



CARTAS CIENTÍFICAS

Unidad de Geriatria Externa del Hospital Infanta Elena de Valdemoro: experiencia del primer año de funcionamiento

Valdemoro Hospital Infanta Elena Geriatric Outpatient Unit: experience of the first year in operation

El Hospital Infanta Elena (HIE) de Valdemoro en Madrid, es un hospital comarcal de 102 camas, en cuya área de influencia existen actualmente 10 residencias de tercera edad, con un total aproximado de 1.305 personas institucionalizadas. En este marco asistencial nos vemos obligados a buscar nuevos modelos de coordinación que mejoren la calidad de la atención sin aumentar los gastos, optimizando los roles de los geriatras¹. Se desarrolla así en mayo de 2008, 4 meses después de la apertura del hospital, una nueva unidad asistencial: la Unidad de Geriatria Externa (UGE) con el fin de realizar la consulta geriátrica especializada en las residencias, minimizando de esta manera los traslados y las complicaciones de los residentes en estos centros, y mejorando así su calidad de vida².

Esto ya había sido parcialmente puesto en marcha por algunas unidades domiciliarias, dependientes de grandes servicios de geriatría hospitalarios, pero nunca focalizados únicamente al paciente institucionalizado^{3,4}. Esta Unidad de Geriatria Externa del HIE se compone de geriatra especialista que se traslada a las residencias para la realización de valoraciones de pacientes con un promedio de 15-20 valoraciones diarias. También se ofrece asistencia telefónica en el mismo horario para el personal sanitario de dichas residencias. Gestiona todas las citas, anexos necesarios, y los envía a diario por fax a los distintos centros asistenciales, para evitar así el traslado de familiares a las distintas unidades de citación del hospital y agilizar los trámites.

A continuación, presentamos la actividad del primer año de la puesta en marcha de la unidad. Se realizaron 863 valoraciones en pacientes con una edad media de 85,45 años, de los cuales el 67% eran mujeres. Desde el punto de vista funcional el 50% presentaban deterioro severo (evaluado por un índice de Katz F-G) y el 63% presentaban demencia con una puntuación en la escala global de deterioro (GDS) de Reisberg = 4, encontrándose una asociación significativa con la edad ($p < 0,001$) como en otras serie⁵. La puntuación promedio en el índice de Charlson fue de 1,5, y el motivo de consulta más frecuente fue el estudio de la demencia y los trastornos conductuales asociados (47,4%), seguido de la valoración geriátrica integral (13,6%), la realización de trámites de ayudas técnicas y la oxigenoterapia domiciliaria (8,6%), la valoración del deterioro funcional (7,3%); la realización de la valoración nutricional (6,4%), la tramitación de visados de fármacos (5%) y la valoración de los trastornos del estado de ánimo (4,3%), siendo el resto (7,1%) los trastornos de ritmo intestinal, los cuadros infecciosos y los cuidados paliativos.

El 92% de los pacientes presentaban polifarmacia y el 25% presentaban mayor o menor uso de fármacos fútiles, que fueron suspendidos durante las primeras valoraciones. También se

gestiona la realización y recambio de 26 gastrostomías percutáneas endoscópicas (PEG) coordinado con el servicio de Medicina de Aparato Digestivo.

La descripción de esta actividad nos lleva a realizar algunas consideraciones. Durante los últimos años, la Geriatria ha sido una especialidad muy innovadora formando equipos multidisciplinares, como las recientes unidades de geriatría de urgencias y ortogeriatría⁶⁻⁸. Se lleva así la consulta de geriatría especializada al ámbito residencial⁹. Como objetivos destacables de nuestra Unidad destacaríamos la reducción de polifarmacia, lo que se traduce no solo en la reducción del gasto sanitario, sino en una disminución de los efectos secundarios del uso de fármacos en la clínica habitual. Las recomendaciones nutricionales y programación de los cuidados de PEG minimizan los posibles efectos adversos de este procedimiento y las complicaciones¹⁰. Es conveniente destacar, que también se reducen visitas a otras especialidades como neurología (valoración de pacientes con demencia), traumatología (tramitación de anexos para tratamientos ortopédicos o ayudas técnicas), psiquiatría (ajuste de psicofármacos), endocrinología (valoración nutricional) y finalmente en los cuidados paliativos. Otro beneficio que parece intuirse, es la disminución de derivaciones fútiles al servicio de urgencias, ya que el perfil de los pacientes atendidos corresponde en muchas ocasiones los mismos por los que eran trasladados a urgencias para valoración antes de que acudiera el especialista a la residencia. También puede contribuir a esta disminución la asistencia telefónica que se ofrece al personal sanitario. Otro dato de carácter subjetivo que surge con la puesta en marcha de la unidad, es la positiva valoración de los distintos especialistas que depositan su confianza en esta unidad para realizar el seguimiento de sus pacientes.

Parece vislumbrarse un nuevo concepto en nuestra especialidad, en la línea de mejorar la calidad asistencial en todos los sentidos y cuya implantación podría plantearse como parte de la actividad geriátrica especializada en los hospitales de referencia de un área asistencial concreta como la nuestra.

Bibliografía

1. Institute of Medicine (IOM). Retooling for an aging America [consultado 27 Ene 2011]. Washington DC: The Nat Academies Press.; 2008. Disponible en: <http://www.iom.edu/Reports/2008/Retooling-for-an-Aging-America-Building-the-Health-Care-Workforce.aspx>
2. Baztán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada. *Atención Primaria*. 2000;26:374-82.
3. González Montalvo JL, Jaramillo E, Rodríguez Mañas L, Guillén Llera F, Salgado Alba A. Estudio evolutivo de los pacientes en asistencia geriátrica domiciliaria a los 18 meses. *Rev Clin Esp*. 1990;187:165-9.
4. Serra Rexach JA, Rexach Cano L, Cruz Jentoft AJ, Gil Gregorio P, Ribera Casado JM. Asistencia geriátrica domiciliaria: 20 meses de experiencia. *Rev Clin Esp*. 1992;191:405-11.
5. Formiga F, Fort I, Robles MJ, Rodríguez D, Regalado P. Lower Barthel index scores predict less prescription of pharmacological therapy in elderly patients with Alzheimer disease. *Dement Geriatr Cogn Dis*. 2010;29:198-203.

6. Cruz-Jentoft AJ, Serra JA, Lázaro M, Gil P, Ribera JM. La eficacia de la interconsulta geriátrica en pacientes ancianos ingresados en Traumatología. *An Med Interna*. 1994;11:273-7.
7. Albadalejo R, Gómez-Pavón J, Ruipérez I. Geriátrica y urgencias hospitalarias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2003;38:237-8.
8. González Montalvo JL, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil B, Gotor Pérez P, Pareja Sierra T. Orto geriátrica en pacientes agudos (II): aspectos clínicos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43:316-29.
9. Campbell SE, Seymour DG, Primrose WR. ACMEPLUS project. A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital. *Age Ageing*. 2004;33:110-5.
10. Finucane P, Aslan S, Duncan D. Percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients. *Postgrad Med J*. 1991;67:371-3.

María Herrera Abián*, Elena García Gómez, Berta Alvira Rasal y Francisco Soria

Servicio de Geriátrica, Hospital Infanta Elena, Valdemoro, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: MHABIAN@ole.com (M. Herrera Abián).

doi:10.1016/j.regg.2011.11.006

Identificación de los pacientes con elevado riesgo de presentar problemas relacionados con medicamentos según los criterios de Beers*

Identification of patients with a high risk of having medication related problems using Beers criteria

Sr. Editor:

La polimedición y el uso de fármacos inapropiados tienen consecuencias directas sobre los efectos adversos, sobre las interacciones, el riesgo de hospitalización, la morbilidad y la mortalidad. La medicación potencialmente inapropiada se puede definir como aquella para la cual el riesgo de un evento adverso supera el beneficio clínico.

Presentamos un estudio observacional descriptivo que consiste en estimar la prevalencia de prescripción de fármacos inadecuados en ancianos que ingresan en un hospital, utilizando los criterios de Beers¹.

Se incluyó a todos los pacientes mayores de 65 años ingresados por cualquier motivo durante el mes de febrero de 2009 en unidades de hospitalización (UH) con sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria (SDMDU) de un hospital general. Los pacientes que cumpliendo los criterios de inclusión estaban recibiendo al menos un fármaco potencialmente inadecuado según los criterios de Beers *potentially inappropriate medications* (PIM), constituyeron el grupo de estudio. De cada paciente se recogió las variables de la historia clínica y farmacoterapéutica, así como del sistema de información de actividad del hospital.

Durante el período en que se realizó el estudio, ingresaron en el hospital 569 pacientes mayores de 65 años en servicios que utilizan SDMDU. La prevalencia de los pacientes ancianos que tomaron al menos un fármaco inapropiado durante el período estudiado fue de 20,5% y la prevalencia de uso de fármacos inadecuados fue del 23,2%. Al igual que Orellana², se encuentra que la estancia media de los pacientes que tomaron fármacos inadecuados es mayor (hasta 7 días más) que el conjunto de los pacientes mayores ingresados en ese período ($p < 0,001$). Las especialidades médicas que con mayor frecuencia prescribieron fármacos inadecuados a los ancianos ingresados fueron Medicina Interna (35% de las prescripciones inadecuadas), Traumatología (13,7%), Cirugía (13,7%), Cardiología (8,5%) y Digestivo (7,7%).

Curiosamente y al contrario que en otros estudios³, en el nuestro no se encuentra mayor prescripción inadecuada en los ancianos procedentes de residencias. Los pacientes que tomaron fármacos inapropiados tuvieron más ingresos en el último año que los que no los tomaron (0,82 frente a 0,44 de media). Sin embargo, los

ancianos institucionalizados tenían menos ingresos en el último año y menor estancia media (tres días) que los procedentes de su domicilio, probablemente porque las residencias están cada vez más medicalizadas. En pacientes agudos hospitalizados, los estudios son escasos y el porcentaje de pacientes con prescripción inadecuada varía entre el 34³⁻⁵ y el 10%^{6,7}, aunque la comparación resulta difícil porque no siempre se utiliza el mismo método y las poblaciones pueden no ser similares.

En este estudio se observa que los pacientes que toman fármacos inadecuados tienen una edad media elevada, toman muchos fármacos, tienen una estancia hospitalaria muy superior al total de pacientes mayores ingresados en ese período y casi la mitad estuvieron ingresados en el hospital al menos una vez en el último año, por tanto, son pacientes geriátricos, comparables a los de los estudios de Barry⁵ y Laroche⁸. Sin embargo la prevalencia de pacientes con fármacos inadecuados en nuestro estudio es menor (20,5 frente al 34⁵ y 66%⁸). Por otro lado, hay experiencias sobre la reducción de la prevalencia de medicación inapropiada del 66 al 43,6%, tras el ingreso en una Unidad de Agudos Geriátrica (UGA)⁸ y sobre las intervenciones farmacéuticas realizadas en una UGA², con un seguimiento del 83% de las mismas. En nuestro estudio, los pacientes ingresaron en los distintos servicios porque Geriátrica no dispone de camas para la atención de pacientes geriátricos, por lo que no contribuyó al cambio en la prescripción.

En este estudio, los fármacos inapropiados prescritos con mayor frecuencia (tabla 1) fueron similares a otros trabajos (sulfato ferroso > 325 mg/día^{6,7}, digoxina > 0,125 mg/día en pacientes

Tabla 1
Prevalencia (%) de PIM

| Fármacos | N | PP % (n = 569) |
|--|------------|----------------|
| <i>Actúan sobre el SNC</i> | 29 | 5,09 |
| Benzodiacepinas de acción larga | 5 | 0,87 |
| Benzodiacepinas de acción corta | 5 | 0,87 |
| Antidepresivos tricíclicos | 2 | 0,35 |
| ISRS | 2 | 0,35 |
| Antihistamínicos | 12 | 2,10 |
| Clorpromacina | 3 | 0,52 |
| <i>Cardiovasculares</i> | 36 | 6,32 |
| Doxazosina | 16 | 2,81 |
| Digoxina a dosis > 125 µg/día | 20 | 3,51 |
| Ticlopidina | 0 | 0/0 |
| <i>Analgésicos</i> | 25 | 4,39 |
| Meperidina | 21 | 3,69 |
| AINE no selectivos | 4 | 0,70 |
| <i>Sulfato ferroso a dosis > 325 mg/día</i> | 36 | 6,32 |
| <i>Antiespasmódicos gastrointestinales</i> | 6 | 1,05 |
| Total | 132 | 23,20 |

PP %: prevalencia de PIM (medicamentos potencialmente inadecuados).

AINE: antiinflamatorio no esteroideo; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; PIM: *potentially inappropriate medications*; SNC: sistema nervioso central.

* Estudio realizado con ayuda de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad y Política Social de 2008.