

## MEDICACIONES POTENCIALMENTE INAPROPIADAS EN ADULTOS MAYORES

**Basada en las recomendaciones de uso de medicamentos para personas mayores de 65 años de la Sociedad Americana de Geriátría en sus Criterios Beers 2023.**

*Juan Antonio Cotillas y M<sup>a</sup> Isabel Egocheaga en nombre del Grupo de Trabajo en Cardiovascular y Diabetes de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).*

**American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria\* for potentially inappropriate medication use in older adults” by the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria\* update expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2023;10.1111/jgs.18372.  
<https://doi.org/10.1111/jgs.18372>.**

Se ha publicado en mayo de 2023 la actualización de los “Criterios Beers de la Sociedad Americana de Geriátría”.

La intención es proporcionar una lista y uso de medicamentos potencialmente inapropiados en adultos mayores de 65 años.

Proporcionar una lista explícita de medicamentos potencialmente inapropiados que es mejor evitar por parte de los adultos mayores en la mayoría de las circunstancias o en situaciones específicas, como en ciertas enfermedades, condiciones o entornos de atención.

Los criterios están destinados a ser aplicados en adultos de más de 65 años en todos los entornos de atención sanitaria, ambulatorios, agudos e institucionalizados. Pero con la excepción de las situaciones y el entorno de los cuidados paliativos y los cuidados al final de la vida.

Se busca un apoyo, no un reemplazo, en la toma de decisiones clínicas sobre la terapia farmacológica en adultos de más de 65 años. También mejorar la selección de medicamentos para evitar la exposición a esos medicamentos potencialmente inapropiados y reduciendo sus posibles efectos adversos. Sirve además como herramienta para evaluar la calidad de la atención y los patrones de consumo de fármacos por los adultos. Y tiene también su utilidad como parte educativa tanto para médicos como para pacientes, para mejorar la toma de decisiones consensuada.

Se organiza en cinco categorías generales:

- Medicamentos considerados potencialmente inadecuados.
- Medicamentos potencialmente inapropiados en pacientes con ciertas enfermedades o síndromes.
- Medicamentos para usar con precaución.
- Interacciones farmacológicas potencialmente inapropiadas.
- Medicamentos cuyas dosis deben ajustarse según la función renal.

Se debe tener en cuenta que se usa el término “evitar” como recomendación, “el medicamento debe evitarse”, pero no como contraindicación absoluta a menos que se especifique en el prospecto propio de cada fármaco, eso sí, considerar que el grado de daño respecto a usar terapias alternativas es alto.

Y al usar el término “usar con precaución”, se tiene la intención de resaltar los medicamentos que plantean algún motivo de preocupación, pero no al nivel de una recomendación de “evitar”.

También valorar la individualización de los tratamientos, ya que los efectos de los fármacos suelen ser más pronunciados en los “ancianos” que en los “jóvenes-viejos” y en las personas con multimorbilidad compleja y fragilidad. Dos personas de la misma edad pueden tener riesgos marcadamente diferentes de daño relacionado con los medicamentos.

Es importante alentar a los médicos a usar el sentido común al aplicar criterios en la práctica clínica diaria.

Además, es fundamental la toma de decisiones compartida al seleccionar y cambiar regímenes de tratamiento. No es siempre cambiar un fármaco por otro, en muchos casos es preferible cambiar a tratamientos no farmacológicos. Y encontramos situaciones en las que sea razonable iniciar o continuar con un fármaco porque es una actitud más coherente con los criterios clínicos que plantea cada caso.

Hay que puntualizar finalmente, que los fármacos de los que se habla son medicamentos disponibles en Estados Unidos, pudiendo haber algunos fármacos que ya no se usen o hayan desaparecido. Por lo que es necesario adaptar las recomendaciones al contexto local.

En resumen, con “Criterios Beers de la Sociedad Americana de Geriátrica, actualización 2023” buscan mejorar la terapia con medicamentos y los resultados de éstos en los pacientes a medida que envejecen, identificando y reduciendo la prescripción de medicamentos potencialmente inapropiados, a través de un proceso de toma de decisiones compartida que se centra en el objetivo central de la atención al enfermo.

Teniendo en cuenta las recomendaciones en el uso de fármacos en mayores de queremos valorar la esfera cardiovascular y la diabetes mellitus. Con lo que nos encontraríamos con las siguientes recomendaciones:

- *Aspirina para la prevención primaria de enfermedad cardiovascular:*

Aumenta el riesgo de sangrado marcadamente en la vejez.

Se recomienda evitar iniciar la aspirina para la prevención primaria de enfermedades cardiovasculares. Y se aconseja considerar deprescribir aspirina en adultos mayores que ya lo toman para prevención primaria.

- *Warfarina para el tratamiento de fibrilación auricular no valvular o tromboembolismo venoso:*

Presenta mayor riesgo de sangrado (particularmente hemorragia intracraneal) y similar o inferior eficacia en el tratamiento de la fibrilación auricular no valvular y tromboembolismo venoso que los anticoagulantes orales directos. Evitar la warfarina como terapia inicial y usar en primera instancia los anticoagulantes orales directos (salvo que estén contraindicados o hay limitaciones de su uso). Para adultos mayores que han estado usando warfarina a largo plazo, puede ser razonable continuar con este medicamento entre aquellos con INR bien controlado (>70% del tiempo en rango terapéutico) y sin efectos adversos.

- *Rivaroxabán para el tratamiento a largo plazo de la fibrilación auricular no valvular o tromboembolismo venoso.*

Presenta mayor riesgo de sangrado y sangrado gastrointestinal que otros anticoagulantes orales directos (particularmente apixabán).

Evitar su uso a favor de otros anticoagulantes orales directos.

Puede ser razonable su uso en situaciones especiales, como cuando la dosificación una vez al día es necesaria para facilitar la adherencia a la medicación.

- *Dipiridamol, acción corta* (no se aplica a la formulación de liberación prolongada combinada con aspirina).

Puede causar hipotensión ortostática. Se recomienda evitar. Es aceptable su uso en prueba de esfuerzo cardiaco.

- *Bloqueador alfa 1 periférico no selectivo* (doxazosina, prazosina, terazosina).

Alto riesgo de hipotensión ortostática, no recomendado su uso de rutina en el tratamiento de la hipertensión, hay agentes alternativos con superior perfil riesgo/beneficio.

- *Agonistas alfa centrales* (clonidina, guanfacina).

Alto riesgo de efectos adversos sobre el sistema nervioso central, bradicardia e hipotensión ortostática. No se recomienda su uso de rutina para el tratamiento de la hipertensión arterial.

- *Nifedipino*

Hipotensión y riesgo de precipitación isquémica miocárdica.

Evitar su uso.

- *Amiodarona*

Mayor toxicidad que otros antiarrítmicos utilizados en la fibrilación auricular.

Razonable en primera línea en pacientes con insuficiencia cardiaca concomitante con hipertrofia ventricular izquierda si se prefiere el control del ritmo al control de la frecuencia cardiaca.

- *Dronedarona*

Peores resultados en personas con fibrilación auricular grave o insuficiencia cardiaca descompensada recientemente. Evitar en estos casos.

- *Digoxina*

Uso en fibrilación auricular: evitar de primera línea. Evitar, si es necesario su uso no tomar dosis mayores a 0,125mg/ día.

Uso en insuficiencia cardiaca: evidencia contradictoria en su beneficio. Evitar

La disminución del aclaramiento de creatinina puede conducir a aumento de dosis de digoxina con un mayor riesgo de efectos tóxicos. Reducir dosis.

- *Insulina en regímenes de acción corta o rápida*

Mayor riesgo de hipoglucemias

Evitar su uso. Esta recomendación no se aplica a regímenes que contienen insulina basal o de liberación prolongada.

- *Sulfonilureas*

Mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, mortalidad por todas las causas e hipoglucemias que los agentes alternativos.

Las sulfonilureas de acción prolongada (glimepirida) tiene mayor riesgo de hipoglucemia prolongada que las de acción corta (glipizida, glibenclamida). Si se usa una sulfonilurea, usar de acción corta.