



Criterios Beers *versus* STOPP. Posibles implicaciones de la adaptación española de los criterios de Beers

Beers versus STOPP criteria and the possible implications of the Beers criteria's Spanish adaptation

Sr Director:

En primer lugar felicitar a Nicieza-García y colaboradores por su artículo "Beers *versus* STOPP criteria in polypharmacy community-dwelling older patients"¹. En este trabajo comparan la utilización de los dos criterios explícitos de prescripción inadecuada en pacientes ancianos con mayor difusión y uso. Los resultados obtenidos muestran una mayor detección de prescripción inadecuada de los criterios STOPP frente a los Beers. Cabe señalar que las diferencias entre el mercado farmacéutico estadounidense, procedencia de los Beers, y el europeo

Dado que los resultados de los criterios de Beers independientes de enfermedad publicados por Nicieza-García y colaboradores son detallados, se pueden indicar los principios activos presentes en la adaptación pero no tenidos en cuenta por no aparecer en la publicación original de los criterios de Beers³. Por ejemplo, en el caso de las benzodiazepinas, no se recoge ninguno de los principios activos indicados en la adaptación (Tabla 1). El caso se repite en los antiarrítmicos, en los que la adaptación añade la hidroquinidina, o en el caso de los AINE, en los que se añaden los principios activos presentes en la Tabla 1. Esta circunstancia se reproduce en otros criterios independientes de enfermedad, así como en algunos de los criterios dependientes de enfermedad.

Pese al elevado número de principios activos aportados en la adaptación², se podría alegar que algunos de ellos, como la hidroquinidina, presentan baja frecuencia de uso y será difícil detectarlos como prescripción inadecuada; sin embargo, las benzodiazepinas, como el bromazepam, o los AINE, como el metamizol, sí son frecuentes en nuestro entorno.

En resumen, el trabajo de Nicieza-García y colaboradores compara los criterios de Beers y los STOPP en una misma muestra de pacientes polimedicados. Su estudio mues-

Tabla 1. Ejemplos de criterios y principios activos detectados por Nicieza-García y cols. junto a los principios activos añadidos en la adaptación

Criterio	Principio activo detectado. Nicieza-García y cols.	Principio activo añadido. Adaptación
Benzodiazepinas	Lorazepam, Alprazolam, Clorazepato, Diazepam, Alprazolam + Clorazepato, Alprazolam + Flurazepam, Clorazepato + Lorazepam	Clotiazepam, Lormetazepam, Bentazepam, Brotizolam, Loprazolam, Medazepam, Pinazepam, Flunitracepam, Halazepam, Bromazepam, Ketazolam
Antiarrítmicos Clase Ia, Ic, III	Amiodarona, Dronedarona	Hidroquinidina
AINE no COX selectivos	Ibuprofeno, Diclofenaco, Meloxicam, Naproxeno, Diclofenaco + Ibuprofeno, Diclofenaco + Naproxeno, Ibuprofeno + Naproxeno	Dexibuprofeno, Dexketoprofen, Piketoprofeno, Aceclofenaco, Ác. Niflúmico, Morniflumato, Lornoxicam, Tenoxicam, Metamizol, Propifenazona, Clonixino, Fenilbutazona, Isonixina

AINE = Anti-Inflamatorio No Esteroideo.

COX = Enzima Ciclo-Oxigenasa.

puede influir en la capacidad de uso de ciertos criterios. Además, en el periodo entre la aceptación y la publicación del trabajo de Nicieza-García y colaboradores se ha publicado "La adaptación española de los criterios de Beers"², basada en su actualización del año 2012, por ello se remite esta carta.



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/)

<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.

tra la frecuente prescripción potencialmente inadecuada y la utilidad de estos criterios de prescripción. Además, los resultados detallados por principio activo y criterio de prescripción dan pie a suponer un aumento en la detección de prescripción potencialmente inadecuada mediante el uso de la Adaptación Española de los Criterios de Beers²; con ello el balance entre la detección por criterios de Beers frente a los STOPP podría cambiar sustancialmente.

Referencias

1. Nicieza-García, M. L., Salgueiro-Vázquez, M. E., Jimeno-Demuth, F. J. & Manso, G. Criterios de Beers versus STOPP en pacientes mayores, polimedicados y residentes en la comunidad. *Farm. Hosp.* 2016 **40**, 150–164.
2. Pastor Cano, J., Aranda García, A., Gascón Cánovas, J. J., Rausell Rausell, V. J. & Tobaruela Soto, M. Adaptación española de los criterios Beers. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2015 **38**, 375–385.
3. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2012 **60**, 616–31.

Pastor Cano Josep¹, Aranda García Ana¹, Gascón Cánovas Juan José², Rausell Rausell Víctor José¹ y Tobaruela Soto Mariana³

¹Servicio de Gestión Farmacéutica, Dirección General Asistencia Sanitaria, Servicio Murciano de Salud. ²Departamento de Salud Pública Facultad de Medicina, Universidad de Murcia. ³Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Morales Meseguer (Facultativo Responsable R.P.M. San Basilio).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josep.pastor@carm.es
(Josep Pastor Cano).

Recibido el 2 de julio de 2016; aceptado el 25 de septiembre de 2016.
DOI: 10.7399/fh.2017.41.1.10568