

EPOC

## PACIENTE ANCIANO CON EPOC Y POLIMEDICADO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE EFECTO ADVERSO AL FÁRMACO (EAF)

**COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE**

MÉDICO DE FAMILIA. COORDINADOR DE GRUPOS DE TRABAJO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD DE CIUDAD JARDÍN. MÁLAGA

**AUTOR: JOSÉ HERNÁNDEZ ÚRCULO. MÉDICO DE FAMILIA. GRUPO DE APARATO RESPIRATORIO DE SEMERGEN. CENTRO DE SALUD LA VEGA-ZAPATÓN. TORRELAVEGA (CANTABRIA).**

### INTRODUCCIÓN

La polifarmacia en general, y en los ancianos aún más, es un problema importante y cada vez más frecuente y por tanto más preocupante. Los ancianos representan el 70 por ciento del gasto farmacéutico, siendo el 17 por ciento de la población.

La mayoría de los estudios coinciden en que existe un excesivo consumo de fármacos. Este consumo representa una media diaria entre 4 a 8 fármacos por persona y día (1, 2).

Los estudios que evalúan el consumo excesivo de fármacos concluyen en que éste es el factor principal asociado a la aparición de efectos adversos (3). Supone también un medidor importante para determinar la incidencia del mal uso de los fármacos y de las repercusiones que este uso tiene para el paciente en cuanto a morbilidad y mortalidad.

Los episodios adversos a fármacos (EAF), suponen entre un 7 a 14 por ciento de ingresos hospitalarios de ancianos (4).

Algunos estudios de Atención Primaria (5) nos dicen que no todos los fármacos prescritos tienen una indicación ni tienen una eficacia demostrada. Se ha estimado que el 97 por ciento de los ancianos que viven en una residencia y el 60 por ciento de los que viven en domicilio consumen un fármaco no indicado o no apropiado.

En el caso de los pacientes con EPOC, es especialmente significativo pues como vamos a ver ciertas medicaciones que se usan en esta enfermedad son influenciadas en su acción y por tanto en el curso de la evolución de esta enfermedad

### CASO CLÍNICO

Mujer 71 años, con EPOC leve (último VEMS 72%)

#### Antecedentes familiares

Padre muerto con cáncer de laringe, madre bronquítica y dos hermanos diabéticos.

#### Antecedentes personales

- Además de su EPOC, es hipertensa leve, no fumadora, Fibrilación Auricular paroxística (1998). Histerectomizada en 1968 e intervenida de litiasis parotídea en 1991

Síndrome coronario agudo (Infarto no-Q) en julio de 1999.

Bocio multinodular tóxico, glaucoma.

#### Tratamiento habitual actual

Dicumarínicos, benzodiazepinas, protectores cardíacos, budesonida y beta-dos inhalados junto a antihipertensivos.

En 1994 acude por tos intensa improductiva achacable a enalapril que tomaba para su hipertensión. La tos desaparece al mes de cesar la medicación antihipertensiva.

En 1998 el cardiólogo le pauta tratamiento con amiodarona por la AC x FA, tratamiento que hay que retirar por toxicidad tiroidea.

En abril de 1999, tras sufrir infarto no-Q, le pautan un betabloqueante que hay que retirar pues la enferma experimenta un empeoramiento de su disnea y una as-tenia intensa.

En el 2000, comienza con un episodio de aumento de la disnea que no mejoraba a pesar de haber revisado y aumentado las dosis de los broncodilatadores y revisar su uso. Desde hace un año lleva tratando el glaucoma con colirio betabloqueante. Puestos en contacto con neumología en la revisión de su disnea decidimos retirar el citado colirio sustituyéndolo por otro, experimentando la enferma una apreciable mejoría.

## DISCUSIÓN

La EPOC como enfermedad crónica que es, exige por parte del profesional de atención primaria (sobre todo tratándose de un paciente anciano polimedcado) un cuidado continuo, atendiendo siempre a las interacciones medicamentosas. Hay que tener en cuenta la especial sensibilidad y susceptibilidad a las reagudizaciones y variaciones de esta enfermedad en el transcurso del tiempo, que en el paciente anciano obligan en más ocasiones de las deseadas, a su ingreso en el hospital o a la atención urgente extrahospitalaria o por su médico de cabecera.

En este caso hemos de tener especial cuidado y valorar que al estar con un tratamiento permanente para la EPOC con broncodilatadores, beta-dos, y corticoides inhalados, el añadir otros fármacos podría significar una interferencia o un agravamiento de su enfermedad:

### Fármacos betabloqueantes

Es uno de los grupos terapéuticos más empleados tanto en la HTA, como en la insuficiencia cardiaca o en el glaucoma y en este último proceso ha sido hasta hace poco el fármaco de primera línea.

Se dividen en dos grupos: no selectivos (bloquean receptores 1 y 2) y selectivos (bloquean únicamente los receptores (1).

La presencia de receptores adrenérgicos a nivel cardio-pulmonar puede dar lugar a la aparición de graves efectos secundarios en pacientes con patología de base.

a) Efectos adversos a nivel cardiovascular: el bloqueo beta se caracteriza por una disminución de la frecuencia cardiaca, una disminución de la contractilidad

y enlentecimiento de la conducción. Por ello está contraindicado usar estos fármacos en pacientes con enfermedad del seno o con bradicardias de cualquier otro origen, en pacientes con función ventricular comprometida o en aquellos pacientes con bloqueos A-V. En sujetos jóvenes, la administración de betabloqueantes se ha relacionado con una menor tolerancia al ejercicio.

b) Efectos adversos a nivel pulmonar: el bloqueo beta 2 produce una broncoconstricción, por lo que los betabloqueantes deben ser evitados en pacientes con patologías pulmonares de base, incluyendo procesos asmáticos y EPOC, aunque estén bien controlados.

En el caso de la paciente que nos ocupa es claro que además de su especial sensibilidad y propensión a los efectos secundarios, se ha cometido una sucesión de hechos que han de hacernos reflexionar sobre:

- Es un paciente con EPOC, por tanto presenta mayor riesgo de agravamiento de su proceso.
- La polimedcación.
- La indicación estricta e indispensable de la prescripción de esos fármacos.
- Cesar la administración de la medicación una vez cumplida la misión del medicamento.
- La visión integral de los pacientes en general y especialmente del anciano en particular, pues concurren varias circunstancias en ellos:

1. Los pacientes ancianos consumen más fármacos que los jóvenes, pues hay una mayor prevalencia de enfermedades crónicas y una mayor frecuentación de los servicios sanitarios.

2. Intervención de varios profesionales que provoca, en más ocasiones de las deseadas, simultaneidad de tratamientos (duplicidad) pues cada especialista prescribe sin tener en cuenta las enfermedades de base del paciente.

3. Mayor número de diagnósticos al ingreso en un hospital o centro sanitario.

Siguiendo con el caso de esta paciente, a pesar de haber sufrido, como decíamos, varios episodios de efectos secundarios nos hemos detenido en el de los fármacos betabloqueantes en forma de colirio para el tratamiento del glaucoma, debido a su frecuencia de uso y al producir tras un período continuado de tratamiento (como es lo más frecuente) los efectos secundarios descritos.

## EPOC

**TABLA 1. Escala de probabilidad de Naranjo para definir un efecto adverso**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| – ¿Existe una secuencia temporal?                                | +2 | -1 |
| – EAF conocido   | +1 | 0  |
| – ¿Existe explicación alternativa?                               | -1 | +2 |
| – Evidencia objetiva de EAF                                      | +1 | 0  |
| – Niveles apropiados en el suero o de los valores de laboratorio | +1 | 0  |
| – Mejoría con la retirada  | +1 | 0  |
| – Empeoramiento al reintroducirlo                                | +2 | -1 |

Si no se hace la reintroducción el valor asignado es 0.

Puntuación: improbable <1; posible 1-4; probable 5-8; seguro 9-10.

Tabla tomada de la revista Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, Vol. 29 - Nº 6 - 2005.

En la elección de un fármaco para el tratamiento del glaucoma ha de tenerse en cuenta no sólo su eficacia hipotensora, sino también su tolerancia, mecanismo de acción, efectos secundarios sistémicos, contraindicaciones e interacciones con otros medicamentos.

En el momento actual se dispone de numerosas posibilidades para tratar a pacientes glaucomatosos (6). Debemos buscar por tanto otras alternativas.

**TABLA 2. Probabilidad de Naranjo para definir el efecto adverso en el caso clínico que nos ocupa**

|  | Sí | No |
|--|----|----|
| – ¿Existe una secuencia temporal?                                | +2 |    |
| – EAF conocido   | +1 |    |
| – ¿Existe explicación alternativa?                               |    | +2 |
| – Evidencia objetiva de EAF                                      | +1 |    |
| – Niveles apropiados en el suero o de los valores de laboratorio |    | 0  |
| – Mejoría con la retirada  | +1 |    |
| – Empeoramiento al reintroducirlo                                |    | 0  |

Esta tabla de Naranjo la aplicamos al caso clínico que nos ocupa, vemos que la puntuación es de 7, por tanto según esta escala es probable el atribuir el EAF en este caso.

Si aplicamos la escala de Naranjo (Tabla I), podemos puntuar con 7, pues cumple todos los criterios salvo el de los niveles de suero y el empeoramiento al reintroducir la medicación. Es decir hay una secuencia temporal (+2), EAF conocido(+1), No existe explicación alternativa (+2), hay evidencia objetiva de EAF (+1) y mejoría con la retirada(+1) (ver Tabla 2).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez Maestu R, Villares P, Ponce J. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. *An Med Intern* 2004; 21:69-71.
2. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud Vol. 29, Nº 6-2005: El Paciente anciano polimedcado, efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario: pág. 152-162.
3. Blasco F. Sobremedicación de los pacientes ancianos. Efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. Madrid: Universidad Autónoma, 2005: 123 pp.
4. Garijo B, De Abajo FJ, Castro MAS, Lopo CR et al. Hospitalizaciones motivadas por fármacos: un estudio prospectivo. *Rev Clin Esp* 1991; 188:7-12.
5. Tomás MT, Centelles F, Valeo C, Alcalá H, y col. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999;23:121-126.
6. García Sánchez J, Castillo Gómez A. Objetivo del tratamiento del glaucoma; *Tiempos Médicos* Nº 624-dic-2005-Anuario, pág. 13-16.