

Paciente anciano

Tratamiento farmacoterapéutico a este segmento de la población



En el presente artículo se analizan las principales características que tiene la utilización de medicamentos en el paciente geriátrico: desde su diferente respuesta farmacológica hasta su falta de adherencia al tratamiento, pasando por sus problemas de comorbilidad, polifarmacia o reacciones adversas a medicamentos. Finalmente, se abordan los criterios genéricos de selección de fármacos en el anciano.

La disminución de la morbimortalidad, consecuencia del progreso sanitario y social, unido al más que evidente descenso de la natalidad, ha dado lugar a un envejecimiento poblacional, que es particularmente llamativo en los países desarrollados. Este envejecimiento de la población plantea toda una nueva problemática sociosanitaria, cultural y económica. Actualmente, el 15% de la población del centro y norte de Europa supera los 65 años. En España se espera que para 2020 un 18% de la población supere esta edad.

ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA

DOCTORA EN FARMACIA.



Otro hecho íntimamente ligado al anterior es el «envejecimiento del envejecimiento», o lo que es lo mismo, cada vez hay un grupo mayor de personas muy ancianas respecto a la población envejecida. En este sentido, más de un millón de personas supera los 80 años en nuestro país y se calcula que entre los años 1980 y 2025 el incremento de este sector poblacional sea del 208%.

En este colectivo poblacional se concentra la mayor parte de la prescripción farmacológica, debido sobre todo a la mayor proporción de factores de riesgo y enfermedades crónicas que, con frecuencia, coinciden de manera múltiple (comorbilidad). Además, en los ancianos son habituales la polifarmacia, la autoprescripción, el mal uso de fármacos (tanto en lo que respecta a los errores de dosificación como al incumplimiento terapéutico), las interacciones farmacológicas y las reacciones adversas a medicamentos (RAM). Asimismo, una importante proporción de los ingresos hospitalarios del anciano (hasta el 20%) está relacionada con el consumo de fármacos. Por otro lado, la respuesta farmacológica en los ancianos se conoce mal en relación con los pacientes más jóvenes y los ensayos clínicos en esta población siguen siendo muy escasos, a pesar de que sus miembros serán los principales consumidores de fármacos.

Respuesta farmacológica

Hay múltiples factores que hacen que la respuesta farmacológica en el anciano sea diferente respecto a la observada en personas de menor edad. Estos factores son, en ocasiones, producto del propio envejecimiento, mientras que en otros casos se asocian con éste. Hay una tendencia a no considerar esta diferente respuesta y extrapolar la utilización de los fármacos y las dosis en los adultos a los pacientes de edad avanzada; como consecuencia, puede producirse un aumento de las RAM, así como del número de interacciones entre fármacos.

En resumen, puede decirse que los cambios de la respuesta farmacológica con la edad son de dos tipos: cambios que afectan a la farmacocinética y cambios que afectan a la farmacodinamia.

Cambios en la farmacocinética

El envejecimiento conlleva toda una serie de cambios fisiológicos que influyen en la farmacocinética de los medicamentos. Como ya se ha indicado anteriormente, el conocimiento de los cambios fisiológicos en el anciano es pobre y los estudios al respecto en la literatura científica muy escasos, aunque se han incrementado en los últimos años.

Absorción

Cuando un fármaco se administra por vía oral, los efectos del envejecimiento sobre el tracto gastrointestinal pueden afectarlo por diversas razones:

- La solubilidad y el grado de ionización del medicamento pueden verse afectados por la disminución del pH gástrico.
- La absorción del fármaco puede verse comprometida como consecuencia del menor riego sanguíneo y de la menor motilidad del tracto gastrointestinal, a lo que se une la reducción de la superficie absorbente.
- Los fármacos que se absorben por transporte activo pueden ver reducida su absorción por la menor funcionalidad de algunos de estos sistemas de transporte. No obstante, esta vía de transporte tiene poca importancia, pues la mayoría de los medicamentos se absorben por difusión pasiva.
- Si se usan antiácidos, práctica relativamente común en el colectivo geriátrico, la administración de cualquier fármaco debe hacerse al menos una hora antes o después de éstos, con objeto de evitar que disminuya la absorción del fármaco en cuestión.

Si bien teóricamente los cambios que se acaban de comentar disminuyen la absorción de numerosos fármacos, la práctica demuestra que en la mayoría de los ancianos estos cambios carecen de significación clínica en lo que respecta a la absorción de medicamentos.

Distribución

Con la edad se produce una disminución de la masa corporal total y de la proporción de agua, especialmente en las mujeres, un aumento de la grasa corporal y un descenso de la albúmina plasmática. Esto hace que, a igualdad de dosis en el anciano con relación a los jóvenes, los fármacos hidrosolubles (digoxina, aminoglucósidos, etc.) alcancen mayores concentraciones plasmáticas; por el contrario, los medicamentos liposolubles (diacepam, clordiazepóxido o antipsicóticos) se distribuyen en espacios mayores, con la consiguiente prolongación de su efecto y el consiguiente riesgo de toxicidad.

Metabolismo

La biotransformación hepática de los fármacos tiene lugar como consecuencia de la acción de dos sistemas enzimáticos.

La primera fase de la biotransformación, correspondiente al metabolismo de fase I, incluye diferentes reacciones oxidativas cuya misión es incrementar la hidrosolubilidad del fármaco para que pueda ser eliminado por vía renal; generalmente, la actividad

farmacológica del compuesto se mantiene de forma total o parcial. El sistema enzimático implicado en este proceso suele presentar una menor actividad en los ancianos.

La segunda fase de la biotransformación, conocida como metabolismo de fase II, corresponde a la biotransformación farmacológica, que, mediante reacciones de conjugación, entre las que destaca la conjugación glucurónica, da lugar a moléculas de escasa o nula actividad farmacológica. Este sistema enzimático se conserva, prácticamente sin deterioro, en los sujetos de mayor edad.

Otros cambios que tienen lugar en el metabolismo de los medicamentos como consecuencia del envejecimiento son los derivados de la disminución de la masa hepática y del riego sanguíneo.

Así pues, la capacidad metabólica del hígado se reduce con la edad, con lo que especialmente afecta al metabolismo oxidativo de los fármacos; no obstante, no es posible predecir con exactitud los efectos del envejecimiento en el metabolismo de fármacos específicos; todo esto obliga a individualizar cada fármaco y cada paciente en función del estado del paciente y de las situaciones concomitantes.

Excreción

Los efectos del envejecimiento sobre la función renal son algo más predecibles, ya que ésta es la alteración farmacocinética más importante en el anciano.

El envejecimiento conlleva un progresivo deterioro de la función renal, con disminución del índice de filtración glomerular, de la capacidad para concentrar la orina, de la retención de sodio, del aclaramiento de creatinina y de la irrigación renal. Este proceso se caracteriza por una considerable variación interindividual. Finalmente, la creatinina sérica no es un fiel reflejo de la función renal como ocurre en el adulto joven.

La importancia clínica de estos cambios será mayor cuando se manejen fármacos con márgenes terapéuticos estrechos y con mayor proporción de eliminación renal, que si son administrados a la dosis estándar, alcanzarán valores plasmáticos elevados, mientras que si son medicamentos de estrecho margen terapéutico generarán toxicidad.

Cambios en la farmacodinamia

Las diferencias en la respuesta a los medicamentos observadas entre los jóvenes y los ancianos no dependen sólo de los valores plasmáticos que alcance un determinado fármaco, de su lugar de acción o de la peculiar sensibilidad a éstos, sino también del progresivo deterioro de los sistemas homeostáticos asociados al envejecimiento y a ciertas enfermedades; surgen así los cambios farmacodinámicos asociados al envejecimiento.

Estos cambios suelen ser más importantes y, en general, menos conocidos en comparación con las alteraciones farmacocinéticas.

Estas alteraciones farmacodinámicas, debidas al envejecimiento, permiten explicar la frecuente aparición de hipotensión ortostática en los ancianos expuestos a tratamiento con medicación antihipertensiva, neurolépticos o diuréticos, que se debe a una disminución en la actividad de los barorreceptores y a una reducción en el tono venoso periférico.

En general, con el envejecimiento se observa una disminución de la respuesta homeostática que afecta a las siguientes funciones: alteración del control postural, reducción de la respuesta circulatoria al ortostatismo, alteración de la termorregulación y menor plasticidad de la función cognitiva.

Debido a todos estos cambios, cualquier fármaco que intervenga en uno de estos sistemas verá aumentados muchos de sus efectos adversos, con lo que también se verá alterado su efecto terapéutico.

Todo ello obliga a ser extremadamente prudentes en la prescripción/dispensación de benzodiazepinas, antipsicóticos y antidepresivos (mayor riesgo de síndrome confusional agudo, inestabilidad y caídas), hipotensores (mayor incidencia de hipotensión postural), anticolinérgicos y anticoagulantes, entre otros muchos fármacos.

Comorbilidad

La cronicidad de las enfermedades es una constante en la mayor parte del colectivo geriátrico; de hecho, en un 35% de los ancianos coexisten 3 o más enfermedades. Como enfermedades más características de este colectivo destacan por su frecuencia las siguientes: alteraciones sensoriales, insomnio, problemas osteoarticulares y cardiovasculares, estreñimiento, hipertensión, depresión, diabetes y alteraciones respiratorias crónicas.

Este cuadro pluripatológico tiene varias connotaciones:

- Frecuentemente, el propio médico no presta atención a muchos de estos trastornos, lo que favorece la automedicación del anciano, con el consiguiente riesgo de potenciación de las reacciones adversas a medicamentos.
- En otras ocasiones, estas alteraciones las tratan diversos especialistas, lo que favorece la superposición de tratamientos fruto de la prescripción redundante. No debe olvidarse tampoco la facilidad con la que se suprimen medicamentos útiles, máxime cuando se produce un ingreso hospitalario.
- Algunas de estas enfermedades, como la insuficiencia renal o las hepatopatías, alteran la respuesta del organismo a los fármacos.



Finalmente, es muy habitual que los fármacos administrados para combatir una enfermedad interactúen con los utilizados para otra, con lo que se ve afectada la respuesta terapéutica o se produce alguna reacción adversa a medicamentos. En resumen, la comorbilidad favorece la polimedicación y ésta, a su vez, las interacciones, las reacciones adversas y los problemas de incumplimiento terapéutico.

Polifarmacia

La polifarmacia o polimedicación se define como el consumo simultáneo de varios fármacos, aunque también se ha definido como la prescripción o uso de más fármacos respecto a los indicados clínicamente.

En general, se admite que estamos ante un caso de polifarmacia o polimedicación cuando el paciente consume 4 o más fármacos. La polifarmacia conlleva mayor riesgo de:

- Uso de medicaciones inadecuadas.
- Reacciones adversas a medicamentos.

Además, la polifarmacia supone un factor de riesgo independiente para la mortalidad en el anciano.

La elevada medicación en el anciano se ha demostrado en varios estudios; en uno de ellos, realizado en Austria, se observó que el 83,1% de los ancianos estudiados tomaba uno o más medicamentos diariamente, entre los que los grupos farmacológicos más usados fueron: antihipertensivos (41,8%), vasodilatadores cerebrales (21,3%), benzodiazepinas (17,4%) y AINE (14,1%). En España, alrededor del 80% de los ancianos consume fármacos a diario, por lo que no es de extrañar que la polifarmacia (4 o más fármacos) tenga también una prevalencia elevada, que afecta al 34,2% de la población anciana que consume fármacos diariamente.

De lo expuesto hasta aquí se deduce que es fundamental saber qué fármacos usa el anciano a diario y cuáles utiliza esporádicamente, ya que probablemente estos últimos no estarán considerados como medicación por el sujeto.

Interacciones farmacológicas

Una interacción entre medicamentos supone la alteración del efecto de un fármaco como consecuencia de la acción de otro. El resultado de la interacción puede ser sinérgico, potenciador o antagonista.

Uno de los principales problemas que plantean las interacciones medicamentosas es que al revisar un determinado tratamiento, es posible detectar un gran número de potenciales interacciones, que se reducen notablemente al considerar su significación clínica. Es conveniente estudiar los factores individuales que van a condicionar la gravedad de una interacción, lo que

permitirá evitar precauciones innecesarias, que conlleven la suspensión de determinados fármacos que pueden ser importantes en el abordaje farmacoterapéutico de las enfermedades del anciano.

Las personas ancianas tienen un mayor riesgo de presentar interacciones potencialmente graves, debido a que:

- Presentan frecuentes alteraciones fisiológicas que condicionan la farmacocinética de algunos medicamentos.
- Habitualmente reciben prescripciones de varios médicos.
- Utilizan más medicamentos que las personas más jóvenes. Se ha estimado que cuando se consumen 2 medicamentos, el riesgo potencial de interacción es del 6%, mientras que este riesgo aumenta hasta el 100% cuando se administran 8 o más medicamentos.
- Presentan más enfermedades crónicas en comparación con los sujetos más jóvenes.
- Usualmente, recurren a la automedicación.
- Tienen reducidos sus mecanismos fisiológicos de regulación.
- En función de las enfermedades predominantes, suelen recibir tratamiento con fármacos implicados en interacciones: diuréticos, antiinflamatorios, glucósidos cardiotónicos, antihipertensivos, benzodiazepinas y antidiabéticos orales (tabla 1).

La prevalencia de interacciones farmacológicas en el colectivo anciano es del 13,6%, descendiendo al 9,9% cuando se contemplan las interacciones moderadas o mayores.

Puesto que suele ser difícil evitar la aparición de interacciones, se debe procurar identificarlas y minimizarlas, siempre que ello sea posible.

Tabla 1. Medicamentos frecuentemente implicados como causa de interacciones entre los ancianos

- Agentes cardiovasculares (antiarrítmicos, antianginosos)
- Analgésicos, antiinflamatorios
- Ansiolíticos e hipnóticos (benzodiazepinas)
- Antagonistas del calcio
- Antidepresivos
- Antidiabéticos orales
- Antiepilépticos
- Antihistamínicos
- Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)
- Diuréticos
- Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA)

Tomado de: Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Boletín Terapéutico Andaluz. 1996;10.

Tabla 2. Principales factores de riesgo de reacciones adversas a medicamentos

Factores biológicos	Edad, sexo, raza, bajo peso corporal
Factores patológicos	Comorbilidad, gravedad de las enfermedades, RAM previas
Factores farmacológicos	Presencia de cambios farmacocinéticos o farmacodinámicos (insuficiencia renal y hepática), polifarmacia, altas dosis del fármaco, tiempo de tratamiento, tipo de fármaco (margen terapéutico estrecho)
Factores psicosociales	Ausencia de adherencia al tratamiento, errores de la toma, automedicación, déficit sensoriales y nutricionales

Tomado de: Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Boletín Terapéutico Andaluz. 1996; 10.

Tabla 3. Principales fármacos productores de reacciones adversas a medicamentos

MEDIO HOSPITALARIO	MEDIO AMBULATORIO
Digoxina	Benzodiacepinas
Aminoglucósidos	Neurolépticos
Anticoagulantes	Antidepresivos
Insulina	Anticoagulantes
Corticoides	Hipoglucemiantes orales
AINE	Digoxina
	AINE
	Antiácidos

Tomado de: Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Boletín Terapéutico Andaluz. 1996; 10.

Tabla 4. Presentación de las reacciones adversas medicamentosas como síndromes geriátricos

SÍNDROME GERIÁTRICO	MECANISMO DE ACCIÓN Y FÁRMACO
Malnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia: digoxina, teofilina • Hipogeusia: alopurinol, cimetidina • Malabsorción: isoniacida, anticonvulsivantes
Incontinencia urinaria	<ul style="list-style-type: none"> • Rebosamiento: fármacos anticolinérgicos • Incontinencia de estrés: prazosín • Urgencia miccional: diuréticos
Deterioro cognitivo	Diferentes mecanismos: benzodiacepinas, anticonvulsivantes, anticolinérgicos, digoxina, cimetidina, indometacina
Depresión	Diferentes mecanismos: bloqueadores beta, reserpina, metildopa, corticoides
Inmovilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Atrofia muscular: corticoides • Parkinsonismo: neurolépticos
Caídas	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión postural: hipotensores, anticolinérgicos, antiparkinsonianos • Incoordinación motriz: benzodiacepinas • Parkinsonismo: neurolépticos • Hipoglucemia: antidiabéticos orales, insulina

Tomado de: Sepúlveda D, González Becerra M, Morón N, Izquierdo G. Fármacos e iatrogenia en el anciano. Jano. 2002;62:54-7.

Reacciones adversas a medicamentos

Una RAM se define, según la OMS, como cualquier respuesta a un fármaco que sea nociva o indeseable y que se produzca en las dosis utilizadas en el hombre para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento.

Estas reacciones son especialmente frecuentes en el anciano, de modo que en el medio hospitalario el 10-20% de los pacientes entre 65 y 75 años de edad presentan alguna reacción adversa a medicamentos; se estima que la probabilidad en estos pacientes de presentar una RAM es del

5% cuando se consume un fármaco, proporción que se eleva prácticamente hasta el 100% cuando se toman 10 o más fármacos. Esta situación es más habitual de lo que se podría creer en un principio. Incluso algún estudio ha demostrado que las RAM son responsables directa o indirectamente de hasta un 18% de las muertes hospitalarias, observándose que los que fallecían eran mayores, tenían más enfermedades y tomaban más fármacos.

Las personas mayores tienen un mayor riesgo de presentar RAM debido a la elevada frecuencia de polifarmacia y de pluriopatología, así como debido también a los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos, que, junto con el deterioro de los mecanismos homeostáticos, les confieren una menor capacidad de respuesta ante cualquier episodio adverso (tabla 2). En las personas mayores es especialmente importante la interacción fármaco-enfermedad, entendida ésta como la exacerbación de una enfermedad por un fármaco: un ejemplo de esta situación sería el empeoramiento de enfermedades como la hiperplasia benigna de próstata o la enfermedad de Alzheimer por fármacos con efecto anticolinérgico.

Las RAM que se producen en el colectivo geriátrico afectan fundamentalmente al sistema cardiovascular, nervioso y urinario, a diferencia del adulto joven, en el que las RAM más comunes se producen en la piel y el aparato digestivo. Los fármacos más comúnmente implicados en la producción de RAM en el anciano se recogen en la tabla 3.

Es frecuente que en los ancianos las reacciones adversas a medicamentos tengan una presentación atípica, diferente a la observada en sujetos jóvenes, lo que obviamente dificulta su reconocimiento. A veces ocurre que la reacción adversa aparece en forma de agravamiento de una enfermedad subyacente. Otra forma de presentación característica de las reacciones adversas en ancianos es en forma de síndrome geriátrico (tabla 4).



Frecuentemente, ocurre que síntomas como alteraciones en el equilibrio, caídas, confusión, vértigos, somnolencia, mareo y debilidad son atribuidos a la edad, y ni el paciente, ni la familia, ni el personal sanitario las atribuyen a una posible reacción adversa a un medicamento.

Falta de adherencia al tratamiento y automedicación

La OMS define el cumplimiento o adherencia terapéutica como la magnitud con que el paciente sigue las instrucciones médicas, aunque quizá la ya clásica definición de Haynes y Sackett sea más completa al definirlo como la medida en que la conducta del paciente en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de su estilo de vida coinciden con las indicaciones dadas por su médico. Seguir una prescripción, o lo que es lo mismo, la adherencia terapéutica, es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados. Existen factores relacionados con el paciente, con el profesional, con el sistema sanitario, con la enfermedad y con los propios fármacos. Los estudios disponibles a este respecto muestran que a medida que el régimen terapéutico se hace más complejo, decrece el cumplimiento por parte del paciente.

La falta de adherencia al tratamiento es un problema de extraordinaria relevancia; se estima que el 30-50% de los pacientes no sigue de forma correcta el tratamiento prescrito.

Frecuentemente, el paciente anciano está más concienciado que el joven de la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, por lo que la desmotivación no es la principal razón para justificar su falta de adherencia; la justificación de ésta hay que buscarla en la mayor dificultad del anciano para entender este tratamiento.

La menor eficacia del tratamiento, junto con reacciones adversas potencialmente graves, son las principales consecuencias de la falta de adherencia al tratamiento.

Otro importante problema del colectivo geriátrico es el de la automedicación, que origina un mayor consumo de fármacos, con el consiguiente riesgo de reacciones adversas a medicamentos e interacciones farmacológicas. Hasta el 80% de los adultos mayores se automedica, proporción que afecta al 40% en estudios en los que se valoraba la automedicación en las últimas 48 h.

Medicación inadecuada

Desde no hace mucho tiempo se ha introducido la expresión medicación inadecuada o inapropiada en el anciano, terminología que inicialmente se usó para ancianos institucionalizados, pero que posteriormente Beers ha adaptado a la población anciana en general. Actualmente, la expresión medicación inadecuada en el anciano

Tabla 5. Fármacos inadecuados en el anciano

NO INDICADOS

- Hipnóticos: fluracepam, meprobamato, barbitúricos
- Antidiabéticos: clorpropamida
- Analgésicos: pentazocina, petidina (o meperidina)

RARA VEZ INDICADOS

- Hipnóticos: diacepam, clordiazepóxido
- Analgésicos: dextropropoxifeno
- Relajantes musculares: carisoprodol, ciclobenzaprina

INDICADOS EN ALGUNAS OCASIONES

- Antidepresivos: amitriptilina, doxepina, antidepresivos + antipsicóticos asociados
- Analgésicos: indometacina, fenilbutazona
- Antiagregantes: oxibutina
- Antiarrítmicos: disopiramida
- Antihipertensivos: propanolol, metildopa, reserpina
- Antihistamínicos: ciproheptadina, dexclorfeniramina, difenhidramina, hidroxicina, prometazina

Tomado de: Baena Díez JM, Martines Adell MA, Tomas Peregrina J. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC 2003;10:501-7.

no hace referencia a fármacos que deberían evitarse en el anciano por el riesgo de reacciones adversas e interacciones, o bien por ser ineficaces en estos pacientes, especialmente si se dispone de otras opciones terapéuticas.

La tabla 5 recoge estos fármacos clasificados según los criterios reseñados.

Realmente, esta clasificación no debe interpretarse de forma dogmática, ya que la idea que subyace bajo esta terminología es que hay determinados fármacos que no son aptos para ser usados en pacientes de edad avanzada, especialmente si hay otras opciones de igual eficacia y mayor seguridad.

La prevalencia global de consumo con los criterios de Beers es bastante elevada (un 21,3% en población general y un 40% en residencias) y se asocia con polifarmacia, sexo femenino y mala percepción de salud.

La polifarmacia o polimedición se define como el consumo simultáneo de varios fármacos, aunque también se ha definido como la prescripción o uso de más fármacos respecto a los indicados clínicamente.



Tabla 6. Criterios genéricos de selección de fármacos en el anciano

- Considerar, en primer lugar, si hay alternativas no farmacológicas y tratar sólo en el caso de que haya amenaza para la vida, la funcionalidad o la comodidad del paciente
- Iniciar el tratamiento con un diagnóstico preciso y un objetivo terapéutico claro, previendo y organizando un adecuado seguimiento
- Comenzar el tratamiento con dosis bajas y aumentar poco a poco hasta alcanzar las dosis eficaces, utilizando la presentación más idónea
- Reevaluar en cada visita la eficacia y los problemas del tratamiento
- Antes de introducir un nuevo fármaco, valorar si pueden retirarse otros medicamentos
- Tomar las decisiones de una en una, primando las decisiones más simples y cómodas para el anciano
- Ajustar las dosis del fármaco, evitar los fármacos de larga vida media o que se acumulen, procurando dar el menor número posible de fármacos
- Realizar una historia medicamentosa del paciente, delimitar las prescripciones por un tiempo definido y preguntar sobre la polifarmacia de manera regular
- Escoger el fármaco más apropiado para el anciano y evitar medicaciones inadecuadas, recordando que los medicamentos pueden dar lugar a enfermedades
- Recordar que la edad no contradice ningún tratamiento potencialmente beneficioso

Tomado de: Baena Díez JM, Martines Adell MA, Tomas Peregrina J. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC. 2003;10:501-7.

Criterios para la selección de fármacos en ancianos

El tratamiento farmacológico en el anciano debe fundamentarse en un conocimiento exhaustivo de los fármacos y en las evidencias que hay de su aplicación a este grupo de edad, así como en las características del paciente, después de valorar la situación clínica (otras enfermedades, medicación concomitante, etc.), situación funcional, mental y social.

La elección de un fármaco para administrarse a un paciente anciano debe tener en cuenta todas las consideraciones que se acaban de comentar, pero también debe regirse por los criterios comunes que rigen la utilización de medicamentos en pacientes jóvenes:

- Elegir siempre fármacos eficaces.
- A igualdad de eficacia, utilizar los fármacos más seguros; a igualdad de eficacia y seguridad, se preferirán aquellos de los que se disponga de más experiencia, y, por último, a igualdad de eficacia, seguridad y experiencia de uso, se utilizarán los de menor coste.

En general, se aconseja extremar la prudencia ante los nuevos fármacos, pues los ancianos presentan las principales reacciones adversas.

Por todo lo comentado anteriormente, diversos autores han establecido recomendaciones sobre los criterios genéricos de selección de fármacos en los ancianos, que se recogen en la tabla 6.

Del buen uso que el profesional de la salud haga del medicamento puede depender, al menos en parte, que nuestros mayores estén mejor atendidos y puedan abor-
dar en mejores condiciones el final de su vida. ■

Bibliografía general

- Alba C, Gorroñoigoitia A, Litago C, Martín I, Luque A. Actividades preventivas en los ancianos. *Aten Primaria*. 2001;28(Supl 2):161-80.
- Anónimo. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. *Boletín Terapéutico Andaluz*. 1996;10.
- Baena Díez JM, Martines Adell MA, Tomas Peregrina J. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. *FMC*. 2003;10:501-7.
- Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med*. 1997;157:1531-6.
- Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedcado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2005;29:52-162.
- Debesa F, Cué M. Los medicamentos y el anciano. *Rev Cubana Farm*. 1999;33:210-14.
- García LE. Mediar al anciano. *Farmacoterapia*. 1999;XVI:93-7.
- García M, Vargas E. Principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera JM, Cruz AJ (editores). *Geriatría*. Madrid: IDEPSA; 1991. p. 35-43.
- Gómez FJ, Rodríguez P. Consideraciones sobre el manejo de fármacos en el anciano. *Jano*. 2002;62:34-6.
- González JI. Farmacología e iatrogenia. En: Ruipérez I, Baztan JJ, Jiménez C, Sepúlveda D, editores. *El paciente anciano. 50 casos clínicos comentados*. 1.ª ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana; 1998. p. 425-34.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DI, editores. *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979.
- Herrera J. Cumplimiento farmacológico. *Farmacia Profesional*. 2000;14:68-70.
- Martín MT, Codina T, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin (Barc)*. 2002;118:205-10.
- Martín MT, Tuset M, Codina C, Ribas J. Importancia de la patología secundaria a medicamentos. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*. 2002;26:128-32.
- Recalde JM, Zunzunegui MV, Béland F. Interacciones entre medicamentos prescritos en la población mayor de 65 años. *Aten Primaria*. 1998;22:434-9.
- Sedano E, Tuneu L, Guayta R, Gilabert A, Prat MA, Bassons T. Consejo para el uso adecuado de los medicamentos en las personas mayores. *Med Clin (Barc)*. 2001;116(Supl 1):125-31.
- Sepúlveda D, González M, Morón N, Izquierdo G. Fármacos e iatrogenia en el anciano. *Jano*. 2002;62:54-7.
- Terleira A, Vargas E. Principios generales de utilización de medicamentos. En: Ribera JM, Cruz AJ, editores. *Geriatría en Atención Primaria*. 3.ª ed. Madrid: Aula Médica; 2002.