

**Cómo citar este artículo/How to cite this article:**

• Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada en personas mayores: hora de pasar a la acción. *Farm Hosp.* 2017;41(1):1-2.



## EDITORIAL

## Prescripción inapropiada en personas mayores: hora de pasar a la acción

### Inappropriate prescribing in older people: time to take action

Alfonso J. Cruz-Jentoft

*Servicio de Geriatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal (IRYCIS). Madrid.*

La prescripción de un medicamento se considera apropiada cuando se basa en datos científicos sólidos, la relación riesgo-beneficio es favorable, el tiempo y las dosis son adecuadas, y es coste-eficaz<sup>1</sup>. Las personas mayores son especialmente vulnerables a sufrir los efectos adversos de la prescripción inapropiada por muchas razones, entre las que destacan los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos relacionados con el envejecimiento, la multimorbilidad, la polifarmacia, la escasa formación de los profesionales en farmacología geriátrica y, muy especialmente, la exclusión de los pacientes mayores complejos de los ensayos clínicos. Las consecuencias de todo ello son un aumento del número y la gravedad de las reacciones adversas en este grupo poblacional, que empeora su salud y su calidad de vida, aumentando en consecuencia el uso de recursos sanitarios y los costes de la atención<sup>2,3</sup>. La prescripción inapropiada en personas mayores se ha convertido en un problema sanitario de primer orden.

El primer paso para poder afrontar este grave problema es determinar qué prescripciones son claramente inapropiadas y cuantificar su prevalencia. Los criterios explícitos de prescripción inapropiada están demostrando ser una de las maneras más eficientes de hacerlo, siendo superiores en ello a la intervención farmacéutica tradicional<sup>4</sup>. Desde que aparecieron los primeros criterios (publicados por Beers en 1991<sup>5</sup>) la investigación en este campo avanzó muy lentamente, si bien en los

últimos años, a raíz de la publicación de los criterios STOPP-START<sup>6</sup>, promovidos por la *European Union Geriatric Medicine Society*, y la decisión de la *American Geriatrics Society* de asumir como propios y renovar periódicamente los criterios de Beers, la investigación en este campo está creciendo rápidamente<sup>7</sup>. España se está mostrando especialmente activa en este campo<sup>8</sup>.

Los criterios de Beers y los criterios STOPP pueden usarse, al menos parcialmente, en grandes bases de datos, como se demuestra en un estudio reciente publicado en *Farmacia Hospitalaria*<sup>9</sup>, aunque los resultados de ambos criterios no son superponibles<sup>10</sup>. Generalmente, aunque no siempre, los criterios STOPP detectan un mayor número de prescripciones inapropiadas que los criterios de Beers. Una de las razones es que los segundos están desarrollados para el sistema sanitario de EEUU, donde los medicamentos aprobados y más utilizados no coinciden siempre con las pautas europeas, algo que se señala con acierto en la carta al director publicada en éste ejemplar de la revista<sup>11</sup>.

En todo caso, no debe olvidarse que el objetivo final de los criterios explícitos que buscan detectar medicamentos inapropiados no es sólo la cuantificación del problema, ni siquiera la reducción del número de fármacos inapropiados por sí misma, sino la mejora de los problemas de salud causados por la prescripción inapropiada. Los criterios de Beers aún no han demostrado mejorar las reacciones adversas y los criterios STOPP sólo lo han

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ajcruzjentoft@me.com (Alfonso J. Cruz-Jentoft).

Recibido el 30 de noviembre de 2016; aceptado el 7 de diciembre de 2016.

DOI: 10.7399/fh.2017.41.1.10725



Los artículos publicados en esta revista se distribuyen con la licencia:  
Articles published in this journal are licensed with a:  
*Creative Commons Attribution 4.0.*

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

La revista *Farmacia Hospitalaria* no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

hecho, por el momento, en algunos estudios pequeños de intervención. El proyecto europeo SENATOR (*Development and clinical trials of a new Software ENgine for the Assessment & optimization of drug and non-drug Therapy in Older persons*, [www.senator-project.eu](http://www.senator-project.eu)), un estudio multicéntrico de intervención actualmente en curso, será sin duda un importante paso adelante.

Los farmacéuticos y los médicos son cada vez más conscientes de la necesidad de mejorar la prescripción en los pacientes mayores. Todos los esfuerzos por hacer visible y abordable este problema son bienvenidos, ya que uno de los principales compromisos de la asistencia sanitaria aún no ha cambiado: *primum non nocere*.

## Referencias

1. Page RL, Linnebur SA, Bryant LL, Ruscin JM. Inappropriate prescribing in the hospitalized elderly patient: defining the problem, evaluation tools, and possible solutions. *Clin Interv Aging* 2010;5:75-87.
2. Cahir C, Bennett K, Teljeur C, Fahey T. Potentially inappropriate prescribing and adverse health outcomes in community dwelling older patients. *Br J Clin Pharmacol* 2014;77(1):201-10.
3. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. *Br J Clin Pharmacol* 2010;69(5):543-52.
4. Gallagher PF, O'Connor MN, O'Mahony D. Prevention of potentially inappropriate prescribing for elderly patients: a randomized controlled trial using STOPP/START criteria. *Clin Pharmacol Ther* 2011;89(6):845-54.
5. Beers MH, Ouslander JG, Rollinger I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991;151(9):1825-32.
6. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008;46(2): 72-83.
7. Vélez-Díaz-Pallarés M, Cruz-Jentoft AJ. A new version of the STOPP-START criteria, a new step towards improving drug prescription in older patients. *Eur Geriatr Med*. 2014 Dec;5(6):363-4.
8. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015 Mar-Apr;50(2):89-96.
9. Nieceza-García ML, Salgueiro-Vázquez ME, Jimeno-Demuth FJ, Manso G. Beers versus STOPP criteria in polypharmacy community-dwelling older patients. *Farm Hosp*. 2016 May 1;40(3):150-64.
10. Muñoz García M, Delgado Silveira E, Martín-Aragón Álvarez S, Bermejo Vicedo T, Cruz-Jentoft AJ. Concordancia entre los criterios STOPP 2009 y los Beers 2003 en el momento del ingreso hospitalario. *Farm Hosp*. 2016;40(6):504-513
11. Pastor Cano J, Aranda García A, Gascón Cánovas JJ, Rausell Rausell VJ, Tobaruela Soto M. Beers versus STOPP criteria and the possible implications of the Beers Criteria's Spanish adaptation. *Farm Hosp*. 2017;41(1):130-131.