

GUÍA FARMACOGERIÁTRICA

# GUÍA FARMACOGERIÁTRICA



Comunidad  
de Madrid

## PRESENTACIÓN

---

El propósito principal de una política farmacéutica orientada a los resultados y centrada en el paciente es el de mejorar la atención farmacoterapéutica de aquellos grupos de población en los que esta atención tiene una mayor incidencia en la calidad y efectividad de la asistencia sanitaria. Es el caso de las personas mayores y, en particular, el de las personas mayores que viven en residencias.

En la Comunidad de Madrid más de un millón de personas tienen más de 64 años, lo que supone el 17,2% de nuestros habitantes, porcentaje cuya previsión se estima que se triplique en los próximos 50 años. Las personas mayores son las que más recursos sanitarios consumen, siendo el medicamento el recurso que se utiliza con mayor frecuencia. Hay datos llamativos, como que en 2016 el 48% de las personas mayores de 74 años de la Comunidad de Madrid era polimedicada, entendiendo por esto que tienen 6 o más fármacos crónicos y siendo la media de fármacos prescritos en estos pacientes de 10. Los cambios fisiológicos y patológicos que se producen durante el envejecimiento hacen que los fármacos no se comporten de la misma manera en el organismo de una persona mayor que en el de un adulto, pudiendo producir efectos diferentes a los estudiados en los ensayos clínicos. Por ello es necesario contar con recomendaciones que ayuden a la toma de decisiones para ofrecer el mejor tratamiento específico en la población mayor. Probablemente, haya pocas intervenciones sanitarias más eficaces que la de optimizar el uso de los medicamentos en este grupo de población.

En 2004 se publicó la primera edición de la Guía Farmacogeriátrica que formaba parte de una actuación conjunta impulsada por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid, con una selección de los medicamentos más apropiados para las personas mayores, en base a la evidencia científica disponible en ese momento y cuyo objetivo era el de optimizar la asistencia farmacéutica a las personas mayores. Debido a la aparición de nuevos fármacos y de nueva evidencia en los últimos años, se ha procedido a la actualización de esta Guía. Esta edición no será publicada en formato papel, sino que se publicarán los capítulos en formato electrónico y de manera independiente para facilitar actualizaciones posteriores.

Al igual que en la primera edición, es importante resaltar que en este trabajo han colaborado médicos, enfermeros y farmacéuticos tanto de atención primaria como de hospital y de residencias de la Consejería de Sanidad y la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid, lo cual contribuirá a unificar criterios de atención a los mayores en cualquier punto del ámbito social o sanitario de la Comunidad de Madrid. A todos ellos, autores y revisores, sin cuya colaboración esta guía no habría sido posible, agradecemos su esfuerzo y dedicación.

El objetivo que nos habíamos propuesto se cumplirá si la guía resulta de utilidad en el trabajo cotidiano de los profesionales que tienen a su cargo la asistencia de las personas mayores. Por ello, quisiéramos animar a todos los profesionales sanitarios a que utilicen esta guía y a que nos ayuden a mejorarla haciéndonos llegar cuantas sugerencias les sugiera su uso.

## ACTUALIZACIÓN DE LA GUÍA FARMACOGERIÁTRICA Y CRITERIOS GENERALES DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

En 2004 se publicó la primera edición de la Guía Farmacogeriátrica, debido a la aparición de nuevos fármacos y de nueva evidencia en los últimos años, se ha procedido a la actualización de la misma. Las recomendaciones incluidas, tanto en el manejo de las enfermedades como en la selección de los fármacos, se han basado en 52 documentos de apoyo elaborados que responden a 220 preguntas de investigación. Estos documentos de apoyo se han realizado siguiendo una metodología común en todas las patologías. La evidencia en adultos se ha buscado en el siguiente orden: informes de la Comunidad de Madrid, guías de práctica clínica, *UpToDate*, revisiones de la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, informes de las agencias reguladoras y, por último, metaanálisis y ensayos clínicos en PubMed y en Trip Database. La revisión sistemática de la literatura se realizó mediante una búsqueda bibliográfica estructurada según la metodología PICO.

El proceso de actualización ha supuesto una serie de cambios respecto a la edición anterior entre los que se incluyen:

- La inclusión de dos patologías: infecciones de la piel y partes blandas y otros trastornos de ansiedad. En total la guía consta de 90 patologías organizadas en cuatro grandes síndromes geriátricos y en doce capítulos que engloban las diferentes patologías por aparato u órgano.
- La estructura de los capítulos de patología cardiovascular y hematológica y de nutrición se ha modificado ya que se ha considerado preferible hacer un abordaje conjunto de cada uno de ellos.
- En la edición anterior de la guía la información detallada de cada fármaco incluía reacciones adversas, contraindicaciones y recomendaciones; esta actualización ha añadido información relativa a precauciones, interacciones, ajuste posológico en insuficiencia renal y hepática, administración en pacientes con problemas de deglución y criterios de prescripción inapropiada en ancianos según los criterios STOPP/START y Beers.
- Se han elaborado y añadido 25 algoritmos y protocolos de manejo correspondientes a las siguientes patologías: asma estable, crisis asmática, EPOC, micosis cutáneas, infecciones bacterianas de la piel y partes blandas, enfermedad por reflujo gastroesofágico, higiene del sueño, indicaciones de nutrición enteral, selección de productos dietoterápicos, selección de vía y técnica de administración de productos dietoterápicos, valoración de la disfagia, tabla de selección de superficie de apoyo para las úlceras, selección del tipo de desbridamiento, inicio del tratamiento del dolor según la escala analgésica del dolor, tratamiento de la fibrilación auricular, esquema de tratamiento de la cardiopatía isquémica, tratamiento de la insuficiencia cardíaca sintomática y fracción de eyección reducida, algoritmo de hipertensión arterial, clasificación clínica del ictus, manejo farmacológico de la enfermedad de Parkinson, selección de tratamiento farmacológico en demencias, recomendaciones de tratamiento en los principales tipos de demencia, algoritmo de manejo de cambio o retirada del tratamiento antidemencia y tratamiento de la diabetes.
- Se han incluido también 15 tablas de alternativas terapéuticas de: inhibidores de la bomba de protones, benzodiacepinas, opiáceos, heparinas de bajo peso molecular, beta-bloqueantes, antagonistas del calcio dihidropiridínicos, IECA, ARA-II, estatinas, antipsicóticos atípicos, antidiabéticos orales, antidepresivos, corticoides inhalados, beta-2-agonistas de acción larga inhalados y anticolinérgicos de acción larga inhalados.
- Se han incluido 9 escalas de valoración, entre las que se encuentran: parámetros de valoración nutricional, escala de riesgo trombotico en fibrilación auricular CHA2DS2-VASc, escala de riesgo hemorrágico HAS-BLED, puntuación internacional de la sintomatología prostática (IPSS), método exploratorio de consistencia, viscosidad y volumen, escala de riesgo gastrointestinal, escala analgésica de la OMS, gravedad del asma e índice BODE/BODEx.
- Se han añadido recomendaciones de seguimiento farmacoterapéutico en determinados fármacos o grupos de fármacos.

## CRITERIOS GENERALES DE SELECCIÓN DE MEDICAMENTOS

Los criterios de selección de los fármacos han sido efectividad y seguridad. Se han tenido también en cuenta la experiencia de uso en la población geriátrica, especialmente en aquellas patologías en las que las personas de edad avanzada fueron excluidas de los ensayos, los fármacos con menor número de reacciones adversas o interacciones y aquellos que se presenten en las dosis y formas farmacéuticas más adecuadas a las características de las personas mayores.

En las personas de edad más avanzada, se dan una serie de circunstancias que pueden alterar la respuesta a los medicamentos y que hacen necesaria una estrecha vigilancia de los tratamientos, entre las cuales cabe destacar los cambios fisiológicos, la pluripatología, que tiende a ir asociada a polimedicación, el incumplimiento, la automedicación, el estado nutricional, la insuficiencia hepática o la insuficiencia renal, entre otros. Es por ello que la selección del tratamiento en ancianos debe ser individualizada teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

1. Es fundamental haber realizado una valoración geriátrica integral, en la que no sólo se tengan en cuenta los diagnósticos clínicos sino también los diagnósticos funcional, mental y social y disponer de los correspondientes registros escritos.
2. Muchos de los síntomas referidos por los ancianos no requieren tratamiento farmacológico y pueden ser controlados por otras medidas.
3. La pauta terapéutica debe simplificarse al máximo, si es posible hacer coincidir la toma de medicamentos con alguna actividad cotidiana y evitar que interrumpan las horas de descanso.
4. Es muy importante delimitar las prescripciones en el tiempo, en especial, en aquellos medicamentos para los que existe evidencia científica de utilización por un periodo concreto de tiempo.
5. Es precisa la reevaluación y revisión continua de los tratamientos. Es preciso eliminar los medicamentos que no sean necesarios, evitar duplicidades e incluir en la revisión los medicamentos procedentes de la automedicación.
6. Es necesario revisar la utilización de 2 medicamentos psicótrpos y el uso de benzodiazepinas por periodos superiores a un mes.
7. Se debe prestar especial atención a los problemas de seguridad de los medicamentos en las personas mayores que son más vulnerables a presentar efectos no deseados.
8. Los nuevos medicamentos deben utilizarse con especial precaución en esta población.
9. Se debe seleccionar el tipo de formulación galénica más adecuada para facilitar la administración del medicamento.
10. Las formulaciones oftálmicas, nasales y tópicas pueden presentar actividad sistémica en las personas de edad avanzada.

La educación sanitaria de las personas mayores y de sus cuidadores contribuye a una correcta utilización de los medicamentos. Tener en cuenta estos aspectos conlleva la disminución de posibles problemas relacionados con los medicamentos, que en ocasiones pueden terminar en ingresos hospitalarios o desenlaces fatales.

En este sentido, se han diseñado múltiples herramientas o criterios que ayudan a evaluar la idoneidad de la prescripción en las personas mayores y deben ser consideradas como instrumentos o programas de apoyo en la toma de decisiones, con el objetivo de garantizar el uso seguro de los medicamentos en este grupo de población. Dentro de estas herramientas se encuentran:

1. Criterios Beers. Estos criterios se basan en un consenso de expertos desarrollado mediante una revisión de la literatura científica y la posterior evaluación de un cuestionario a través de un panel de expertos. Incluye dos criterios de medicación potencialmente no adecuada: uno de ellos que es independiente del diagnóstico o condición clínica, y otros que sí dependen específicamente del diagnóstico o condición clínica. La relación de estos criterios se puede encontrar en: *American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 63:2227–2246, 2015.*
2. Criterios STOPP/START. Avalados por la Sociedad Europea de Geriátrica y desarrollados inicialmente en 2008 y, han sido actualizados recientemente. En su desarrollo se aplicaron técnicas de consenso Delphi y la evidencia disponible en ese momento. Constan de 87 criterios de sobreutilización (criterios STOPP) y 34 criterios de infrautilización (criterios START). La relación de estos criterios se puede encontrar en: *Delgado Silveira E., Montero Errasquín B., Muñoz García M., Vélez-Díaz-Pallarés M., Lozano, Montoya I., Sánchez-Castellano C. y Cruz Jentoft A.J. 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.*
3. A nivel de la comunidad de Madrid en 2014 se desarrolló una estrategia para la reducción de prescripciones potencialmente inapropiadas en pacientes mayores con edad igual o superior a 74 años. Para ello, un grupo de trabajo multidisciplinar coordinado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios diseñó una lista de medicamentos potencialmente inapropiados tomando como base los criterios anteriormente descritos y seleccionando aquellos de mayor relevancia clínica. Se puede consultar la lista de estos medicamentos en la siguiente dirección:

<https://saluda.salud.madrid.org/atematica/areafarmacia/paginas/mpi.aspx>