



## EDITORIAL

## Utilidad de los criterios STOPP-Pal: prácticas de valor encadenadas

### Usefulness of STOPP-Pal criteria: Linked value practices

Joan Espauella Panicot<sup>a,b,\*</sup> y Daniel Sevilla-Sánchez<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> Unidad Territorial de Geriatria y Cuidados Paliativos, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España

<sup>b</sup> Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña Central (C3RC), Vic, Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Farmacia Territorial, Consorci Hospitalari de Vic/Hospital Universitari de la Santa Creu de Vic, Vic, Barcelona, España



La aproximación a la atención a pacientes con curas paliativas la realizan de forma complementaria tanto equipos generalistas como especialistas, especialmente en poblaciones ancianas. Es por ello que disponer de herramientas que faciliten la atención a esta población puede ser de gran ayuda. Así, la traducción al castellano de los criterios STOPP-Frail<sup>1</sup> (en adelante STOPP-Pal) puede permitir una mejora en la atención prestada por diferentes profesionales a pacientes en el final de la vida.

Este artículo genera una importante aportación en la revisión y adecuación de los planes farmacológicos, pero además plantea algunos de los retos de la medicina del siglo XXI, como la detección precoz de las personas en final de la vida y la personalización de las intervenciones, una de las cuales, como es la farmacológica, tiene una relevancia notable. Estos conceptos generales tienen que ser introducidos en nuestra cotidianidad en forma de prácticas de valor.

Los grupos que han participado en la redacción y en la traducción del instrumento tienen larga experiencia en el abordaje de la atención farmacológica en el final de la vida, como lo demuestran algunos artículos de principios de la década, que proponían principios básicos de la prescripción<sup>2,3</sup>, y que han sido útiles para generar conocimiento y formación en este ámbito. La prescripción es dinámica y en el último año de vida la medicación preventiva y la destinada a incrementar la supervivencia pueden no estar indicadas, siendo necesario dar más peso a la medicación sintomática. Así, es importante reducir la polifarmacia extrema (uso de 10 o más fármacos), puesto que es un factor de riesgo importante para la aparición de eventos adversos en esta población<sup>4</sup>. Además, cuando el objetivo terapéutico es la calidad de vida se hace necesario buscar regímenes terapéuticos con poca complejidad, que también faciliten la adherencia, aunque hay que aceptar que en algunas situaciones de últimos días la polifarmacia puede ser necesaria.

Como se comenta en la introducción del artículo de Silveira et al.<sup>1</sup>, las poblaciones más vulnerables son las que tienen mayor

margen en la adecuación de la medicación, afirmando algunos autores que la fragilidad actúa de modulador de los resultados en la prescripción<sup>5</sup>.

Disponemos de información sobre los factores que se relacionan con la aparición de efectos adversos mayores en la población de pacientes en el final de vida, y esta debería ser un resultado relevante de la revisión de la medicación, por tanto, la mejora de la polifarmacia, la disminución de la complejidad terapéutica y la disminución de la carga anticolinérgica se deberían acompañar con una disminución en la aparición de efectos adversos<sup>4</sup>.

Los criterios STOPP-Pal establecen unas directrices claras sobre la población a la que está destinada este instrumento, pero tienen un componente de juicio clínico y de experiencia de los equipos que los utilizan. Están compuestos por una lista de 27 indicadores, para facilitar a los médicos las decisiones de desprescripción en ancianos en situación de pronóstico de vida limitado. De los 27 indicadores 25 son explícitos (claramente definidos, destacando el uso inapropiado de determinados medicamentos en la situación definida) y 2 son implícitos (categoría o sección A-general: implica juicio clínico, parar los medicamentos sin una clara indicación clínica o parar aquellos en los que no existe una adecuada tolerancia). Además, estos criterios están organizados por sistemas fisiológicos, son concisos, tienen una buena fiabilidad entre diferentes evaluadores y el tiempo necesario para su uso es de unos 3 minutos. Estos criterios van en consonancia de no utilizar de forma sistemática aquellos fármacos con fines preventivos o aquellos en los que, por su mecanismo de acción, es de esperar o que ofrezcan su beneficio en un tiempo superior a la esperanza de vida de los pacientes o que no muestren una eficacia demostrada. Así pues, en lugar de maximizar la eficacia de la intervención farmacológica, se da prioridad a una prescripción en la que no existan potenciales daños añadidos (problemas de seguridad). Han sido diseñados para ser utilizados por médicos de todas las disciplinas.

Los datos disponibles de las publicaciones que han utilizado el STOPP-Pal muestran detecciones muy elevadas de prescripción potencialmente inadecuada (en torno al 64,3-80%<sup>6-9</sup>), siendo uno de los criterios más detectado la falta de indicación para un determinado fármaco o la prescripción de fármacos preventivos<sup>6</sup>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jespauella@hsc.cvat](mailto:jespauella@hsc.cvat) (J. Espauella Panicot).

La propuesta del cambio de nombre en la versión española, con un claro intento de no generar confusión, en la separación de la fragilidad y la atención al final de vida también merece algunos comentarios. Una de los elementos nucleares en la definición de fragilidad es su asociación con los malos resultados de salud, en este sentido la mortalidad es el peor resultado de salud y existen diferentes publicaciones que relacionan la fragilidad avanzada con altos índices de mortalidad en el próximo año<sup>10,11</sup>.

Un reto importante en la actualidad es la detección de las personas en el final de la vida, especialmente de forma precoz. Para que puedan beneficiarse de intervenciones paliativas es fundamental disponer de instrumentos capaces de detectar pacientes con necesidades de atención paliativa, junto con el concepto de trayectoria de final de la vida. En este sentido, destacar que la trayectoria más frecuente es la asociada a la demencia y fragilidad, por tanto siendo conceptos diferentes la fragilidad y la atención al final de la vida tienen relaciones importantes que hay que conocer para mejorar la atención en este grupo poblacional<sup>12</sup>.

La revisión de la medicación debe considerarse como una práctica de valor, pero la evidencia disponible de la mejora de resultados es débil. Las revisiones sistemáticas se han encontrado con mucha heterogeneidad de los estudios<sup>13</sup>, hasta el punto de que recientemente se han elaborado un grupo de indicadores clave que proponen que se utilicen en todos los estudios para facilitar las revisiones de los mismos<sup>14</sup>. En este sentido, el uso de los criterios STOPP-Pal puede ser una referencia para determinar la correcta prescripción en este segmento poblacional.

Idealmente la introducción en la práctica de los criterios STOPP-Pal requeriría de equipos entrenados en la detección de personas con un pronóstico de vida limitado, predispuestos a personalizar la medicación, que dispongan de un marco conceptual de cómo realizarlo y que utilicen instrumentos como el STOPP-Pal que les ayuden en la toma de decisiones compartidas con los pacientes<sup>12</sup>.

Confiamos en la utilización de nuevos instrumentos, como el STOPP-Pal, más específicos para las poblaciones con pronóstico de vida limitado, en el contexto de equipos multidisciplinares, y que su implementación pueda mejorar resultados, como la frecuencia de efectos adversos, la polifarmacia, la complejidad de los regímenes terapéuticos, la adherencia, la participación de los pacientes y al mismo tiempo disminuir los costes y poder considerar la revisión de la medicación en esta población una práctica clínica de valor.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a la línea de prescripción centrada en la persona, del Grupo de Investigación en Cronicidad de la Cataluña central (C3RG), su colaboración en el editorial.

## Bibliografía

1. Delgado-Silveira E, Mateos-Nozal J, Muñoz García M, Rexach Cano L, Vélez-Díaz-Pallarés M, Albeniz López J, et al. Inappropriate drug use in palliative care: SPANISH version of the STOPP-Frail criteria (STOPP-Pal). *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2018.11.008>.
2. Cruz-Jentoft AJ, Boland B, Rexach L. Drug therapy optimization at the end of life. *Drugs Aging.* 2012;29:511–21.
3. O'Mahony D, O'Connor MN. Pharmacotherapy at the end-of-life. *Age Ageing.* 2011;40:419–22.
4. Sevilla-Sánchez D, Molist-Brunet N, Amblàs-Novellas J, Roura-Poch P, Espauella-Panicot J, Codina-Jané C. Adverse drug events in patients with advanced chronic conditions who have a prognosis of limited life expectancy at hospital admission. *Eur J Clin Pharmacol.* 2017;73:79–89.
5. Onder G, Vetrano DL, Marengoni A, Bell JS, Johnell K, Palmer K. Accounting for frailty when treating chronic diseases. *Eur J Intern Med.* 2018;56:49–52.
6. Sevilla-Sánchez D, Molist-Brunet N, Espauella-Panicot J, González-Bueno J, Solà-Bonada N, Amblàs-Novellas J, et al. Potentially inappropriate medication in palliative care patients according to STOPP-Frail criteria. *Eur Geriatr Med.* 2018;9:543–50.
7. Curtin D, O'Mahony D, Gallagher P. Drug consumption and futile medication prescribing in the last year of life: An observational study. *Age Ageing.* 2018;47:749–53.
8. Lavan AH, O'Mahony D, Gallagher PF. STOPP-Frail (Screening tool of older persons' prescriptions in frail adults with a limited life expectancy) criteria: Application to a representative population awaiting long-term nursing care. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019, <http://dx.doi.org/10.1007/s00228-019-02630-3>.
9. Curtin D, Dukelow T, James K, O'Donnell D, O'Mahony D, Gallagher P. Deprescribing in multi-morbid older people with polypharmacy: Agreement between STOPP-Frail explicit criteria and gold standard deprescribing using 100 standardized clinical cases. *Eur J Clin Pharmacol.* 2019;75:427–32.
10. Amblàs-Novellas J, Martori JC, Espauella J, Oller R, Molist-Brunet N, Inzitari M, et al. Frail-VIG index: A concise frailty evaluation tool for rapid geriatric assessment. *BMC Geriatr.* 2018;18:29.
11. Cesari M, Franchi C, Cortesi L, Nobili A, Ardoino I, Mannucci PM. Implementation of the Frailty Index in hospitalized older patients: Results from the REPOSI register. *Eur J Intern Med.* 2018;56:11–8.
12. Amblàs-Novellas J, Murray SA, Espauella J, Martori JC, Oller R, Martínez-Muñoz M, et al. Identifying patients with advanced chronic conditions for a progressive palliative care approach: A cross-sectional study of prognostic indicators related to end-of-life trajectories. *BMJ Open.* 2016;6:1234.
13. Rankin A, Cadogan C, Patterson S, Cardwell C, Bradley M, Ryan C, et al. Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy in older people (Review). *Cochrane Database Syst Rev.* 2018. CD008165.
14. Beuscart JB, Knol W, Cullinan S, Schneider C, Dalleur O, Boland B, et al. International core outcome set for clinical trials of medication review in multi-morbid older patients with polypharmacy. *BMC Med.* 2018;16:21.