grupo de edad disminuyó con el aumento de la edad, con predominio, sin significación estadística, del sexo femenino y la raza blanca.
- Los pacientes con polifarmacia predominaron, aunque sin significación estadística.
- Las reacciones adversas medicamentosas se presentaron en un bajo porcentaje, con predominio de las inducidas por los fármacos usados en mayor frecuencia.
- Las interacciones medicamentosas probables estuvieron presentes en un número elevado de pacientes.
- La relación beneficio/riesgos fue ventajosa para los pacientes.

SUMMARY

A descriptive study of 123 patients admitted in Escambray Kurhotel, Topes de Collantes, by the Geriatric Revitalization Program, from 1998 to 1999, was conducted. The age groups 60-65 and 66-70 showed the highest percentages (26.8 and 23.6 %, respectively). A slight predominance of females (54 %) was observed. Most of the individuals were white (84 %). Polypharmacy was found in 24.4 % of the cases. Adverse reactions were detected in 7.4 % of the patients. Nifedipine and acetylsalicylic acid (ASA) caused these effects more frequently.

Drug interactions accounted for 41 % of the sample and only 2 % were considered as major severity. The benefit/risk relationship was favorable for our patients.

Subject headings: AGED; EPIDEMIOLOGIC STUDIES; COST-BENEFIT ANALYSIS; QUALITY OF LIFE; POLYPHARMACY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas CE, García AM. Principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera CJM, Cruz JAJ. Geriátría en Atención Primaria. Barcelona: J. Uriach & cia; 1997:35-43.
2. Soriano LIT, Juarranz SM, Calvo AMJ. Valoración de interacciones medicamentosas en ancianos de alto riesgo incluidos en atención domiciliaria. Rev OFIL 1998;8(3):9-19.
3. Katz MS, Gerety MB, Lichtenstein MJ. Gerontology and Geriatric Medicine. En: Stein JH, Hutton JJ, Kohler PO, O'Rourke RA, Reynolds HY, Samuels MA, et al. Internal Medicine. 4 ed. St. Louis: Mosby; 1994:2825-41.
4. Ramírez MA, Más BP, Mesa RG, Hadad HJ, Marrero FA, Zacca PE. Síntesis de los principales aspectos y manejo de la neuropatía epidémica. En: Almirall HP, Antelo PJ, Ballester SJ, Borrajero MI, Calcagno TE, Castro RF, et al. Neuropatía epidémica en Cuba 1992-1994. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1995:19.
5. Rosenstein Ster E. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 42 ed. México: Ediciones PLMSA de CV; 1996.
6. Manual de Interacciones de los Medicamentos. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 3 ed. Madrid: 1989.
7. Santos MM, Valdés RY, León AT, Hurtado Pérez A, Santos MR, López PG. Estudio de la antibioticoterapia en pacientes hospitalizados con neumonía. Rev OFIL 1999;9(2):30-9.
8. Peñas MMA. Farmacovigilancia en la literatura médica cubana. Rev Cubana Farm 1996;30(2):106-12.
9. Lombillo SS, Rojas PA. Iatrogenia en geriatría. Acta Med Hosp Clin Quir Hermanos Amejeiras 1991;5(2):71-3.
10. Cuesta CCR, Barrera BN, Vega MA, Fong LB. Interacciones medicamentosas. Errores en la medicación. Rev Cubana Farm 1990;24(2):281-87.
11. Recalde JM, Zunzunagui MV, Beland E. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. Atención Primaria 1998;22(7):434-39.
12. Halmilton RA, Briceland LL, Andritz MH. Frequency of hospitalization after exposure to known drug-drug interactions in a medical population. Pharmacotherapy 1998;18(5):1112-20.

Recibido: 18 de abril de 2002. Aprobado: 24 de mayo de 2002.

Dr. *Guido E. Lluís Ramos*. Calle 90 No. 5117 entre 51-A y 53, Rpto. Finlay, municipio Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.