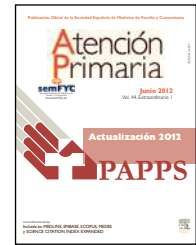




Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Actividades preventivas en los mayores

Y. Herreros Herreros, J.D. López-Torres Hidalgo, M.C. de-Hoyos Alonso, J.M. Baena Díez, A. Gorroñoitia Iturbe e I. Martín Lesende

Grupo de Actividades Preventivas en los Mayores del PAPPS

Introducción

En la presente actualización se han revisado los temas de caídas, déficits sensoriales, medicación, demencia y deterioro cognitivo. La valoración geriátrica integral no se ha actualizado en esta edición y se remite a las recomendaciones de la actualización 2009. Respecto al tema de la detección del anciano frágil en atención primaria (AP), no se incluye en la presente actualización dado que está pendiente de revisión. Las actividades preventivas comunes con el adulto se encuentran, como en años anteriores, en los apartados correspondientes. El material completo se puede consultar en la página de internet: <http://www.papps.org>

La deficiencia visual en los mayores

La deficiencia visual, definida como la mejor visión corregida inferior a 20/40, se incrementa con la edad y afecta a una proporción variable de personas mayores, desde el 1% de las personas de 65-69 años hasta el 17% de los mayores de 80 años¹. Las alteraciones de la función visual repercuten severamente en su estado funcional, ocasionando peor salud percibida, menor actividad social y mayor mortalidad².

Síntesis de la evidencia

No hay evidencia de que el cribado poblacional mejore la visión, probablemente porque no existe un plan claro de intervención para los problemas detectados³. El US Preventive Services Task Force (USPSTF) considera que el cribado de la deficiencia visual en los mayores mediante medición de agudeza visual identifica adecuadamente los defectos de refracción, pero puede ser inadecuado para identificar precoz-

mente la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) o las cataratas. Aunque los tratamientos para las causas más comunes de deterioro en la visión son efectivos, existe insuficiente evidencia para poder evaluar el balance entre riesgos y beneficios del cribado y si éste mejora el resultado funcional^{4,6}. La Academia Americana de Oftalmología⁷ recomienda en mayores de 65 años un examen visual periódico realizado por un oftalmólogo cada 1-2 años y la Canadian Task Force on Preventive Health Care (CTFPHC)⁸ señala que hay evidencia a favor de incluir los optotipos de Snellen en el examen periódico de salud de las personas mayores. Según la Canadian Ophthalmological Society⁹, el cribado en mayores de 65 años asintomáticos y de bajo riesgo debe realizarse al menos cada 2 años.

La cirugía de cataratas mejora la visión, así como la capacidad funcional y la calidad de vida, alcanzándose una agudeza visual postoperatoria superior a 20/40 en aproximadamente el 90% de los casos⁵. La principal indicación para la cirugía es la función visual que ya no satisface las necesidades del paciente¹⁰. Los fumadores deben suprimir este hábito dada su relación con la aparición y progresión de cataratas¹¹.

La utilidad del cribado del glaucoma es incierta^{5,12}, pues hay insuficiente evidencia para incluir o excluir el examen de fondo de ojo o la tonometría en la detección de glaucoma. Entre otros, son factores de riesgo de glaucoma los antecedentes familiares de primer grado o la edad avanzada⁵.

Para detectar la disminución de visión debida a DMAE hay insuficiente evidencia⁵ para incluir el examen de fondo de ojo u otras pruebas (rejilla de Amsler, preguntas sobre visión autopercebida, etc.). No hay pruebas de que la toma de suplementos de vitaminas antioxidantes y minerales prevenga o retarde el inicio de la DMAE¹³; sin embargo se ha demos-

trado un beneficio moderado de dichos suplementos para detener la progresión de la DMAE ya establecida.

En el caso de la retinopatía diabética, por ser asintomática y dada la eficacia de la fotocoagulación con láser en la prevención de la pérdida visual, están justificados los programas de cribado para detectarla. El riesgo de pérdida visual y ceguera puede reducirse mediante programas que combinan la detección precoz con el tratamiento efectivo¹⁴. La retinografía digital con cámara de retina no midriática es eficaz, y más sensible y específica que la oftalmoscopia directa como método de diagnóstico precoz. Se aconseja cada 3 años en pacientes sin retinopatía diabética y cada 2 años en pacientes con retinopatía leve no proliferativa¹⁵.

Recomendaciones

- Aunque en las personas mayores la medición de la agudeza visual permite identificar adecuadamente los defectos de refracción, no hay suficiente evidencia para recomendar el cribado de la deficiencia visual
- En diabéticos tipo 2 debe realizarse cribado de retinopatía, aconsejándose una periodicidad de 3 años en pacientes sin retinopatía y controles cada 2 años en pacientes con retinopatía leve no proliferativa. Como método se recomienda la retinografía digital con cámara no midriática
- Para prevenir la aparición de cataratas y evitar su progresión debe aconsejarse a los fumadores la supresión del hábito tabáquico
- Los mayores con cataratas deben ser intervenidos quirúrgicamente cuando sus problemas visuales interfieren en sus actividades diarias. La principal indicación para la cirugía es la función visual que ya no satisface las necesidades del paciente

Bibliografía

1. Eye Diseases Prevalence Research Group. Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. 2004;122:477-85.
2. Jacobs JM, Hammerman-Rozenberg R, Maaravi Y, Cohen A, Stessman J. The impact of visual impairment on health, function and mortality. *Aging Clin Exp Res*. 2005;17:281-6.
3. Smeeth L, Iliffe S. Cribaje (screening) de deficiencia visual en ancianos de la comunidad (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
4. Chou R, Dana T, Bougatsos C. Screening older adults for impaired visual acuity: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*. 2009;151:44-58.
5. US Preventive Services Task Force. Recommendations [consultado 5-4-2012]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/recommendations.htm>
6. The American Academy of Family Physicians' recommendation [consultado 5-4-2012]. Disponible en: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>
7. American Academy of Ophthalmology. Frequency of Ocular Examinations, 2009 [consultado 5-4-2012]. Disponible en: http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/ClinicalStatements_Content.aspx?cid=810eaf61-181e-41c8-a0e8-e1d122efe5a4
8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1995 update: 3. Screening for visual problems among elderly patients [consultado 3-4-2012]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337809/>
9. Canadian Ophthalmological Society evidence-based clinical practice guidelines for the periodic eye examination in adults in Canada. *Can J Ophthalmol*. 2007;42:39-45.
10. American Academy of Ophthalmology. Cataract in the Adult Eye PPP - October 2011 [consultado 3-4-2012]. Disponible en: http://one.aao.org/CE/PracticeGuidelines/PPP_Content.aspx?cid=a80a87ce-9042-4677-85d7-4b876deed276
11. Blanco Rivera MC. Catarata en el paciente adulto. Guía de Práctica Clínica, 2008 [consultado 3-4-2012]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_421.pdf
12. Rosenberg EA, Sperazza LC. The visually impaired patient. *Am Fam Physician*. 2008;77:1431-6.
13. Evans JR, Henshaw K. Suplementos de vitaminas, antioxidantes y minerales para la prevención de la degeneración macular senil (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus. 2008; Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>
14. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Clinical Guideline. Management of type 2 diabetes: retinopathy, screening and early management. London: National Institute for Clinical Excellence; 2002.
15. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes tipo 2. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA N.º 2006/08.

Hipoacusia en los mayores

Las causas más frecuentes de hipoacusia en las personas mayores son la presbiacusia (supone más del 90% de las hipoacusias), que se produce de forma gradual y es bilateral, y el tapón de cerumen, que produce una pérdida de audición brusca y unilateral¹. Afecta al 25-40% de los mayores de 65 años y se incrementa con la edad² (superior al 80% en mayores de 85 años).

Se asocia con depresión, deterioro cognitivo, declive funcional, aislamiento social, pérdida de calidad de vida e incremento de la mortalidad³. Es un problema infradiagnosticado, pues sólo el 20% de los médicos de AP realiza algún tipo de cribado, e infratratado, ya que sólo la cuarta parte recibe ayudas para la audición². Se han identificado como factores de riesgo, además de la edad, la exposición a ruidos, la diabetes, la hipertensión, el tabaco y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares^{4,5}.

Síntesis de la evidencia

Para el cribado de la pérdida auditiva se utilizan preguntas directas sobre la audición o cuestionarios diseñados y validados para este fin. El *Hearing Handicap Inventory for the Elderly Screening* (HHIE-S) presenta una baja sensibilidad para pérdidas leves. En España ha sido diseñado y validado el *Hearing-Dependent Daily Activities* (HDDA), que valora la

repercusión en las actividades de la vida diaria, siendo adecuadas su sensibilidad y especificidad⁶.

También se emplean diferentes pruebas: voz susurrada, frotamiento o roce de dedos y test del cronómetro¹. Tienen una alta variabilidad interobservador y poca fiabilidad test-retest. En revisiones sistemáticas se propone el test de la voz susurrada como método de cribado en AP^{1,7}. El audioscopio, mezcla de otoscopio y audiómetro, no es útil como cribado al no diferenciar la audición normal (25 dB) de la pérdida leve (25-40 dB). Se ha propuesto la combinación de audioscopio (muchos falsos negativos) e HHIE-S (muchos falsos positivos) como estrategia de cribado⁸. La confirmación diagnóstica debe realizarse mediante audiometría tonal liminar. En la presbiacusia el empleo de audífonos mejora la audición y la calidad de vida¹, aunque sólo el 25% de los pacientes con hipoacusia dispone de audífono, siendo esta proporción del 4,5% en España⁶.

La CTFPHC⁹ aconseja incluir el cribado de la hipoacusia en los mayores, y controlar los ruidos y evitar la exposición a ambientes ruidosos, así como los programas de protección auditiva. Se recomienda realizar cribado de la audición mediante alguna pregunta respecto a ella, el test del susurro o el audioscopio. El USPSTF¹⁰ reconoce que se necesita más investigación para establecer los efectos del cribado en cuanto a resultados en salud y para confirmar los beneficios del tratamiento en el ámbito de AP. No está establecida la periodicidad óptima y no hay suficiente evidencia para recomendar o no el cribado con audiometría. A los pacientes que refieran hipoacusia se les debería realizar una otoscopia y una audiometría.

La Academia Americana de Médicos de Familia¹¹ recomienda el cribado mediante preguntas a los mayores sobre sus dificultades auditivas, aconsejando sobre la disponibilidad de tratamientos cuando sea apropiado. El National Service Framework for Older People¹² recomienda la inclusión de la audición en los reconocimientos periódicos de estas personas.

Recomendaciones

- Se debe evitar la exposición a ambientes ruidosos y aconsejar los programas de protección auditiva
- Son recomendables las preguntas sobre dificultades en la audición y los consejos sobre utilización de audífonos cuando están indicados
- En los mayores en los que se detecte o refieran disminución de audición debe realizarse otoscopia y confirmarse la hipoacusia mediante audiometría

Bibliografía

1. Bagai A, Thavendiranathan P, Detsky A. Does this patient have hearing impairment? JAMA. 2006;295:416-28.
2. Yueh B, Shapiro N, MacLean CH, Shekelle PG. Screening and management of adult hearing loss in primary care: scientific review. JAMA. 2003;289:1976-85.
3. Barnett S, Franks P. Deafness and mortality: analyses of linked data from the National Health Interview Survey and National Death Index. Public Health Rep. 1999;114: 330-6.
4. Agrawal Y, Platz EA, Niparko JK. Prevalence of hearing loss and differences by demographic characteristics among US adults: data from The National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2004. Arch Intern Med. 2008;168:1522-30.
5. Li Y, Healy EW, Drane JW, Zhang J. Comorbidity between and risk factors for severe hearing and memory impairment in older Americans. Prev Med. 2006;43:416-21.
6. López-Torres J, Boix CI, Téllez JM, et al. The Hearing-Dependent Daily Activities Scale to evaluate the impact of hearing loss in older people. Ann Fam Med. 2008;6:441-7.
7. Piozzo S, Papinczak T, Glasziou P. Whispered voice test for screening for hearing loss in adults and childrens: systematic review. BMJ. 2003;327:967.
8. Yueh B, CollinsMP, Souza PE, et al. Screening for Auditory Impairment-Which Hearing Assessment test (SAI-WHAT): RCT design and baseline characteristics. Contemp Clin Trials. 2007;28:303-15.
9. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Screenig for visual impairment in the Eldery, 1994 [consultado 5-4-2012]. Disponible en: http://www.canadiantaskforce.ca/_archive/index.html
10. US Preventive Task Force. Screening for Hearing Loss in Older Adults [consultado 5-4-2012]. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/usphear.htm>
11. The American Academy of Family Physicians' recommendation [consultado 5-4-2012]. Disponible en: <http://www.aafp.org/online/en/home/clinical/exam.html>.
12. Smeeth L, Fletcher AE, Siu Won E, Stirling S, Niñez M, Breeze E, et al. Reduced hearing, ownership use of hearing aids in elderly people in the UK the MRC Trial of the Assessment and Management of Older People in the Community: a cross sectional survey. Lancet. 2002;359:1466-70.

Medicación en las personas mayores

La polifarmacia se suele definir como el consumo diario de 4 o más fármacos¹, afectando al 34% de los mayores. Supone más riesgo de utilización de medicaciones inadecuadas, de reacciones adversas a medicamentos (RAM), de interacciones, de no prescribir medicamentos bien indicados, de incumplimiento terapéutico y es un factor de riesgo independiente de mortalidad en mayores.

La medicación inadecuada o inapropiada hace referencia a los fármacos a evitar. Es un factor independiente de hospitalización y mortalidad en ancianos institucionalizados. En la tabla 1 se detalla una propuesta actualizada y adaptada de los criterios de Beers².

El incumplimiento terapéutico afecta al 30-50% de los mayores³ siendo especialmente frecuente en los polimedificados. La automedicación en pacientes > 75 años es del 31,2%⁴. Origina un mayor consumo de fármacos, mayor riesgo de RAM e interacciones.

Las interacciones farmacológicas tienen una prevalencia del 28,5% (la mitad clínicamente relevantes), asociándose a un mayor riesgo de RAM, cuya prevalencia es del 41% en > 75 años⁵. Su presentación clínica es a menudo inespecífica y difícil de reconocer, al confundirse frecuentemente con procesos asociados al envejecimiento: inestabilidad, caídas, incontinencia urinaria, etc. Frecuentemente desencadenan una prescripción en cascada al prescribirse otros fármacos para evitar o contrarrestar las RAM, iniciándose un círculo vicioso que puede conducir a la polifarmacia.

El USPSTF aconseja revisar la medicación cada 1-2 años en los ancianos⁶, aunque dicha recomendación no se ha actualizado en la última revisión.

Síntesis de la evidencia

Con relación a la adherencia terapéutica, 2 revisiones sistemáticas^{7,8} concluyen que el uso de pastilleros, la educación

grupal de los pacientes y la simplificación del régimen terapéutico pueden ser de utilidad, aunque es difícil definir qué intervenciones son mejores. El uso del pastillero en España mejoró la adherencia, aunque sin resultados significativos. En hipertensos, las asociaciones de dosis fijas mejoran la adherencia.

Para disminuir la polifarmacia se aconseja la formación de los médicos mediante contactos grupales o individuales con expertos, la revisión de la medicación y las técnicas basadas en la educación de los pacientes.

Para la medicación inadecuada, las interacciones y las RAM se aconseja usar aplicativos informáticos de detección, siendo su eficacia menor en mayores con polifarmacia.

Tabla 1 Fármacos inadecuados en el mayor (adaptada de los criterios de Beers 2012)

Fármacos	Recomendación
Antihistamínicos 1. ^a generación	Evitar
Antiparkinsonianos (trihexifenidilo)	Evitar
Antiespasmódicos (escopolamina)	Evitar, excepto en curas paliativas
Antitrombóticos (dipiridamol, ticlopidina)	Evitar
Antiinfecciosos (nitrofurantoína)	Evitar
<i>Cardiovasculares</i>	
Doxazosina, prazosina, terazosina	Evitar en hipertensión
Clonidina, reserpina, alfametildopa	Evitar
Amiodarona, dromedarona, flecainida, propafenona	Evitar
Procainamida, quinidina, sotalol, disopiramida	Evitar
Digoxina > 0,125 mg/día	Evitar
Nifedipina	Evitar
Espironolactona > 25 mg/día	Evitar si filtrado glomerular < 30
<i>Sistema nervioso</i>	
Antidepresivos tricíclicos	Evitar
Antipsicóticos típicos y atípicos	Evitar, excepto trastornos conductuales en demencias
Barbitúricos	Evitar
Benzodiazepinas	Evitar
Zolpidem, zolpidem	Evitar uso > 90 días
<i>Sistema endocrino</i>	
Andrógenos	Evitar, excepto déficit
Tiroides desecado	Evitar
Estrógenos con o sin progestágenos orales/parches	Evitar
Hormona crecimiento	Evitar, excepto déficit
Megestrol	Evitar
Clorpropamida, gliburida	Evitar
<i>Gastrointestinal</i>	
Metoclopramida, aceite mineral vía oral	Evitar
<i>Dolor</i>	
AINE, AAS > 325 mg/día, pentazocina	Evitar
<i>Relajantes musculares</i>	
Carisoprodol, metocarbamol, ciclobenzaprina	Evitar

AAS: ácido acetilsalicílico; AINE: antiinflamatorios no esteroideos.

Recomendaciones

- En mayores con polifarmacia se aconseja su reducción mediante la formación de los médicos por contactos grupales o individuales con expertos, y mediante la educación de los pacientes
- Para prevenir el uso de medicación inadecuada se recomienda utilizar sistemas informáticos de detección, seguidos de alternativas terapéuticas
- Para mejorar la adherencia terapéutica se aconseja el uso de pastilleros, simplificar el régimen terapéutico, reducir el número de dosis, la educación grupal de los pacientes y mejorar la comunicación médico-paciente. La medida más eficaz es utilizar asociaciones fijas de fármacos
- Para prevenir las interacciones y las reacciones adversas a fármacos se recomienda el uso de sistemas informáticos de detección

Bibliografía

1. Arbás E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, et al. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria*. 1998;23:165-70.
2. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Updated Expert Panel. The American Geriatrics Society updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *JAGS*. En prensa 2012.
3. Grupo de trabajo sobre incumplimiento. Incumplimiento terapéutico en los ancianos. *Med Clin (Barc)*. 1993;100:736-40.
4. Vacas E, Castellà I, Sánchez M, Pujol A, Pallarés MC, Balagué M. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria*. 2009;41:269-74.
5. López-Picazo JL, Ruiz JC, Sánchez JF, Ariza A, Aguilera B, Lázaro D, et al. Prevalence and typology of potential drug interactions occurring in primary care patients. *Eur J Gen Pract*. 2010;16:92-9.
6. US Preventive Task Force. Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996. Disponible en: <http://odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecpcs/default.htm>
7. Higgins N, Regan C. A systematic review of the effectiveness of interventions to help older people adhere to medication regimes. *Age Ageing*. 2004;33:224-9.
8. George J, Elliott RA, Stewart DC. A systematic review of interventions to improve medication taking in elderly patients prescribed multiple medications. *Drugs Aging*. 2008;25:307-24.

Caídas

Aproximadamente, entre un 30-40% de las personas de más de 65 años de edad que residen en la comunidad sufren caídas cada año. Las caídas son un problema de salud frecuente, con una importante morbimortalidad, asociado a inmovilidad, pérdida de autonomía e ingreso prematuro en residencias, y que genera un importante gasto sanitario. La mayoría son leves, aunque se producen fracturas en un 4-5%. El 1% se fractura la cadera, pero su letalidad es alta (20-30% anual)^{1,2}.

Las sociedades americana y británica de geriatría recomiendan a todos los adultos mayores de 65 años, un cribado anual sobre historia de caídas o deterioro del equilibrio. Aproximadamente el 60% de las caídas son el resultado de múltiples factores, algunos de ellos modificables. Tener antecedente de una caída es un factor predictivo para otra caída. El miedo a caer puede dar lugar a aislamiento social y a la pérdida de funcionalidad, así como a más caídas^{1,2}.

Síntesis de la evidencia

Protectores de cadera

El uso de protectores de de cadera no reduce la incidencia de fracturas de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad^{3,4}. Sólo se recomienda el uso de protectores de cadera en adultos mayores que tienen un alto riesgo de caídas y que están dispuestos a realizar un cumplimiento adecuado de su uso⁴.

Ejercicio físico

Las intervenciones de ejercicios se pueden agrupar en 6 categorías: marcha y entrenamiento del equilibrio, entrenamiento de la fuerza, flexibilidad, movimiento (como el Tai Chi o la danza), actividad física general, resistencia. El USPSTF² y la RS Cochrane 2010¹ concluyen que el ejercicio es una intervención efectiva para reducir el riesgo y la tasa de caídas. Uptodate³ y Dynamed⁵ también concluyen que los ejercicios que se centran en la marcha o el entrenamiento del equilibrio reducen la tasa de caídas, pero no el riesgo de caer. Los ejercicios que incorporan múltiples categorías reducen tanto la tasa de caídas como el riesgo de caer^{3,5}. El Tai Chi, que contiene elementos de entrenamiento de fuerza y equilibrio, resultó efectivo en la revisión sistemática Uptodate, aunque puede ser menos eficaz en los adultos mayores frágiles con alto riesgo de caídas³. La revisión sistemática Cochrane también concluye que el Tai Chi como ejercicio grupal reduce la tasa y el riesgo de caídas¹.

Vitamina D

Los pacientes de edad avanzada, a menudo tienen valores de vitamina D bajos por la falta de exposición a la luz solar e ingesta dietética baja. La vitamina D podría reducir las caídas por un efecto sobre la fuerza muscular y el equilibrio. La ingesta de vitamina D en los mayores debe ser el equivalente de, al menos, 800 unidades diarias, en la dieta o como suplemento de dosis diaria, semanal o mensual^{3,5}.

Se debate si la vitamina D se ha de administrar sola o con suplementos de calcio. La efectividad para prevenir las fracturas de la administración de la vitamina D con suple-

mentos de calcio a los pacientes de edad avanzada que viven en la comunidad no está clara. La administración de suplementos con vitamina D y calcio, para la prevención de fracturas, se puede asociar con una reducción marginal de la mortalidad compatible con la reducción del riesgo de fracturas de la cadera^{6,7}. No hay pruebas de que los análogos de la vitamina D presenten ventajas en cuanto a la efectividad o la menor incidencia de efectos adversos en comparación con la vitamina D. El calcitriol parece estar asociado con una mayor incidencia de efectos adversos, como la hipercalcemia^{6,7}.

Corrección de los trastornos visuales

Respecto a los trastornos de visión, la revisión sistemática Cochrane¹ concluye que en personas con un deterioro visual grave pueden ser efectivas intervenciones de seguridad en el hogar. La cirugía de cataratas de urgencia para el primer ojo en personas en una lista de espera reduce de forma significativa la tasa de caídas. Las personas de edad avanzada pueden presentar un mayor riesgo de caídas en el período de adaptación de gafas nuevas¹⁻³.

Intervenciones multifactoriales

Con referencia a las intervenciones multifactoriales (IMM) que integran la intervención individualizada, tanto la revisión sistemática Cochrane¹ como Uptodate³ concluyen que son efectivas para reducir la tasa pero no el riesgo de caídas. No hay pruebas de que las intervenciones multifactoriales sean más efectivas para los mayores con mayor riesgo de caídas. La USPSTF concluye que se han de hacer más revisiones y estudios sobre el tema centrados en el ámbito de la AP, ya que los realizados hasta ahora son de calidad regular y no concluyentes². La revisión sistemática Cochrane concluye respecto a los riesgos del hogar que su modificación es de eficacia incierta, pudiendo ser efectiva en casos de déficit visual severo o alto riesgo de caídas¹. Uptodate también concluye que las intervenciones sobre los riesgos del hogar disminuyen la tasa y el riesgo de caídas en los pacientes de alto riesgo³.

Fármacos

El uso de fármacos es uno de los factores de riesgo que contribuyen al riesgo de caídas. La reducción de la ingesta a menos de 4 fármacos disminuye las caídas. Una revisión sistemática Cochrane¹ y Dynamed⁵ aconsejan la retirada gradual de medicación psicotrópica, de manera similar a otras revisiones. La USPSTF² y Uptodate³ concluyen que la evaluación y retirada de fármacos por sí sola no se asocia con un menor riesgo de caídas si no se asocian con otras intervenciones.

Otras recomendaciones

En mayores que viven en la comunidad con dolor en los pies, una intervención podológica multifactorial (podología, ortopedia, ejercicios de tobillo y pie, financiación del calzado) puede reducir la tasa de caídas^{3,8}.

Dispositivos antideslizantes que se ponen en los zapatos en invierno disminuyeron la tasa de caídas³.

La colocación de marcapasos en pacientes con enfermedad del seno puede evitar caídas y fracturas^{1,3}.

La corrección y tratamiento de la hipotensión postural ha demostrado ser útil en la prevención de caídas³.

Recomendaciones

- No se recomienda el uso de protectores de cadera en las personas mayores que viven en la comunidad
- Se aconseja la práctica de ejercicio físico, tanto de manera grupal como individual, trabajando sobre todo el balance muscular y el equilibrio
- Se recomienda la práctica de Tai-Chi, grupal o individual
- Se recomienda la administración de una dosis equivalente a 800 unidades diarias de vitamina D con suplementos de calcio en pacientes frágiles institucionalizados
- Se aconseja la corrección quirúrgica de las cataratas
- Se recomienda la corrección de los riesgos del hogar en personas mayores con alto riesgo de caídas
- Debe retirarse gradualmente la medicación psicotrópica que sea posible
- Las intervenciones multidisciplinarias/multifactoriales deben priorizarse en mayores con alto riesgo o que han sufrido ya caídas
- Se debe colocar marcapasos en pacientes con caídas y enfermedad del seno
- En ancianos con dolor de pies se aconsejan intervenciones podológicas

Bibliografía

1. Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Lamb S, Gates S, Cumming R, et al. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas de edad avanzada que residen en la comunidad. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2010; Issue 10. Art. No.: CD007146. Doi:10.1002/14651858.CD007146.
2. Michael YL, Whitlock EP, Lin JS, Fu R, O'Connor EA, Gold R; US Preventive Services Task Force. Primary care-relevant interventions to prevent falling in older adults: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2010;153:815-25.
3. Kiel DP. Prevention of falls and complications of falls in community-dwelling older persons. En: Basow DS, editor. *Waltham, MD: UpToDate; 2012.*
4. Gillespie W, Gillespie L, Parker M. Protectores de cadera para la prevención de fracturas de cadera en ancianos. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2011; Issue 11. Art. No: CD001255. Doi:10.1002/14651858.CD001255.
5. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Publishing. 1995 [consultado 23-3-2012]. Disponible en: <http://www.ebscohost.com/DynaMed>
6. Avenell A, Gillespie WJ, Gillespie LD, O'Connell D. Vitamina D y análogos para la prevención de fracturas asociadas con la osteoporosis senil y postmenopáusica (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus. 2009; Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library. 2009; Issue 2 Art no. CD000227. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Chung M, Lee J, Terasawa T, Lau J, Trikalinos TA. Vitamin d with or without calcium supplementation for prevention of cancer and fractures. An updated meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2011;155:827-38.
8. Spink MJ, Menz HB, Fotoohabadi MR, Wee E, Landorf KB, Hill KD, et al. Effectiveness of a multifaceted podiatry intervention to prevent falls in community dwelling older people with disabling foot pain: randomised controlled trial. *BMJ.* 2011;342:d3411.

Demencia y deterioro cognitivo leve

La demencia es un síndrome clínico que se caracteriza por deterioro de más de un dominio cognitivo (memoria, lenguaje, capacidad ejecutiva, etc.) respecto al nivel previo del paciente, lo suficientemente intenso como para provocarle una limitación funcional en sus actividades sociolaborales o familiares¹. En el 80% de las demencias¹ se presentan síntomas conductuales y psicológicos como delirios, agitación, depresión o apatía.

Habitualmente son cuadros progresivos e irreversibles, con una supervivencia de 4-11 años², condicionada por la etiología y los cuidados instaurados. Se calcula que en España hay entre 500.000 y 750.000 personas con demencia, con una prevalencia en mayores de 70 años del 10%¹. La mayor parte de las demencias está asociada a procesos degenerativos o vasculares relacionados con el envejecimiento, razón por la que la prevalencia de demencias ha aumentado y se duplicará en los próximos 30 años³. Es la enfermedad que origina más años de vida perdidos por discapacidad (350 años de vida perdidos/100.000 personas, frente a 247 de la diabetes)³ con gran coste económico sociofamiliar calculado en 21.000 euros por persona y año, asumidos en un 56% por cuidados informales³.

La edad es el factor de riesgo más importante para padecer demencia¹. Los factores de riesgo modificables se presentan en la tabla 1^{2,4}.

El deterioro cognitivo leve (DCL)^{1,5,6} se caracteriza por afectación adquirida y prolongada en el tiempo de algún

Tabla 1 Factores de riesgo modificables en la demencia^{3,4}

Factor	Riesgo (IC del 95%)
Depresión	OR 2,02 (1,8-2,26) ²
HTA no tratada	
PAS > 160 mm/Hg	RR: 1,5 (1,0-2,3) ⁴
Hipercolesterolemia en edades medias (> 6,5 mmol/l)	RR: 2,1 (1,0-4,4) ⁴
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	OR 1,74 (1,34-2,26) ²
Tabaquismo	HR: 2,01 (1,57-2,58) ²
Actividad física (alta frente a no ejercicio regular)	RR: 0,55 (0,34-0,88) ⁴
Alimentación rica en pescado	HR: 0,66 (0,47-0,93) ²
Alcohol moderado* (250-500 ml/d frente a +/- esa cantidad)	RR: 0,74 (0,61-0,91) ²
Relaciones sociales limitadas	
Vivir solo	RR: 1,5 (1,00-2,1) ²
Escasos lazos sociales	RR: 1,5 (1-2,4) ²
Educación (> 15 años frente a < 12 años)	RR 0,48 (0,27-0,84) ⁴
Tóxicos industriales (pesticidas, fertilizantes, fumigantes)	RR: 4,35 (1,05-17,90) ⁴
Estatinas	RR: 0,82 (0,46-1,46) ⁴
Antiinflamatorios no esteroideos	RR: 0,51 (0,37-0,70) ⁴

HR: *hazard ratio*; HTA: hipertensión arterial; IMC: índice de masa corporal; OR: *odds ratio*; PAS: presión arterial sistólica; RR: riesgo relativo.

*Más de 15 vasos de vino/día se asocia con incremento del riesgo de demencia.

área cognitiva objetivada por test y refrendada por un informador, pero sin interferir, o mínimamente, en sus actividades diarias y, por tanto, sin criterio de demencia. No hay consenso unánime sobre su nombre ni sobre su definición, pero sí sobre la utilidad de su uso clínico¹, ya que del 10 al 15 % de estos pacientes evoluciona cada año^{1,5} a una demencia, por lo que su identificación y seguimiento permitiría un diagnóstico temprano.

La demencia está infradiagnosticada en AP⁷. A pesar de la escasa posibilidad de tratamiento curativo, un diagnóstico realizado en las fases iniciales del proceso puede permitir planificar cuidados y tratamiento^{7,8} con el paciente y la familia, disminuyendo riesgos asociados. La divulgación del diagnóstico suele disminuir la ansiedad en pacientes y cuidadores¹ y da al paciente la oportunidad de realizar actividades deseadas y mantener su autonomía¹ ante decisiones vitales (voluntades anticipadas).

Síntesis de la evidencia

Cribado de demencia

En el momento actual, no hay suficiente evidencia que demuestre la utilidad y/o los riesgos de los programas de cribado en población asintomática^{5,7,8}. Algunas guías⁸ recomiendan vigilar a la población con enfermedades asociadas a mayor riesgo de demencia, como los pacientes con enfermedad de Parkinson o los que han tenido un ictus.

Hay acuerdo en aconsejar estar alerta ante síntomas de alarma (quejas de memoria, alteraciones de conducta, dificultad en las actividades de la vida diaria) que hagan sospechar un deterioro cognitivo, realizando en esos casos un estudio que permita detectar la demencia de forma temprana^{1,9}.

El deterioro cognitivo y funcional detectado en entrevista debe objetivarse mediante test o cuestionarios validados para la población en que va a utilizarse^{1,3,8}. Es preciso comprobar los cambios en el tiempo y confrontar la entrevista con algún informador fiable^{3,9}. En todos los pacientes hay que investigar los síntomas conductuales y psicológicos^{1,3,8}. A veces son necesarias evaluaciones periódicas para confirmar el diagnóstico⁹. El diagnóstico de demencia es clínico y requiere ajustarse a criterios estandarizados^{1,9}. Los más validados y recomendados internacionalmente^{1,8} son los de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR), que priorizan el trastorno de memoria presente desde el inicio en la enfermedad de Alzheimer, pero no en otro tipo de demencias.

Si tras la valoración se detecta DCL sin criterios de demencia es recomendable un seguimiento clínico periódico para comprobar su evolución^{6,8,9}. Hay diversos marcadores biológicos y de neuroimagen que ayudan a predecir en un contexto de investigación la progresión del DCL a demencia, pero no hay estudios que avalen por el momento su uso en la práctica clínica habitual¹.

Eficacia de las intervenciones en prevención de demencia y/o prevención del paso de deterioro cognitivo leve a demencia

— La realización de ejercicio físico, dieta saludable y prevención de factores de riesgo cardiovascular, en especial hipertensión arterial⁴ se han asociado en estudios observacionales a menor riesgo de demencia, aunque no hay

estudios con diseños adecuados que demuestren que puedan prevenirla^{1,3}.

- Aunque el consumo moderado de alcohol⁴ o el consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos² se han asociado a menor riesgo de enfermedad de Alzheimer, también tienen otros riesgos para la salud y no hay suficiente evidencia para recomendarlos en la prevención de la demencia¹. La vitamina C^{2,4}, la vitamina E^{2,4,8} y la terapia hormonal sustitutiva^{3,4,8} no son eficaces en la prevención primaria de la demencia^{1,4}.
- En el momento actual no se ha demostrado que se pueda prevenir la progresión de deterioro cognitivo a demencia con ejercicio físico^{1,6}, medidas de estimulación cognitiva^{1,6} o fármacos, incluidos Ginkgo biloba^{3,6} y los inhibidores de la acetilcolinesterasa^{1-4,6}.

Recomendaciones

- No se recomienda cribado de demencia en población asintomática mayor de 65 años
- Se recomienda un diagnóstico temprano de demencias para poder planificar cuidados, evitar riesgos y permitir al paciente tomar decisiones sobre su futuro
- Se recomienda realizar, ante síntomas de alarma que hagan sospechar una demencia, test cognitivos breves y entrevista clínica que incluya áreas cognitivas, repercusión funcional y los síntomas conductuales y psicológicos confrontándola, si es posible, con un informador fiable
- En el momento actual no se recomienda IACE (inhibidores de la acetilcolinesterasa) ni otros fármacos o complementos vitamínicos para prevenir el deterioro cognitivo y/o su progresión a demencia
- Se recomienda el seguimiento periódico de las personas con deterioro cognitivo leve por su elevado riesgo de desarrollo de demencia
- Se recomienda la realización de ejercicio físico, alimentación saludable y prevención de factores de riesgo cardiovascular, en especial la hipertensión, por su efecto beneficioso sobre la salud, aunque no se ha demostrado de forma clara su influencia en la prevención de demencia

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de la 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. 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 de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS Núm. 2009/07.
2. DynaMed. Ipswich (MA): EBSCO Publishing. 1995 [consultado 23-3-2012]. Disponible en: <http://www.ebscohost.com/DynaMed/>
3. Hort J, O'Brien JT, Gainotti G, Pirttila T, Popescu BO, Rektorova I, et al. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2010;17:1236-48.

4. Patterson C, Feightner JW, Garcia A, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 1. Risk assessment and primary prevention of Alzheimer disease. *CMAJ*. 2008;178:548-56.
5. Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, Tangalos EG, Cummings JL, DeKosky ST. Practice parameter: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56:1133-42.
6. Chertkow H, Massoud F, Nasreddine Z, et al. Diagnosis and treatment of dementia: 3. Mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia. *CMAJ*. 2008;178:1273-85.
7. Screening for Dementia, Topic Page. June 2003. US Preventive Services Task Force. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstdeme.htm>
8. NICE (2006) Dementia: supporting people with dementia and their carers in health and social care. NICE clinical guideline 42 [consultado 3-2011]. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/CG42>
9. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Demencias desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC; 2005.