

Medicamentos Potencialmente Inapropiados en Adultos Mayores en Control en el Departamento de Reumatología del Hospital San Juan de Dios

ROSA MARÍA VALENZUELA,¹ PILAR GARCÍA,¹ PAOLA OYARZÚN,² TAMARA CARRASCO,³ AURELIO CARVALLO¹

Potentially Inappropriate Medications in Older Adults in Control at the Department of Rheumatology of the San Juan de Dios Hospital

Summary

Potentially inappropriate medications (PIM) in older adults constitute a major public health problem. In Rheumatology is frequent the use of drugs for pain and inflammation, which exposes them to potential adverse effects. **Objective.** Search PIM signs in older adults in control in Rheumatology of the Hospital San Juan de Dios. **Method.** History of PIM intake according to the Beers criteria, in patients over 60 years who withdrew medications during July 2013, for the treatment of pain, depression, and insomnia are reviewed. **Results.** 241 patients, 61 were adults senior citizens (25%) and 55 (90.1%) female. The most frequent diagnoses were rheumatoid arthritis (63.9%) and arthritis (21.3%). Major comorbidities were hypertension (62.2%) and diabetes II (21.3%). 65.7% of hypertensives had rheumatoid arthritis. The main anti-inflammatory non-steroidal (NSAIDs) used were celecoxib (39.3) e indomethacin (24.5%). There was no significant difference in the percentage of hypertensive patients with or without NSAIDs (60% vs 68% respectively). 10 patients (16.3%) receiving benzodiazepines. 6.5% had instability of gait, none associated with drugs. **Conclusion.** Rheumatoid arthritis is the main reason of control in these patients. There is in them important prevalence of high blood pressure; this situation associated with the inflammatory activity of the condition itself predisposes to increased cardiovascular risk. The use of high-risk drugs must be prudent in these patients and non-pharmacological measures as a complement to therapy should optimize in order to reduce the adverse effects associated with drugs in older adults.

Keywords: No steroidal anti-inflammatory, adverse effects, older adult.

Resumen

Medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) prescritos en adultos mayores constituyen un importante problema de salud pública. En Reumatología es frecuente el uso de fármacos para el dolor e inflamación, lo que los expone a potenciales efectos adversos. **Objetivo.** Pesquisar indicaciones de MPI en adultos mayores en control en Reumatología del Hospital San Juan de Dios. **Método.** Se revisan antecedentes de ingesta de MPI, según los criterios de Beers, en pacientes sobre 60 años que retiraron medicamentos, durante julio de 2013, para el tratamiento del dolor, depresión e insomnio. **Resultados.** De 241 enfermos, 61 eran adultos mayores (25%) y 55 (90,1%) de sexo femenino. Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoidea (63,9%)

¹Depto. Reumatología, Hospital San Juan de Dios. ²Becada Medicina Interna, Hospital San Juan de Dios. ³Médico Geriatra, Unidad Paciente Crítico, Hospital San Juan de Dios.

y artrosis (21,3%). Las principales comorbilidades fueron hipertensión arterial (62,2%) y diabetes II (21,3%). 65,7% de los hipertensos tenían artritis reumatoídea. Los principales antiinflamatorios no esteroideos (AINE) utilizados fueron celecoxib (39,3%) e indometacina (24,5%). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de hipertensos con AINE y sin ellos (60% vs 68%, respectivamente). 10 pacientes (16,3%) recibían benzodiazepinas y 6,5% tenían inestabilidad de la marcha, ninguno asociado a fármacos. **Conclusión.** La artritis reumatoídea es el principal motivo de control en estos pacientes. Existe en ellos importante prevalencia de hipertensión arterial, lo que asociado a la actividad inflamatoria propia de la afección predispone a mayor riesgo cardiovascular. El uso de medicamentos de mayor riesgo debe ser prudente en estos pacientes y se deben optimizar medidas no farmacológicas como complemento terapéutico, con el fin de reducir los efectos adversos asociados a drogas en adultos mayores.

Palabras clave: Antiinflamatorios no esteroideos, efectos adversos, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Las reacciones adversas a medicamentos (RAM) en adultos mayores continúan siendo un importante problema en salud pública, más aún porque con los avances de la medicina en los últimos 50 años y el consiguiente aumento del promedio de vida, se asocian una necesidad y deseo de tener, más allá de la cantidad, una mejor calidad de vida. Es indudable que la prolongación de la vida lleva asociada la posibilidad de más enfermedades y, por consiguiente, el uso de más medicamentos con la presencia de polifarmacia. A lo anterior se agrega que el envejecimiento se acompaña de una progresiva disminución de la función de diferentes órganos, con alteraciones en la concentración, los mecanismos de acción y efectos bioquímico-fisiológicos de los diferentes fármacos (farmacocinética y farmacodinamia). Estudios recientes en Estados Unidos han estimado hasta un 27% de RAM en adultos mayores en atención primaria, siendo prevenibles hasta un 42% de ellas. Lo anterior implica un alto costo en salud pública. ⁽¹⁾

El uso de múltiples medicamentos para el control de una o más patologías se denomina polifarmacia, pero en términos estrictos se plantea que polifarmacia corresponde al uso de más medicamentos de los necesarios. ⁽²⁾ Esto último constituye un importante factor de riesgo de RAM.

Basados en las anteriores consideraciones, Beers y cols. han elaborado criterios de *Medicamentos Potencialmente Inapropiados* (MPI) que debieran evitarse, en lo posible, en adultos mayores. ^(3,4) A este grupo pertenecen fármacos de uso frecuente en Reumatología, como antiinflamatorios no esteroideos (AINE), tramadol, benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos.

El objetivo del presente trabajo fue realizar un estudio preliminar que permitiera pesquisar indicaciones farmacológicas potencialmente inconvenientes en adultos mayores en control en el Departamento de Reumatología del Hospital San Juan de Dios, su porcentaje, las principales comorbilidades y los potenciales efectos adversos que pudieran haberse producido.

MÉTODO

Se revisaron las recetas emitidas y los antecedentes clínicos correspondientes de pacientes mayores de 60 años que retiraron medicamentos durante el mes de julio de 2013, considerando aquellos fármacos presentes en los criterios de Beers, para el manejo del dolor y/o inflamación, trastornos del ánimo e insomnio.

RESULTADOS

De 241 enfermos que retiraron su receta, 61 eran adultos mayores (25%) y de estos 55 pacientes (90,1%) eran de sexo femenino (Figura 1).

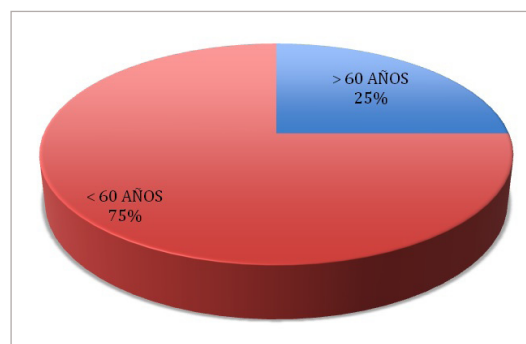


Figura 1. Distribución de pacientes según edad (n = 241).

Los diagnósticos más frecuentes fueron artritis reumatoidea (63,9%) seguido por artrosis (21,3%) y síndrome de Sjögren secundario (21,3%) (Tabla 1).

%	(n = 61)
Artritis reumatoidea	63,9 (39)
Artrosis	21,3 (13)
Sjögren	21,3 (13)
Artropatía psoriática	4,9 (3)
Osteoporosis	1,6 (1)
Espondiloartritis anquilosante	1,6 (1)
Lumbago crónico	1,6 (1)
Condrocálcinosis	6,5 (4)
Esclerosis sistémica progresiva	1,6 (1)
Fibromialgia	1,6 (1)
Poliangeítis microscópica	1,6 (1)

Todos los pacientes llevaban más de un año en control y tratamiento por reumatólogo.

Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (62,2%), diabetes II (21,3%), dislipidemia (11,4%) e hipotiroidismo (9,8%) (Tabla 2).

El 65,7% de los hipertensos se encontraban en control por artritis reumatoidea.

Los fármacos más usados para manejar el dolor fueron los AINE celecoxib (39,3%) e indometacina (24,5%) (Figura 2).

No hubo diferencias significativas en el porcentaje de hipertensos con AINE y sin ellos (60% vs 68%, respectivamente).

No se pesquisó enfermedad péptica asociada al uso de AINE.

Se encontraron dos casos de enfermedad renal crónica, ninguno en relación al uso de antiinflamatorios.

En relación al uso de psicofármacos tranquilizantes menores y antidepresivos, se indicaron benzodiazepinas

%	(n = 61)
HTA	62,2 (38)
Diabetes mellitus II	21,3 (13)
Dislipidemia	11,4 (7)
Hipotiroidismo	9,8 (6)
Enfermedad renal crónica	3,27 (2)
EPOC	3,27 (2)
Asma	3,27 (2)
Insuficiencia cardíaca	4,9 (3)
Cardiopatía coronaria	1,6 (1)
Accidente cerebrovascular	1,6 (1)
Glaucoma	3,27 (2)
Fibrosis pulmonar	1,6 (1)
Psoriasis	1,6 (1)

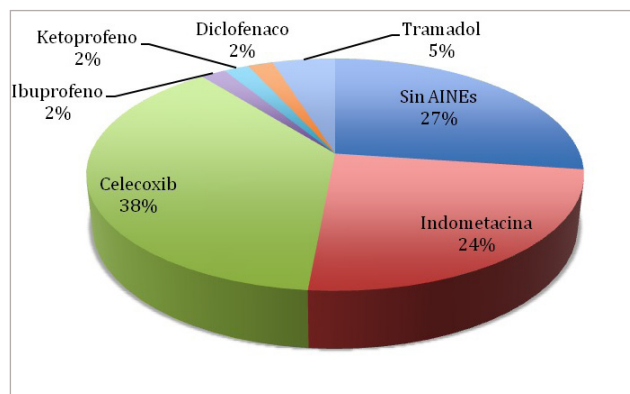


Figura 2. Fármacos utilizados para el manejo del dolor.

en 10 pacientes (16,3%), mientras que 12 (19,6%) recibieron amitriptilina (Figura 3).

Respecto a la presencia de síndromes geriátricos atribuibles a fármacos, se encontró depresión en ocho pacientes, de los cuales dos usaban benzodiazepinas.

Se pesquisó inestabilidad de la marcha en cuatro casos (6,5%), ninguno asociado a fármacos (Tabla 3).

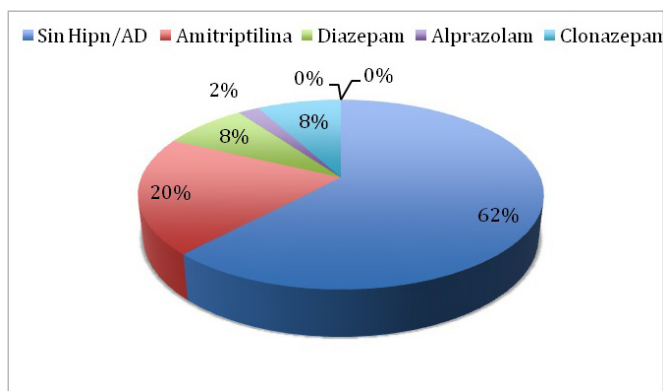


Figura 3. Uso de psicofármacos y antidepresivos (AD).

Tabla 3. Síndromes geriátricos asociados a fármacos		
	n	Fármacos asociados
Inestabilidad de la marcha/caídas	4	-
Depresión	8	Alprazolam (2)
Incontinencia urinaria	2	-
Delirium	-	-
Alteración de la memoria	-	-

DISCUSIÓN

El uso de un alto número de medicamentos en personas mayores es muy frecuente, ya sea porque en el curso de la vida se agregan nuevas patologías o porque la medicina actual se caracteriza por la presencia de más de un especialista en el tratamiento del paciente, con pobre comunicación entre ellos y el aporte de los respectivos fármacos. Lo anterior queda corroborado por las principales comorbilidades que encontramos en los pacientes evaluados, destacando especialmente la hipertensión ar-

terial, diabetes mellitus II y dislipidemia, todas las cuales son factores a considerar cuando se introduce terapia reumatológica, que habitualmente llega a ser importante para permitir una buena calidad de vida. Un alto porcentaje de la patología reumatológica gira alrededor del dolor; de ahí también que es frecuente el uso de AINE y analgésicos, que tiene como fin buscar un beneficio, pero que a su vez expone al enfermo a efectos adversos. Lo señalado ha contribuido a la búsqueda de AINE con cada vez menos efectos adversos, considerando que un importante porcentaje de los pacientes reumatológicos son adultos mayores. En este estudio, realizado en un departamento especializado, el porcentaje de adultos mayores portadores de afecciones reumatológicas aparece disminuido, ya que gran parte de la patología degenerativa (artrosis), propia de esta edad, se trata a nivel primario o secundario, llegando al especialista sólo casos severos o que no han podido ser solucionados en los niveles previamente señalados, o bien, patología degenerativa que se hace presente en afecciones inmuno-reumatológicas de larga evolución.

Si bien un alto porcentaje de los pacientes adultos mayores evaluados se encuentran en tratamiento crónico con AINE (63,8%) por 12 meses o más, no se pesquisarón complicaciones gastrointestinales significativas atribuibles a su uso durante su evolución, ya sean síntomas (dispepsia, pirosis, náuseas, vómitos, dolor abdominal) o complicaciones mayores (hemorragia, perforación). Pese a que el grupo es pequeño, constituye un hecho destacado y que ha variado significativamente en el tiempo por tres razones fundamentales. La primera es el descubrimiento de los inhibidores de la bomba de protones a principios de la década de los 90, que significaron una gastroprotección efectiva. ⁽⁵⁾ La segunda es la aparición de los AINE inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX 2). ⁽⁶⁾ La tercera es el mejor conocimiento de los mecanismos de acción de los AINE y el mayor respeto por los factores de riesgo que deben considerarse en su uso, como son la edad, presencia de otras patologías y la polifarmacia. Esto ha permitido variar la alta tasa de eventos gastrointestinales reportados previamente. ⁽⁷⁾ Sin embargo, si bien en esta muestra, con las limitaciones que señalamos, no se encontraron complicaciones gastrointestinales, la decisión de usar AINE siempre debe ser considerando los beneficios versus riesgos, evitando en lo posible el uso de aquellos AINE asociados a mayor riesgo gastrointestinal. ⁽³⁾

Asimismo, en este estudio no se encontraron complicaciones de la función renal atribuibles al uso de AINE, controladas a través de creatinemia, como tampoco edema o manifestaciones sugerentes de retención de sodio. La presencia de comorbilidades, especialmente cardiovasculares, fue frecuente y deben ser consideradas en el momento de su indicación.

En cuanto a las patologías reumatológicas de base, la artritis reumatoidea es el principal motivo de control en los pacientes adultos mayores evaluados, existiendo una importante prevalencia de hipertensión arterial en esta población, lo que asociado a otros factores de riesgo y a la actividad inflamatoria propia de la afección predispone a un mayor riesgo cardiovascular.⁽⁸⁾

Respecto al uso de psicofármacos, si bien se encontró una baja proporción de adultos mayores con indicación de benzodiazepinas, consideramos que este porcentaje aún es alto teniendo en cuenta que dicho grupo de fármacos, en especial los de vida media prolongada, pueden producir dependencia, daño cognitivo y aumento del riesgo de caídas, razón por la que forman parte del grupo de medicamentos cuyo uso debería tratar de evitarse o ser indicados con mucha prudencia en este sector de la población.⁽⁴⁾ En este sentido, se debe privilegiar el uso de inductores del sueño no benzodiazepínicos en su reemplazo. Por otra parte, en relación el uso de amitriptilina, existen evidencias respecto al riesgo de hipotensión ortostática en adultos mayores,⁽³⁾ debiendo privilegiarse el uso de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina, lo que muchas veces es difícil en la medicina pública, por la disponibilidad de dichos fármacos en farmacia.

En conclusión, se realizó una evaluación de medicamentos considerados de uso inapropiado, o de mayor riesgo, en adultos mayores en un departamento especializado de Reumatología. Si bien se trató de un estudio preliminar, con un grupo relativamente pequeño que retiraron medicamentos durante un mes, fue demostrativo que poco más de dos tercios de ellos eran subsidiarios de AINE, siendo portadores especialmente de artritis reumatoidea. Como era de esperar, se encontró importante comorbilidad, especialmente del área cardiovascular, lo que debe ser considerado en el uso cuidadoso de estos medicamentos. Probablemente por el mayor uso actual de AINE tipo COX 2 (celecoxib incluido en la terapia de la AR, patología GES) y el uso ponderado del resto, no se encontraron efectos adversos gastrointestinales ni rena-

les significativos. El uso de benzodiazepinas y amitriptilina fue bajo en este grupo de pacientes, pero se deben siempre considerar sus potenciales efectos secundarios. Es necesario que el médico especialista abra su horizonte más allá de su especialidad al tratar a un enfermo y tenga una visión integral del paciente como una persona. Esto permitirá evitar, en lo posible, o usar con precaución si es necesario, cierto grupo de medicamentos que pueden significar un mayor riesgo para la persona en general y para el adulto mayor en particular. Al enfrentarse a las alternativas de acción frente a una terapéutica, se debe pensar siempre en lo mejor para ese enfermo en particular, evaluando beneficio-riesgo y evitando siempre dañar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fu AZ, Jiang JZ, Reeves JH, et al. Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the US community-dwelling elderly. *Med Care* 2007; 45:472-476.
2. Montamat SC, Cusack B. Overcoming problems with polypharmacy and drug misuse in the elderly. *Clin Geriatr Med* 1992; 8:143-58.
3. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. AGS updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60:616-31.
4. Chutka DS, Takahashi PY, Hoel RW. Inappropriate medications for elderly patients. *Mayo Clin Proc* 2004; 79:122-39.
5. Oscanoa T. Seguridad de los inhibidores de la bomba de protones. *Rev Gastroenterol Perú* 2011; 31:49-55.
6. González R, Poza P, Vives R, Canto G. Antiinflamatorios inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa-2 (COX-2). *Alergol Immunol Clin* 2002; 17:247-254.
7. Gastrointestinal events in at-risk patients starting non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for rheumatic diseases: the EVIDENCE study of European routine practice; Lanan A, Boers M, Nuevo J; *Annals of the Rheumatic Diseases (ARD Online)* (Dec 2013).
8. Peters M J L, Symmons D P M, McCarey D, Dijkmans B A C, Nicola, Kvien P T K, McInnes I B, Haentzschel H, Gonzalez-Gay M A, Provan S, Semb A, Sidiropoulos P, Kitas G, Smulders Y M, Soubrier M, Szekanecz Z, Sattar N. EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:325-331.

Correspondencia:
Dra. Rosa María Valenzuela
E-mail: rosaelqui@hotmail.com