

## REACCIONES ADVERSAS MEDICAMENTOSAS EN EL ANCIANO

DEPARTAMENTO DE MEDICINA UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

Dr. Eduardo Penny Montenegro

*Es asombroso conocer, que la mayor expectativa de vida se debe a un estilo saludable de vida y a los cambios favorables en la alimentación, y no como se podría pensar, a intervenciones terapéuticas o de tipo técnico de alto costo económico.*

Es indudable, que la prevalencia de enfermedad y de incapacidad aumenta con la edad, sobre todo en los más ancianos, lo cual crea una demanda para la satisfacción del cuidado de su salud.

Se considera que los ancianos consumen alrededor del 25% del total de las prescripciones terapéuticas, y que aproximadamente el 90% de los ancianos reciben por lo menos una droga. La polifarmacia (tratamiento con múltiples drogas), ya sea por prescripción o por automedicación, es bastante común, por lo que debe tenerse en cuenta la posibilidad de desarrollo de interacciones medicamentosas, dada su frecuencia y riesgos.

En el anciano se presentan una serie de diferencias en relación al adulto joven, que deben ser consideradas para la formulación terapéutica. La absorción de los fármacos está disminuida porque el pH gástrico se eleva y porque la superficie de absorción, el flujo sanguíneo esplácnico y la motilidad gastrointestinal se encuentran disminuidas. La distribución de las drogas también se altera, ya que hay una disminución del agua corporal total y de la masa magra corporal, así como un incremento de la grasa corporal. En relación al metabolismo, se tiene una disminución de la función hepática como resultado de una disminución de la masa hepática, de la actividad enzimática y del flujo sanguíneo hepático.

Asimismo, la excreción es diferente ya que se produce una disminución del flujo sanguíneo renal, de la filtración glomerular y de la secreción

Otros factores a tenerse en cuenta son la presencia de insuficiencia vascular periférica (menor flujo sanguíneo tisular), la potenciación de efectos (hipoglicemia por sulfonamidas con sulfonilúreas; anticoagulación marcada por cumarínicos con antibióticos), mayor posibilidad de ototoxicidad y neurotoxicidad.

La realización de una historia cuidadosa de los hábitos y del uso de drogas permite conocer terapias anteriores y las reacciones que pudieran haberse presentado, así como saber si el paciente está siendo visto médicamente por otros facultativos que pudieran estar indicando otras drogas. El consumo del tabaco, alcohol y café pueden afectar la respuesta terapéutica de ciertas drogas o producir reacciones adversas.

Se debe tener presente, que las enfermedades o procesos que afectan al anciano, no siempre requieren terapéutica con drogas, y que éstas deberán evitarse en lo posible. Asimismo, es importante realizar un diagnóstico correcto antes de iniciar una terapia, para evitar en lo posible medicamentos innecesarios. La concomitancia de la depresión en algunos ancianos interfiere con el deseo de recobrar el estado de salud, obligando al médico a insistir o prolongar tratamientos en la creencia que el problema primario no está resuelto.

Entre las principales drogas utilizadas por los pacientes geriátricos tenemos: cardiovasculares (digitálicos, antihipertensivos, antiarrítmicos, antianginosos, vasodilatadores periféricos y cerebrales, etc.), analgésicos (aspirina, acetaminofen, etc.), psicotrópicos (sedantes, hipnóticos, antidepresivos, etc.) y antiinflamatorios.

Al tener el anciano una capacidad funcional disminuida, tanto para el metabolismo hepático como para la excreción renal de fármacos, la dosificación de éstos deberá ser realizada cuidadosamente, tratando de titularse de acuerdo a la respuesta terapéutica del paciente, estableciéndose metas razonables y alcanzables, tratando de evitarse la administración de dosis elevadas que produzcan la aparición de efectos secundarios indeseables.

Entre las principales drogas que deben ser ajustadas, tenemos: aminoglicósidos (nepotoxicidad, ototoxicidad), benzodiazepinas (depresión del SNC), carbamazepina (somnia, ataxia), digoxina (arritmias cardíacas), haloperidol (reacciones extrapiramidales), levodopa (hipotensión arterial), betabloqueadores (insuficiencia cardíaca), clorpropamida (hipoglucemia sostenida), meperidina (depresión respiratoria), metoclopramida (confusión), tiroxina (isquemia miocárdica), vitamina D (nefrotoxicidad).

Como resultado de diferentes investigaciones, se sabe que en un 6 a 40% de los pacientes ancianos presentan reacciones adversas (sobre todo en el sexo femenino) siendo causa común de hospitalización. En 1969, Hurwitz publicó un estudio prospectivo demostrando que la incidencia de reacciones secundarias a drogas fue de 15.4% en ancianos, comparado con el 6.3% en menores de 60 años. No siempre se evidencia la presencia de algún factor específico que explique esta mayor incidencia de toxicidad, como sucede con la hepatotoxicidad de la isoniazida, la cual tiene una incidencia de 2.3% en mayores de 50 años y de 0.3% entre los 20 y 34 años.

Asimismo, se ha determinado que un 25 a 50% de los ancianos cometen errores al tomar su medicación y que las causas se deben principalmente a la falta de entendimiento o comprensión de las indicaciones y del por qué de la terapia, del empleo de múltiples fármacos y de los regímenes inadecuados o cambiantes.

Asimismo, parecería que las reacciones de hipersensibilidad son más frecuentes en los ancianos que en los jóvenes, lo que ha tratado de explicarse por una mayor posibilidad de sensibilización por exposiciones previas.

Conocidos estos hechos, es conveniente la simplificación del régimen terapéutico, tratando de evitar esquemas intermitentes y seleccionando una forma de dosificación apropiada para cada paciente, siendo por lo general la mejor forma, la administración del fármaco 1 ó 2 veces al día. Es importante explicarle al paciente por qué toma el medicamento y por qué debe tomarlo en el horario indicado.

Un hecho al que no se le da la importancia debida, es el de la identificación del envase del medicamento, al cual debe ser claro dadas las limitaciones del orden visual y en algunos casos, de las funciones superiores que tienen los ancianos. Es conveniente darle las mismas explicaciones que se le da al paciente, a los familiares o amigos que vigilan al anciano. Se debe recomendar la eliminación de los medicamentos que han expirado.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, R. et al: CVR-R 8 (5): 66-72, 1987.
2. Bateman, D. M.; Chaplin, S.: Br. Med. J. 296: 761-64, 1988.
3. Bender, A. D.: J. Am Geriatr Soc. 1974.
4. Brodie, M.; Feely, J.: Br. Med. J 296: 845-849, 1988.
5. Cho-Ming Loi; Vestal, R. E.: Pharmac Ther 36: 131-149, 1988.
6. Editorial. The Lancet Jul 2, 20-21, 1988.
7. Hazzard, W.: Principles of Internal Medicine, Harrison's. 11 Ed. 1987.
8. Hurwitz, N.: Brit. Med. J., 1969.
9. Mac Lennan, W. J.: Br. Med. J. 296: 1551, 1988.
10. Moser, M.: European Heart J. 9 (supp D): 55-61, 1988.
11. Swift, C.: Br. Med. J. 296: 913-915, 1988.
12. Vestal, R.E.: Clinical Pharmacology (Geriatric Medicine) McGraw-Hill 1984.
13. Wilhelsem, L.: European Heart J. 9, 207-214, 1988.