



Actualización de los criterios STOPP-START, una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos

► **El problema:** Los adultos mayores reciben un número mayor de medicamentos en comparación con los más jóvenes, de modo que se encuentran más expuestos a las reacciones adversas a medicamentos (RAM), definidas por la OMS como cualquier respuesta nociva o indeseable a un fármaco que ocurre con las dosis usualmente utilizadas para profilaxis, diagnóstico y tratamiento de una patología. Esta asociación se debe a los cambios fisiológicos ligados con la edad, la presencia de comorbilidades, la polifarmacia, la atención por múltiples especialistas y en diferentes niveles asistenciales, entre otros.

La utilización inapropiada de los medicamentos plantea consecuencias de salud que se expresan a través de un aumento en la morbimortalidad y consumo de recursos médicos, por lo que es considerado un problema de salud pública. Los factores de riesgo asociados a una RAM son el número de diagnósticos (multimorbilidad), el número de fármacos recibidos, el uso de medicamentos no apropiados para adultos mayores y la falta de monitoreo de los tratamientos. Se considera que la prescripción de un medicamento es inapropiada cuando: 1) el riesgo de sufrir efectos adversos es superior al beneficio clínico; 2) el medicamento se utiliza con una frecuencia o duración mayor al tiempo recomendado; 3) existe un riesgo incrementado de interacción dañina con otros medicamentos, enfermedades o condiciones clínicas; 4) existe duplicación de principios activos dentro de la misma clase farmacológica y 5) se omiten prescripciones de fármacos beneficiosos para tratar o prevenir un problema de salud.

Herramientas: Dado el impacto de la prescripción inadecuada en el adulto mayor, a lo largo del tiempo se han propuesto diferentes estrategias para optimizar el uso de medicamentos, incluidos los psicofármacos. Los primeros criterios explícitos, es decir aquellos métodos que utilizan criterios predefinidos basados en datos científicos y consenso de expertos, fueron publicados en 1991 (criterios de Beers), con su última actualización en el 2012, cuando fueron asumidos por la Sociedad Norte Americana de Geriátrica. En Europa, surgió la necesidad

de desarrollar criterios más acordes con las necesidades y el arsenal terapéutico de ese continente.

Criterios STOPP-START

Describen los errores más comunes de tratamiento y omisión en la prescripción en adultos mayores, están agrupados por sistemas fisiológicos y pueden integrarse en los sistemas informáticos de prescripción. Con respecto a los criterios de Beers, éstos incluyeron una lista que busca detectar la falta de uso de medicamentos potencialmente indicados (START). Según estos criterios, la prevalencia de una prescripción potencialmente inadecuada varía de acuerdo con la farmacopea de cada área y con el ámbito asistencial donde se aplique, desde un 15 a un 70%, siendo mayor en residencia que en hospitales y en la comunidad. Según datos europeos, en medicina domiciliaria la prevalencia de prescripciones potencialmente inapropiadas (PPI) según los criterios STOPP están relacionados con el Sistema Nervioso Central (benzodiazepinas y neurolepticos), sobre todo en pacientes con antecedentes de caídas, del uso excesivo de inhibidores de la bomba de protones, del uso de ácido acetilsalicílico en pacientes sin enfermedad cardiovascular y con la duplicación terapéutica. Con respecto a la omisión en la prescripción (START), los medicamentos más comúnmente implicados fueron el calcio y la vitamina D en pacientes con osteoporosis; estatinas y AAS en pacientes con diabetes melitus tipo 2 (DM2) y enfermedad cardiovascular e inhibidores de la IECA en insuficiencia cardiaca congestiva. Por otro lado, en la comunidad, la prevalencia de PPI está relacionada con el uso prolongado de benzodiazepinas de vida media larga, AAS sin indicación, INE y fármacos del sistema cardiovascular. Están relacionados con los criterios START los antiagregantes y las estatinas en DM2 o con enfermedad cardiovascular, calcio y vitamina D en osteoporosis y metformina en DM2.

La aplicación de los criterios STOPP/START en la revisión del tratamiento farmacológico en adultos mayores ha sido superior a los criterios de Beers 2003 para detectar o prevenir RAM, aun cuando la nueva edición de los criterios de Beers pudo haber mejorado su rendimiento. Utilizando estos criterios, se ha evidenciado que los pacientes con dos o más PPI tuvieron dos veces más riesgo de sufrir RAM y acudir a servicios de urgencias, presentando además una disminución de la calidad de vida relacionada con la salud. En otro estudio se mostró que la aplicación de estos criterios dentro de las primeras 72 hrs de la admisión hospitalaria de AM por enfermedades agudas no seleccionadas, disminuye en forma significativa las RAM, con una disminución del riesgo absoluto del 9.3% y un número necesario a tratar de 11. Otro estudio multicéntrico realizado en residencias geriátricas, mostró que

el uso de los criterios STOPP/START redujo el uso de antipsicóticos, el riesgo de padecer *delirium* y sufrir caídas, logrando a su vez un menor uso de recursos sanitarios, incluidas las hospitalizaciones.

La última actualización de 2014 incluye 87 criterios STOPP y 34 criterios START. En relación con éstos últimos, salvo que el paciente se encuentre en situación terminal y necesite un enfoque paliativo, debería considerarse la incorporación de ciertos tratamientos cuando éstos se hayan omitido sin una razón clínica clara.

Hay otros puntos incluidos en otras herramientas que son también importantes de considerar en la prescripción en el adulto mayor, son: el costo y la factibilidad del tratamiento (MAI, MSQ), la elaboración de una lista de medicamentos, el monitoreo de algunos fármacos (ACOVE), el ajuste de la dosis según la función renal y hepática (MSQ) y la valoración de interacciones medicamentosas prevalentes (NORGEP).

Los criterios STOPP-START han demostrado ser una buena herramienta para la detección de prescripciones potencialmente inadecuadas y para la mejora de la calidad de prescripción en diferentes ámbitos de atención. Como toda herramienta no reemplaza el juicio clínico, pero sirve como una guía para la prescripción racional de medicamentos, en este acto es clave tener en cuenta, además, la expectativa de vida, el tiempo de uso hasta el beneficio del fármaco, las metas de cuidado y las preferencias del paciente.

Leslie V. Robles Jiménez

Bibliografía:

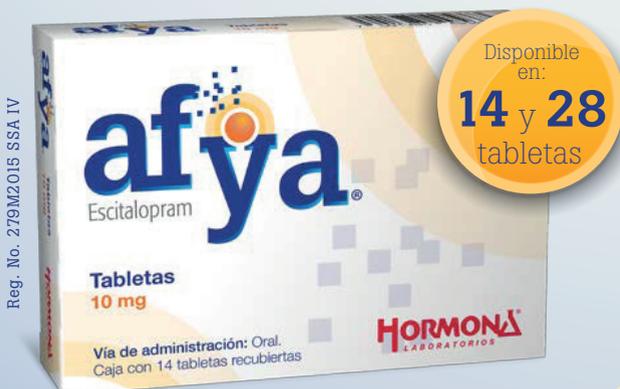
Gallo C, Vilosio J. Actualización de los criterios STOPP-START, una herramienta para la detección de medicación potencialmente inadecuada en ancianos. Evid Act Pract Ambul, 2015; 18 (4):124-129.



afya[®]
Escitalopram

Transforma el **ánimo**
de su **Paciente**

- En depresión y ansiedad generalizada, **eficacia** y **rápido** inicio de acción^{1,2,3}
- **Baja interacción** medicamentosa y **amplio** margen de **seguridad**^{2,4,5}
- La **alternativa accesible** que favorece el **cumplimiento terapéutico**



**El antidepresivo prescrito en más
de 240 millones de pacientes²**

Referencias: 1. Dhillon S, Scott L, Plosker G. Escitalopram. A Review of its Use in the Management of Anxiety Disorders. CNS Drugs 2006; 20 (9): 763-790. 2. Zhong H, Haddjeri N, Sánchez C. Escitalopram, an antidepressant with an allosteric effect at the serotonin transporter—a review of current understanding of its mechanism of action. Psychopharmacology (2012) 219:1-13. 3. Murdoch D, Kean S. Escitalopram A Review of its Use in the Management of Major Depressive Disorder. Drugs 2005; 65 (16): 2379-2404. 4. Información para prescribir Afya. 5. Culpepper L. Escitalopram: A New SSRI for the Treatment of Depression in Primary Care. Primary Care Companion J Clin Psychiatry 2002;4:209-214.

Para reportar cualquier sospecha de reacción adversa relacionada al uso de nuestros medicamentos, comunicarse al teléfono 01800 726 3371 o al correo ucfarmacovigilancia@hormona.com.mx