

Medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal

Drugs in elderly institutionalized patients with renal failure

Sr. Director:

Queremos felicitar a los autores de la publicación «Ajuste de dosificación de medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal» que apareció en la sección «Original breve» de la revista *Farmacia Hospitalaria* de los meses enero y febrero de 2009¹.

Un estudio elaborado por el Instituto Nacional de Estadística expone que la tasa de dependencia (entendida como la relación entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16–64 años) continuará su tendencia ascendente y pasará del 47% a en torno a 53% en los próximos 9 años.

Según las hipótesis de evolución esperada de los fenómenos demográficos, el número medio de hijos por mujer mantendría su ritmo de crecimiento pasando de los 1,39 observados en 2007 a los 1,46 en 2017. La aportación de las mujeres inmigrantes explicaría también que la edad media de maternidad se estabilizará en torno a los 31 años.

Por otra parte, se supone que la esperanza de vida se incrementará casi 2 años en los varones y 1,5 años en las mujeres².

Creemos que la publicación trata un tema, la medicación en Geriatría, de creciente interés.

No obstante, nos gustaría hacer algunas observaciones al manuscrito.

1. Al resolver una ecuación, el producto y/o la división, tienen preferencia sobre la suma y/o la diferencia, salvo que estas dos últimas se introduzcan entre paréntesis. En la fórmula del aclaramiento de creatinina, los autores suman la cantidad de creatinina en suero al resultado del cociente $(140 - \text{edad}) \text{ peso} / 72$. ¿Es ésta la fórmula que se utiliza en el programa Sinphos[®] de Grifols?
2. En los pacientes con obesidad grado III los autores calculan el peso de dosificación mediante una fórmula. ¿Utilizan esta misma fórmula para calcular el peso de dosificación en los pacientes que presentan extrema delgadez?
3. Entre los fármacos que requieren ajuste de dosis en tratamientos a largo plazo enumeran, en el punto 4, la digoxina y los antiepilépticos, sin embargo, al pasar página, en la tabla 3, no constan los antiepilépticos, pero sí los antidepresivos.
4. En las intervenciones realizadas en el tratamiento con diuréticos proponen cambiar la hidroclorotiazida y/o la

espirolactona por diuréticos del asa o de alto techo. Creemos que los diuréticos de alto techo no suelen ser más eficaces como hipotensores que las tiazidas y tienen más problemas de desequilibrio electrolítico. La espirolactona es un diurético «ahorrador de potasio», ¿tienen en cuenta esta circunstancia en pacientes que toman digoxina?³

5. Las concentraciones séricas de digoxina pueden expresarse en unidades convencionales de ng/ml (nanogramos/mililitro) o en unidades nmol/l (nanomol/litro). Se puede determinar la concentración sérica de digoxina por radioinmunoensayo. Las concentraciones óptimas son de 0,8 ng/ml a 2 ng/ml, por encima de este intervalo la toxicidad puede ser más frecuente y es muy probable que niveles por encima de 3 ng/ml sean tóxicos, no digamos si los niveles son mil veces mayores del orden de µg/ml (microgramos/mililitro) (tabla 3).
6. En el tratamiento con antidiabéticos proponen, en una única intervención, cambiar a otra sulfonilurea, ¿a cuál? Pensamos que en pacientes ancianos con hábitos dietéticos irregulares se debe recurrir a sulfonilureas de acción corta, preferentemente de biotransformación hepática, y evitar las que se eliminan intactas por vía renal³.
7. Además, y como anécdota, quisiéramos comentar que el verdadero apellido de Cockcroft (páginas 44 y 47) es Cockcroft, Cock=gallo, Croft=granja: «Gallogranja». Si quitamos la «C» a Croft, despojamos al pobre gallo del lugar de residencia⁴.

Bibliografía

1. Montañés-Pauls B, Sáez-Lleó C, Martínez-Romero G. Ajuste de dosificación de medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal. *Farm Hosp.* 2009;33:43–7.
2. Notas de prensa. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np538.pdf>.
3. Departamento Técnico del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. editor. Catálogo de Medicamentos 2008 C/ Villanueva 11 Madrid.
4. Cockcroft DW, Gault MH. Prediction of creatinine clearance from serum creatinine. *Nephron.* 1976;16:31–41.

M.L. Recio Blázquez*, V. Puebla García y R. Manzano Lorenzo

Servicio de Farmacia, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: mrecio.hcsc@salud.madrid.org (M.L. Recio Blázquez).