



EDITORIAL

Prescripción inadecuada en el mayor; herramientas clínicas más allá de la simple evaluación

Inappropriate prescribing in the elderly: clinical tools beyond the simple assessment

Iñaki Martín Lesende

Médico de Familia. Centro de Salud de San Ignacio, Comarca Bilbao de Atención Primaria, Vizcaya, España

La prescripción inadecuada (PI), entendida como aquella que debiera evitarse por el riesgo de reacciones adversas a medicamentos (RAM), interacciones, duplicidades, o por su bajo o valor terapéutico, supone un problema de primer orden en el abordaje de la persona mayor. Esto es así tanto por su repercusión clínica (asociación con ingresos hospitalarios, morbilidad y ser, junto a la polifarmacia, un factor de riesgo para la pérdida funcional), como por el coste derivado y la necesidad de adecuación de nuevas intervenciones sanitarias eficientes buscando una consonancia con el envejecimiento poblacional. La magnitud del problema se refuerza por la proporción de personas mayores con polifarmacia, en torno a un 35%¹, que a su vez se asocia con RAM, interacciones medicamentosas, incumplimiento terapéutico o la propia PI; y por el hecho de que aunque las personas de 65 o más años suponen aproximadamente el 17% de la población española, consumen el 73% del gasto farmacéutico^{2,3}.

Disponemos de diversos métodos y herramientas para identificar PI en personas mayores, desde los pioneros y extendidos criterios de Beers⁴, a los más recientes europeos STOPP/START^{5,6}, pasando por otros como los IPET⁷, MAI⁸ o ACOVE⁹. Entre ellos, los criterios STOPP/START (STOPP: 68 criterios de PI organizados por sistemas fisiopatológicos; START: 22 recomendaciones de tratamiento según diversas situaciones clínicas), originados en Irlanda, aportan una mejor adecuación a nuestro medio y realidad asistencial, y la consideración de omisión en la prescripción a partir de las recomendaciones para diversas situaciones clínicas (criterios START). Desde hace tan sólo 2 años se empezaron a publicar experiencias con el empleo de estos criterios STOPP/START traducidos o adaptados en España¹⁰, y van en claro aumento desde entonces, gracias al incremento progresivo de experiencias con ellos.

El estudio de Francisco Mera et al, «Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad, ¿somos conscientes de ello?», publicado en este número¹¹, determina y analiza la PI en una muestra de personas de 85 años a través de una selección, por los propios autores, de algunos de los criterios STOPP y de Beers. Obtienen un elevado porcentaje de personas con PI, el

69,2% tenía uno o más medicamentos inapropiados y el 37,2% de éstos era de tipo cardiovascular, aunque lo más frecuente fue el empleo de benzodiacepinas (23,1%), como ha sido descrito también por muchos otros autores. Además de este alto porcentaje, me parece importante resaltar el paso más que dan, desde la simple descripción de la PI a buscar asociaciones con ciertas condiciones, como la asociación de PI cardiovascular con la dislipidemia o la HTA; esto puede ser de utilidad para orientar intervenciones o estar pendientes en determinadas situaciones, cuando se inician o controlan las prescripciones. A través de su estudio podemos plantear unas reflexiones en torno a PI:

- El tema tiene gran importancia, considerando su proporción y relevancia potencial clínica.
- No existen todavía herramientas o criterios definitivos para identificar la PI.
- Es importante determinar y analizar la PI, pero existe una necesidad de conocer las consecuencias y repercusión que tienen las intervenciones para modificar esta medicación inadecuada una vez identificada.

Es en este último punto donde finalmente me gustaría centrarme de una manera general. Existen bastantes experiencias con el uso de herramientas para determinar PI en el paciente anciano, aunque pocas de ellas han analizado la repercusión clínica para modificar y adecuar la medicación, que es lo verdaderamente relevante. En consecuencia, existe controversia sobre si la detección sistemática y la actuación sobre la PI por los propios facultativos mejoran los resultados o indicadores de prescripción y de salud. Los sistemas informáticos de alerta y la formación con pacientes institucionalizados sí parecen medidas efectivas para adecuar la medicación y reducir la polifarmacia², pero disponemos de escasa información respecto a otras intervenciones, incluyendo las estrategias de formación de los propios profesionales. Y es aquí donde también tenemos que centrar nuestros trabajos: analizar la potencialidad de cambio por parte de los profesionales una vez conocidas las recomendaciones establecidas para sus propias prescripciones, conocer los motivos para no seguirlas, evaluar los cambios introducidos y barreras para los mismos, y su mantenimiento en el tiempo, etc. Conocer la amplia proporción y

Correo electrónico: inakimartinlesende@osakidetza.net

características de la medicación inadecuada es un primer paso muy importante, pero considero que debe seguirse de un conocimiento de la traducción clínica tras aplicarse diferentes estrategias de intervención, considerando los aspectos referidos. Espero, y confío en ello, que los equipos como el de Francisco Mera y otros investigadores en este campo nos aporten experiencias en este sentido, que además van a ir delimitando mejor la utilidad de las herramientas empleadas; sobre todo porque son los que mejor las van a ir entendiendo.

Financiación

Ayudas 2010 a la investigación del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, exp 2010111144.

Bibliografía

1. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, Gabarre P, Pérez del Molino J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Publica*. 1998;72:2009-19.
2. Blasco F, Martínez J, Villares P, Jiménez AI. El paciente anciano polimedocado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 2005;29:152-62.
3. Luque A, del Canto M, Gorroñoigoitia A, Martín Lesende I, López-Torres JD, Baena JM. Actividades preventivas en los mayores. En: semFYC. PAPPs (Programa de actividades y de promoción de la salud) actualización 2009. Barcelona: semFYC ediciones; 2009. pp. 25-38.
4. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, MacLean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med*. 2003;163:2716-24.
5. Gallaher P, O'Mahony. STOPP (screening tool of older person's potentially inappropriate prescriptions): application to acutely ill elderly patients and comparison with Beers criteria. *Age Ageing*. 2008;37:637-9.
6. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment): an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing*. 2007;36:632-8.
7. Naugler CT, Brymer C, Stolee P, Arcese ZA. Development and validation of an improving prescribing in the elderly tool. *Can J Clin Pharmacol*. 2000;7:103-7.
8. Hanlon JT, Schmader KE, Samsa GP, Weinberger M, Uttech KM, Lewis IK, et al. A method for assessing drug therapy appropriateness. *J Clin Epidemiol*. 1992;45:1045-51.
9. Shekelle PG, MacLean CH, Morton SC, Wenger NS. ACOVE quality indicators. *Ann Intern Med*. 2001;135:653-67.
10. Delgado E, Muñoz M, Montero B, Sánchez C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44:273-9.
11. Mera F, Mestre D, Almeda J, Ferrer A, Formiga F, Rojas S (Grupo de estudio Octabaix). Paciente anciano y medicación crónica inapropiada en la comunidad ¿somos conscientes de ello? *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2011;46:125-130.