

dora de los internistas españoles de forma global (una de cada tres comunicaciones aceptadas en los congresos europeos de Medicina Interna) y especialmente en las áreas del riesgo cardiovascular, enfermedad tromboembólica venosa e infecciosas/VIH.

Bibliografía

1. Ramos JM, Martín-Hidalgo A. Proyección europea de la Medicina Interna española en la base de datos PubMed. *Rev Clin Esp.* 2007;207:53.
2. a) Abstracts to 1st Congress of the European Federation of Internal Medicine Maastricht, The Netherlands. *Eur J Intern Med.* 1997;8 Suppl 1:S22-162. b) Abstracts to 2nd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Florence, Italy. *Eur J Intern Med.* 1999;10 Suppl 1:S23-214. c) Abstracts to 3rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Edinburgh, United Kingdom. *Eur J Intern Med.* 2001;12 Suppl 3:S45-320. d) Abstracts to 4rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Berlin, Germany. *Eur J Intern Med.* 2003;14 Suppl 1:S1-187. e) Abstracts to 5rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Paris, France. Final Program 2005. p. 1-81. f) Abstracts to 6rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Lisbon, Portugal; Abstract book 2007. p. 1-322. g) Abstracts to 7rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Roma, Italy. Abstract book 2008. p. 1-399 [consultado 11 de Jul de 2011]. Disponible en: <http://www.efim2008.com>. h) Abstracts to 8rd Congress of the European Federation of Internal Medicine. Istanbul, Turkey. *Eur J Intern Med.* 2009;20 Suppl 1:S1-300. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/journal/09536205>
3. Conthe P, en nombre de la Comisión Permanente de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). SEMI, en la sociedad científica del siglo XXI: lo que hemos hecho en el año 2009 y lo que vamos a hacer en el 2010. *Rev Clin Esp.* 2010;210:28-32.

J. Montes-Santiago

Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario, Vigo, Pontevedra, España

Correo electrónico: julio.montes.santiago@sergas.es

doi:10.1016/j.rce.2011.09.011

Instrucciones previas, muy lejos de las expectativas generadas

Previous instructions, very far from the expectations generated

Sr. Director:

Hemos leído con atención el interesantísimo estudio publicado por Molina et al.¹ acerca de las instrucciones previas (IP). Desde hace años, nuestro grupo está profundizando en este aspecto^{2,3}, partir del conocimiento de las IP que tienen los pacientes con enfermedades crónicas que son atendidos en un servicio de urgencias hospitalario, un lugar con espacios limitados, frecuentes problemas de saturación, elevado riesgo de eventos adversos y donde, en ocasiones, el tiempo para la toma de decisiones médicas vitales es escaso y, frecuentemente, sin un conocimiento profundo del paciente y de su enfermedad⁴⁻⁶. En dicho sentido queremos añadir algún dato adicional al que ofrecen Molina et al., fundamentalmente desde una perspectiva evolutiva.

Siguiendo un modelo de encuesta previamente validada, hemos entrevistado a 500 pacientes y a sus acompañantes durante tres periodos distintos: los años 2003 (n = 191), 2008 (n = 190) y 2010 (n = 119). Las tres muestras, con variables clínico-demográficas similares (edad: 73 años; 37% mujeres), no mostraban diferencias significativas en el conocimiento de las IP, el cual oscilaba entre el 18 y el 23% de los pacientes. Dicho porcentaje, sensiblemente superior al 4,5% reseñado por Molina et al., puede atribuirse, en parte, a la existencia ya comentada por los autores de diferencias legislativas y divulgativas de dichos documentos entre las distintas comunidades, así como a que nuestros estudios se focalizaron sobre una población posiblemente más sensibilizada (enfermos crónicos). Por otra parte, nuestros estudios reflejan una

escasa implicación de los médicos en la divulgación de las IP, ya que tan solo un 6,7% de los pacientes había abordado previamente el tema con su médico. Respecto al interés y la aceptación que las IP suscitan en los pacientes, nuestros datos corroboran los hallazgos de Molina et al., de tal forma que en los 3 periodos estudiados, el porcentaje de pacientes predispuesto a redactar una IP se mantuvo estable en el 50%. No obstante, los datos publicados sobre las IP registradas muestran su escaso éxito. Se han reseñado múltiples causas por las que estas no han satisfecho las expectativas generadas, entre las que cabe citar: su insuficiente divulgación por la administración y los médicos; el miedo a hablar de la muerte y su planificación; el papel tradicionalmente pasivo asumido por el paciente frente a las decisiones terapéuticas que le afectan, con la presencia de un subgrupo de población que no desea recibir información; una relación médico-paciente tradicionalmente paternalista; la falta de tiempo y la dificultad de establecer un diálogo sereno entre médico y paciente; la dificultad en la interpretación de las IP, que en muchas ocasiones no abordan los problemas finalmente planteados, por lo que no se consideran adecuadas para guiar decisiones terapéuticas concretas; la dificultad de acceso a dichos documentos cuando se necesitan; las opiniones ambivalentes y cambiantes en el tiempo de las posturas en ellos reflejadas; la carga emocional tanto del paciente, allegados y personal sanitario en el momento real de afrontar las últimas decisiones; el miedo de algunos pacientes a recibir una peor atención médica si han realizado unas IP; la escasa predisposición en la sociedad española a reflejar por escrito y registrar cualquier documento; y, finalmente, la no infrecuente discordancia entre la percepción del paciente y la del acompañante⁷⁻¹⁰.

Si pese a todas las dificultades tanto la administración, como los médicos y los pacientes aceptamos que las IP permiten que el principio de autonomía prevalezca al final de la vida y que pueden ser un instrumento eficaz en la rela-

ción médico-paciente y ayudar a tomar decisiones clínicas, deberemos redoblar el esfuerzo todos los actores implicados, especialmente administraciones y sobre todo médicos, para mejorar la penetración en nuestra sociedad de este tipo de documentos, de tal forma que su uso pase a ser habitual en el proceso asistencial.

Bibliografía

1. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp*. 2011;211:450-4.
2. Antolín A, Sánchez M, Miró O. Evolución en el tiempo del conocimiento y posicionamiento de los pacientes con enfermedades crónicas respecto al testamento vital. *Gac Sanit*. 2011;25:412-8.
3. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Álves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010;210:379-88.
4. Tomás S, Chanovas M, Roqueta F, Alcaraz J, Toranzo T. Grupo de Trabajo Evadur-Semes. EVADUR: eventos adversos ligados a la asistencia en los servicios de urgencias de hospitales españoles. *Emergencias*. 2010;22:415-28.
5. Ovens H. Saturación de los servicios de urgencias. Una propuesta desde el Sistema para un problema del Sistema. *Emergencias*. 2010;22:244-6.
6. Saldaña Martínez MJ, Vegas Ibáñez F, Cebollero Leu N. Asistencia domiciliar de urgencia a enfermos paliativos por unidades extrahospitalarias: factores asociados a la resolución de la consulta en el domicilio. *Emergencias*. 2010;22:441-4.
7. Steinhäuser KE, Chgristakis NA, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsy JA. Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA*. 2000;284:2476-82.
8. Perkins HS. Controlling death: the false promise of advance directives. *Ann Intern Med*. 2007;147:51-7.
9. Champer Blasco A, Caritg Monfort F, Marquet Palomer R. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. *Aten Primaria*. 2010;42:463-9.
10. Fernández Herráez E, Martínez López MJ. Instrucciones previas. Es necesario cerrar el circuito de información entre los clientes y el registro. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:719.

A. Antolín*, B.-J. Szóny, Ó. Miró y M. Sánchez

Área de Urgencias, Hospital Clínic, Grupo de Investigación «Urgencias: procesos y patologías», IDIBAPS, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ANTOLIN@clinic.ub.es (A. Antolín).

doi:10.1016/j.rce.2011.11.007

Prescripción inadecuada de fármacos en ancianos

Inadequate prescription of drugs in the elderly

Sr. Director:

La prescripción inadecuada (PI) de fármacos en la población anciana es un problema identificado con frecuencia, que disminuye la seguridad de su farmacoterapia^{1,2} y supone uno de los principales factores asociados a la presencia de efectos adversos^{3,4}. Muchos de los medicamentos que tienen prescritos los pacientes ancianos son innecesarios o no están indicados⁵ al presentar una relación beneficio/riesgo desfavorable, o porque existen alternativas más seguras.

Se han desarrollado diferentes herramientas para la detección de la prescripción inadecuada en ancianos. Los criterios de Beers⁶ son los de mayor difusión en la literatura científica. Sin embargo, recientemente han sido publicados otros criterios, los STOPP (*Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions*) - START (*Screening Tool to Alert doctors to the Right Treatments*)⁷ que parecen superar las limitaciones de los primeros al estar más actualizados y adaptados a la prescripción en nuestro entorno y sistema sanitario⁸. En realidad constan de dos grupos: 65 criterios STOPP que se refieren a prescripciones de medicamentos inadecuados en el anciano y 22 criterios START

que detectan errores por omisión de medicamentos que probablemente benefician al paciente⁷, aspecto que no contemplan los criterios de Beers.

Existe gran variabilidad en cuanto a la utilización de las dos herramientas para la detección de PI en el anciano y en la bibliografía existen estudios que aplican una u otra sin una justificación clara, e incluso alguno que selecciona ciertos criterios de cada una⁴. Consideramos que se debe trabajar para establecer si los criterios existentes son equivalentes y pueden ser utilizados indistintamente, o si es necesario establecer un consenso sobre cuál es la herramienta más adecuada. Por este motivo realizamos un estudio con el objetivo de evaluar el grado de concordancia en los resultados obtenidos utilizando las dos herramientas de detección de prescripción inapropiada en ancianos anteriormente citadas (Beers frente a STOPP/START).

Se ha llevado a cabo un estudio observacional y transversal en un hospital general universitario de referencia de área de 350 camas. Se incluyeron todos los pacientes de edad mayor o igual a 65 años que ingresaron en el hospital durante el último trimestre del año 2009. Sobre la base del número de sujetos que cumplían los criterios de inclusión durante el último trimestre del año anterior (n=1.500) y una previsión de un error muestral máximo del 5% se confeccionó un plan de muestreo prospectivo para extraer de forma aleatoria a los sujetos que cumplían los criterios de inclusión. Cada uno de los sujetos de la población de estudio tuvo una probabilidad de 0,25 de ser incluido en la mues-