

PRESCRIPCION DE NIFEDIPINA EN LA ATENCION PRIMARIA

Dra. Elizabeth Pereira Relis¹, Dr. Leonardo Ramos Hernández², Dra. Doris Perdomo Leyva³, Dr. Leopoldo Lage Canedo⁴, Dr. Ramón Rubio Semanat⁵.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el área de atención primaria de salud "Carlos J. Finlay" con el propósito de identificar las principales dificultades existentes con la prescripción de nifedipina. Se seleccionó una muestra de 220 usuarios de nifedipina, a los que se les aplicó una entrevista. A los facultativos relacionados con la prescripción se les aplicó una prueba mediante la cual se evaluó su competencia. Los resultados evidenciaron que más de la mitad de los prescriptores examinados resultó ser no competente y que el porcentaje de pacientes con prescripciones, combinaciones medicamentosas inadecuadas y reacciones medicamentosas adversas fue alto, hallazgos que pudieran estar en relación con que el grado de satisfacción de los usuarios con la terapia con nifedipina no fuera adecuado. Se concluye que existen problemas con la prescripción de nifedipina, los cuales pueden ser un reflejo del desconocimiento que sobre este medicamento tienen los facultativos responsables de su prescripción.

Palabras Clave: NIFEDIPINA/uso terapéutico; ATENCION PRIMARIA DE SALUD; SATISFACCION DEL PACIENTE; CONDUCTAS TERAPEUTICAS.

¹ Especialista de I Grado en Farmacología. Instructor, Facultad de Ciencias Médicas, Guantánamo.

² Especialista de I Grado en Farmacología. Instructor, Facultad de Ciencias Médicas N° 1, Santiago de Cuba.

³ Especialista de II Grado en Farmacología. Profesor Asistente, Facultad de Ciencias Médicas N° 1, Santiago de Cuba.

⁴ Especialista de I Grado en MGI. Especialista de I Grado en Gastroenterología, Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", Guantánamo.

⁵ Médico General. Policlínico "4 de Agosto", Guantánamo.

INTRODUCCION

En la prescripción de un medicamento se refleja la disponibilidad de los fármacos, la información que ha sido diseminada sobre ellos - que ha llegado al médico y que él ha interpretado -, así como las condiciones en las que se desarrolla la atención médica.¹

La prescripción racional constituye un aspecto indivisible de la atención médica, y su calidad puede evaluarse a través de los estudios de utilización de medicamentos, especialmente en el nivel primario de atención, que es donde se origina más del 90% del consumo de los medicamentos.²

La nifedipina es el fármaco controlado más frecuentemente consumido entre los analizados en la provincia Santiago de Cuba³, y, sin embargo, en artículos revisados actualmente se plantea que, a pesar de que ha demostrado su capacidad para reducir las cifras tensionales en pacientes hipertensos, hasta el momento no existe ninguna evidencia confiable de que disminuya la morbilidad por cardiopatía isquémica, ni por accidente vascular encefálico, a lo cual se ha añadido problemas en su seguridad, riesgo que resulta aún mayor a medida que se incrementan las dosis.⁴⁻⁹ De acuerdo con todo lo anteriormente expuesto nos preguntamos: ¿Se está prescribiendo adecuadamente la nifedipina? Esta y otras interrogantes pueden ser respondidas con la realización de una investigación con la que se evalúe la prescripción de este medicamento, a fin de identificar las principales dificultades existentes con ella, que permitan dirigir futuras intervenciones para mejorar la calidad de dicha prescripción.

METODO

Se realizó un estudio descriptivo transversal para evaluar la prescripción de nifedipina en pacientes tratados con este medicamento, en el área de atención primaria "Carlos J. Finlay" del municipio de Santiago de Cuba, en el período comprendido entre mayo de 1997 y abril de 1998, ambos inclusive, el cual se enmarca entre los estudios de utilización de medicamentos, en el de tipo prescripción-indicación, con elementos de esquema terapéutico, factores que condicionan los hábitos de prescripción y dispensación, y consecuencias prácticas de la utilización de medicamentos, según la clasificación de Arnau *et al.*²

De una población de 1005 usuarios de nifedipina, con certificado para dicho medicamento, se seleccionó una muestra, por el método sistemático, descrito por Silva¹⁰, que quedó constituida por 220 usuarios, sin excluir ninguno por razón de su edad, sexo, raza, enfermedad asociada o indicación de la nifedipina.

Se utilizó una entrevista para la recogida de la información, en la cual se registró datos como: dificultades para la obtención de la nifedipina, indicaciones, dosis y vía de administración, medicamentos concomitantes, enfermedades asociadas, cumplimiento del tratamiento, síntomas postratamiento con nifedipina y grado de satisfacción del usuario con el tratamiento aplicado.

Se determinó la disponibilidad de recursos materiales en relación con la prescripción de nifedipina, y para ello se consideraron las farmacias especiales que garantizan el suministro del medicamento en el área de salud, y la existencia en ellas del medicamento, para lo cual se solicitó información en la Empresa de Suministros Médicos, y se analizaron los libros de control de medicamentos de dichas farmacias, respectivamente.

Con la finalidad de precisar el nivel de conocimiento de los facultativos responsabilizados con la prescripción de nifedipina en el área, se les aplicó una prueba, en la cual se registró la especialidad del prescriptor, y se evaluaron aspectos relacionados con la nifedipina, tales como: grupo farmacológico, mecanismo de acción, acciones farmacológicas, indicaciones y esquema terapéutico, combinaciones medicamentosas y reacciones adversas medicamentosas más importantes.

Para considerar adecuada la prescripción de nifedipina se tomaron en cuenta las variables: indicación y esquema terapéutico, combinaciones medicamentosas con otros fármacos e individualización del tratamiento según los criterios más aceptados en la actualidad.¹¹⁻¹⁵ Se consideró como prescripción inadecuada lo que no se correspondía con las variables anteriores.

El estudio estadístico se realizó con el sistema Microstat. Se utilizó la prueba de Chi Cuadrado.

RESULTADOS

La población estudiada estuvo constituida por 220 usuarios de nifedipina; de ellos, 67 (30,45%) eran hombres y 153 (69,54%) mujeres, con predominio del grupo etáreo considerado como de adultos mayores (60 años y más), con 191 usuarios.

Consideramos que la accesibilidad a la nifedipina en esta área de atención primaria resultó adecuada, pues sólo 6 usuarios refirieron dificultades para tener acceso a este medicamento. La disponibilidad de recursos materiales también fue adecuada, ya que en dicha área de salud existen dos farmacias especiales que suministran nifedipina, en las cuales se comprobó que este medicamento estuvo en existencia durante todo el tiempo que abarcó el estudio.

Del total de facultativos a quienes se les aplicó la prueba de competencia, 10 (66,66%, 10/15) resultaron ser no competentes, con el mayor número entre los especialistas de Medicina General Integral (75,00%, 3/4), y sólo resultó competente el 33,33% (5/15) de todos los prescriptores probados. Correspondió el mayor porcentaje a los cardiólogos y a los clínicos.

De los 220 usuarios estudiados, en 119 (54,09%) se realizaron prescripciones inadecuadas; sólo en el 5,45% (12/220) se realizaron prescripciones adecuadas. En todas las especialidades predominaron las prescripciones inadecuadas, y estuvo el mayor porcentaje representado por los especialistas de Medicina General Integral (65,67%, 44/67).

En el 74,09 % de los usuarios de nifedipina se presentaron combinaciones medicamentosas inadecuadas, y sólo en 42 usuarios (19,09%) se presentaron combinaciones medicamentosas adecuadas.

Cumplieron con el tratamiento, como estaba prescrito, 115 usuarios (52,27%), y 105 (47,73%) fueron no cumplidores.

En 141 usuarios de nifedipina aparecieron reacciones medicamentosas adversas (64,09%) .

En el mayor porcentaje de los usuarios de nifedipina, el grado de satisfacción fue malo, con 116 (52,73%), resultado que predominó en cada una de las indicaciones.

DISCUSION

El predominio del grupo etáreo del adulto mayor se explica por el hecho de que los consumidores de este fármaco son pacientes con enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía isquémica y la hipertensión arterial, más frecuentemente observadas en estas edades.¹²

La disponibilidad y accesibilidad adecuadas de la nifedipina se deben a que este medicamento se encuentra en la lista de medicamentos esenciales de nuestro país, y una de las implicaciones de la selección de un medicamento como esencial es su disponibilidad y acceso adecuados.¹⁶

El hecho de que el mayor número de especialistas no competentes se encuentra en la especialidad de Medicina General Integral, coincide con los del estudio de Torralba¹⁷, según el cual los médicos especialistas de Medicina Familiar obtuvieron resultados desfavorables al medir la calidad de sus prescripciones en comparación con otros especialistas, independientemente de que este investigador utilizó otro método para

evaluar la calidad de dichas prescripciones. Las principales dificultades encontradas en la prueba de competencia estuvieron relacionadas con el desconocimiento, por parte de los facultativos, de las indicaciones y el esquema terapéutico, combinaciones medicamentosas inadecuadas y las fundamentales reacciones adversas de la nifedipina.

El hecho de que en todas las indicaciones prevalecieron las prescripciones inadecuadas, y los resultados que muestran que en todos los prescriptores prevalecieron las prescripciones inadecuadas y las combinaciones medicamentosas inadecuadas, pueden ser explicados si se relacionan con que el mayor porcentaje de los facultativos fueron no competentes, no tenían un conocimiento adecuado de los aspectos más esenciales relacionados con la prescripción de nifedipina, todo lo cual trajo como consecuencia una mala prescripción de este medicamento. Esto resulta realmente alarmante, y nos induce a plantear que deben incrementarse los cursos de actualización fármaco-terapéutica en la enseñanza de pregrado y posgrado, y la circulación de boletines sobre avances terapéuticos, que contribuyan a elevar la preparación de los facultativos en cuanto a la prescripción de medicamentos.

A pesar de que hubo un mayor porcentaje de usuarios cumplidores del tratamiento, el porcentaje de incumplidores fue alto, y las causas fundamentales fueron la aparición de reacciones adversas no toleradas, la polimedicación y el aumento de las dosis, pues referían que con las prescritas no mejoraban; la enfermedad en la que predominó el incumplimiento fue la hipertensión arterial, lo cual puede deberse a que las manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial son más toleradas por los pacientes, y en más de la mitad de los casos no aparecen síntomas, e incluso aquellos clasificados de moderados e intensos dicen no sentir nada, por lo que algunos la han llamado "el enemigo silencioso".¹⁸

El porcentaje de pacientes con reacciones medicamentosas adversas fue alto, y las más frecuentemente observadas fueron: la cefalea, el aumento de la diuresis, los mareos, la hipotensión y el dolor precordial; con menos frecuencia aparecieron: visión borrosa, palpitaciones, edema en miembros inferiores, malestar epigástrico y falta de aire. Llama la atención que el dolor precordial se encuentra entre las cinco primeras reacciones medicamentosas adversas, atendiendo a la frecuencia de aparición de éstas, lo que resulta de suma importancia, pues en la bibliografía revisada se informan resultados de diversos metanálisis, estudios observacionales (de caso-control y de cohorte) y ensayos clínicos que sugieren que la nifedipina aumenta la mortalidad en pacientes con infarto agudo del miocardio o angina inestable e hipertensión arterial, y que el tratamiento de esta última con el medicamento aumenta el riesgo de infarto agudo del miocardio en el 62%. Se piensa que esto se deba a su efecto inotropeo negativo, que incrementa el riesgo de insuficiencia cardíaca y muerte, a su efecto proarritmogénico e isquémico por robo coronario y a un aumento reflejo de la actividad simpática.¹⁹

Llama grandemente la atención que el grado de satisfacción, en el mayor porcentaje de pacientes, sea malo, y que, a su vez, el mayor número de facultativos sea no competente, y la mayoría de las prescripciones hayan sido no adecuadas. Al relacionar estos elementos podemos concluir que todos los problemas con la prescripción de nifedipina expuestos en este estudio son un reflejo del desconocimiento que sobre este medicamento tienen los facultativos responsables de su prescripción.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Arnau JM, Laporte JR. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del Medicamento. 2da ed. Barcelona: Editorial Masson, 1993: 49-65.
2. ----. La investigación sobre la utilización de medicamentos en atención primaria en revistas nacionales. Atención Primaria 1991; 8(11): 932-5.
3. Ramos Hernández L. Consumo de medicamentos controlados en Santiago de Cuba. Trabajo presentado en Reunión del Programa Provincial de Medicamentos en Santiago de Cuba. Abril 1997.
4. El riesgo de infarto agudo del miocardio asociado al uso de nifedipina. Butlletí Groc 1996; 9(1): 1-4.
5. Furberg CD, Psaty BM, Meyer JV. Nifedipine. Dose-related increased mortality in patients with coronary heart disease. Circulation 1995; 92: 1326-31.
6. Pahor M, Guralnik JM, Corti MCh, Foley DJ, Carbonin P, Havlik RJ. Long-term survival and use of antihypertensive medications in older persons. J Am Geriatr Soc 1995; 43: 1191-7.
7. Furberg CD, Psaty BM. Should calcium antagonists be first line drugs in hypertension?. Herz 1995; 20(6): 365-9.
8. ----. Calcium antagonists: antagonists or protagonists of mortality in elderly hypertensives?. J Am Geriatr Soc 1995; 43(11): 1309-10.
9. Papel de los BCC en el tratamiento de la HTA. Boletín. Información Terapéutica para la APS 1997; 4: 1-5.
10. Silva AL. Las técnicas muestrales y su aplicación en la investigación Higiénico-Social. La Habana: Departamento de Publicaciones del Instituto de Desarrollo de la salud, 1983: 69-83.

11. Rogers WJ. Angina de pecho. En: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC. Cecil Tratado de Medicina Interna. 19a ed. Vol 1, México: Editorial Interamericana, 1994: 342-48.
12. Oparil S. Hipertensión arterial. En: Wyngaarden JB, Smith LH, Bennett JC. Cecil Tratado de Medicina Interna. 19a ed. Vol 1, México: Interamericana, 1994: 290-308.
13. Vademécum Internacional. Especialidades farmacéuticas y biológicas. Productos y artículos de farmacia. Métodos diagnósticos. 38 ed. México: Editorial MEDICOM, 1997: 607-8.
14. Ster ER. Diccionario de Especialidades Farmacéuticas. 41 ed. New York: Editorial PML, 1995: 1262-3.
15. British National Formulary. London: British Medical Association and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 1996; (31): 542.
16. Lunde PKM, Baksaas I. Utilización de medicamentos, fármacos esenciales y políticas de salud en países desarrollados y subdesarrollados. En: Laporte JR, Tognoni G. Principios de Epidemiología del medicamento. 2 ed. Barcelona: Editorial Masson, 1993: 29-30.
17. Torralba GM, Monteserin NR, González AJA, Morera CR, Calero GMI, Serrasolsas DRM, *et al.* Factores condicionantes de la calidad de la prescripción, medida en valor intrínseco y grado potencial de uso. Atención Primaria 1994; 4(9): 1069-72.
18. Rigol Ricardo O, Perez Carballás F, Perea Corral J, Fernández Sacasas J, Fernández Mirabal JE. Medicina General Integral. 2da. ed. T3, La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990: 11-37.
19. Papel de los BCC en el tratamiento de la HTA. Bol. Información Terapéutica para la APS 1997; 4: 1-5.