

---

# Recomendaciones

## NO HACER Y HACER

### en el anciano

Grupo de Trabajo de Atención al Mayor  
de la semFYC

.....

#### Coordinadora

Carolina Mir Sánchez

#### Revisores

Iñaki Martín Lesende

Pilar Regato Pajares

José Luis González Perales

Javier Ramírez Gil

#### Autores

Xavier Albert i Ros

Jaime Barrio Cortes

Andrea Codoñer Muñoz

Lluís España Cruaños

Ana M.<sup>a</sup> Furió Martínez

José Luis González Perales

Clara Hernández Menor

María Luisa Lozano Sánchez

Iñaki Martín Lesende

Miguel Ángel Martínez Adell

Mario Mateo Martínez

Carolina Mir Sánchez

Javier Ramírez Gil

Pilar Regato Pajares

Carmen Rodríguez Quevedo

Augusto Saldaña Miranda

Alba Tapia Céspedes

Raquel Tena Barreda

Luz de Myotanh Vázquez Canales

© 2019, **Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria**

Diputació, 320  
08009 Barcelona  
[www.semfyc.es](http://www.semfyc.es)

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del titular del *copyright*.

Coordinación y dirección editorial:



Carrer del Pi, 11, 2.ª planta, of. 13  
08002 Barcelona  
[ediciones@semfyc.es](mailto:ediciones@semfyc.es)

Diseño: Falcó

ISBN: 978-84-15037-94-1B  
Depósito legal: B-10026-2019

*Printed in Spain*

---

# Índice

---

<b>Introducción</b>	5
<b>NO HACER en el ANCIANO</b>	
1. No prescribir ácido acetilsalicílico de forma sistemática como estrategia de prevención primaria en el anciano	7
2. No prescribir suplementos de vitamina D de forma sistemática, ni realizar cribado de su déficit en el anciano	9
3. No subestimar la carga anticolinérgica como causa de cuadros de deterioro cognitivo y/o delirio en el anciano	11
4. No prescribir antipsicóticos como primera línea en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia en el anciano	13
5. No realizar tratamiento intensivo de la hipertensión en el anciano; los objetivos de control deben ser más moderados en esta población	15
6. No prescribir benzodiazepinas de forma crónica en el anciano	17
7. No utilizar combinaciones farmacológicas que aumenten el riesgo de caídas en el anciano y actuar, asimismo, sobre las etiologías modificables de este síndrome geriátrico	19
8. No prescribir megestrol para los síntomas relacionados con la caquexia en el anciano	21
9. No prescribir suplementos orales nutricionales en el anciano ni emplear sondas nasogástricas, salvo que sea estrictamente necesario	23
10. Otras recomendaciones NO HACER, ya publicadas, de relevancia en el anciano	25

## HACER en el ANCIANO

1. Considerar la situación funcional y la fragilidad del anciano antes de tomar decisiones clínicas preventivas, diagnósticas o terapéuticas 27
2. Colaborar en la consecución del envejecimiento activo, priorizando aquellos determinantes y condicionantes sanitarios que influyen en este 29
3. Prescribir ejercicio multicomponente como intervención efectiva en el anciano 31
4. Revisar periódicamente los medicamentos pautados en el anciano y evitar añadir otros nuevos que no tengan indicación basada en la evidencia clínica, realizando deprescripción de forma activa 33
5. Realizar detección y abordaje activo del aislamiento social y la soledad no deseada en el anciano 35

---

## Introducción

---

La población de mayor edad se constituye actualmente como el grupo de mayor demanda en la atención sociosanitaria, tanto en nuestro país como en el resto de los países de nuestro entorno. Se caracteriza fundamentalmente por su progresiva vulnerabilidad. España será en 2060 el tercer país de la Unión Europea con mayor proporción de personas octogenarias, lo que conllevará el aumento de la morbilidad<sup>1</sup>.

Se trata de un grupo poblacional que genera en la actualidad más de un tercio de las consultas de Atención Primaria, con una cada vez mayor demanda de necesidades y complejidad de manejo, en el que los médicos de familia se revelan como uno de los actores principales en el escenario de su atención<sup>2</sup>.

Desde esta perspectiva de un envejecimiento sin precedentes, a partir de la década de los noventa se trabaja en el Grupo de Trabajo Atención al Mayor de la Sociedad Española Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC) en aspectos como la promoción del envejecimiento activo, sobre todo en el ámbito comunitario. Varios de sus miembros, además, participan en el Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS, Grupo de Prevención en el Mayor). También se trabajó activamente en la I Conferencia de Promoción y Prevención de la Salud en la Práctica Clínica en España, elaborando el documento interdisciplinar «Prevención de la dependencia en las personas mayores. Documento de Trabajo». Y la semFYC tiene representación y participación en el «Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor», estrategia del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) aprobada en el Consejo Interterritorial<sup>3,4</sup>.

Si existe un grupo de población especialmente vulnerable al sobre e infradiagnóstico, al sobretratamiento y al nihilismo terapéutico es el

del anciano. Su mayor complejidad y fragilidad, así como cuando llegan a la situación de dependencia, hace que se tenga que adoptar la mayoría de nuestras decisiones diagnósticas y terapéuticas según criterios de calidad de vida, seguridad, estado individual del paciente, carga de enfermedad, funcionalidad, capacidad de autocuidado, pero también considerando su entorno, cuidador, familia, vivienda, barreras, aspectos económicos y de red social. En definitiva, el objetivo es el de aumentar la esperanza de vida en buena salud, retrasar la dependencia y favorecer al máximo la autonomía y la calidad de vida en los ancianos.

### **Pilar Regato Pajares**

**Coordinadora del Grupo de Atención al Mayor de la semFYC**

### **Bibliografía**

1. Abellán A, Ayala A, Pérez J, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red [Internet] 2018; n.º 17. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadores-basicos18.pdf>
2. Regato P, Hernández MA, Acosta MA. La semFYC quiere potenciar la investigación en el área del envejecimiento. Aten Primaria. 2018; 50(6): 321-2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-semfyc-quiere-potenciar-la-S0212656718303214>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)
4. I Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2007. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/prevencionDependenciaMayores.pdf>

# NO HACER en el ANCIANO

---

1

## **No prescribir ácido acetilsalicílico de forma sistemática como estrategia de prevención primaria en el anciano**

---

**Con la evidencia científica disponible actualmente no puede recomendarse la prescripción sistemática de ácido acetilsalicílico como una estrategia de prevención primaria en el anciano, ya que los riesgos de esta prescripción superan a sus posibles beneficios**

---

El ácido acetilsalicílico (AAS), en dosis de 100 mg al día, se prescribe de forma estandarizada en pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida que, además, han tenido algún evento cardiovascular. Esta estrategia de prevención secundaria tiene un beneficio claramente establecido. Sin embargo, el uso de AAS en prevención primaria posee un balance beneficio-riesgo que ha sido objeto de discusión en las últimas décadas y ha dado como resultado recomendaciones dispares según la guía clínica que se consulte.

El uso de AAS para la prevención primaria de eventos cardiovasculares (ECV) no ha mostrado un beneficio indiscutible. El estudio ASCEND, publicado en agosto de 2018, describe que, si bien existe menor número de ECV en pacientes ancianos diabéticos frente al placebo, estos registran, con mayor frecuencia, eventos adversos importantes; los más comunes son los sangrados digestivos, seguidos de sangrados asociados a ictus hemorrágicos y sangrados subdurales, extradurales y subaracnoideos<sup>1</sup>.

Por su parte, el estudio ASPREE, publicado en septiembre de 2018, reportó una serie de pacientes sanos, de 65 años o más, en la cual el uso de AAS no estuvo asociado a una significativa reducción de ECV, pero sí a un aumento significativo de efectos adversos<sup>2</sup>.

Asimismo, se objetivó un incremento de la mortalidad por todas las causas<sup>3</sup>.

En el anciano sin enfermedad aterosclerótica establecida y sin eventos cardiovasculares previos, el uso de AAS no ha demostrado un beneficio superior a los riesgos que supone. Por lo tanto, se recomienda no prescribir AAS de forma sistemática en el anciano como estrategia de prevención primaria cardiovascular, al menos no sin antes informar de los riesgos y, como siempre, tomar una decisión compartida.

## Bibliografía

1. ASCEND Study Collaborative Group, Bowman L, Mafham M, Wallendszus K, Stevens W, Buck G et al. Effects of Aspirin for Primary Prevention in Persons with Diabetes Mellitus. *N Engl J Med.* 2018; 379(16): 1529-39.
2. McNeil JJ, Nelson MR, Woods RL, Lockery JE, Wolfe R, Reid CM et al. Effect of Aspirin on All-Cause Mortality in the Healthy Elderly. *N Engl J Med.* 2018; 379(16): 1519-28.
3. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, Tonkin AM, Donnan GA, Nelson MR et al. Effect of Aspirin on Cardiovascular Events and Bleeding in the Healthy Elderly. *N Engl J Med.* 2018; 379(16): 1509-18.



---

**2****No prescribir suplementos de vitamina D de forma sistemática, ni realizar cribado de su déficit en el anciano**

---

**La suplementación sistemática con vitamina D y el cribado de su déficit en el anciano con la evidencia científica actual no pueden ser recomendados. Dado el coste-oportunidad que suponen estas actividades, deberían priorizarse otras de efectividad probada en relación con la salud ósea y la minimización del riesgo de caídas**

---

En los últimos años se ha descrito la implicación fisiológica de la vitamina D más allá del metabolismo óseo, lo cual ha dado lugar a hipótesis sobre si su suplementación, incluso en pacientes sin déficit vitamínico establecido, podría ser beneficiosa; sin embargo, buena parte de estas afirmaciones no han podido ser contrastadas y existe, además, discusión sobre los intervalos de referencia de las diferentes formas de vitamina D y su relación con los depósitos orgánicos<sup>1</sup>.

Un reciente metaanálisis ha concluido la necesidad de dejar de prescribir suplementos de vitamina D a pacientes sanos con el fin de prevenir fracturas, caídas o mejorar la densidad mineral ósea, ya que su efecto es nulo o ínfimo, tanto a altas como a bajas dosis<sup>2</sup>. Ante la falta de evidencia, US Preventive Services Task Force en 2018 ha dejado de recomendar dichos suplementos en mayores de 65 años residentes en la comunidad, con riesgo de caídas, sin déficit o insuficiencia de vitamina D, concluyendo, además, que la evidencia es insuficiente para evaluar el balance beneficio-riesgo del cribado de su déficit en adultos asintomáticos<sup>3</sup>. Asimismo, en la actualidad existe escasa justificación para su prescripción sistemática con el objetivo de prevenir enfermedades cardiovasculares, tumores o reducir el riesgo de mortalidad<sup>3</sup>. Por otro lado, las pautas de vitamina D en bolo se han asociado a un

aumento del riesgo de caídas, y la ingesta de dosis superiores a 4.000 UI/día, a efectos tóxicos (hipercalcemia, calcificación vascular y/o de tejidos blandos e insuficiencia renal)<sup>4</sup>.

Por consiguiente, con la evidencia actual no puede aconsejarse la administración sistemática de suplementos de vitamina D, ni el cribado de su déficit en el anciano. Las actividades preventivas en salud ósea deberían basarse en medidas de efectividad probada (aporte dietético, exposición a la luz solar al menos 10 minutos al día, evitación del sedentarismo y cese el hábito tabáquico, si existe). En el caso de pacientes con alto riesgo de caídas, se deberían evaluar y corregir sus factores favorecedores.

## Bibliografía

1. Manson JE, Brannon PM, Rosen CJ, Taylor CL. Vitamin D Deficiency - Is There Really a Pandemic? *N Engl J Med*. 2016; 375(19): 1817-20.
2. Bolland MJ, Grey A, Avenell A. Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*. 2018; 6(11): 847-58.
3. Bolland MJ, Grey A, Gamble GD, Reid IR. The effect of vitamin D supplementation on skeletal, vascular, or cancer outcomes: a trial sequential meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2014; 2(4): 307-20.
4. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Orav EJ, Staehelin HB, Meyer OW, Theiler R et al. Monthly High-Dose Vitamin D Treatment for the Prevention of Functional Decline: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016; 176(2): 175-83.

## No subestimar la carga anticolinérgica como causa de cuadros de deterioro cognitivo y/o delirio en el anciano

**La carga anticolinérgica es un factor de riesgo para la salud en pacientes ancianos y polimedcados que no suele ser considerado. Numerosos fármacos de empleo habitual en Atención Primaria poseen actividad antimuscarínica**

Se define como carga anticolinérgica al efecto acumulativo de la toma de fármacos capaces de disminuir la actividad colinérgica del organismo. Si bien los efectos adversos de los fármacos antimuscarínicos a corto plazo son bien conocidos (xerostomía, retención urinaria o mareos), sus efectos a largo plazo están peor definidos. A la luz de nuevas evidencias, el concepto de carga anticolinérgica está adquiriendo relevancia, ya que se ha comprobado que los pacientes sometidos a un exceso de actividad antimuscarínica tienen mayor riesgo de desarrollar delirio y deterioro cognitivo, así como mayor incidencia de caídas y mortalidad total<sup>1</sup>. En ocasiones la relación causal entre los fármacos y la sintomatología que producen es difícil de establecer, ya que esta es progresiva y suele ser atribuida a un deterioro cognitivo senil. Al margen de que el paciente tenga o no deterioro cognitivo de base, el uso concomitante de ciertos medicamentos puede agravar su situación.

Se dispone de diferentes herramientas para su valoración, siendo la Anticholinergic Cognitive Scale (ACB), del Aging Brain Program (Universidad de Indiana), la más difundida y validada<sup>2</sup>. Por cada aumento de 1 punto en esta escala, disminuye la puntuación del Mini Mental Test en 0,33 puntos en el plazo de 2 años y ocasiona un aumento relativo del 26 % en el riesgo de mortalidad<sup>3</sup>. Algunos fármacos con actividad anticolinérgica establecida son de uso muy común en Atención Primaria, como antihistamínicos (hidroxicina, doxilamina), miorrelajantes (metocarbamol), antiespasmódicos (hioscina) o antipsicóticos (quetiapina, olanzapina, clozapina).

Un reciente estudio encontró que la mayor asociación se produce con antidepresivos (especialmente amitriptilina, paroxetina y doxepina), algunos antiparkinsonianos y ciertos fármacos urológicos (oxibutinina, solifenacina y tolterodina)<sup>4</sup>.

Se debe conocer el grado de actividad anticolinérgica de los fármacos que se utilizan en la consulta, extremando la prudencia en su uso en el anciano, al tratarse de población vulnerable, por la elevada prevalencia de pacientes polimedicados y con menor reserva cognitiva. Si no es posible evitarlos, deberían ser utilizados el menor tiempo y a la menor dosis posible, informando al paciente y familiares de los riesgos asociados. La carga anticolinérgica debería ser evaluada ante cuadros de deterioro cognitivo y/o delirio.

## Bibliografía

1. Ruxton K, Woodman RJ, Mangoni AA. Drugs with anticholinergic effects and cognitive impairment, falls and all-cause mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis: Anticholinergics and adverse outcomes in older adults. *Br J Clin Pharmacol.* 2015; 80(2): 209-20.
2. Hsu W-H, Wen Y-W, Chen L-K, Hsiao F-Y. Comparative Associations Between Measures of Anti-cholinergic Burden and Adverse Clinical Outcomes. *Ann Fam Med.* 2017; 15(6): 561-9.
3. Desyrel T, Dyrenium T, Effexor V, Coumadin W, Artane T, Surmontil T et al. Aging Brain Care. *Clin Interv Aging.* 2009; 4(1): 225-33.
4. Richardson K, Fox C, Maidment I, Steel N, Loke YK, Arthur A et al. Anticholinergic drugs and risk of dementia: case-control study. *BMJ.* 2018; k1315.

## 4

## No prescribir antipsicóticos como primera línea en el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia en el anciano

### El uso sistemático de antipsicóticos para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en la demencia supone un incremento de efectos adversos y de la mortalidad global

La intervención no farmacológica es el tratamiento de elección para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales en los pacientes con demencia, tales como crear un entorno ambiental acondicionado con la instauración de una rutina para las actividades básicas de la vida diaria y con la información a los cuidadores sobre el proceso de su familiar<sup>1</sup>. En el caso de trastornos severos de inicio o que supongan un peligro para el propio paciente o para su entorno estaría indicado tratamiento farmacológico<sup>1</sup>. En primer lugar, debemos descartar: causas físicas, efectos secundarios de medicación, causas psicológicas e interacción conflictiva con el entorno<sup>1</sup>.

Si las medidas no farmacológicas no resultan efectivas, se ha propuesto principalmente el uso de antipsicóticos. Su principal indicación son los estadios más avanzados en los que exista sintomatología grave (síntomas psicóticos, agresividad o agitación), a expensas de sedación, aumento de peso, signos extrapiramidales y caídas<sup>2,3</sup>. Tanto los antipsicóticos típicos como los atípicos tienen una importante morbilidad debida a los efectos extrapiramidales, y hay estudios que sugieren un aumento del riesgo de accidentes cerebrovasculares y mortalidad con su uso. La eficacia de los antipsicóticos es similar entre ellos en estudios comparativos de baja potencia y corta duración, de modo que el perfil de efectos secundarios es lo que debe marcar su elección<sup>2,3</sup>. Se recomienda utilizar la dosis más baja durante el menor tiempo posible y retirar el tratamiento cuando haya remisión de los síntomas, aparezcan efectos indeseados o no sea efectivo<sup>3</sup>.

Por tanto, se recomienda que las primeras medidas en el manejo de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia sean las intervenciones no farmacológicas. La prescripción de antipsicóticos no debe utilizarse de forma sistemática, dado que se asocian a un incremento de efectos adversos<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. De Hoyos MC, Garrido A, Olazarán J. Síntomas psicológicos y conductuales en el paciente con demencia: intervenciones no farmacológicas. Fistera [Internet]. Fecha de última revisión: 30/12/2015. Disponible en: <https://www.fistera.com/m/guias-clinicas/sintomas-psicologicos-conductuales-paciente-con-demencia-intervenciones-no-farmacologicas/>
2. Grupo de trabajo Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias. Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N.º 2009/07.
3. Roselló C, Blanquer J. Agitación en la demencia. AMF. 2017; 13(5): 295-300.
4. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc. 2019; 00: 1-21.

## No realizar tratamiento intensivo de la hipertensión en el anciano; los objetivos de control deben ser más moderados en esta población

**Debido a sus múltiples consecuencias, relacionadas principalmente con la hipoperfusión de órganos diana, se debe evitar el tratamiento intensivo y las reducciones bruscas de presión arterial en el anciano, y establecer objetivos de control más moderados**

La hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular cuyo tratamiento reduce a largo plazo las tasas de mortalidad por todas las causas<sup>1</sup>. Sin embargo, la disminución excesiva de la presión arterial, especialmente en cortos períodos de tiempo, puede repercutir negativamente en la salud, al producir hipoperfusión tisular y de órganos diana, aumentando el riesgo de caídas, eventos cardiovasculares y aumento de la mortalidad<sup>1-4</sup>.

El umbral para inicio de tratamiento en pacientes de 65 a 80 años es 140/90 mmHg, mientras que en mayores de 80 años es 160/90 mmHg<sup>1-4</sup>. Entre 65 y 80 años se recomienda un objetivo de control de presión sistólica entre 130-139 mmHg, mientras que en mayores de 80 años este es 140-149 mmHg<sup>1,2</sup>. Se deben evitar valores de sistólica inferiores a 120 mmHg por su balance beneficio-riesgo desfavorable (curva J de la hipertensión)<sup>1,2</sup>. Si bien diversas guías han recomendado en pacientes con enfermedad renal crónica, diabéticos y cardiópatas controles de sistólica entre 130-139 y/o diastólica menor de 80 mmHg, en la actualidad no existe consenso al respecto de esta recomendación<sup>1,2</sup>.

Se debe iniciar tratamiento con medidas higiénico-dietéticas (entre otras: disminución de sodio hasta 4,4 g diarios pero sin eliminarlo, actividad física si las condiciones del paciente lo permiten y cese del tabaquismo)<sup>2,3</sup>. Si es preciso tratamiento farmacológico,

los alfa- y betabloqueantes y diuréticos de asa no son de primera elección en el anciano, a menos que se requiera su uso por enfermedades concomitantes<sup>2,3</sup>. El tratamiento se debe iniciar de forma progresiva, con dosis mínimas recomendadas y buscando reducciones no bruscas. Se debe realizar una búsqueda activa de efectos adversos y desintensificarlo cuando sea preciso<sup>1-3</sup>. En el abordaje de la hipertensión en el anciano se debe dedicar tiempo, técnica correcta y no precipitar decisiones, dado que la medición tensional en Atención Primaria se realiza, en la mayor parte de los casos, para abordar riesgos a largo plazo.

## Bibliografía

1. Nilsson PM. Blood pressure strategies and goals in elderly patients with hypertension. *Exp Gerontol.* 2017; 87: 151-2.
2. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018; 39(33): 3021-104.
3. Garrison SR, Kolber MR, Korownyk CS, McCracken RK, Heran BS, Allan GM. Blood pressure targets for hypertension in older adults. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet] 2017; 8. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011575.pub2/full>.
4. Angelousi A, Girerd N, Benetos A, Frimat L, Gautier S, Weryha G et al. Association between orthostatic hypotension and cardiovascular risk, cerebrovascular risk, cognitive decline and falls as well as overall mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Hypertens.* 2014; 32(8): 1562-71.



## No prescribir benzodiazepinas de forma crónica en el anciano

**Los benzodiazepinas están entre los grupos de fármacos de potencial uso inapropiado en el anciano, ya que se relacionan con riesgo de importantes efectos adversos. En caso de utilizarse, se deben prescribir de manera individualizada y la menor dosis y durante el menor tiempo posible**

Las benzodiazepinas y agonistas de receptores de benzodiazepinas (hipnóticos Z) son considerados fármacos de potencial uso inapropiado en el anciano, de acuerdo con los criterios de Beers<sup>®</sup> y STOPP-START<sup>1,2</sup>. Su uso se asocia a riesgo de tolerancia y dependencia, así como a cuadros confusionales, sedación, pérdida de equilibrio y mayor riesgo de caídas y fracturas en el anciano<sup>1-3</sup>. Se ha descrito mayor riesgo de deterioro cognitivo y aumento de la mortalidad por todas las causas en los pacientes que los consumen<sup>1-4</sup>.

En el abordaje de la ansiedad (leve o moderada) e insomnio en el anciano, se recomiendan como primera línea de tratamiento enfoques no farmacológicos (terapias cognitivo-conductuales en el primer caso y medidas de higiene del sueño en el segundo)<sup>3</sup>. En las situaciones en que sea necesaria su prescripción, esta debería limitarse en el tiempo (no superior a 4 semanas), individualizando en función de las características del fármaco empleado y el cuadro clínico<sup>2</sup>. El uso de diazepam debe ser evitado en el anciano por su semivida larga y riesgo inherente de acumulación<sup>4</sup>. Existen dos situaciones en las cuales la calidad de evidencia es alta y la recomendación fuerte a favor de no prescribir en absoluto benzodiazepinas: ancianos con antecedentes de caídas y/o en tratamiento con dos o más medicamentos que actúen sobre el sistema nervioso central<sup>3</sup>. Asimismo, los hipnóticos Z deben evitarse en ancianos con delirio<sup>1</sup>.

En el momento de la prescripción se ha de informar de los objetivos del tratamiento y la duración prevista de este, así como sobre los riesgos inherentes a estos fármacos<sup>4</sup>. Es clave mantener una actitud proactiva, con el fin de identificar prescripciones potencialmente inadecuadas y valorar su retirada. La retirada deberá realizarse siempre de forma lenta, uniforme y gradual, en función del grado de dependencia, hasta suprimir la medicación, evitando el síndrome de abstinencia<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 00: 1-21.
2. Delgado E, Montero B, Muñoz M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano I, Sánchez-Castellano C et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50(2): 89-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-S0211139X14002236>
3. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clinic Proceedings.* 2016; 91(11): 1632-9.
4. Vicens C, Sempere E. Uso adecuado de benzodiazepinas. *AMF.* 2014; 10(7): 390-3.

## 7

## No utilizar combinaciones farmacológicas que aumenten el riesgo de caídas en el anciano y actuar, asimismo, sobre las etiologías modificables de este síndrome geriátrico

**Las caídas son un síndrome geriátrico responsable de una elevada morbimortalidad y cuya incidencia aumenta con la edad y grado de fragilidad. Entre los factores de riesgo de caídas, el uso de determinados medicamentos y sus combinaciones están entre las principales causas de estas**

Casi un tercio de las personas mayores de 65 años y más de la mitad de las mayores de 80 años se caen al menos una vez al año. Entre un 5 % y 20 % son caídas graves, e incluyen fracturas de fémur-cadera, traumatismos craneoencefálicos o lesiones importantes de partes blandas, con graves consecuencias para los accidentados, como miedo a caerse, pérdida de autonomía e incluso muerte. Las mujeres y los pacientes hospitalizados presentan un riesgo más alto de caída. Su etiología es multifactorial e intervienen factores diversos como caídas previas, disminución del grado de movilidad, medicación, alteraciones del estado anímico, neurológicas, visuales o auditivas, factores del entorno y complicaciones postoperatorias<sup>1</sup>.

Los pacientes ancianos con polifarmacia tienen mayor probabilidad de sufrir caídas según numerosos estudios, y se ha llegado a detectar en algunos como la combinación de 6 o más medicamentos provocaba un riesgo de caer 3 veces mayor que los que tomaban menos fármacos. Estos estudios también coinciden en establecer riesgos diferentes según el grupo terapéutico. Los medicamentos con los que se ha asociado mayor riesgo de caídas son los antipsicóticos, analgésicos opioides, benzodiazepinas e hipnóticos Z. También existe un incremento del riesgo de caídas con los antidepresivos, hipoglucemiantes, fármacos con acción anticolinérgica y

vasodilatadores (p. ej., bloqueantes alfa-1-adrenérgicos, calcioantagonistas, nitratos de acción prolongada, IECA, ARA-II)<sup>2</sup>.

Entre las medidas para su prevención se recomienda la revisión de los medicamentos asociados a incremento del riesgo de caídas, valorando su sustitución, retirada o reducción de dosis —si dicha retirada no es posible—, evitando en mayor medida su combinación. Además, se recomiendan ejercicios multicomponente, reducción de riesgos ambientales en el domicilio, valorar ayudas para caminar, revisiones podológicas y oftalmológicas periódicas<sup>3,4</sup>.

## Bibliografía

1. Rodríguez-Molinero A, Narvaiza L, Gálvez-Barrón C, de la Cruz JJ, Ruiz J, Gonzalo N et al. Caídas en la población anciana española: incidencia, consecuencias y factores de riesgo. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50(6): 274-80. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-caidas-poblacion-anciana-espanola-incidencia-S0211139X15000931>
2. Delgado E, Montero B, Muñoz M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano I, Sánchez-Castellano C et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2015; 50(2): 89-96. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-mejorando-prescripcion-medicamentos-las-personas-S0211139X14002236>
3. De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín-Lesende I, Baena JM, López-Torres J, Magán P et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. 2018; 50 (S1): 109-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-actualizacion-S0212656718303652>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)

## No prescribir megestrol para los síntomas relacionados con la caquexia en el anciano

**Los ancianos tienen un riesgo aumentado de presentar caquexia. La anorexia y la pérdida de peso asociadas suelen ser muy estresantes tanto para el paciente como para sus familiares. Actualmente la evidencia no recomienda el empleo de megestrol para esta indicación por un balance beneficio-riesgo desfavorable**

La caquexia es un problema clínico caracterizado fundamentalmente por pérdida del apetito, pérdida de peso y disminución de masa muscular. Se suele asociar a enfermedades subyacentes, especialmente oncológicas, aunque también es relativamente frecuente en enfermos con sida, pacientes con enfermedades crónicas en estadios avanzados y ancianos.

El acetato de megestrol es un progestágeno que se emplea para mejorar los síntomas relacionados con la caquexia. En 2019 se ha publicado la última actualización de los criterios Beers<sup>®</sup>, donde se desaconseja su uso en pacientes mayores por los pocos beneficios demostrados frente al riesgo de edemas, eventos trombóticos y posible aumento de mortalidad, conclusiones avaladas por una revisión Cochrane de 2013<sup>1,2</sup>.

En dos revisiones sistemáticas publicadas recientemente se destaca que el megestrol aumenta el apetito y favorece un discreto aumento de peso, sobre todo en pacientes oncológicos y enfermos de sida, pero sin ganancia en calidad de vida<sup>3,4</sup>.

Por tanto, en la actualidad no hay evidencia suficiente para recomendar el megestrol para el tratamiento de la caquexia. En todo caso, se puede valorar un tratamiento individualizado para mejorar el control de los síntomas en un contexto de cuidados paliativos, siempre informando de los posibles eventos adversos<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc.* 2019; 00: 1-21.
2. Ruiz-García V, López-Briz E, Carbonell-Sanchís R, González-Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* [Internet] 2013;(3). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004310.pub3/full>
3. Ruiz-García V, López-Briz E, Carbonell-Sanchís R, Bort-Martí S, González Perales JL. A systematic review: Megestrol acetate for cachexia-anorexia syndrome. *J Cachexia Sarcopenia Muscle.* 2018; 9(3): 444-52.
4. Taylor JK, Pendleton N. Progesterone therapy for the treatment of non-cancer cachexia: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care.* 2016; 6(3): 276-86.

---

## **No prescribir suplementos orales nutricionales en el anciano ni emplear sondas nasogástricas, salvo que sea estrictamente necesario**

---

**Las indicaciones de los suplementos orales nutricionales son muy restringidas y su beneficio muy limitado en el anciano. Por otra parte, el inicio de nutrición mediante sonda nasogástrica debe evitarse y nunca debe usarse ante un mal pronóstico vital en el anciano**

---

El abordaje nutricional del anciano debe realizarse como parte de la valoración multidimensional. Ha de tenerse en cuenta que, conforme avanza la edad, disminuyen los requerimientos calóricos de forma fisiológica. Asimismo, condiciones como el deterioro cognitivo predisponen a la disminución del apetito y a la anorexia de forma progresiva<sup>1</sup>.

Los suplementos orales nutricionales proteicos y/o energéticos tienen un escaso impacto sobre la ganancia ponderal o el aumento de masa magra, y una escasa mejoría en la fuerza muscular<sup>2</sup>. Tanto el consejo dietético como el enriquecimiento de alimentos —el ajuste calórico y proteico individualizado— presentan mayor aceptación a largo plazo y resultan económicamente más viables, medidas que se deben priorizar sobre los suplementos orales nutricionales<sup>1,3</sup>. Para estos últimos se podría considerar su indicación en ancianos hospitalizados mayores de 75 años que presenten criterios clínicos y analíticos de desnutrición: en tal caso, se ha demostrado una disminución en la tasa de complicaciones durante el ingreso, sin cambios significativos en el tiempo de estancia hospitalaria<sup>4</sup>.

Por último, se debe evitar la colocación de sonda nasogástrica en ancianos con baja ingesta en fases terminales de la enfermedad. Por el contrario, se les debería ofrecer nutrición de confort, de manera

que se reserva la nutrición enteral a ancianos con pronóstico vital razonable si se asume que la ingesta oral los siguientes 3 días resultará imposible o bien si la ingesta oral durante la próxima semana cubrirá menos de la mitad de los requerimientos calóricos del paciente pese a haber garantizado una adecuada nutrición vía oral. En caso de haber instaurado la nutrición enteral, sus riesgos y beneficios deberían reevaluarse regularmente y revisar su indicación según los cambios en el contexto clínico<sup>1</sup>.

## Bibliografía

1. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr* 2019; 38(1): 10-47.
2. Tieland M, Franssen R, Dullemeijer C, Van Dronkelaar C, Kim HK, Ispoglou T et al. The impact of dietary protein or amino acid supplementation on muscle mass and strength in elderly people: Individual participant data and meta-analysis of RCT's. *J Nutr Health Aging*. 2017; 21(9): 994-1001.
3. Bauer J, Biolo G, Cederholm T, Cesari M, Cruz-Jentoft AJ, Morley JE et al. Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. *J Am Med Dir Assoc*. 2013; 14(8): 542-59.
4. Milne AC, Avenell A, Potter J. Meta-Analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People. *Ann Intern Med*. 2006; 144(1): 37.



**Hemos considerado resaltar las siguientes recomendaciones NO HACER ya publicadas en anteriores documentos, dada la relevancia de su aplicación en la práctica diaria y en la atención al anciano**

No prescribir antibióticos en las bacteriurias asintomáticas de los siguientes grupos de población: ancianos, ancianos institucionalizados, pacientes con lesión medular espinal y pacientes con catéteres urinarios y pacientes diabéticos<sup>1</sup>.

No prescribir antiinflamatorios no esteroideos a pacientes con enfermedad cardiovascular, enfermedad renal crónica, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o cirrosis hepática, y en caso necesario, prescribirlos con mucha precaución<sup>1</sup>.

No prescribir de forma sistemática tratamiento farmacológico de hipercolesterolemia para la prevención primaria de eventos cardiovasculares en personas mayores de 75 años<sup>1</sup>.

No realizar tratamiento intensivo de la glucemia en ancianos diabéticos; los objetivos de control deben ser más moderados en esta población<sup>2</sup>.

### Bibliografía

1. Tranche S, Marzo M, Blasco M, Brotons F, Cerecedo MJ, González A et al. Recomendaciones de «no hacer». Grupo de Trabajo Proyecto Recomendaciones «NO HACER» de la semFYC. semFYC Ediciones. 2014.
2. Tranche S, Marzo M, Blasco M, Brotons F, Cerecedo MJ, González A et al. Recomendaciones de «no hacer». Grupo de Trabajo Proyecto Recomendaciones «NO HACER» de la semFYC (2.ª parte). semFYC Ediciones. 2015.



# HACER en el ANCIANO

---

1

**Considerar la situación funcional y la fragilidad del anciano antes de tomar decisiones clínicas preventivas, diagnósticas o terapéuticas**

---

**La funcionalidad constituye el aspecto que mejor define el estado de salud y la situación global del anciano, y es el eje de las estrategias de valoración general e intervención, tanto a nivel individual como poblacional. Constituye el elemento central de la mayoría de las estrategias relevantes y con repercusión en el anciano, incluyendo la detección y manejo de la fragilidad —su mantenimiento o recuperación es el objetivo final de estas**

---

La situación funcional constituye el mejor indicador de salud global en el anciano. Su alteración puede tener origen en otras áreas (física, mental o sociofamiliar) y, por tanto, constituye el resultado más relevante de la valoración multidimensional y su seguimiento. Es la característica por la que una persona se maneja y desenvuelve de manera autónoma para realizar diferentes actividades cotidianas, desde las más elementales y en el entorno más inmediato (domicilio) a las más complejas y de relación en la comunidad. Del mismo modo, la fragilidad, definida como una disminución de las reservas de capacidad intrínseca y por un deterioro progresivo de los sistemas fisiológicos relacionado con la edad, confiere mayor vulnerabilidad a factores de estrés y mayor riesgo de resultados adversos en salud; guarda, asimismo, una íntima relación con la funcionalidad y su pérdida incipiente, que es cuando más posibilidad de reversibilidad tiene<sup>1</sup>.

Su valoración estructurada y estandarizada se realiza por medio de escalas que valoran las actividades básicas (ABVD, p. ej., índice

de Barthel) o instrumentales (AIVD, p. ej., índice de Lawton y Brody o cuestionario VIDA) de la vida diaria o mediante pruebas de ejecución o desempeño específicas (p. ej., test de velocidad de la marcha, Short Physical Performance Battery [SPPB] o la prueba de «levántate y anda»).

El deterioro funcional y la fragilidad en el anciano *per se* tienen una capacidad predictora consistente de eventos adversos, mala evolución clínica y mortalidad en el anciano, independientemente del diagnóstico clínico que lo provoque. Las estrategias políticas y sanitarias para afrontar la realidad y el impacto del progresivo envejecimiento poblacional pasan por poner la funcionalidad y el envejecimiento activo como directrices prioritarias; no van tan dirigidas a aumentar la supervivencia total como a aumentar la supervivencia libre de discapacidad<sup>1-3</sup>.

Por todo ello es un elemento fundamental considerar el estado funcional ante decisiones profesionales relevantes preventivas, diagnósticas o terapéuticas en la clínica asistencial diaria. Se recomienda, además, una detección activa de la fragilidad<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Kalache A. Envejecimiento activo, un marco político ante la longevidad. International Longevity Centre Brazil (Centro Internacional de Longevidade Brasil) [Internet]. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2015. Disponible en: <http://www.easp.es/project/envejecimiento-activo-un-marco-politico-ante-la-revolucion-de-la-longevidad/>
2. Organización Mundial de la Salud Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. Envejecimiento y Ciclo Vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2002; 37(S2): 74-105. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Informes, estudios e investigación 2014. Disponible en: [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas\\_personamayor.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaídas_personamayor.pdf)

---

## 2

### **Colaborar en la consecución del envejecimiento activo, priorizando aquellos determinantes y condicionantes sanitarios que influyen en este**

---

**La Organización Mundial de la Salud define el concepto de envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen para favorecer la autonomía, retrasar el inicio de la discapacidad y evitar la exclusión social**

---

El envejecimiento activo es la meta actual global, es decir, la consecución de un envejecimiento con el mejor estado de salud posible, acompañado de una actitud positiva ante el hecho de envejecer, con participación activa y protección por parte de la sociedad<sup>1</sup>. El marco político de la Organización Mundial de la Salud reconoce 6 tipos de determinantes clave del envejecimiento activo: los económicos, los conductuales, los personales, los sociales, los relacionados con los sistemas sanitarios y sociales y los relacionados con el entorno físico<sup>2</sup>. Son intervenciones sanitarias al alcance de los profesionales para colaborar en la consecución de este envejecimiento activo<sup>3</sup>:

- Potenciar las actividades de prevención y promoción de la salud, tanto de forma individualizada como colectiva, según la situación funcional, perspectiva de vida y características de las personas.
- Prescribir de manera regular ejercicio físico, en forma de ejercicio multicomponente (que combina actividad de resistencia, con ejercicios de fuerza, flexibilidad y equilibrio).
- Recomendar actividades para mantener activas las habilidades cognitivas y de aprendizaje.
- Prevenir de forma específica la discapacidad y la dependencia añadiendo a lo citado la revisión y adecuación periódica de la

- medicación y la intervención nutricional en casos necesarios, y evitar hospitalizaciones innecesarias<sup>4</sup>.
- Promover la participación social, con actividades recreativas, culturales y/o educativas para permanecer integrado en la comunidad.

Se hace necesario afrontar las necesidades de salud de nuestra población con esta visión de envejecimiento activo, principalmente en la población anciana, la más vulnerable en la mayoría de las ocasiones. Es indispensable el asesoramiento y formación, tanto de los profesionales como de los implicados, sobre los recursos sociosanitarios disponibles para ello en cada comunidad autónoma.

## Bibliografía

1. Parra JMA, Hernández JA, Campoy JMF, García DS, Gallardo ERP. Investigación sobre envejecimiento activo y ocupación como fuente de salud y calidad de vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD Revista de Psicología*. 2013; 2(1): 147-54.
2. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. 2015 [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
3. Martín-Lesende I, Martín-Zurro A, Moliner C, Aguilera L. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2007; 42: 4-6.
4. De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín-Lesende I, Baena JM, López-Torres J, Magán P et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. 2018; 50(S1): 109-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-actualizacion-S0212656718303652>

## Prescribir ejercicio multicomponente como intervención efectiva en el anciano

**El entrenamiento en ejercicio multicomponente se basa en la incorporación de ejercicios de equilibrio, fuerza, resistencia y flexibilidad. Ha demostrado ser una herramienta muy efectiva en la prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado a la edad, siendo la principal intervención en fragilidad**

Tanto en el anciano sano como en el frágil es común una pérdida de masa muscular y un detrimento en la coordinación corporal que pueden desencadenar una disminución del equilibrio, la fuerza y la confianza psicomotriz, lo que lleva a un incremento en el riesgo de caídas y una limitación en la movilidad e independencia para las actividades de la vida diaria<sup>1,2</sup>.

Los programas de ejercicio multicomponente han demostrado ser una herramienta muy efectiva en la prevención del deterioro funcional y cognitivo asociado a la edad. Son la principal intervención en fragilidad, reducción del número de caídas y mejora de la calidad de vida percibida. Los profesionales sanitarios deben hacer una recomendación activa de este tipo de entrenamiento no solo a pacientes con limitaciones, sino también a personas con buen estado de salud para preservar su situación y, en la medida en que sea posible, mejorarla. Se están desarrollando a nivel europeo programas destinados a promover esta recomendación, destacando la estrategia Vivifrail, la cual, categorizando a los pacientes mediante la evaluación funcional con la Short Physical Performance Battery (SPPB), ajustada a comorbilidades, prescribe un nivel u otro de entrenamiento, personalizando las rutinas según las capacidades individuales<sup>3</sup>.

Debido a la gran variedad de ejercicios y rutinas de entrenamiento, es necesario adecuar el programa de ejercicio respecto al estado basal funcional, no excluyendo a ancianos con comorbilidades,

a priori limitantes, como pueden ser la artrosis, la enfermedad de Alzheimer, diversos factores de riesgo o eventos cardiovasculares e, incluso, personas con graves limitaciones en la movilidad y encamadas<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet*. 2016; 388(10051): 1302-10.
2. Sáez de Asteasu ML, Martínez-Velilla N, Zambom-Ferraresi F, Casas-Herrero Á, Izquierdo M. Role of physical exercise on cognitive function in healthy older adults: A systematic review of randomized clinical trials. *Ageing Res Rev*. 2017; 37:117-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163717300235?via%3Dihub>
3. Izquierdo M. Programa de ejercicio físico multicomponente: guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. Navarra: s. n.; 2016.
4. De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín-Lesende I, Baena JM, López-Torres J, Magán P et al. Actividades preventivas en los mayores. *Actualización PAPPS* 2018. 2018; 50(S1): 109-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-actualizacion-S0212656718303652>



## 4

## Revisar periódicamente los medicamentos pautados en el anciano y evitar añadir otros nuevos que no tengan indicación basada en la evidencia clínica, realizando deprescripción de forma activa

**Aproximadamente un 50 % de las personas mayores de 65 años toman 5 fármacos al día o más. En estos pacientes es tan importante la selección de los medicamentos como su revisión. No hay que añadir fármacos sin evidencia y sí realizar su deprescripción de forma activa**

La polifarmacia se suele definir de manera cuantitativa como el consumo diario de 5 o más fármacos. Es menos frecuente que se utilicen criterios cualitativos, que son más importantes, puesto que una persona mayor puede tomar ese número de medicamentos y estar correctamente indicados («polifarmacia difícilmente evitable»). Lo realmente importante es tratar de suprimir la «polifarmacia evitable»; esta supone, entre otros, un mayor riesgo de utilización de medicación inadecuada, de reacciones adversas, de incumplimiento terapéutico, de interacciones farmacológicas y de desarrollo de pérdida funcional<sup>1</sup>.

El mejor instrumento para poder mejorar la prescripción es la revisión de la medicación, que se define como un examen crítico y estructurado del régimen terapéutico del paciente, que tiene que estar consensuado con él, con la finalidad de optimizar el impacto de la medicación, reducir los problemas relacionados con la misma, simplificar la pauta y maximizar la eficiencia<sup>2</sup>. Las intervenciones que han mostrado una eficacia elevada para aumentar la adherencia y adecuada toma del tratamiento farmacológico son las basadas en la potenciación de la comunicación entre el profesional sanitario y el paciente (asesoramiento al paciente acerca de su enfermedad principal, relevancia del tratamiento y adherencia a este) y las estrategias de simplificación posológica<sup>3</sup>.

La deprescripción de medicamentos es un proceso de desmontaje de la prescripción por medio de su análisis, de manera que deben retirarse los medicamentos que no tengan clara indicación, que estén desaconsejados o que muestren otro tipo de contradicciones. No hay «medicamentos para toda la vida» y los ancianos deberían tener una carga terapéutica razonable para evitar el incumplimiento terapéutico y los problemas de la propia prescripción<sup>2,3</sup>.

## Bibliografía

1. De Hoyos MC, Gorroñogoitia A, Martín-Lesende I, Baena JM, López-Torres J, Magán P et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPS 2018. 2018; 50(S1): 109-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-actividades-preventivas-los-mayores-actualizacion-S0212656718303652>
2. Generalitat de Catalunya. Manejo de la medicación en el paciente crónico: conciliación, revisión, deprescripción y adherencia. Programa de prevención y atención a la cronicidad. 2014. Disponible en: [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1477/medicacion\\_paciente\\_cronico\\_cataluña\\_cas\\_2014.pdf?sequence=9&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1477/medicacion_paciente_cronico_cataluña_cas_2014.pdf?sequence=9&isAllowed=y)
3. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Gómez Santana MC. Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012; 47(4): 162-7. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-ancianos-fragiles-polimedicados-es-deprescripcion-S0211139X12000601>

## Realizar detección y abordaje activo del aislamiento social y la soledad no deseada en el anciano

**Según los resultados facilitados por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO 2012), el 56 % de los hombres y el 72% de las mujeres mayores de 65 años refiere sentir algún tipo de soledad. Este porcentaje aumenta con la edad. La importante repercusión de la soledad en la salud y la funcionalidad hace que se recomiende su detección y manejo a nivel tanto individual como comunitario**

La soledad se define en la literatura como la percepción subjetiva de sentirse solo, independientemente de si coexiste con el aislamiento social. Dicha entidad se asocia con una mayor tasa de trastornos mentales, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica o mortalidad temprana. También está vinculada a una mayor velocidad de progresión hacia la demencia en pacientes con deterioro cognitivo leve de base<sup>1,2</sup>.

Dada la magnitud del problema en la tercera edad, así como las potenciales consecuencias que se derivan, resulta importante llevar a cabo una estrategia de detección activa en la población anciana. Se han implementado iniciativas como *Campaign to end loneliness* en el Reino Unido, en las que se identifican individuos susceptibles desde la comunidad y desde el sistema de salud previo al abordaje de la soledad. Para la búsqueda de ancianos en situación de soledad se debe incidir en determinadas subpoblaciones de mayor riesgo: mujeres, viudedad o separación recientes, deterioro del estado funcional por enfermedad o cambio de domicilio, entre otros. En el despistaje inicial pueden ser de utilidad escalas tales como la *UCLA Loneliness Scale* y otros cuestionarios validados que plantean preguntas relativas a la percepción subjetiva de soledad<sup>3,4</sup>.

Siguiendo la metodología de la Atención Primaria orientada a la comunidad, la detección activa de la soledad en el anciano permite ofrecerle recursos de la comunidad en los que pueda recuperar relaciones sociales previamente olvidadas o perdidas (dichas intervenciones han demostrado mayor eficacia con respecto a las que buscaban generar nuevas relaciones). Asimismo, también han demostrado ser eficaces los programas de intervención grupal donde el anciano es el participante activo. Para facilitar el abordaje de la soledad, es conveniente que los centros de salud dispongan de un mapa de activos en el que queden delimitados y recogidos los recursos disponibles para garantizar esta intervención sobre la soledad de los ancianos detectados: asociaciones, grupos culturales o colectivos religiosos<sup>3</sup>.

## Bibliografía

1. Beutel ME, Klein EM, Brähler E, Reiner I, Jünger C, Michal M et al. Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry* 2017; 17(1). Disponible en: <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1262-x>
2. Rubin R. Loneliness might be a killer, but what's the best way to protect against it? *JAMA*. 2017; 318(19): 1853-5.
3. Gené-Badia J, Ruiz-Sánchez M, Obiols-Masó N, Oliveras Puig L, Lagarda Jiménez E. Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de Atención Primaria? *Aten Primaria*. 2016; 48(9): 604-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aislamiento-social-soledad-que-podemos-S0212656716301809>
4. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (versión 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess*. 1996; 66(1): 20-40.