

Cartas al Director

Eventos adversos relacionados con la medicación en los ancianos atendidos en urgencias***Drug-induced adverse events in elderly persons presenting to the emergency department***

Sra. directora:

Hemos leído con interés el artículo recientemente publicado en su revista sobre los problemas relacionados con los fármacos en el servicio de urgencias de un hospital de Brasil, que documentó que casi un tercio de los pacientes atendidos eran a consecuencia del consumo de fármacos y que la principal razón fue la polifarmacia¹.

Nos ha sorprendido que Andrezza et al.¹ no encontraran en su trabajo que el ser anciano sea un factor de riesgo de reacción adversa relacionada con los fármacos en urgencias. En este sentido, nos gustaría apuntar que los pacientes mayores de 65 años son especialmente susceptibles, además de por tener una mayor probabilidad de polifarmacia, por la existencia de otros condicionantes tales como las modificaciones farmacocinéticas y farmacodinámicas debidas al envejecimiento, las enfermedades asociadas (como el deterioro cognitivo o la disminución de la agudeza visual), la automedicación y a veces los complejos regímenes terapéuticos².

Estudios previos han documentado que las reacciones adversas a los medicamentos en los ancianos son causa del 10% de las visitas a urgencias³. Los fármacos más frecuentemente descritos en la población anciana atendida en urgencias son los antiinflamatorios no esteroideos, los antibióticos, los anticoagulantes, los antidiabéticos, los diuréticos, los betabloqueantes, los antagonistas del calcio, los agentes quimioterapéuticos y los fármacos con estrecho rango terapéutico, como la digoxina o la fenitoína³.

Desde el punto de vista de urgencias, y teniendo en cuenta que más del 50% de los pacientes atendidos en un servicio de urgencias hospitalario recibe una nueva medicación, de los cuales un 10% a un 30% recibe al menos una medicación inapropiada según los criterios de Beers⁴, es fundamental revisar los fármacos inapropiados y aquellos de alto riesgo de efectos adversos. Se han descrito los criterios de Beers, y más recientemente los criterios STOPP

(*Screening Tool of Older Persons' Prescriptions*) y START (*Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment*), que son herramientas de utilidad a la hora de la prescripción terapéutica en los pacientes de edad avanzada. Cualquier medida de intervención farmacológica es fundamental en los servicios de urgencias hospitalarios, y muy especialmente en una población tan vulnerable como son los ancianos, con el fin de mejorar la seguridad del paciente⁵. Estamos seguros de que todo ello redundará en la salud de los pacientes y tendrá un impacto directo en los recursos sanitarios.

Bibliografía

1. Andrezza RS, Silveira De Castro M, Sippel Köche P, et al. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. *Gac Sanit.* 2011;25:501–6.
2. Iniasta Navalón C, Urbietta Sanz E, Gascón Cánovas JJ, et al. Evaluación de la anamnesis farmacoterapéutica realizada en el servicio de urgencias al ingreso hospitalario. *Emergencias.* 2011;23:365–71.
3. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, et al. Polypharmacy, adverse drug-related events, and potential adverse drug interactions in elderly patients presenting to an emergency department. *Ann Emerg Med.* 2001;38:666–71.
4. Samaras N, Chevalley T, Samaras D, et al. Older patients in the emergency department: a review. *Ann Emerg Med.* 2010;56:261–9.
5. Tomás Vecina S, García Sánchez L, Pascual Arce B, et al. Programa de intervención farmacéutica en el servicio de urgencias para mejorar la seguridad del paciente. *Emergencias.* 2010;22:85–9.

Francisco Javier Martín-Sánchez^{a,*}, María Martínez Agüero^b, Cesáreo Fernández Alonso^a, Juan González del Castillo^a y Juan Jorge González Armengol^a

^a *Servicio de Urgencias, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Hospital Clínico San Carlos, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital Clínico San Carlos (IdISSC), Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjms@hotmail.com (F. Javier Martín-Sánchez).

doi:10.1016/j.gaceta.2012.02.008

Respuesta de la autora***Reply from the author***

Sra. directora:

En respuesta a los comentarios acerca de nuestro artículo publicado en Gaceta Sanitaria en 2011¹ tenemos que decir, en primer lugar, que es importante dejar claro que en algunas situaciones los problemas relacionados con medicamentos se produjeron como resultado de que el paciente no utilizaba un fármaco necesario. La polifarmacia se identificó como una variable independiente en el desarrollo de problemas relacionados con medicamentos, pero no puede decirse que sea la principal razón de estos problemas.

Por otro lado, el análisis presentado en relación con la edad considera todos los tipos de problemas relacionados con medicamentos y no sólo las reacciones adversas. Estamos de acuerdo en que las personas mayores suelen sufrir más reacciones adversas a medicamentos. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que sólo la edad avanzada no debe considerarse como un factor predictivo para reacciones adversas a medicamentos. El número de medicamentos utilizados interfiere en esta relación^{2,3}. Datos no presentados en el artículo muestran que el grupo de pacientes mayores de 65 años utiliza un número medio de medicamentos ($4,2 \pm 2,5$) muy por encima de los del grupo de edad entre 12 y 64 años ($2,8 \pm 2,1$) ($p = 0,0000$). La posibilidad de que los pacientes de 65 años o más de edad presentaran polifarmacia fue de 1,97 (intervalo de confianza del 95%: 1,31 a 2,96) en comparación con los de 12 a 64 años de edad. Esta-

mos de acuerdo en que una revisión de los fármacos inadecuados y de aquellos con alto riesgo de reacciones adversas, basada en los criterios de Beers y en los criterios STOPP, sería muy interesante y podría ser presentada en otro artículo. Esperando haber aclarado las dudas, quedamos a disposición para cualquier información complementaria.

Bibliografía

1. Andreazza RS, Silveira de Castro M, Sippel Köche P, et al. Causes of drug-related problems in the emergency room of a hospital in southern Brazil. *Gac Sanit.* 2011;25:501-6.

2. Camargo AL, Ferreira MBC, Heineck I. Adverse drug reactions: a cohort study in internal medicine units at a university hospital. *Eur J Clin Pharmacol.* 2006;62:143-9.
3. Davies EC, Green FC, Taylor S, et al. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes. *PLoS ONE.* 2009;4:e4439.

Roberta Simone Andreazza

Escuela de Farmacia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil
Correo electrónico: robertaan@yahoo.com

doi:10.1016/j.gaceta.2012.05.005

Retos para el Sistema Nacional de Salud en España con respecto a la atención médica a personas transexuales

Challenges of the National Health System in Spain in reference to the medical care of transsexuals

Sra. directora:

El artículo de Esteva et al.¹ publicado en su revista aporta datos de centros públicos para la atención a personas transexuales, donde se han presentado 3303 solicitudes de atención en los últimos 12 años. En algunos países de nuestro entorno, como Bélgica, en 2007 la prevalencia era de un/a transexual por cada 19.000 personas²; en Reino Unido, en 2009, de uno/a por cada 500 personas, y en 2011 la prevalencia era de un 1% de personas variantes de género³. Transfiriendo estas cifras a España, habría, por lo menos, unos 10.000 transexuales de ambos sexos. Constatando que solo se presentaron 3.303 solicitudes en España, podría pensarse que una gran parte acudió al sistema privado, nacional o en el extranjero.

Si hasta el 90% de los solicitantes quiere someterse a cirugía genitoplástica, como en los Países Bajos en 2007 y 2008⁴, esto significa que de estas 3.000 solicitudes se han realizado solo el 12% en los pasados 11 años (unas 250, entre genitoplastia feminizante e histerooforectomía y genitoplastia masculinizante). Con una cuota de unas 50 cirugías genitoplásticas anualmente realizadas en los cuatro centros españoles, se calcula una lista de espera de unas décadas, sin tener en cuenta el incremento anual del 10% al 15%.

En la séptima edición, de 2011, la World Professional Association for Transgender Health – WPATH⁵ eliminó muchos límites, no solo temporales: el proceso de transición puede realizarse en 1 año para llegar a la elegibilidad para una faloplastia o una vaginoplastia.

Las UTIG (Unidades de Tratamiento de personas con problemáticas de Identidad de Género) aplican los estándares de cuidado con respecto a los plazos mínimos, pero con otra interpretación por falta de plazos máximos: los recomendados por la WPATH en la edición actual se convierten en España en un instrumento que justifica la escasa infraestructura e inversión en personal, que tiene como consecuencia un plazo de diagnóstico y asesoramiento psicológico de hasta 2 años, seguido por un tratamiento hormonal de otros 2 años. La Guía Clínica Española⁶, publicada por los mismos autores del artículo¹, sigue más o menos los estándares de cuidado de la WPATH (sexta edición, de 2001), pero menciona un plazo de 18 meses para el proceso de transición que, realmente, dura hasta 4 años.

Agradezco la opinión de los autores del artículo con respecto a una descentralización de lo que están prestando, pero la práctica actual es que no reconocen análisis clínicos de otros hospitales, insisten en la patologización de transexuales y las/las tratan en consecuencia.

Habría tres realidades a mejorar: el escaso personal de las UTIG prestando servicios sanitarios necesarios para mejorar la situación del colectivo transexual, la escasa infraestructura existente, y un enfoque paternalista y defensivo de la práctica clínica que prolonga innecesariamente el proceso. Todos estos factores no pueden satisfacer las necesidades de una atención digna y suficiente, y se propone la posibilidad del cubrimiento de costes, en analogía a los españoles, si los pacientes se someten a las cirugías en clínicas fuera del país para reducir estas listas tan largas, cumplir con el tiempo legal de espera y reducir los otros gastos sociales innecesarios.

Contribuciones de autoría

Las ideas planteadas, la revisión de la bibliografía y la redacción del manuscrito fueron realizadas en su totalidad por R.M. Wittich.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Esteva de Antonio I, Gómez-Gil E, Almaraz MC, et al. Organización de la asistencia a la transexualidad en el sistema sanitario público español. *Gac Sanit.* 2012;26:203-10.
2. De Cuyper G, Van Hemelrijck M, Michel A, et al. Prevalence and demography of transsexualism in Belgium. *Europ Psychiatry.* 2007;22:137-41.
3. Reed B, Rhodes S, Schofield P, et al. Gender variance in the UK: prevalence, incidence, growth and geographic distribution. 2009. Melverly, UK: GIRES – Gender Identity Research and Education Society [consultado 2 Abr 2012]. Disponible en: <http://www.gires.org.uk/assets/Medpro-Assets/GenderVarianceUK-report.pdf>. Actualizado en 2011, disponible en: <http://www.gires.org.uk/Prevalence2011.pdf>
4. Cohen-Kettenis PT, Pfäfflin F. The DSM diagnostic criteria for gender identity disorder in adolescents and adults. *Arch Sex Behav.* 2010;39:499-513.
5. WPATH – The World Professional Association for Transgender Health. Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people. 7th version. 2011. Atlanta, USA [consultado 2 Abr 2012]. Disponible en: http://www.wpath.org/documents/Standards_of_Care_V7-2011_WPATH.pdf
6. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, Grupo de Trabajo sobre Trastornos de Identidad de Género. Trastornos de identidad de género – Guía clínica para el diagnóstico y tratamiento. *Endocrinol Nutr.* 2003;50:19-33.

Regina-Michaela Wittich

Estación Experimental del Zaidín, Consejo Superior de Investigaciones Científicas – CSIC, Granada, España
Correo electrónico: wittich@csic.es

doi:10.1016/j.gaceta.2012.04.012