
Prescripción inapropiada de medicamentos en el paciente anciano y criterios para la mejora

Inappropriate drug therapy prescription in the elderly and criteria for improvement

JJ. Elizondo Armendáriz

En los últimos años, el envejecimiento de la población ha sido generalmente evaluado desde la perspectiva del alto gasto que genera, medido en número de consultas, urgencias, hospitalizaciones o consumo de fármacos.

Más recientemente esta visión está siendo superada y ya se habla del paciente anciano crónico no solo como un desafío para la planificación de los sistemas sanitarios, sino que al mismo tiempo se busca aportar valor al paciente en un entorno de eficiencia.

Las personas mayores constituyen un grupo heterogéneo de pacientes en el que a menudo coexisten múltiples enfermedades, que son tratadas con un elevado número de fármacos y además con un deterioro funcional, cognitivo y social. Adicionalmente, los cambios fisiológicos derivados del envejecimiento implican cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos en el comportamiento de los fármacos, incrementando la susceptibilidad a los efectos adversos y la posibilidad de interacciones o intoxicaciones.

Se estima que las reacciones adversas a los medicamentos son responsables de hasta un 30% de los ingresos hospitalarios en las personas mayores, siendo la principal causa la prescripción inapropiada de fármacos y el mal seguimiento de los tratamientos¹⁻³.

Generalmente se considera que una prescripción es inapropiada cuando el riesgo de sufrir algún efecto adverso es superior al beneficio clínico, especialmente cuando hay evidencia de que existen otras alternativas más seguras o eficaces. Se puede considerar también prescripción inadecuada el uso de fármacos con mayor dosis o duración de la indicada, el empleo de fármacos con un elevado riesgo de interacciones o la utilización de medicamentos duplicados o de la misma clase. En la actualidad se está considerando cada vez con mayor frecuencia que la no utilización de fármacos con clara evidencia de beneficio es otra forma de prescripción inapropiada.

Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Correspondencia:

José Javier Elizondo Armendáriz
Servicio de Farmacia
Complejo Hospitalario de Navarra
Irunlarrea, 3
31008 Pamplona
E-mail: jelizona@navarra.es

En este contexto y durante las últimas décadas ha surgido un creciente interés por el desarrollo de herramientas que permitan detectar y cribar de manera más o menos sistemática estos problemas de prácticas de prescripción inapropiadas en los distintos niveles asistenciales.

Entre los criterios más conocidos y empleados se encuentran, siguiendo un orden cronológico, los criterios de Beers^{4,6}, la IPET (*Improved Prescribing in the Elderly Tool*)⁷ y el MAI (*Medication Appropriateness Index*)⁸.

Los criterios de Beers son los que más difusión, actualización y aplicación han tenido a lo largo del tiempo en los diferentes entornos asistenciales como herramienta para el cribado de las prácticas inapropiadas. Sin embargo, a pesar de este amplio uso, presentan una serie de limitaciones para su aplicación en otros países diferentes a USA, como es el caso de los países europeos. Muchos de los fármacos incluidos no están comercializados en Europa; algunas de las contraindicaciones definidas no lo están en todos los casos y otras de relevancia clínica no están descritas en dichos criterios. Tampoco se describen las omisiones de fármacos con evidencia de indicación y beneficio clínico.

Para volutar estas limitaciones y poder disponer de unos criterios de cribado validados y adaptados para el entorno asistencial propio, algunos países han adaptado los existentes en otros ámbitos geográficos o a su vez han desarrollado nuevas herramientas.

En nuestro ámbito nacional no existía hasta el momento una herramienta adaptada a las necesidades propias. En el presente número de Anales del Sistema Sanitario de Navarra se recoge en un trabajo original un primer intento⁹, a través de la incorporación de los criterios de algunos consensos europeos a los de Beers.

En dicho trabajo se ha revisado e incorporado a los criterios de Beers la metodología STOPP/START¹⁰, desarrollada en Irlanda mediante un panel de expertos, y que incorpora adicionalmente la detección de fármacos que estarían indicados y no están siendo utilizados. Asimismo en el trabajo se han tenido en cuenta otras iniciativas europeas como PRISCUS¹¹ y NORGEP¹².

A pesar de estas experiencias existen todavía pocas evidencias que indiquen que la detección sistemática y la posterior intervención sobre la prescripción inapropiada mejoren los resultados de salud en el paciente. Por lo tanto, se pone de manifiesto la necesidad de desarrollar y validar nuevos criterios que permitan detectar el uso de medicación potencialmente inadecuada en la población geriátrica, especialmente en el entorno europeo y nacional.

Las nuevas herramientas a desarrollar deberían conseguir una reducción significativa de la prescripción inadecuada y mejorar los resultados finales en salud para poder ser consideradas como una actuación coste efectiva, al mismo tiempo que deben ser fáciles de usar e implantar.

De manera adicional, las actuaciones educativas, la prescripción electrónica asistida, la atención optimizada mediante un equipo multidisciplinar, así como la simplificación, desprescripción y la conciliación de los perfiles terapéuticos entre las diferentes transiciones asistenciales son prácticas que serán de utilidad en un futuro para poder conseguir un abordaje racional y eficiente en la terapéutica del paciente anciano.

BIBLIOGRAFÍA

1. LINDLEY CM, TULLY MP, PARAMSOTHY V, TALLIS RC. Inappropriate medication is a major cause of adverse drug reactions in elderly patients. *Age Ageing* 1992; 21: 294-300.
2. KLARIN I, WIMO A, FASTBOM J. The association of inappropriate drugs use with hospitalisation and mortality: A population based study of the very old. *Drugs Aging* 2005; 22: 69-82.
3. OTERO LOPEZ MJ, ALONSO HERNANDEZ P, MADERUELO FERNANDEZ JA, CERUELO BERMEJO J, DOMINGUEZ-GIL HURLE A, SANCHEZ RODRIGUEZ A. Prevalencia y factores asociados a los acontecimientos adversos prevenibles por medicamentos que causan el ingreso hospitalario. *Farm Hosp* 2006; 30: 161-170.
4. BEERS MH, OUSLANDER JG, ROLLINGHER I, REUBEN DB, BROOKS J, BECK JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825-1832.
5. BEERS MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531-1536.
6. 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: 2716-2724.
7. NAUGLER CT, BRYMER C, STOLEE P, ARCESE ZA. Development and validation of an improved prescribing for the elderly tool. *Can J Clin Pharmacol* 2000; 7: 103-107.
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: 1045-1051.
9. PASTOR CANO J, ARANDA GARCÍA A, GASCÓN CÁNOVAS JJ, RAUSELL RAUSELL VJ, TOBARUELA SOTO M. Adaptación española de los criterios Beers. *An Sist Sanit Navar* 2015; 38: 375-385.
10. 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: 72-83.
11. HOLT S, SCHMIEDL S, THÜRMAN PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543-551.
12. ROGNSTAD S, BREKKE M, FETVEIT A, SPIGSET O, WYLLER TB, STRAAND J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care* 2009; 27:153-159.