

MEDICAMENTOS POTENCIALMENTE INADECUADOS EN LAS PERSONAS MAYORES

Se considera que un medicamento es potencialmente inadecuado (MPI) cuando **el riesgo que conlleva es superior al beneficio clínico esperable**. Los MPI causan reacciones adversas, mayores tasas de morbimortalidad u hospitalización en los pacientes mayores. Evitar y revisar la prescripción de MPIs es especialmente relevante cuando existen alternativas terapéuticas más seguras y/o eficaces.

Numerosas herramientas ayudan a identificar MPI y evitar sus consecuencias, como los criterios STOPP-START, FORTA (Europa), Beers (EEUU), LESS-CHRON (España), o PRISCUS (Alemania). Este documento presenta una lista de **MPI seleccionados por su relevancia en el Servicio Madrileño de Salud**, mediante un proceso de **revisión bibliográfica y consenso multidisciplinar** (Geriatría, Medicina de Familia, Farmacia de Atención Primaria y Hospitalaria), así como un resumen de consideraciones para 4 grupos farmacológicos particularmente controvertidos.

AINES

Los AINEs tienen un perfil de **riesgo cardiovascular y gastrointestinal específico** de cada fármaco o familia. La medida más adecuada para intentar reducir estos riesgos es utilizarlos cuando no haya otras alternativas y siempre a la menor dosis eficaz, durante el tiempo más corto posible. En general no se deben utilizar en pacientes con Insuficiencia Cardíaca, ni Filtrado Glomerular <30ml/min (Dexketoprofeno, <60ml/min) ni en pacientes con historia de úlcera péptica o hemorragia digestiva asociadas a consumo de AINEs (en esta situación, los -coxib conllevan menos riesgo).

Tratamiento agudo, máximo 7-10 días

- Cualquier AINE excepto los considerados MPI

Tratamiento continuado, máximo 3 meses

- **Ibuprofeno**: 400mg/toma sin superar 1.200mg/día. Es el más versátil por riesgo CV/GI intermedio/bajo.
- **Naproxeno**: Ventaja por riesgo bajo de eventos CV, desventaja por riesgo medio de eventos GI. No superar 250-500 mg/12h
- **Celecoxib**: Sin superar 200mg/día. Ventaja en riesgo de eventos GI, contraindicado en pacientes con eventos CV y precaución en alto riesgo CV

OPIOIDES

Los fármacos opioides NO son considerados MPI en este documento. Son **fármacos útiles y necesarios** en muchas ocasiones en el paciente mayor, especialmente para **dolor oncológico**.

Sin embargo, su **riesgo-beneficio es cuestionable** en Dolor Crónico No Oncológico (DCNO): el beneficio habitualmente es escaso y conllevan riesgo de producir dependencia. Además, la población mayor presenta mayor sensibilidad a efectos adversos como la exacerbación del deterioro cognitivo, sobredosis por acumulación, caídas y mayor riesgo de errores de medicación por la presencia de comorbilidades y polimedicación.

El balance beneficio-riesgo **puede ser negativo** si:

- **Dosis Equivalentes de Morfina** > 90mg/día
- **Tramadol** >300mg/día
- **Duración prolongada** (>1 año) en DCNO
- Combinado con **BZD, hipnóticos o gabapentinoides**
- Combinación de **opioides mayores y menores**
- No se pautan medidas **laxantes** efectivas
- Se prescriben en **dolor crónico primario** (Tipo fibromialgia)

ANTIMUSCARÍNICOS URINARIOS

Su **eficacia objetiva es baja**, pero en ocasiones la **percepción** de los pacientes es **positiva**. Se debe evaluar a las 2-4 semanas del inicio y después cada 6 meses, ofreciendo retirada del tratamiento para valorar si aún hay beneficio.

Falta evidencia para recomendar un fármaco por encima del resto; si bien, **Oxibutinina se considera el más lesivo**.

Evitar en: alta carga de medicamentos anticolinérgicos, estreñimiento, deterioro cognitivo, miastenia gravis, colitis ulcerosa grave, atonía intestinal e íleo paralítico, glaucoma de ángulo estrecho o volumen de orina residual >200ml.

BENZODIACEPINAS (BZD) y FÁRMACOS Z

Se han considerado MPI debido a que su uso frecuentemente se cronifica, cuando **deberían utilizarse de manera esporádica y a corto plazo**. Este uso continuado lleva a interacciones medicamentosas, tolerancia, dependencia y efectos adversos acumulativos que **son especialmente importantes en pacientes con historial de caídas previas**.

Evitar: prescripciones **recurrentes o con duración >4 semanas**, BZD con **vida media prolongada** y la **combinación de dos o más** de estos fármacos. En caso necesario, utilizar BZD de vida media intermedia como Lorazepam o Lormetazepam.

Documento actualizado por profesionales sanitarios integrantes del grupo de trabajo "Farmacogeriatría" coordinado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios

Referencias

1. Eva Delgado-Silveira et al. *Versión en español de los criterios STOPP/START 3. Avances en la detección de la prescripción inapropiada de medicamentos en personas mayores* Revista Española de Geriatría y Gerontología, Volume 58, Issue 5, 2023
2. 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. *AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults*. J Am Geriatr Soc. 2023 Jul;71(7):2052-2081.
3. Pazan F, Weiss C, Wehling M; FORTA Expert Panel Members. *The EURO-FORTA (Fit FOR The Aged) List Version 2: Consensus Validation of a Clinical Tool for Improved Pharmacotherapy in Older Adults*. Drugs Aging. 2023 May;40(5):417-426.
4. Mann NK, et al. *Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0—first update of the PRISCUS list*. Dtsch Arztebl Int 2023; 120: 3–10

| MEDICAMENTO – MPI | | RIESGO ASOCIADO AL MPI | OBSERVACIONES Y ALTERNATIVAS SUGERIDAS [#] |
|----------------------------------|--|---|--|
| ANTICOLINÉRGICOS | Antidepresivos tricíclicos | Amitriptilina* Clomipramina Doxepina Imipramina Maprotilina Nortriptilina | Mayor riesgo de efectos adversos: anticolinérgicos - xerostomía, visión borrosa, estreñimiento, retención urinaria, incremento de la presión intraocular cardiovasculares - arritmias, hipotensión postural, alargamiento QT gastrointestinales - náuseas, vómitos, aumento del apetito y peso otros - confusión, sedación, caídas |
| | Antihistamínicos sedantes | Dexclorfeniramina Hidroxizina | Loratadina / Cetirizina / Fexofenadina |
| | Antiespasmódico urinario | Oxibutinina | Intentar y promover medidas no farmacológicas. × <i>Con demencia, deterioro cognitivo u otros factores de riesgo para anticolinérgicos: Evitar</i> cualquier antimuscarínico vesical. Alternativa: Mirabegron (No apropiado si arritmias o hipertensión descontrolada) ✓ <i>Sin factores de riesgo:</i> considerar prueba con otro antimuscarínico o Mirabegron y monitorizar beneficios y efectos adversos |
| | Antiparkinsoniano | Biperideno | Para síntomas extrapiramidales o parkinsonismo farmacológico: Confirmar que el tratamiento causante sigue siendo necesario y desprescribir o utilizar la dosis mínima eficaz de Biperideno. Para Enfermedad de Parkinson: revisar y optimizar tratamiento |
| BENZODIACEPINAS Y FÁRMACOS Z | | Elevado riesgo de confusión, alucinaciones, visión borrosa, taquicardia, retención urinaria y caídas. A largo plazo se han relacionado con deterioro cognitivo y mortalidad. <i>Las de vida media intermedia pueden ser ligeramente menos problemáticas.</i> | Retirada gradual, con descenso lento de dosis Insomnio: Lorazepam / Lormetazepam 0,5-1 mg al acostarse. Uso ocasional, durante el menor tiempo posible Trazodona (<i>Fuera de indicación</i>) / Mirtazapina si asocia depresión Ansiedad: Sertralina / Escitalopram (Dosis máxima 10mg/día) Si requiere una BZD para crisis de ansiedad: Lorazepam 0,5 mg |
| SULFONILUREAS DE ALTO RIESGO | Glibenclamida Glimepirida Glipizida | Mayor riesgo cardiovascular o de hipoglucemia prolongada y/o grave que Gliclazida u otros antidiabéticos. | Sustituir por otro antidiabético oral. Si precisa sulfonilurea por buen control: Gliclazida (Liberación Modificada) |
| ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS | Indometacina Ketoprofeno Dexketoprofeno Etoricoxib -oxicams | Seleccionados por mayor riesgo cardiovascular y/o gastrointestinal que otros AINEs sin mayor beneficio. Indometacina además presenta mayor riesgo de agranulocitosis y efectos adversos a nivel de SNC. | 1. Medidas no farmacológicas, actividad física, fisioterapia... 2. Paracetamol 500-650 mg/8h 3. Considerar AINE tópico si artrosis de rodilla o mano 4. Si requiere antiinflamatorio oral, considerar AINE de menor riesgo a corto plazo con gastroprotección (ver sección específica) |
| ANTIAGREGANTE | Ticlopidina | Mayor riesgo de efectos secundarios sin mayor eficacia. | AAS 100-150mg / Clopidogrel (y considerar gastroprotección) |
| OREXÍGENO | Megestrol | Eficacia mínima, riesgo de trombos y mortalidad. | Desprescripción y medidas dietéticas |
| ANTIDEPRESIVO ISRS | Fluoxetina | Metabolito de vida media larga que provoca mayor riesgo de efectos adversos centrales: agitación, insomnio, náuseas. | Sertralina |
| ALCALOIDE ERGÓTICO | Ergotamina | Eficacia mínima, elevado riesgo de fibrosis y ergotismo. | Triptanes |
| PROCINÉTICOS | Metoclopramida Cleboprida <i>(en pautas >5 días, uso habitual, dosis altas o fuera de indicación)</i> | Mayor riesgo de reacciones extrapiramidales y de discinesia tardía en la población mayor. | Cinitaprida (período más corto posible) Domperidona (Dosis máxima 10mg/8h, período más corto posible) |

[#]Las alternativas sugeridas tienen carácter general y deben ser valoradas en cada paciente concreto.