



# Butlletí d'informació terapèutica

Vol. 13, núm. 10. 2001. ISSN - en tràmit

## Ús de fàrmacs en la gent gran

L'augment de l'esperança de vida ha conduït a un envelliment progressiu de la població. A Catalunya, més d'un 16% de la població té 65 anys o més [Med Clin (Barc), 116(supl 1), 9-17, 2001]. Aquest grup rep un 65% de totes les prescripcions, moltes de les quals de manera crònica. Les persones d'edat avançada sovint prenen diversos fàrmacs per a diferents malalties, fet que augmenta el risc d'efectes adversos i d'interaccions. En aquest número es revisen alguns principis pràctics generals per seleccionar de manera òptima els tractaments farmacològics en la gent gran, a fi d'obtenir-ne el màxim benefici terapèutic.

### Canvis relacionats amb l'edat

L'alteració farmacocinètica més important i previsible és la **reducció de l'excreció renal dels fàrmacs**, la qual és un problema per als fàrmacs excretats majoritàriament en forma inalterada pel ronyó i amb un marge terapèutic estret (per ex., la digoxina o el liti). Malalties com la diabetis o la insuficiència cardíaca poden empitjorar la funció renal; i processos aguts, com una infecció, poden causar deshidratació. La metabolització hepàtica es veu reduïda amb l'edat, de manera que poden augmentar les

concentracions plasmàtiques d'alguns fàrmacs sotmesos a una important metabolització de primer pas (per ex., propranolol, metoclopramida i molts opiacis). També es veu reduïda la depuració hepàtica dels fàrmacs de la circulació sistèmica. Tot i que no acostuma a ser un problema, en els pacients més fràgils tots els fàrmacs s'han d'utilitzar amb molta precaució. En general, es recomana començar amb dosis baixes i, quan calgui, augmentar la dosi de manera individualitzada.

La farmacodinàmia es pot veure alterada amb l'edat a causa de modificacions en la resposta dels òrgans diana. En general, **les persones d'edat avançada són més sensibles als fàrmacs**, sobretot els que actuen sobre el sistema nerviós central, com antipsicòtics, antidepressius tricíclics i benzodiazepines. L'ús d'aquests fàrmacs en la gent gran és un greu problema, a causa de l'augment d'inestabilitat postural i la incidència de confusió i de caigudes [Butll Groc, 12, 5-6, 1999; Med Clin (Barc), 116(supl 1), 106-111, 2001]. Cal revisar de manera regular la necessitat de psicofàrmacs i remetre a un especialista els que els necessiten de manera freqüent o crònica. La gent gran també és més sensible als efectes anticolinèrgics dels fàrmacs (visió borrosa,

restrenyiment, confusió i retenció urinària), com els dels antidepressius tricíclics. Els mecanismes homeostàtics normals poden estar alterats, de manera que la hipotensió postural és més freqüent com a resposta als antihipertensius. Les necessitats d'anti-coagulants orals també acostumen a ser inferiors que en la gent jove (*Br J Clin Pharmacol*, 18, 475-479, 1984).

## Efectes adversos

La polimediació i les alteracions farmacològiques relacionades amb l'edat fan que les persones d'edat avançada tinguin un risc important de **reaccions adverses** [*Med Clin (Barc)*, 116(supl 1), 125-131, 2001]. Els pacients de més de 60 anys tenen tres vegades més risc de reaccions adverses, en comparació dels de menys de 30 anys. A més, les reaccions adverses poden ser molt greus en aquest grup d'edat i estan implicades en un 5-17% dels ingressos hospitalaris (*Ann Emerg Med*, 38, 666-671, 2001). Segons un estudi recent realitzat al nostre medi, el risc de presentar un ingrés per efectes adversos és superior en els pacients de més de 65 anys (*Med Clin (Barc)*, 118, 205-210, 2002). Atès que la majoria de reaccions adverses són previsible, moltes es poden prevenir si s'ajusta la dosi o bé s'evita un tractament farmacològic inadequat o innecessari. Les reaccions adverses sovint cursen amb símptomes inespecífics, com confusió, inestabilitat o restrenyiment, i poden passar desapercebudes (*JAMA*, 286, 2866-2868, 2001). Són freqüents els desequilibris hidroelectrolítics per diürètics, que es poden confondre amb símptomes de demència; els anticolinèrgics també poden produir confusió i altres símptomes de demència (*Lancet*, 356, 833, 2000). Per tant, és important considerar la possibilitat d'una reacció adversa en qualsevol pacient d'edat avançada que presenta un deteriorament general, sobretot si s'ha modificat recentment el seu tractament farmacològic. Alguns fàrmacs, com els hipoglucemiants orals de llarga durada, els anticolinèrgics per a la malaltia de Parkinson, o les benzodiazepines de semivida d'eliminació prolongada, s'haurien d'evitar en la gent gran (*Drug Saf*, 19, 243-250, 1998). Quan se sospita una reacció adversa, cal notificar-la al Centre de Farmacovigilància mitjançant la targeta groga; això és important perquè la informació

sobre efectes adversos en gent gran procedent dels assaigs clínics és sovint limitada (*Lancet*, 358, 945-946, 2001).

## Interaccions

La incidència d'**interaccions farmacològiques** augmenta amb l'edat, el nombre de fàrmacs que es prenen i el nombre de prescriptors que intervenen en la seva atenció (*Drugs Aging*, 12, 485-494, 1998). Si el pacient presenta nous signes o símptomes, cal considerar la possibilitat d'interaccions farmacològiques.

La complexitat del tractament farmacològic de la insuficiència cardíaca n'és un exemple que obliga a considerar acuradament les possibles interaccions. El pacient pot estar rebent un diürètic de nansa, un IECA, eventualment un vasodilatador, un bloquejador  $\beta$ -adrenergic, i un diürètic estalviador de potassi, apart de la medicació antiagregant, antihipertensiva, hipolipemiant, o per altres malalties (com un antidepressiu, un inhibidor de la bomba de protons o un antiinflamatori) (*Index Farmacològic*, 2000, 53-58). A més, el pacient pot prendre altres fàrmacs pel seu compte (de venda sense recepta) o "recomanats" per familiars o amics, fet que afegeix més confusió i complexitat.

## Com aconseguir un ús adequat de medicaments i obtenir-ne el màxim benefici

Diversos estudis han mostrat una alta prevalença d'ús inadequat de medicaments en persones d'edat avançada (*Br J Clin Pharmacol*, 43, 91-97, 1997; *JAMA*, 286, 2823-2829, 2001). A la taula 1 s'hi indiquen diversos motius pels quals això pot succeir (*MeRec Bull*, 11, 37-40, 2000). L'ús adequat dels medicaments no sols és beneficiós per al pacient, sinó que també pot ser cost/efectiu per evitar ingressos a l'hospital i reduir el malbaratament de fàrmacs inadequats. A més, per tal d'assegurar que els pacients guanyin el màxim benefici del seu tractament farmacològic, és essencial establir una bona relació entre el pacient, el seu cuidador i els professionals de la salut. Tot i que sovint no és fàcil

trobar un equilibri entre l'infratractament i el tractament excessiu, diversos estudis indiquen que les persones d'edat avançada reben un tractament subòptim de la seva malaltia, ja sigui perquè no reben el fàrmac eficaç o perquè en reben dosis inadequades. Així, per exemple, tot i que els IECA redueixen la mortalitat en pacients amb insuficiència cardíaca o que els anticoagulants orals prevenen el risc d'ictus en pacients amb fibril·lació auricular, aquests fàrmacs són només prescrits a una minoria de pacients d'edat avançada (*JAMA*, 286, 2866-2868, 2001).

A la taula 2 s'indiquen algunes recomanacions relatives a la prescripció de medicaments a gent gran (*MeRec Bull*, 11, 37-40, 2000). Abans de prescriure un tractament, cal establir un **diagnòstic acurat**, tot i que moltes vegades és difícil, sobretot en les fases precoces d'una malaltia. Les manifestacions pròpies de l'edat es poden confondre amb una malaltia, i conduir a una prescripció inadequada.

Cal fer una **anamnesi farmacològica completa** i tenir present que si apareixen nous signes i símptomes, poden ser d'origen farmacològic (per ex., un quadre de confusió o desorientació en la gent gran pot ser degut a la ingesta de certs fàrmacs, com una benzodiazepina, un antihistamínic o un anticolinèrgic). S'han de considerar tots els fàrmacs

que pren el pacient, inclosos els d'automedicació, per tal d'identificar fàrmacs que poden ser-ne la causa, evitar duplicitats i diagnosticar possibles interaccions. Sovint un esdeveniment advers s'atribueix a l'envelliment, quan en realitat es deu a un fàrmac. Si aleshores es prescriu un nou fàrmac, s'inicia una cascada de prescripció que exacerba els problemes de la polimedicació (per ex., un AINE pot produir hipertensió, per a la qual es prescriu un antihipertensiu). Els problemes també poden aparèixer si els fàrmacs són prescrits més per tractar símptomes que la malaltia de base (per ex., benzodiazepines per a l'insomni induït per una depressió).

Cal **definir la indicació i establir objectius terapèutics** assolibles, per tal que el pacient rebi el tractament més eficaç (per ex., en els pacients que han tingut un infart de miocardi, el tractament amb àcid acetilsalicílic i bloquejadors  $\beta$ -adrenèrgics redueix la incidència de reinfort, si no presenta contraindicacions). En determinades situacions els tractaments no farmacològics poden ser suficients o una alternativa (per ex., fisioteràpia per a l'artrosi, teràpia de suport per a quadres depressius o d'aïllament, consell dietètic per al restrenyiment o canvis d'estil de vida per a l'insomni) [*Med Clin (Barc)*, 116(suppl 1), 1-158, 2001].

### Taula 1. Algunes causes de prescripció inadequada en la gent gran.

- Desig excessiu de satisfer o respondre als símptomes i problemes amb tractament farmacològic.
- Manca de reconeixement d'un efecte advers, el qual, a la vegada, pot donar lloc a un augment de la prescripció.
- Demanda o rebuig de fàrmacs per part del pacient o dels seus familiars.
- Resposta inadequada a problemes no estrictament mèdics.
- Falses expectatives del prescriptor, del pacient o d'ambdós.
- Manca d'individualització del tractament per a cada pacient.
- Manca de valoració de les necessitats globals del pacient.
- Revisió inadequada de la medicació que dona lloc a no optimitzar les dosis o a no suspendre fàrmacs innecessaris.

Font: Adaptada i modificada de *MeRec Bull*, 11, 37-40, 2000.

## Taula 2. Aspectes a considerar en la prescripció de medicaments en la gent gran.

- Establir el diagnòstic acurat.
- Fer una anamnesi farmacològica completa, incloent l'automedicació.
- Definir objectius terapèutics assolibles.
- Valorar la necessitat de cada fàrmac.
- Considerar el pacient globalment, no com a una col·lecció de símptomes.
- Valorar la utilització d'alternatives no farmacològiques.
- Qüestionar-se si s'ha seleccionat el fàrmac més adequat per al pacient.
- Ajustar de manera acurada la dosi.
- Tenir present el risc d'interaccions farmacològiques.
- Considerar si el pacient pateix una altra malaltia per a la qual el fàrmac està contraindicat.
- Escollir la pauta de tractament més senzilla possible.
- Valorar si el pacient i el cuidador han estat aconsellats sobre el tractament i han entès com es pren la medicació, i si seria útil un ajut al compliment.
- Especificar sempre la durada del tractament i determinar els criteris per suspendre'l.
- Revisar periòdicament la medicació crònica.
- Valorar si cal fer seguiment especial d'algun tractament farmacològic.

Font: Adaptada i modificada de *MeRec Bull*, 11, 37-40, 2000.

### Mesures per millorar el compliment

Cal reservar el tractament farmacològic per a quan calgui, i **ajustar la dosi de manera adequada**, atès que la gent gran sovint necessita dosis inferiors a les "convencionals". Alguns problemes freqüents de les persones d'edat avançada, com la confusió, la depressió, la pèrdua de memòria o els dèficits visuals o auditius, poden dificultar el seguiment de les recomanacions mèdiques i condicionar problemes de **compliment**. Algun estudi ha suggerit que els principals factors de risc de no compliment són prendre tres o més fàrmacs, viure sola o sol, rebre medicació de diversos metges i tenir símptomes de predemència (*Br J Clin Pharmacol*, 51, 615-622, 2001). Per això es recomana prescriure el **mínim nombre de medicaments** i amb la **pauta més senzilla possible**, i evitar la prescripció de fàrmacs d'eficàcia no demostrada. Els materials gràfics de recordatori poden ser útils, però els pacients amb alteració cognitiva acostumen a necessitar l'ajut de cuidadors o de la família. Alguns envasos, com inhaladors o ampul·les de gotes oculars,

poden ser difícils d'obrir. A més, molts d'aquests pacients poden tenir dificultat per llegir els prospectes o etiquetes, i poden necessitar instruccions escrites especials. Alguns tenen dificultat per empassar els comprimits i poden ser més adequats els comprimits solubles, sobres o les presentacions líquides; cal **escollir la forma o presentació farmacèutica** que s'ajusti millor a les característiques de cada pacient. També cal especificar sempre la **durada** del tractament, i determinar els criteris per suspendre'l.

És aconsellable **revisar periòdicament el tractament**, per tal d'identificar i de minimitzar la polimediació i els problemes que s'hi associen. Aquesta revisió és especialment recomanable en pacients donats d'alta recentment de l'hospital, els que viuen en residències i/o els polimedcats. Quan una persona d'edat avançada ingressa a l'hospital, no sempre és fàcil esbrinar quins fàrmacs està prenent, si no porta tota la seva medicació. A més, de vegades es modifica el tractament que rebia. Atès que un pacient pot rebre medicació per part de diversos metges per a diferents indicacions, és essencial que un professional (habitualment el metge de família) es faci

responsable del seu tractament farmacològic. Cal millorar la comunicació entre els professionals de la salut. Cal assegurar que els fulls d'alta hospitalària especifiquin la indicació i la durada del tractament farmacològic, i si cal un seguiment. A l'alta, també cal donar consell i instruccions escrites als pacients i cuidadors sobre els fàrmacs prescrits.

Molta gent gran rep tractaments de manera **continuada**. Tot i que la prescripció crònica en aquests pacients permet reduir la càrrega professional i la incomoditat del pacient, també redueix el contacte entre metge i pacient i pot contribuir a l'aparició de problemes clínics. Cal reavaluar de manera regular els pacients que reben medicació a llarg termini, per tal d'identificar problemes relacionats amb els medicaments i suspendre els que no es necessiten.

## Resum

Sovint la gent gran pren diversos fàrmacs per a

diferents malalties. Les modificacions fisiològiques relacionades amb l'edat determinen més sensibilitat als efectes farmacològics (vegeu la taula 3). A més, la polimediació incrementa el risc d'efectes adversos i d'interaccions farmacològiques. Abans de prescriure un tractament farmacològic, cal fer un diagnòstic acurat i una anamnesi farmacològica completa, i establir objectius terapèutics assolibles. Cal emprar el mínim nombre possible de medicaments, una pauta de dosificació el més senzilla possible, escollir la forma o presentació farmacèutica més adequada, i concretar sempre la durada del tractament. És essencial una comunicació eficaç entre els cuidadors de la gent gran, en hospitals, institucions i atenció primària. Atès que molta gent gran rep tractament de manera continuada, és aconsellable revisar de manera regular la medicació d'aquests pacients, sobretot els polimedcats, per tal d'optimitzar el tractament farmacològic i identificar possibles problemes causats pels fàrmacs.

### Taula 3. Alguns exemples de fàrmacs amb els quals cal tenir precaució en prescriure'ls a la gent gran.

- digoxina, liti
  - risc de toxicitat per reducció de l'excreció renal
- propranolol, metoclopramida
  - risc de toxicitat per disminució de la metabolització hepàtica
- antipsicòtics, antidepressius i benzodiazepines
  - risc de confusió, d'hipotensió i de caigudes
  - cal evitar les benzodiazepines de semivida d'eliminació prolongada
  - augment del risc d'efectes anticolinèrgics (restrenyiment, retenció, urinària, confusió, visió borrosa) amb els antidepressius tricíclics
- antihipertensius
  - augment del risc d'hipotensió postural
- diürètics
  - augment del risc de desequilibris hidroelectrolítics
- hipoglucemiants orals
  - s'haurien d'evitar els de llarga durada pel risc d'hipoglucèmia

Data de redacció: **març de 2002**

En el proper número: **Prevenió secundària de la cardiopatia isquèmica. Sibutramina.**

---

**Butlletí d'informació terapèutica del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.**

**Director** Eugeni Sedano i Monasterio. **Subdirector** Joan Serra i Manetas. **Coordinadora** Neus Rams i Pla.

**Redacció** Fundació Institut Català de Farmacologia. **Redactor en cap** Joan-Ramon Laporte i Roselló. **Redactora** Montserrat Bosch i Ferrer.

**Comitè científic** Rafael Albertí, Joan Altimiras, Montserrat Bosch, Fina Camós, Arantxa Catalán, Joan Costa, Eduard Diogène, Begoña Eguileor, M<sup>a</sup> José Gaspar, Antoni Gilabert, Julio González, Joan-Ramon Laporte, Carles Llor, Rosa Madrdejos, M<sup>a</sup> Antònia Manges, Rosa Monteserin, Neus Rams, Pau Salvà, Emília Sánchez, Joan Serra.

**Secretària tècnica** Adela Perisé i Piquer

**Composició i impressió** Ampans - Dip. Legal B. 16.177-87

**ISSN** En tràmit

Per a la reproducció total o parcial d'aquesta publicació, cal fer-ne la sol·licitud a la **Secretaria Tècnica de la Comissió d'Informació Terapèutica, Subdirecció General de Farmàcia i Productes Sanitaris**, Gran Via de les Corts Catalanes, 587, 08007 Barcelona.

Es poden consultar tots els números publicats des de l'any 1999 a:  
<http://www.gencat.es/sanitat> (Apartat de Farmàcia - Informació per als professionals)

---