

Reacciones adversas a medicamentos en la boca del adulto mayor

Adverse reactions to medication in the mouths of elderly patients

Dra. Mirtala C. Gúitron Reyes

Especialista en Periodoncia
Diplomado en Odontogeriatría Médica

Dra. María del Carmen Carrillo Viejo

Odontólogo General
Diplomado en Odontogeriatría Médica

Recibido en Mayo de 2010.

Aceptado para publicación: Junio de 2010.

Resumen

Se realiza una revisión bibliográfica de reacciones adversas a medicamentos en el paciente viejo enfocadas a la cavidad bucal. Se sabe que la principal causa de este tipo de problemas es la polifarmacia practicada por un gran porcentaje de adultos mayores. Se revisan fuentes de países sociocultural y económicamente parecidos al nuestro, para poder llegar a una revisión adecuada al entorno poblacional de adultos mayores en nuestro país.

La transición epidemiológica que se vive actualmente a nivel mundial con el aumento de la esperanza de vida, la reducción de la natalidad, así como la disminución de la mortalidad, y la presencia de enfermedades crónico degenerativas en nuestro medio, nos obliga a investigar y poner atención a este problema que se presenta en nuestros adultos mayores en el área de odontología, ya que debemos prevenir cualquier respuesta o interacción medicamentosa en nuestra consulta, mediante el conocimiento y manejo adecuado de la medicación en el viejo .

Palabras Clave: *Odontogeriatría, paciente adulto mayor, fármacos, reacciones adversas a medicamentos.*

Abstract

We undertake a review of the literature on adverse reactions to medication in the elderly patient that focuses on the oral cavity. It is known that the main cause of this type of problem is the polypharmacy practiced by a high percentage of older adults. We examine sources from countries socioculturally and economically similar to our own, in order to be able to reach an assessment that is suited to the demographic context of older adults in our country.

The epidemiological transition currently being experienced on a world scale with the increase in life expectancy, falling birth rate and decline in mortality rate, together with the presence of chronic degenerative diseases in our medium, compels us to undertake research and attend to the problem, which presents itself in our older adults in the area of dentistry, as we must prevent any medicinal response or interaction in our treatment, through a knowledge and the appropriate handling of medication in the elderly.

Keywords: *geriatric dentistry, older adult patient, drugs, adverse reactions to medication*

Introducción

Históricamente, desde mediados de los años cuarenta, la práctica médica cambió radicalmente con la introducción del uso de un gran número de drogas, siendo la penicilina el parte aguas en la farmacoterapia, circulando a nivel mundial más de 100 000 productos farmacéuticos de marca, aunque la OMS considera que 307 principios activos y 532 presentaciones farmacéuticas son suficientes como recursos farmacoterapéuticos en la mayoría de los países.¹ Esta tendencia, producida a partir de la segunda guerra mundial, se conoce como Explosión Farmacológica, y aunque ha permitido grandes avances en el manejo de enfermedades antes mortales o incapacitantes, también se ha acompañado de incidentes graves, como efectos nocivos no deseados o intolerancias a drogas. La preocupación por la seguridad de los medicamentos, ha contribuido al desarrollo de métodos adecuados para determinar sus beneficios y riesgos potenciales, con la evaluación de la llamada relación riesgo-beneficio.¹ Esta situación coloca a los ancianos ante el riesgo de efectos adversos y reacciones medicamentosas, por la múltiple prescripción y práctica de polifarmacia al carecer de una vigilancia adecuada debido a factores psicosociales, familiares, etc.²⁻³ Una reacción adversa medicamentosa (RAM) es cualquier efecto nocivo no deseado, no intencional de una droga que aparece a dosis utilizadas en humanos con fines profilácticos, diagnósticos o terapéuticos.¹ Esta definición no incluye efectos nocivos derivados de errores en la administración de drogas, o el no cumplimiento de la terapia farmacológica, casos de sobredosis no se ajustan tampoco porque son dosis que no deberían usarse.¹

Epidemiología de las RAM

Muchos casos de RAM pueden ser no reconocidos y una gran parte de las mismas, no reportados (especialmente las menos graves), por lo que el verdadero impacto de las RAM tiende a subestimarse. Las reacciones farmacológicas adversas son la forma más frecuente de enfermedad iatrogénica², ubicándose entre el cuarto y sexto lugar como causa de muerte, dado que el 10 -20% de los pacientes adultos mayores hospitalizados, suelen presentar al menos una RAM.¹ No contar con antecedentes patológicos personales propicia en gran medida la aparición de RAM.

Clasificación de las RAM.¹

Aunque hay una tendencia actual para reevaluarla, la clasificación más usada por su carácter práctico, es la de Rawlins y Thompson, quienes se basaron en dos aspectos básicos: la posibilidad de predicción de las RAM y su relación con la dosis. Así agruparon las RAM en dos tipos: A y B.

Reacciones tipo A (Aumentadas): Efectos aumentados o exagerados de un fármaco; se relacionan con la acción farmacológica de la droga, por lo tanto tienen una incidencia relativamente alta. El hecho de que se asocien con la farmacología habitual, implica una dependencia considerable de las dosis usadas; por la misma razón, son bastante predecibles, por lo que generalmente implican baja mortalidad. Las siguientes son reacciones de tipo A

1. *Sobredosis o toxicidad:* La RAM se asocia con la acción terapéutica primaria en el blanco primario de su acción: por ejemplo, la hemorragia por uso de anticoagulantes o la bradicardia por uso de beta-bloqueadores. El daño proveniente de la prescripción y/o administración de dosis demasiado altas no constituye RAM; las únicas sobredosis en esta categoría son relativas, producidas por factores farmacocinéticas o Alteraciones LA-DEM (alteraciones de la liberación, absorción, distribución y eliminación del medicamento), por ejemplo si el paciente presenta eficiencia menor a la usual para la eliminación de la droga administrada.
2. *Efecto colateral:* La RAM se relaciona con la acción terapéutica primaria en un sitio diferente al blanco primario de acción: por ejemplo, el sangrado digestivo que puede producirse con el uso de aspirinas.
3. *Efecto secundario:* La RAM se relaciona con una acción farmacológica diferente de la acción terapéutica primaria de la droga: por ejemplo, la sequedad de la boca por el uso de antidepresivos tricíclicos.
4. *Interacción de drogas:* Se hace referencia a la modificación del efecto de una droga por otra administrada antes, durante o después de la primaria. Estas modificaciones pueden ser farmacocinéticas, farmacodinámicas o farmacéuticas (interacción física /o química de las drogas al estar presentes en el mismo preparado). Aparte de las interacciones droga-droga, también ocurren interacciones droga-enfermedad o droga-alimentos. Un ejemplo de ésta RAM es el

del a inducción enzimática causadas por drogas como el fenobarbital; Toda droga con metabolismo hepático importante y que se administre de manera concomitante tendría potencialmente una menor vida media y, por ende, un menor (y/o menos duradero) efecto farmacológico. No todas las interacciones son indeseables, muchas resultan terapéuticamente útiles.¹

Reacciones Tipo B (Bizarrras): Consideradas así por no asociarse con la farmacología habitual de la droga, apareciendo solo en ciertos individuos. Hay múltiples causas para tal susceptibilidad, lo que hace que estas RAM sean poco predecibles, excepto cuando hay agregación familiar. Son relativamente raras y dependen poco de la dosis. Dada su poca frecuencia, estas reacciones pueden no detectarse en los estudios iniciales de un fármaco, pues incluyen un número limitado de individuos.

Las reacciones de tipo B incluyen:

1. *Intolerancia:* Presencia de un umbral particularmente bajo de reacción ante una droga, que puede tener una base genética, o representar el extremo de la distribución poblacional de efectos en una curva cuantal dosis-respuesta. Conceptualmente, la intolerancia no difiere de la hipersensibilidad, siendo clave la ausencia primaria de manifestaciones inmunológicas. La intolerancia excluye también las reacciones asociadas a liberación no inmunológica de mediadores inmunes (pseudoalergia). Los Antiinflamatorios no Esteroides (Aines), aun con su estructura tan variada, causan el síndrome Asa-Triada (asma intrínseca, rinitis con/sin poliposis; la intolerancia a Aines aparece como bronco espasmo y/o clínica naso conjuntival). Aunque la intolerancia sugiere un efecto aumentado por mecanismos farmacodinámicos, su falta de relación con la dosis se contradice con la farmacodinámica de la droga a las dosis habituales.
2. *Reacción idiosincrática:* Reacciones no características, inexplicables por la farmacología conocida de la droga. El efecto farmacológico es cualitativamente diferente (excluyendo los casos mediados inmunológicamente). Estas RAM suelen tener base genética, como el déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa eritrocitaria, que favorece la anemia en pacientes que usan antioxidantes (el metabolismo alterado de la glucosa modifica los niveles de glutatión reducido de los eritrocitos); otro ejemplo, es el des-

encadenamiento de una crisis en pacientes con porfiria al emplear barbitúricos. No hay diferencia clara entre las reacciones idiosincráticas y la intolerancia, aunque se asume que en la segunda los efectos pueden ocurrir potencialmente en cualquier individuo (dada la dosis suficiente), mientras que las reacciones idiosincráticas por ser cualitativamente diferentes ocurren solo en individuos particulares. Aunque se clasifica aparte, la hipersensibilidad puede considerarse hasta cierto punto como una reacción idiosincrática, pues también es impredecible, ocurre en un bajo porcentaje de la población y no depende de la dosis.

3. *Hipersensibilidad:* Son reacciones de tipo inmunológico (inmunológicas) en las que se produce daño en los tejidos, como por ejemplo, la anafilaxia por uso de penicilina. La sensibilidad cruzada es cuando un fármaco induce una RAM y ésta reacción se presenta no solo ante cierta droga, sino también con otras químicamente relacionadas (esto es distintivo de los casos de hipersensibilidad, pero puede ocurrir en otras RAM de tipo B). Aunque teóricamente podría determinarse la propensión genética de un individuo, desde el punto de vista práctico tal cosa sería imposible toda vez que cada individuo podría tener el potencial de producir millones de anticuerpos diferentes. Aunque no es imposible su ocurrencia con la primera administración, la hipersensibilidad suele requerir de cierto tiempo de sensibilización (latencia) a la droga; la hipersensibilidad depende de cuatro mecanismos básicos: Tipo I: Reacciones alérgicas inmediatas, mediadas por IgE, Tipo II: Reacciones dependientes del complemento y células efectoras (cito tóxicas), Tipo III: Reacciones generadas por inmunocomplejos, que indiquen vasculitis, como en la Enfermedad del Suero, mediadas por IgG y Tipo IV: Hipersensibilidad mediada por células.
4. *Pseudoalergia (no inmunológica):* Este tipo de reacciones simula una reacción alérgica pero no implica un mecanismo inmunitario. Por ejemplo, ciertos relajantes musculares usados en anestesia general inducen liberación no-inmunológica de histamina, desde los basófilos y mastocitos, con manifestaciones clínicas muy semejantes a las de tipo alérgico. El diagnóstico final suele depender de los niveles de Inmunoglobulina E, que aumentan solo en las reacciones

realmente anafilácticas.¹

La clasificación de Rawlins y Thompson no da cabida a algunos efectos nocivos derivados del uso correcto de fármacos, por lo que se ha propuesto adicionar tres grupos:

Reacciones Tipo C (Continuas): Relacionadas con el uso prolongado de un fármaco. Entre estas se pueden clasificar la dependencia a ansiolíticos, la nefropatía por analgésicos o la discinesia tardía por antipsicóticos. Generalmente son bastante predecibles.¹

Reacciones Tipo D (Demoradas): O retardadas; efectos nocivos que se manifiestan solo a muy largo plazo, aun si su desarrollo puede comenzar ya desde las primeras etapas de terapia. Estas reacciones incluyen la teratogénesis y la carcinogénesis. Son relativamente raras en la actualidad, porque los ensayos clínicos de los nuevos fármacos incluyen estudios muy completos de mutagénesis y carcinogénesis; no obstante, toda vez que tales estudios se realizan fundamentalmente en animales de experimentación, este tipo de reacciones no puede descartarse por completo en los seres humanos, por lo que se suele limitar al máximo el uso de fármacos en el embarazo.¹

Reacciones de Tipo E: Asociadas al cese de uso; suceden como reacción rebote, usualmente magnificadas, de una manifestación clínica que ya se había abolido o atenuado por el tratamiento; estas reacciones dependen del ajuste fisiológico del organismo a la administración del fármaco. Un ejemplo de esto puede darse al tratar la insuficiencia adrenal con esteroides, en el que la retroalimentación negativa aumenta la supresión adrenal, por lo que el cese brusco de la terapia puede originar un cuadro clínico mucho más grave que el original. Se incluyen en estas reacciones ciertos casos de aparición de síntomas que no existían antes del inicio de la terapia farmacológica; como las convulsiones de rebote, al cesar bruscamente el tratamiento con carbamazepina en pacientes no-epilépticos. El tratamiento prolongado con este anticonvulsivo genera una retroalimentación que disminuye el umbral convulsivo normal del paciente.¹

Algunos autores utilizan las letras A, B, C y D como parte de la clasificación de importancia clínica de las RAM, que no debe confundirse con la clasificación descrita.¹

La farmacoterapia en la tercera edad, es de gran importancia en la medicina moderna, por lo que se le debe dar un enfoque especial basada en aspectos biológicos propios del or-

ganismo envejecido y por ende, frágil; ya que hay variaciones fisiológicas de los diferentes sistemas y cambios que se relacionan con las concepciones psicológicas en esta edad, inherente a la personalidad y conducta propias del anciano, a su dinámica familiar y condiciones socioeconómicas individuales, que influyen en la interacción del anciano con el mundo y que puede modificar las conductas terapéuticas. La sociedad, el aislamiento, la falta de visión o audición, el problema de la falta de memoria, y pobres ingresos económicos, serian algunos de estos ejemplos.⁴

Una de las principales complicaciones es debido al uso de múltiples medicamentos, 1 de cada 1000 ancianos muere por complicaciones medicamentosas.⁵ Siendo la cavidad oral de suma importancia en la identificación de estas RAM, ya que la mayoría de los medicamentos tiene efectos adversos en boca, por la fragilidad presente en los tejidos bucales debido al envejecimiento natural y fisiológico. La fragilidad del anciano confiere al individuo un riesgo elevado de morbilidad, mortalidad, discapacidad, hospitalización y/o institucionalización.⁶ Los ancianos pueden presentar una serie de lesiones o manifestaciones que se hacen de fácil reconocimiento en la consulta dental.⁷ Esto sería de gran ayuda como una labor de prevención para evitar mayores costos físicos, económicos y sociales en este sector de la población.

Factores de riesgo de las RAM

1. Factores Biológicos: Edad, sexo, raza, bajo peso corporal.
2. Factores Patológicos: Comorbilidad, gravedad de las enfermedades, RAM previas.
3. Factores Farmacológicos: Presencia de cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos (insuficiencia renal y hepática), polifarmacia, alta dosis del fármaco, (margen terapéutico estrecho).
4. Factores Psicosociales: Ausencia de adherencia al tratamiento, errores en la toma, automedicación, déficits sensoriales y nutricionales.⁵⁻⁸

RAM como síndrome geriátrico

Es un conjunto de signos y síntomas que presenta el paciente geriátrico, con el uso de diferentes fármacos.⁵⁻⁸

- **Mal Nutrición:**
 - o Anorexia Ej. Digoxina, Teofilina.

- Hipogeusia Ej. Aloplurinol, Cimetidina
- Malabsorción Ej. Cimetidina, Anticonvulsivantes
- **Incontinencia urinaria:**
- Rebosamiento Ej. Fármacos Anticolinérgicos
- Incontinencia de estrés Ej. Prazozin
- Urgencia Miccional Ej. Diuréticos
- **Deterioro cognitivo:**
- Diferentes mecanismos Ej. Benzodiazepinas, Anticonvulsivantes, Anticolinérgicos, Digoxina, Cimetidina, Indometacina
- **Depresión** Ej. Bloqueadores Beta, Reserpina, Metildopa, Corticoides
- **Inmovilidad:**
- Atrofia Muscular Ej. Corticoides
- Parkinsonismo Ej. Neurolépticos
- **Caídas:**
- Hipotensión Postural Ej. Hipotensores, Anticolinérgicos, Antiparkinsonianos.
- Incoordinación Motriz Ej. Benzodiazepinas
- Parkinsonismo Ej. Neurolépticos
- Hipoglucemia Ej. Antidiabéticos Orales e Insulina⁵⁻⁸

Interacciones adversas

Interacciones medicamentosas (medicamento - medicamento) más frecuentes:⁸⁻¹⁰

- Antibióticos Bactericidas y Bacteriostáticos
- Tetraciclinas con Cationes Divalentes
- Metronidazol con Alcohol
- Metronidazol o Tetraciclina con Litio
- Eritromicina, Claritromicina o Metronidazol con Warfarina
- AINES y Diuréticos, Beta Bloqueadores
- AINES y Litio
- AINES y Anticoagulantes
- AINES y Digoxina
- AINES y Alcohol
- AINES y otros AINES

Reacciones medicamentosas adversas en la boca del paciente adulto mayor

El paciente viejo es susceptible a presentar estas reacciones adversas por los cambios fisiológicos inherentes a su edad, colocándolo en más riesgo que otros pacientes más jóvenes. En México, el 50% de los adultos mayores de 50 años, consume rutinariamente por lo menos un medicamento y 9% consume 2 o más fármacos de manera significativa, siendo estos medicamentos, antidiabéticos, reguladores cardiacos, psicorre-

guladores, analgésicos, antiinflamatorios, neuroreguladores.¹¹⁻¹² Este consumo aumenta con la edad, convirtiéndose en polifarmacia, siendo esta la causa de las reacciones adversas de diversa índole, así como de ausentismo o abandono de tratamiento en la consulta dental, ya que se le da prioridad a una situación que amerite internación hospitalaria, antes que al tratamiento dental; por eso es de vital importancia interrogar de una forma lo suficientemente acuciosa a los pacientes viejos, a sus cuidadores o a ambos, respecto a la ingesta diaria de medicamentos.¹¹ Existe un gran subregistro, por lo que no se le da la importancia debida a estas RAM, ya que no hay estudios suficientes en nuestro país que lo puedan medir adecuadamente. Entre las más frecuentes se describen las siguientes:

- **Hiposalivación:** Disminución en la producción de saliva, dando como resultado falta de lubricación en las mucosas.¹² Los siguientes son fármacos hiposalivatorios:

- De acción en Metabolismo: Hipolipemiantes, Suplementos dietéticos con Calcio, Complejos vitamínicos con Calcio.
- De acción sobre el SNC, SNP y o Vegetativo: Anticolinérgicos, Antidepresivos, Antiparkinsonianos, Antipsicóticos, Relajantes musculares, Parasympaticolíticos, Sedantes y Narcóticos.
- De acción en Aparato Digestivo: Antidiarreicos, Antinauseosos, Antieméticos, Antiulcerosos.
- De acción en Aparato Respiratorio: Broncodilatadores, Descongestionantes, Expectoantes.
- De Acción en Aparato Cardiovascular: Antihipertensivos, Diuréticos, Vasodilatadores Coronarios, Otros: Antihistamínicos, Antiinflamatorios no esteroideos.⁹⁻¹²

Manifestaciones bucales: Atrofia de la Mucosa, Infecciones Micóticas superficiales, Sialoadenitis supurativa, Ulceración traumática, Glosoprosis, Halitosis.¹¹

- **Hipersalivación:** Aumento en la producción de saliva.

Fármacos causales: Pilocarpina, Neostigmina, Sales de Litio, Aldosterona, Bromuros y Yoduros.⁹⁻¹²

Manifestaciones bucales: Exceso de saliva, incomodidad

- **Halitosis:** Mal aliento

Fármacos causales: Antihistamínicos, Antidepresivos y Antibióticos.

Manifestaciones Bucales: mal aliento.¹¹

- **Hipersensibilidad:** RAM inesperada debido al acúmulo de complejos inmunitarios en piel y mucosas.

Fármacos causales: Antibióticos sistémicos (penicilina, sulfas) y de aplicación tópica (Clorhexidina, tetraciclinas)

Manifestaciones bucales: Estomatitis de contacto¹¹, Eritema multiforme, Síndrome de Stevens-Johnson.¹³⁻¹⁶

- **Fotodermatitis en región perioral**

Fármacos causales: AINES como Naproxen, Isoxicam, Piroxicam.¹¹⁻¹⁵

Manifestaciones bucales: pigmentación de piel en área perioral, Pequeñas pápulas rojas.

- **Quemadura de la Mucosa Bucal.**

Fármacos causales: Acido Acetilsalicílico¹²

Manifestaciones clínicas: Regiones blancas pseudomembranosas y rojizas necróticas sobre fondo eritematoso.

- **Reacciones Liquenoides**

Fármacos causales: Hipoglucemiantes orales, Antihipertensivos, AINES.

Manifestaciones clínicas: líneas blancas queratósicas (estrías de Wickham), lesiones atróficas y erosivas.

- **Agrandamientos Gingivales**

Fármacos causales: Anticonvulsivos, Bloqueadores de los receptores de calcio.¹⁶

Manifestaciones clínicas: Aumento de volumen fibroso de la encía.

- **Infecciones Oportunistas**

Fármacos causales: Inmunodepresores y corticosteroides, Antibióticos

Manifestaciones clínicas: Candidosis, lengua vellosa, mucositis.¹³

- **Osteonecrosis**

Fármacos causales: Bifosfonatos.⁷⁻¹²

Manifestaciones clínicas: dolor, supuración y falta de cicatrización con exposición de hueso necrótico maxilar o mandibular.¹¹

- **Hemorragia y Hematomas orales.** Lesión irregular de color rojo intenso.

Fármacos causales: Anticoagulantes, Aines con Warfarina, Aspirina.

Manifestaciones clínicas: Sangrado oral, lesiones purpúricas o petequias.

- **Mucositis por quimioterapia.** Reacción inflamatoria de la mucosa que recubre las paredes del tracto digestivo superior, desde la boca al estómago (boca, labios y garganta).

Fármacos causales: Medicamentos utilizados en Quimioterapia.

Manifestaciones clínicas: Ulceras bucales, eritema erosión y dolor intenso.¹¹

Discusión

La edad cronológica es un factor muy importante a considerar en el momento de decidir la terapéutica en un paciente. Los cambios fisiológicos que acompañan al envejecimiento afectan la absorción, la distribución, el metabolismo y la excreción de los medicamentos; otra variable a tener muy en cuenta es la adhesión al tratamiento. El uso adecuado de los fármacos y las monitorizaciones estrechas de estos, son esenciales en la prevención de las RAM, producidas por las interacciones farmacológicas.⁸ Los pacientes mayores tienen tres características principales que los diferencian de otros grupos etarios: polipatología, polifarmacia y cambios fisiológicos relacionados con el envejecimiento, estos tres factores en el adulto mayor se manifiestan como una reacción adversa severa que en el mejor de los casos, si es detectada, podrá corregirse, pero en la mayoría de los casos es interpretada como un empeoramiento de la enfermedad o una ineffectividad de alguno de los fármacos interactuantes.

Los fármacos pueden interactuar con alimentos, suplementos nutricionales, productos de la medicina herbaria, con enfermedades (interacción fármaco-enfermedad) y por supuesto con otro fármaco.⁸ De ahí la importancia de conocer los medicamentos que son suministrados en el paciente viejo, ya que así evitaremos interacciones medicamentosas potencialmente dañinas. A nivel bucal se pueden reconocer algunos efectos secundarios farmacológicos y se pueden prevenir reacciones adversas tales como, hiposalivación, reacciones liquenoides, agrandamientos gingivales, como efectos secundarios y las reacciones adversas como infecciones micóticas superficiales, ulceraciones traumáticas, glosopirosis y halitosis, así como el choque adrenal causado por no aumentar la dosis de esteroides durante el tratamiento dental.⁹⁻¹²

Es de gran importancia conocer los problemas de fondo que producen las reacciones adversas a medicamentos en la boca del viejo, ya que los datos clínicos pueden ser muy similares y conocidos para el dentista, pero no así la causa. Tenemos también, aparte de las interacciones a medicamentos ya conocidas, las que se presentan por adicción a las drogas en los pacientes adultos, ya que muchos de estos han sido adictos desde que eran jóvenes, que no han logrado curar su adicción, y algunos de ellos experimentan drogas nuevas, más adictivas, pu-

diendo mostrar reacciones adversas también por ese motivo. Se tienen pocos datos respecto a la frecuencia de adicciones en pacientes mayores, pero es un elemento importante a considerar.¹⁴⁻

¹⁷ El último informe del Observatorio Europeo de la Droga prevé que en 2020, el número de personas afectadas por trastornos ligados al consumo de sustancias sea el doble que el 2001, pero además y por mucho que las drogas ilícitas estén asociadas a la juventud, su consumo también aumenta en las generaciones mayores. Entre 2002 y 2005 se disparó la proporción de pacientes mayores de 40 años que están en tratamiento por el consumo de opiáceos del 8.6% al 17.6%. Los adultos mayores que consumen sustancias, suelen mantener contacto asiduo con los servicios médicos y dentales, pero a menudo el consumo problemático de medicamentos pasa desapercibido o se diagnostica incorrectamente.¹⁷ Es de suma importancia ir tomando en cuenta este fenómeno, en el que también debe incluirse la adicción al tabaco fumado o masticado y la combinación con alcohol, ya que las reacciones que se presentan en boca pueden ser desde cáncer bucal, disgeusia, enfermedad periodontal y leucoplasias como lesiones precancerosas entre otras.

Es difícil la identificación de las RAM generadas por interacciones medicamentosas en perfiles farmacoterapéuticos que contienen más de cuatro fármacos, a pesar de que la posibilidad de interactuar, aumenta exponencialmente. Para determinar si existe o no, debemos considerar principalmente el factor tiempo y debe rutinariamente llevarse a cabo una búsqueda bibliográfica. Sin duda los pacientes viejos presentan más riesgo de estas interacciones, debido a la polifarmacia que presentan.¹⁴⁻¹⁷ Los fármacos de riesgo más comunes, son las que se utilizan ampliamente y en procesos vitales, como alteraciones en la coagulación y de los sistemas respiratorio y cardíaco, en los que la dosis terapéutica y tóxica están muy próximas, debiendo vigilar a los pacientes de manera más estrecha.

Conclusiones

Los fármacos siguen siendo por el momento, la herramienta terapéutica más potente de que disponemos para mejorar la calidad y cantidad de vida de la población; su uso está más que justificado.

La prudencia y la cuidadosa valoración riesgo-beneficio son los principios básicos en los que debe basarse la farmacoterapia del paciente viejo, tomando en cuenta las RAM que se pueden presentar. En el ámbito odontológico es obligatorio conocerlas y hacer una minuciosa indagatoria en los antecedentes del paciente, antes de realizar cualquier tratamiento bucal, especialmente en el paciente considerado viejo (a partir de los sesenta años). De esta manera podremos evitar el desarrollo de las RAM, ya que su manejo podría ser difícil, siendo complicado encontrar la causa exacta.

Apoyarnos estableciendo contacto con el médico del paciente, pero con el conocimiento suficiente en lo que a nuestro campo concierne, para poder discutir e informar al médico tratante acerca de las RAM que encontramos en boca así como sus consecuencias y molestias.

Referencias bibliográficas

1. Pascuzzo- Lima C. Farmacología Básica. Reacciones Adversas Medicamentosas. Ed. Pascuzzo-Lima, 2008 pp118-127
2. Badillo B U. La prescripción en el anciano: cuidado con la polifarmacia y los efectos adversos. Rev Hospital Juarez 2005;72(1):18-22.
3. Rodríguez D R, Jiménez LG, Fernández M E., González DB. Caracterización de las reacciones adversas medicamentosas en ancianos. Unidad Nacional Coordinadora de Farmacovigilancia, Centro para el Desarrollo de la Farmacoepidemiología. La Habana, pp.1-11..2003-2005.
4. Fernández GN, Díaz AD, Pérez HB, Rojas PA,. Polifarmacia en el anciano. Policlínico Reina , la Habana Cuba. Acta Médica 2002-10(1-2)
- 5 Arango Lopera VE. Polifarmacia en el anciano. Rev. Biomédicas Latinoamericanas , Bogotá Colombia 2002;43 (1) www. imbiomed.com
- 6 Castelo DR, Cano GP , Pérez CS. Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. Rev. Sociedad Española de Farmacéuticos de atención Primaria. 2006 - 4 (3)69-73
7. Bagán Sebastián JV, Sarrión Pérez G, Margaix M, Marzal Gamarra C, Rangil JS. Cuadro clínico y diagnóstico de la Osteonecrosis de los Maxilares por bifosfonatos www.medicinaoral.com/libros/bifosfonatos/capitulo.pdf
8. Oscanoa TJ, , Interacción medicamentosa en Geriatría. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004;65(2): 119-125 .
9. Atilas A N, Costa Armond M, Morais F R, Adair RG, Hiposalivación inducida por drogas antihipertensivas. Acta Odontológica Venezolana - 2009; 47(1): 1-8.
10. Oscanoa TJ, Uso inadecuado de medicamentos en adultos mayores. Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005; 66 43-52,
11. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L, Gay ZO. Medicina en Odontología,

- Manejo dental de pacientes con enfermedades sistémicas. 2da. Ed. México El Manual Moderno 2002
12. Castellanos JL, Díaz-Guzmán L, Gay Z O. Series de medicina Bucal. VI Hiposalivación por fármacos. Rev. ADM 2004;61:39-40.
 13. Pacheco ÁLM, .Sánchez SMA, Sánchez PDL. Síndrome de Stevens-Johnson. Rev. Cubana Pediatric 2001;73(4):240-4.
 14. Debesa G F, Cué BM,. Los Medicamentos y el Anciano. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Rev. Cubana Fam.1999;33 (3):210-4.
 15. Covarrubias-Gómez A. Manejo del dolor en el paciente anciano. Manejo Perioperatorio del Dolor, Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutrición "Salvador Zubirán", 2006: 29. Supl. 1: 207-9.
 - 16 Crosi A, Borges GS, Estévez CF. Reacciones adversas medicamentosas graves: síndrome de Stevens-Johnson y necrólisis epidérmica tóxica. Rev. Med. Urugua. 2004; 20:172-177.
 - 17 Núñez L P. Farmacodependencia en la tercera edad. www.infoadicciones.net Rev. LiberAddictus Sept 2009

Correspondencia

Dra. Mirtala C. Gúitron Reyes
clínica.de.periodoncia@hotmail.com