



An initiative of the ABIM Foundation

CHOOSING WISELY:

**Elegir sabiamente en pacientes de
edad avanzada.**

M. Ángeles González Benítez

Málaga, 21 de junio de 2014.



An initiative of the ABIM Foundation

About

Lists

Partners

Grantees

Resources

SEARCH:



Partners
See Who Has
Joined the
Campaign

Lists

United States health care provider organizations representing more than one million providers developed lists of *Things Physicians and Providers Should Question* in recognition of the importance of conversations to improve care and eliminate unnecessary tests and procedures.

[Download a pdf of all specialty society lists](#)

These lists represent specific, evidence-based recommendations providers and patients should discuss together in order to make wise decisions about the most appropriate care based on their individual situation. Each list provides information on when tests and procedures may be appropriate, as well as the methodology used in its creation.

Choosing Wisely recommendations should not be used to establish coverage decisions or exclusions. Rather, they are meant to spur conversation about what is appropriate and necessary treatment. As each patient situation is unique, providers and patients should use the recommendations as guidelines to determine an appropriate treatment plan together.

In collaboration with the partner organizations, Consumer Reports has created resources for consumers and providers to engage in these important conversations about the overuse of medical tests and procedures that provide little benefit and in some cases harm.

Specialty Society Lists of Five Things Physicians and Patients Should Question (for physicians):

- [AMDA – Dedicated to Long Term Care Medicine](#)
- [American Academy of Allergy, Asthma & Immunology](#)
- [American Academy of Dermatology](#)
- [American Academy of Family Physicians](#)

Patient-Friendly Resources from Specialty Societies and Consumer Reports:

- [Allergy tests: When you need them and when you don't](#)
- [Antibiotics for ear infections in children: when you need them...](#)
- [Antibiotics for pink eye...](#)

1 Don't recommend percutaneous feeding tubes in patients with advanced dementia; instead offer oral assisted feeding.

Careful hand-feeding for patients with severe dementia is at least as good as tube-feeding for the outcomes of death, aspiration pneumonia, functional status and patient comfort. Food is the preferred nutrient. Tube-feeding is associated with agitation, increased use of physical and chemical restraints and worsening pressure ulcers.

2 Don't use antipsychotics as first choice to treat behavioral and psychological symptoms of dementia.

People with dementia often exhibit aggression, resistance to care and other challenging or disruptive behaviors. In such instances, antipsychotic medicines are often prescribed, but they provide limited benefit and can cause serious harm, including stroke and premature death. Use of these drugs should be limited to cases where non-pharmacologic measures have failed and patients pose an imminent threat to themselves or others. Identifying and addressing causes of behavior change can make drug treatment unnecessary.

3 Avoid using medications to achieve hemoglobin A1c <7.5% in most adults age 65 and older; moderate control is generally better.

There is no evidence that using medications to achieve tight glycemic control in older adults with type 2 diabetes is beneficial. Among non-older adults, except for long-term reductions in myocardial infarction and mortality with metformin, using medications to achieve glycated hemoglobin levels less than 7% is associated with harms, including higher mortality rates. Tight control has been consistently shown to produce higher rates of hypoglycemia in older adults. Given the long timeframe to achieve theorized microvascular benefits of tight control, glycemic targets should reflect patient goals, health status, and life expectancy. Reasonable glycemic targets would be 7.0 – 7.5% in healthy older adults with long life expectancy, 7.5 – 8.0% in those with moderate comorbidity and a life expectancy < 10 years, and 8.0 – 9.0% in those with multiple morbidities and shorter life expectancy.

4 Don't use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia, agitation or delirium.

Large scale studies consistently show that the risk of motor vehicle accidents, falls and hip fractures leading to hospitalization and death can more than double in older adults taking benzodiazepines and other sedative-hypnotics. Older patients, their caregivers and their providers should recognize these potential harms when considering treatment strategies for insomnia, agitation or delirium. Use of benzodiazepines should be reserved for alcohol withdrawal symptoms/delirium tremors or severe generalized anxiety disorder unresponsive to other therapies.

5 Don't use antimicrobials to treat bacteriuria in older adults unless specific urinary tract symptoms are present.

Cohort studies have found no adverse outcomes for older men or women associated with asymptomatic bacteriuria. Antimicrobial treatment studies for asymptomatic bacteriuria in older adults demonstrate no benefits and show increased adverse antimicrobial effects. Consensus criteria has been developed to characterize the specific clinical symptoms that, when associated with bacteriuria, define urinary tract infection. Screening for and treatment of asymptomatic bacteriuria is recommended before urologic procedures for which mucosal bleeding is anticipated.

6 Don't prescribe cholinesterase inhibitors for dementia without periodic assessment for perceived cognitive benefits and adverse gastrointestinal effects.

In randomized controlled trials, some patients with mild-to-moderate and moderate-to-severe Alzheimer's disease (AD) achieve modest benefits in delaying cognitive and functional decline and decreasing neuropsychiatric symptoms. The impact of cholinesterase inhibitors on institutionalization, quality of life and caregiver burden are less well established. Clinicians, caregivers and patients should discuss cognitive, functional and behavioral goals of treatment prior to beginning a trial of cholinesterase inhibitors. Advance care planning, patient and caregiver education about dementia, diet and exercise and non-pharmacologic approaches to behavioral issues are integral to the care of patients with dementia, and should be included in the treatment plan in addition to any consideration of a trial of cholinesterase inhibitors. If goals of treatment are not attained after a reasonable trial (e.g., 12 weeks), then consider discontinuing the medication. Benefits beyond a year have not been investigated and the risks and benefits of long-term therapy have not been well-established.

7 Don't recommend screening for breast or colorectal cancer, nor prostate cancer (with the PSA test) without considering life expectancy and the risks of testing, overdiagnosis and overtreatment.

Cancer screening is associated with short-term risks, including complications from testing, overdiagnosis and treatment of tumors that would not have led to symptoms. For prostate cancer, 1,055 men would need to be screened and 37 would need to be treated to avoid one death in 11 years. For breast and colorectal cancer, 1,000 patients would need to be screened to prevent one death in 10 years. For patients with a life expectancy under 10 years, screening for these three cancers exposes them to immediate harms with little chance of benefit.

8 Avoid using prescription appetite stimulants or high-calorie supplements for treatment of anorexia or cachexia in older adults; instead, optimize social supports, provide feeding assistance and clarify patient goals and expectations.

Unintentional weight loss is a common problem for medically ill or frail elderly. Although high-calorie supplements increase weight in older people, there is no evidence that they affect other important clinical outcomes, such as quality of life, mood, functional status or survival. Use of megestrol acetate results in minimal improvements in appetite and weight gain, no improvement in quality of life or survival, and increased risk of thrombotic events, fluid retention and death. In patients who take megestrol acetate, one in 12 will have an increase in weight and one in 23 will die. The 2012 AGS Beers criteria lists megestrol acetate and cyproheptadine as medications to avoid in older adults. Systematic reviews of cannabinoids, dietary polyunsaturated fatty acids (DHA and EPA), thalidomide and anabolic steroids, have not identified adequate evidence for the efficacy and safety of these agents for weight gain. Mirtazapine is likely to cause weight gain or increased appetite when used to treat depression, but there is little evidence to support its use to promote appetite and weight gain in the absence of depression.

9 Don't prescribe a medication without conducting a drug regimen review.

Older patients disproportionately use more prescription and non-prescription drugs than other populations, increasing the risk for side effects and inappropriate prescribing. Polypharmacy may lead to diminished adherence, adverse drug reactions and increased risk of cognitive impairment, falls and functional decline. Medication review identifies high-risk medications, drug interactions and those continued beyond their indication. Additionally, medication review elucidates unnecessary medications and underuse of medications, and may reduce medication burden. Annual review of medications is an indicator for quality prescribing in vulnerable elderly.

10 Avoid physical restraints to manage behavioral symptoms of hospitalized older adults with delirium.

Persons with delirium may display behaviors that risk injury or interference with treatment. There is little evidence to support the effectiveness of physical restraints in these situations. Physical restraints can lead to serious injury or death and may worsen agitation and delirium. Effective alternatives include strategies to prevent and treat delirium, identification and management of conditions causing patient discomfort, environmental modifications to promote orientation and effective sleep-wake cycles, frequent family contact and supportive interaction with staff. Nursing educational initiatives and innovative models of practice have been shown to be effective in implementing a restraint-free approach to patients with delirium. This approach includes continuous observation; trying re-orientation once, and if not effective, not continuing; observing behavior to obtain clues about patients' needs; discontinuing and/or hiding unnecessary medical monitoring devices or IVs; and avoiding short-term memory questions to limit patient agitation. Pharmacological interventions are occasionally utilized after evaluation by a medical provider at the bedside, if a patient presents harm to him or herself or others. Physical restraints should only be used as a very last resort and should be discontinued at the earliest possible time.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.
2. Uso de antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Objetivo de hemoglobina glicosilada $<7.5\%$ en pacientes diabéticos mayores de 65 años.
4. Uso de benzodiazepinas como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.
2. Uso de antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Objetivo de hemoglobina glicosilada $<7.5\%$ en pacientes diabéticos mayores de 65 años.
4. Uso de benzodiazepinas como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.

- Supuestos beneficios:
 - Prevención de neumonía por aspiración.
 - Prevención de las consecuencias de la malnutrición.
 - Aumento de la supervivencia.
 - Prevención o mejoría de úlceras por presión.
 - Reducción del riesgo de infecciones.
 - Mejoría de la situación funcional.
 - Mayor comodidad para el paciente.

Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.

- Supuestos beneficios:

NO DEMOSTRADOS

- Prevención de neumonía por aspiración.
- Prevención de las consecuencias de la malnutrición.
- Aumento de la supervivencia.
- Prevención o mejoría de úlceras por presión.
- Reducción del riesgo de infecciones.
- Mejoría de la situación funcional.
- Mayor comodidad para el paciente.

Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.

- Efectos adversos:
 - **Neumonía por aspiración.**
 - Agitación, aumento del uso de sujeción mecánica y fármacos sedantes.
 - Empeoramiento de úlceras por presión.
 - Mortalidad periprocedimiento:
 - 2% gastrostomías endoscópicas.
 - 6-24% quirúrgicas.

Uso de sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada.

- Efectos adversos:
 - Neumonía por aspiración.
 - Agitación, aumento del uso de sujeción mecánica y fármacos sedantes.
 - Empeoramiento de úlceras por presión.
 - Mortalidad periprocedimiento:
 - 2% gastrostomías endoscópicas.
 - 6-24% quirúrgicas.
- **Alternativa:**
 - **ALIMENTACIÓN ORAL ASISTIDA**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. Uso de antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Objetivo de hemoglobina glicosilada $<7.5\%$ en pacientes diabéticos mayores de 65 años.
4. Uso de benzodiazepinas como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

Uso de antipsicóticos como 1ª opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia

- Síntomas no cognitivos frecuentes:
 - Alucinaciones, delirio, ansiedad, agitación, agresividad...
- Fármacos antipsicóticos:
 - Beneficios clínicos limitados
 - Efectos adversos frecuentes en ancianos:
 - Sedación, confusión, síntomas extrapiramidales...
 - Riesgo efectos adversos graves en demencia por cuerpos de Lewy.

Uso de antipsicóticos como 1ª opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia

- Valorar posibles causas de síntomas no cognitivos:
 - Enfermedad aguda intercurrente
 - Depresión
 - Dolor
 - Efectos adversos medicación...
- Plantear medidas no farmacológicas.

Uso de antipsicóticos como 1ª opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia

- Valorar posibles causas de síntomas no cognitivos:
 - Enfermedad aguda intercurrente
 - Depresión
 - Dolor
 - Efectos adversos medicación...
- Plantear medidas no farmacológicas.
- **Uso de antipsicóticos siempre que existan síntomas graves o riesgo de daño para el paciente o terceras personas.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. No usar antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Objetivo de hemoglobina glicosilada $<7.5\%$ en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.
4. Uso de benzodiazepinas como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

Objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.

- Argumentos a favor del control glucémico intensivo:
 - Resultados de estudios observacionales
 - Estudios en diabetes mellitus tipo 1
 - Reducción infarto miocardio (UKPDS)
 - Mejoría de las complicaciones renales

Objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.

- Argumentos a favor del control glucémico intensivo:
 - Resultados de estudios observacionales
 - Estudios en diabetes mellitus tipo 1
 - Reducción infarto miocardio (UKPDS)
 - Mejoría de las complicaciones renales
- Control glucémico intensivo vs convencional :
 - Mayor mortalidad o similar
 - Similares resultados en eventos cardiovasculares
 - Hipoglucemias severas
 - Aumento de peso

Objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.

Table 3. Mean Age of Participants in Randomized Controlled Trials of Tight Control of Type 2 Diabetes Mellitus

Trial	Mean Age
Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation ⁸	66
Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes ⁷	62
Veterans Affairs Diabetes Trial ⁹	60
U.K. Prospective Diabetes Study ¹⁴	53
University Group Diabetes Program ¹⁰	52
Steno-2 ⁵	55
Kumamoto ²⁸	50

Finucane TE. "Tight Control" in geriatrics: The emperor wears a thong. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 Aug 6;60:1571–1575.

Objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.

- Objetivos de hemoglobina glicosilada en mayores de 65:
 - **7 - 7,5%: sanos con esperanza de vida larga.**
 - **7,5 - 8%: comorbilidad y esperanza de vida <10 años.**
 - **8 - 9%: calidad de vida muy deteriorada y esperanza de vida corta.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. No usar antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Evitar plantear un objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.
4. Uso de benzodiazepinas como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

Uso de benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.

- Uso de benzodiazepinas y otros hipnóticos en ancianos:
 - Mayor riesgo de efectos adversos:
 - Confusión, alteración del equilibrio, ataxia, alteración de las funciones cognitiva y motora.
 - Relacionado con aumento del riesgo de sufrir accidentes de tráfico, caídas, fracturas de cadera y muerte.

Uso de benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.

- Valorar antes de prescribir:
 - Patologías que producen alteración del equilibrio y la marcha.
 - Si el paciente está tomando sedantes/psicotropos.
 - Usar la mitad de la dosis recomendada para adultos.
 - Vida media de eliminación del fármaco.
 - Clonazepam: 30-40 horas.
 - Diazepam hasta 100 horas.

Uso de benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.

- Valorar antes de prescribir:
 - Patologías que producen alteración del equilibrio y la marcha.
 - Si el paciente está tomando sedantes/psicotropos.
 - Usar la mitad de la dosis recomendada para adultos.
 - Vida media de eliminación del fármaco.
- **Reservar el uso de benzodiazepinas para:**
 - **Síndrome de abstinencia alcohólica/delirium tremens.**
 - **Trastorno de ansiedad generalizada severa que no responde a otros tratamientos.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. No usar antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Evitar plantear un objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.
4. No usar benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

- Bacteriuria asintomática:
 - presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonias de uropatógenos por mililitro en dos muestras de orina consecutivas en pacientes sin síntomas urinarios.
- Más frecuente en ancianos.

Uso de antibióticos para el tratamiento de bacteriuria asintomática en ancianos.

- Bacteriuria asintomática:
 - presencia de más de 100.000 unidades formadoras de colonias de uropatógenos por mililitro en dos muestras de orina consecutivas en pacientes sin síntomas urinarios.
- Más frecuente en ancianos.
- Tratamiento de la bacteriuria asintomática:
 - No ha demostrado beneficios en cuanto a morbilidad, mortalidad o incontinencia urinaria.
 - Efectos adversos.
 - Selección de cepas resistentes.
 - **Indicado en cirugía urológica.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 primeras)

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. No usar antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Evitar plantear un objetivo de hemoglobina glicosilada <7.5% en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.
4. No usar benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. No usar antibióticos para el tratamiento de bacteriuria en ancianos a menos que existan síntomas urinarios específicos.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. Uso de inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia.
7. Screening de cáncer (mama/colorrectal/próstata).
8. Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en ancianos.
9. Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. Uso de inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia.
7. Screening de cáncer (mama/colorrectal/próstata).
8. Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en ancianos.
9. Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Uso de inhibidores de colinesterasa para el tratamiento de la demencia.

- Donepezilo, rivastigmina y galantamina
- Beneficios limitados en función cognitiva y actividades de la vida diaria.
 - Ensayos clínicos con limitaciones metodológicas.
- 30-50% pacientes no responden.
- Efectos adversos, sobre todo gastrointestinales.
- No efectos demostrados en retraso de institucionalización/discapacidad.

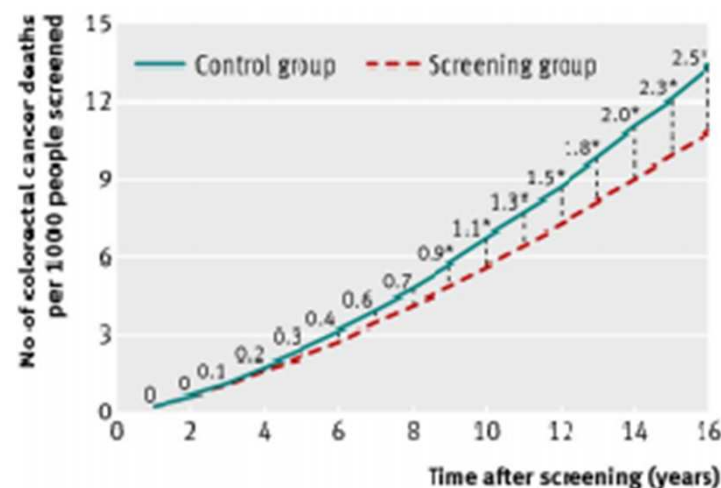
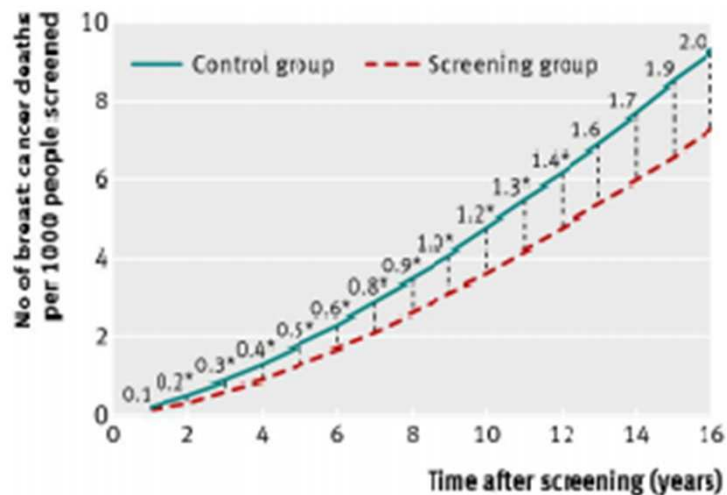
Uso de inhibidores de colinesterasa para el tratamiento de la demencia.

- Donepezilo, rivastigmina y galantamina
- Beneficios limitados en función cognitiva y actividades de la vida diaria.
 - Ensayos clínicos con limitaciones metodológicas.
- 30-50% pacientes no responden.
- Efectos adversos, sobre todo gastrointestinales.
- No efectos demostrados en retraso de institucionalización/ discapacidad.
- **Revisar a los 3 meses de inicio del tratamiento:**
 - **Valorar retirada si no repuesta o efectos adversos.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. Screening de cáncer (mama/colorrectal/próstata).
8. Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Screening de cáncer (mama/colorrectal)



Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ*. 2012 Jan 8;346:e8441.

- Tiempo desde screening hasta prevención de un fallecimiento por 1000 pacientes estudiados:
 - Cáncer de mama: 10.7 años.
 - Cáncer colorrectal: 10.3 años.
- **No recomendar screening en pacientes con esperanza de vida menor a 10 años.**

Screening de cáncer de próstata

- Determinación de PSA como screening de cáncer de próstata:
 - Ensayo clínico europeo (ERSPC):
 - Escaso beneficio en varones de entre 55 y 69 años:
 - **Ningún beneficio en mayores de 70 años.**
 - **No reduce la mortalidad global.**
 - Ningún beneficio en otros estudios.
 - **Riesgos derivados del sobrediagnóstico y sobretratamiento.**
 - 75% autopsias a varones mayores de 85 años detectan cáncer de próstata localizado.
 - ¿Tratamiento de tumores silentes con prostatectomía radical y/o radioterapia?
 - **Grado de recomendación D: riesgos/daños superan o igualan los beneficios.**

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. No realizar screening de cáncer mama/colorrectal/próstata sin valorar la esperanza de vida y los riesgos.
8. Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

- Suplementos hiperproteicos en ancianos en riesgo de malnutrición:
 - No modifican mortalidad global.
 - Podrían reducir la mortalidad en el subgrupo de pacientes malnutridos . RR 0.79 (IC95% 0,64-0.97)

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

- Suplementos hiperproteicos en ancianos en riesgo de malnutrición:
 - No modifican mortalidad global.
 - Podrían reducir la mortalidad en el subgrupo de pacientes malnutridos . RR 0.79 (IC95% 0,64-0.97).
- Suplementos hipercalóricos en demencia:
 - Producen ganancia de peso.
 - No modifican la situación funcional
 - No modifican la mortalidad.

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

- Acetato de megestrol:
 - Mejora el apetito y produce discreta ganancia de peso.
 - Efectos adversos (trombosis, retención hídrica, muerte).
 - *“De los pacientes que están en tratamiento con acetato de megestrol:*
 - *1 de cada 4 mejorará su apetito*
 - *1 de cada 12 ganará peso*
 - *1 de cada 23 morirá”.*

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

- Ácido eicosapentaenoico (EPA) en el tratamiento de anorexia/caquexia cancerosa:
 - No ha demostrado mejores resultados que placebo o que suplementos sin EPA.
- Tampoco han demostrado beneficios talidomida, mirtazapina...

Uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.

La pérdida de peso inexplicada es frecuente en ancianos.

Tratamiento: ???

- Ácido eicosapentaenoico (EPA) en el tratamiento de anorexia/caquexia cancerosa:
 - No ha demostrado mejores resultados que placebo o que suplementos sin EPA.
- Tampoco han demostrado beneficios talidomida, mirtazapina...

Aclarar con el paciente y la familia las expectativas.

Mejorar el soporte social.

Ofrecer asistencia para la alimentación.



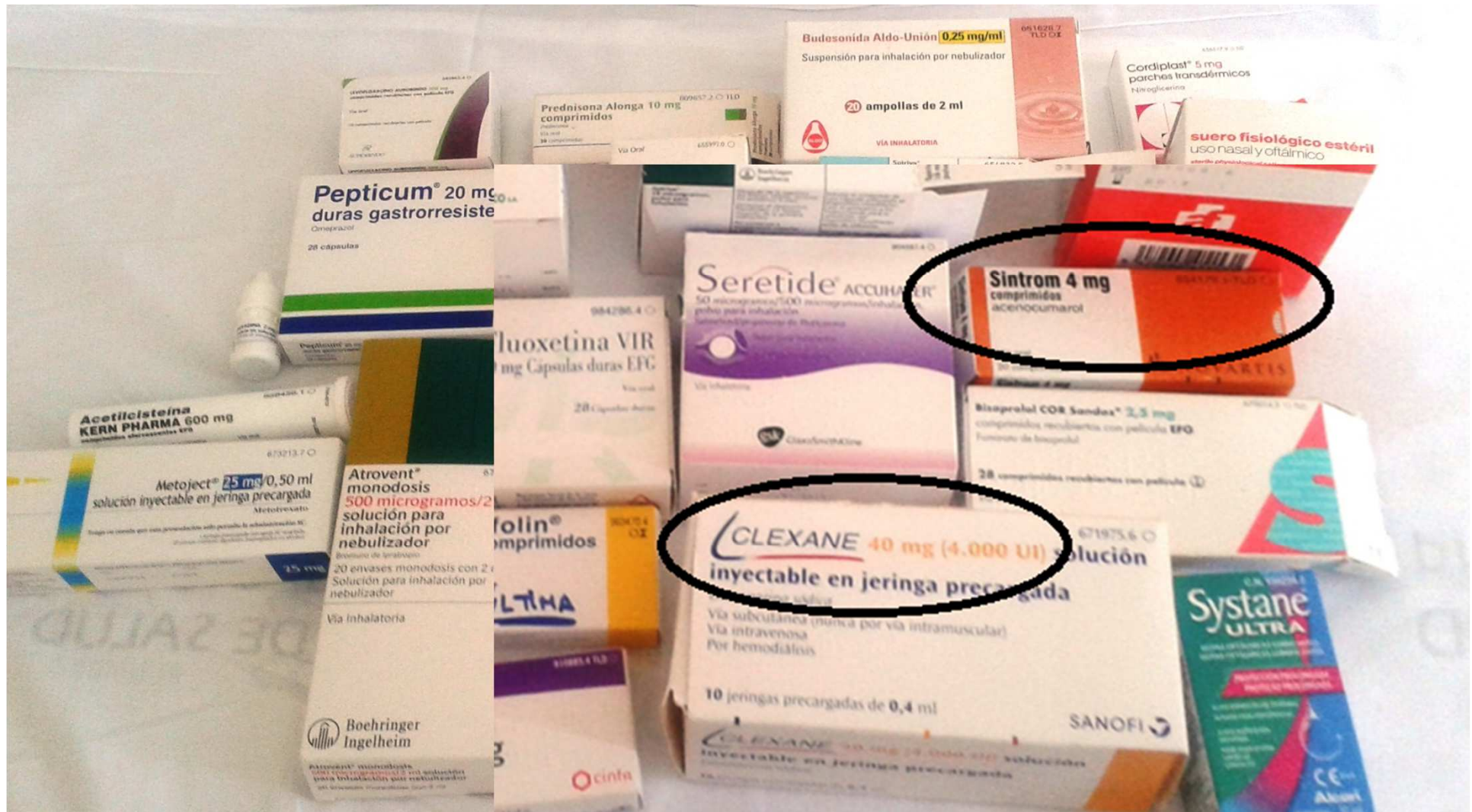
10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. No realizar screening de cáncer mama/colorrectal/próstata sin valorar la esperanza de vida y los riesgos.
8. Evitar el uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.



Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.



Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.

- Polifarmacia:
 - Aumenta el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas.
 - Disminuye la adherencia al tratamiento.
 - Produce mayor morbilidad y mortalidad en ancianos.



Prescripción de medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.

- Polifarmacia:
 - Aumenta el riesgo de efectos adversos y de interacciones medicamentosas.
 - Disminuye la adherencia al tratamiento.
 - Produce mayor morbilidad y mortalidad en ancianos.
- **Revisión completa de los medicamentos que toma el paciente, como mínimo una vez al año:**
 - Identificar medicación de alto riesgo.
 - Detectar interacciones medicamentosas.
 - Suspender tratamientos innecesarios.
 - Indicar tratamientos que sí precisa el paciente.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. No realizar screening de cáncer mama/colorrectal/próstata sin valorar la esperanza de vida y los riesgos.
8. Evitar el uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. No prescribir nueva medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

- Uso de contención mecánica:
 - Riesgo de lesiones graves o muerte.
 - Empeora el delirium.
 - Disminuye la capacidad de recuperación funcional tras el ingreso.



Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

- Uso de contención mecánica:
 - Riesgo de lesiones graves o muerte.
 - Empeora el delirium.
 - Disminuye la capacidad de recuperación funcional tras el ingreso.
- **Manejo del delirium: PREVENCIÓN**
 - Identificar factores predisponentes y precipitantes.
 - Ambiente tranquilo.
 - Reorientar al paciente.
 - Respetar las horas de sueño.
 - Evitar dolor, incomodidad...



Uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

- **Contención mecánica:**
 - **Último recurso.**
 - Alto riesgo de daño para el paciente u otras personas.
 - SIEMPRE LO MÁS BREVE POSIBLE.

Protocolo de contención mecánica del Servicio Andaluz de Salud:

<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/listadodeterminado.asp?idp=410>



10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar (las 5 últimas)

6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. No realizar screening de cáncer mama/colorrectal/próstata sin valorar la esperanza de vida y los riesgos.
8. Evitar el uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. No prescribir nueva medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Evitar el uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

10 cosas que médicos y pacientes deberían cuestionar en edad avanzada

1. No recomendar sondas de alimentación percutánea en demencia avanzada. Ofrecer alimentación oral asistida.
2. No usar antipsicóticos como primera opción para el tratamiento de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia.
3. Evitar plantear un objetivo de hemoglobina glicosilada $<7.5\%$ en diabéticos tipo 2 mayores de 65 años.
4. No usar benzodiazepinas y otros hipnóticos como primera opción en el tratamiento de insomnio, agitación o delirium en ancianos.
5. No usar antibióticos para el tratamiento de bacteriuria en ancianos a menos que existan síntomas urinarios específicos.
6. No usar inhibidores de la colinesterasa para el tratamiento de demencia sin revisión periódica de los efectos.
7. No realizar screening de cáncer mama/colorrectal/próstata sin valorar la esperanza de vida y los riesgos.
8. Evitar el uso de estimulantes del apetito o suplementos hipercalóricos para tratar la anorexia/caquexia en los ancianos.
9. No prescribir nueva medicación sin revisar el tratamiento completo del paciente.
10. Evitar el uso de medidas de sujeción mecánica para el manejo del delirium en ancianos hospitalizados.

Bibliografía

1. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: A review of the evidence. *JAMA*. 1999;282(14):1365-1370.
2. Gabriel SE, Normand ST. Getting the methods right – The foundation of patient-centered outcomes research. *N Engl J Med* [Internet]. 2012 Aug 30;367(9):787-90.
3. Teno JM, Feng Z, Mitchell SL, Kuo S, Intrator O, Mor V. Do financial incentives of introducing case mix reimbursement increase feeding tube use in nursing home residents? *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2008 May;56(5):887–890.
4. Teno JM, Mitchell SL, Kuo SK, Gozalo PL, Rhodes RL, Lima JC, Mor V. Decision-making and outcomes of feeding tube insertion: A five-state study. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2011 May;59(5):881–886.
5. Palecek EJ, Teno JM, Casarett DJ, Hanson LC, Rhodes RL, Mitchell SL. Comfort feeding only: A proposal to bring clarity to decision-making regarding difficulty with eating for persons with advanced dementia. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2010 Mar;58(3):580–584.
6. Hanson LC, Carey TS, Caprio AJ, Lee TJ, Ersek M, Garrett J, Jackman A, Gilliam R, Wessell K, Mitchell SL. Improving decision-making for feeding options in advanced dementia: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2011 Nov;59(11):2009–2016.
7. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616-31.
8. National Institute for Health and Clinical Excellence and Social Care Institute for Excellence NICE-SCIE. National Collaborating Centre for Mental Health. Clinical guidelines #42: Dementia: Supporting people with dementia and their careers in health and social care [Internet] London. 2006 Nov: Amended 2011 Mar [cited 2012 Oct 16]. Available from: www.nice.org.uk/CG042
9. Maher A, Maglione M, Bagley S, Suttorp M, Hu JH, Ewing B, Wang Z, Timmer M, Sultzer D, Shekelle PG. Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic medications for off-label uses in adults: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2011 Sep 28;306(12):1359-69.
10. Schneider LS, Tariot PN, Dagerman KS, Davis SM, Hsiao JK, Ismail MS, Lebowitz BD, Lyketsos CG, Ryan JM, Stroup TS, Sultzer DL, Weintraub D, Lieberman JA; CATIE-AD Study Group. Effectiveness of atypical antipsychotic drugs in patients with Alzheimer's disease. *N Engl J Med* [Internet]. 2006 Oct 12;355(15):1525-38.
11. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in Type 2 Diabetes. *N Eng J Med* [Internet]. 2008 Jun 12;258(24):2545–2559.
12. The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Eng J Med* [Internet]. 2011 Mar 3;364(9):818–828.
13. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven P, Zeive FJ, Marks J, David SN, Hayward R, Warren SR, Goldman S, McCarren M, Vitek ME, Henderson WG, Huang GD. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Eng J Med* [Internet]. 2009. 360(2):129–139.
14. ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* [Internet]. 2008 Jun 12;358:2560-72.

Bibliografía

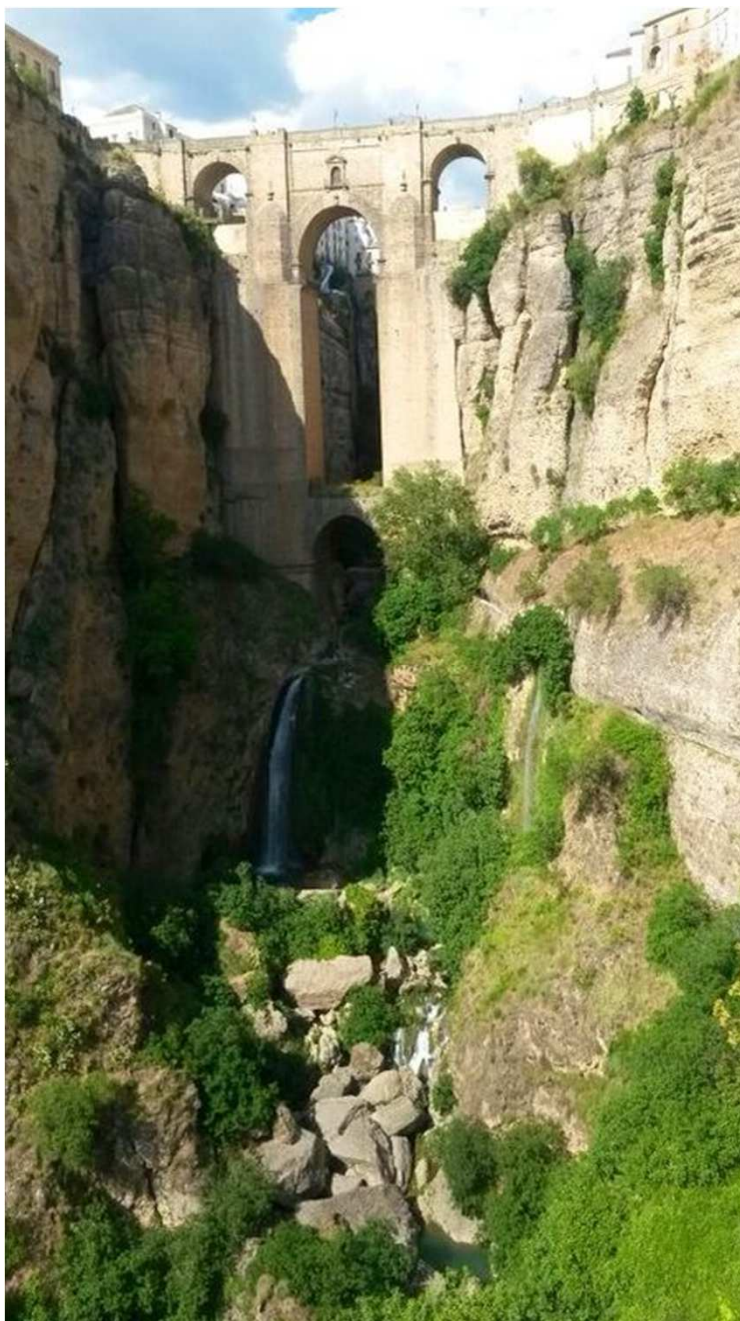
15. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* [Internet]. 1998;352:854-65.
16. Montori VM, Fernández-Balsells M. Glycemic control in type 2 diabetes: Time for an evidence-based about-face? *Ann Intern Med* [Internet]. 2009 Jun 2;150(11):803-8. Erratum in: *Ann Intern Med*. 2009 Jul 21;151(2):144. PMID: 19380837
17. Finucane TE. "Tight Control" in geriatrics: The emperor wears a thong. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012 Aug 6;60:1571–1575.
18. Kirkman MS, Briscoe VJ, Clark N, Florez H, Haas LB, Halter JB, Huang ES, Korytkowski MT, Nunshi MN, Odegard PS, Pratley RE, Swift CS. Diabetes in older adults: A consensus report. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Oct;60(12):2342-2356.
19. Finkle WD, Der JS, Greenland S, Adams JL, Ridgeway G, Blaschke T, Wang Z, Dell RM, VanRiper KB. Risk of fractures requiring hospitalization after an initial prescription of zolpidem, alprazolam, lorazepam or diazepam in older adults. *J Am Geriatr Soc*. [Internet]. 2011 Oct;59(10):1883–1890.
20. Allain H, Bentue-Ferrer D, Polard E, Akwa Y, Patat A. Postural instability and consequent falls and hip fractures associated with use of hypnotics in the elderly: a comparative review. *Drugs Aging* [Internet]. 2005;22(9):749–765.
21. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616-31.
22. Nordenstam GR, Brandberg CA, Odén AS, Svanborg Edén CM, Svanborg A. Bacteriuria and mortality in an elderly population. *N Engl J Med*. 1986 May 1;314(18):1152–1156.
23. Nicolle LE, Mayhew WJ, Bryan L. Prospective randomized comparison of therapy and no therapy for asymptomatic bacteriuria in institutionalized elderly women. *Am J Med*. 1987 Jul;83(1):27–33.
24. Juthani-Mehta M. Asymptomatic bacteriuria and urinary tract infection in older adults. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2007 Aug;23(3):585–594.
25. Nicolle LE, Bradley S, Colgan R, Rice JC, Schaeffer A, Hooton TM; Infectious Diseases Society of America; American Society of Nephrology; American Geriatric Society. Infectious Diseases Society of America Guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clin Infect Dis*. [Internet]. 2005 Mar 1;40(5):643-65.
26. Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R, Lynch L, Sellwood E, Edwards S, Hardyman W, Raftery J, Crome P, Lendon C, Shaw H, Bentham P; AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomized double-blind trial. *Lancet*. 2004 Jun 26;363(9427):2105–15.
27. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616–31.
28. Kaduszkiewicz H, Zimmermann T, Beck-Bornholdt HP, van den Bussche H. Cholinesterase inhibitors for patients with Alzheimer's disease: systematic review of randomized clinical trials. *BMJ*. 2005 Aug 6;331(7512):321–7.
29. Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006 Jan 25;(1):CD005593.

Bibliografía

30. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, Kwiatkowski M, Lujan M, Lilja H, Zappa M, Denis LJ, Recker F, Páez A, Määttä L, Bangma CH, Aus G, Carlsson S, Villers A, Rebillard X, van der Kwast T, Kujala PM, Blijenberg BG, Stenman UH, Huber A, Taari K, Hakama M, Moss SM, de Koning HJ, Auvinen A; ERSPC Investigators. Prostate-cancer mortality at 11 years of follow-up. *N Engl J Med*. 2012 Mar 15;366(11):981–90.
31. Moyer VA; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for prostate cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2012 July 17;157(2):120–34.
32. Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA*. 2001 Jun 6;285(21):2750–6.
33. Lee SJ, Boscardin WJ, Stijacic-Cenzer I, Conell-Price J, O'Brien S, Walter LC. Time lag to benefit after screening for breast and colorectal cancer: meta-analysis of survival data from the United States, Sweden, United Kingdom, and Denmark. *BMJ*. 2012 Jan 8;346:e8441.
34. Hanson LC, Ersek M, Gilliam R, Carey TS. Oral feeding options for people with dementia: a systematic review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:463–72.
35. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Apr 15;2:CD003288. DOI: 10.1002/14651858.CD003288.pub3.
36. Ruiz García V, López-Briz E, Carbonell Sanchis R, Gonzálvez Perales JL, Bort-Martí S. Megestrol acetate for treatment of anorexia-cachexia syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Mar 28;3:CD004310.
37. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Apr;60(4):616–31.
38. Mazotta P, Jeney CM. Anorexia-cachexia syndrome: a systematic review of the role of dietary polyunsaturated fatty acids in the management of symptoms, survival, and quality of life. *J Pain Symptom Manage*. 2009;37:1069–77.
39. Dewey A, Baughan C, Dean TP, Higgins B, Johnson I. Eicosapentaenoic acid (EPA, an omega-3 fatty acid from fish oils) for the treatment of cancer cachexia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Jan 24;1:CD004597.
40. Reid J, Mills M, Cantwell M, Cardwell CR, Murray LJ, Donnelly M. Thalidomide for managing cancer cachexia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012 Apr 18;4:CD008664.
41. Yavuzsen T, Davis MP, Walsh D, LeGrand S, Lagman R. Systematic review of the treatment of cancer-associated anorexia and weight loss. *J Clin Oncol*. 2005;23:8500–11.
42. Watanabe N, Omori IM, Nakagawa A, Cipriani A, Barbui C, Churchill R, Furukawa TA. Mirtazapine versus other antidepressive agents for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011 Dec 7;12:CD006528.
43. Fox CB, Treadway AK, Blaszczyk, Sleeper RB. Megestrol acetate and mirtazapine for the treatment of unplanned weight loss in the elderly. *Pharmacotherapy*. 2009;29(4):383–97.
44. J. 2012 Jan 8;346:e8441.

Bibliografía

45. National Committee for Quality Assurance. *Improving quality and patient experience - the state of health care quality 2013*. Washington (DC): National Committee for Quality Assurance; 2013 Oct. 206 p.
46. Shrank WH, Polinski JM, Avorn J. Quality indicators for medication use in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55 (suppl 2):S373–82.
47. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharm*. 2007 Dec;5(4):345–51.
48. Steinman MA, Hanlon JT. Managing medications in clinically complex elders: “There’s got to be a happy medium”. *JAMA*. 2010 Oct 13;304(14):1592–1601.
49. Drenth-van Maanen AC, van Marum RJ, Knol W, van der Linden CM, Jansen PA. Prescribing optimization method for improving prescribing in elderly patients receiving polypharmacy. *Drugs Aging*. 2009;26(8):687–701.
50. Bray K, Hill K, Robson W, Leaver G, Walker N, O’Leary M, Delaney T, Walsh D, Gager M, Waterhouse C; British Association of Critical Care Nurses. British Association of Critical Care Nurses position statement on the use of restraint in adult critical care units. *Nurs Crit Care*. 2004 Sep-Oct;9(5):199–212.
51. Center for Medicare & Medicaid Services. *Electronic Code of Federal Regulations*. Condition of participation: patient’s rights. 42 C.F.R. 482.13.
52. Cotter VT, Evans LK. Avoiding restraints in hospitalized older adults with dementia. *Best practices in nursing care to older adults with dementia*. 2012;D1
53. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med*. 2006;354:1157–65.
54. Minnick AF, Mion LC, Johnson ME, Catrambone C, Leipzig R. Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the U.S. *J Nurs Scholarsh*. 2007;39(1):30–7.
55. Maccioli GA, Dorman T, Brown BR, Mazuski JE, McLean BA, Kuszaj JM, Rosenbaum SH, Frankel LR, Devlin JW, Govert JA, Smith B, Peruzzi WT; American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: use of restraining therapies – American College of Critical Care Medicine Task Force 2001-2002. *Crit Care Med*. 2003;31(11): 2665–767.
56. Mott S, Poole J, Kenrick M. Physical and chemical restraints in acute care: their potential impact on rehabilitation of older people. *Int J Nurs Pract*. 2005 Jun;11(3):95–101.
57. Flaherty JH, Little MO. Matching the environment to patients with delirium: lessons learned from the delirium room, a restraint-free environment for older hospitalized adults with delirium. *J Am Geriatr Soc*. 2011 Nov;59Suppl 2:S295–300.



GRACIAS POR SU ATENCIÓN