



## EA-012 - EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DE UN FARMACÉUTICO CLÍNICO AL ALTA DE PACIENTES ANCIANOS HOSPITALIZADOS EN MEDICINA INTERNA: INFLUENCIA SOBRE LA TASA DE REINGRESO HOSPITALARIO

A. Lázaro Cebas<sup>1</sup>, C. García Muñoz<sup>1</sup>, S. Ortiz Pérez<sup>1</sup>, J. Ferrari Piquero<sup>1</sup>, J. Benedí González<sup>2</sup>, J. Romero Garrido<sup>3</sup> y C. González Gómez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Farmacia, <sup>4</sup>Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. <sup>2</sup>Facultad de Farmacia. Universidad Complutense. Madrid. <sup>3</sup>Farmacia. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico sobre la tasa de reingreso de pacientes ancianos (> 65 años), polimedcados (> 5 medicamentos crónicos) y no institucionalizados ingresados en Medicina Interna.

**Material y métodos:** Estudio de casos-controles que incluyó a todos los pacientes ingresados en Medicina Interna entre los meses de junio 2017-enero 2018 (grupo intervención) y en el mismo periodo de 2014 (grupo control), que cumplieron los criterios de inclusión. Se recogieron distintas variables: demográficas, número total de medicamentos y medicamentos de alto riesgo en pacientes crónicos (MARC) prescritos (AINES, anticoagulantes, antiagregantes, diuréticos (asa, tiazidas, ahorradores de potasio), IECA-ARA-II, antiarrítmicos, insulina, antidiabéticos orales, benzodiazepinas y opioides), riesgo de reingreso potencialmente evitable (RPE) según modelo predictivo HOSPITAL score (bajo, intermedio, elevado), diagnóstico al ingreso y al reingreso. La intervención consistió en la entrega de hoja de planificación de tratamiento al alta, dípticos informativos de MARC y seguimiento farmacoterapéutico telefónico post alta (días 7 y 21). Se evaluó el grado de conocimiento sobre los MARC durante el seguimiento telefónico empleando el cuestionario de García Delgado et al. (bajo 0-4 puntos, intermedio 5-6 puntos y elevado 7-11 puntos). Para evaluar el impacto de la intervención sobre el reingreso se calcularon: reducción absoluta de riesgo (RAR), reducción de riesgo relativa (RRR), número necesario de pacientes a tratar (NNT) y el coste-efectividad incremental anual considerando sueldo anual bruto de facultativo especialista en farmacia hospitalaria (44.000 €) y una población potencial anual de 400 pacientes.

**Resultados:** Se incluyeron 562 pacientes (268 casos, 294 controles). Se comprobó la homogeneidad de ambos grupos en cuanto a las distintas variables recogidas. El número de total de llamadas de seguimiento realizadas a los pacientes del grupo intervención fue de 454. El grado de conocimiento sobre los distintos MARC fue elevado según el cuestionario de García Delgado et al. para todos los MARC (mediana = 8 anticoagulantes; mediana = 7 resto MARC). La tasa de reingreso a los 30 días fue del 20,41% (n = 60) en los pacientes del grupo control y del 17,91% (n = 48) en el grupo intervención (RAR 2,5%, RRR 12,25%, NNT 40 y coste efectividad incremental anual de 4440 €). En los distintos grupos de riesgo de RPE definidos por el HOSPITAL score las tasas de reingreso en el

grupo intervención se redujeron en un 8,21% y en un 17,63% en los pacientes con riesgo intermedio y elevado respectivamente. En los pacientes de riesgo bajo la tasa de reingreso fue un 2,14% superior en el grupo intervención.

*Discusión:* En base a los resultados (población potencial anual 400, NNT 40), se estima que se ahorrarían 10 reingresos anuales. Este ahorro, implicaría un ahorro de unos 43.860 € (considerando que el coste medio de un ingreso urgente en pacientes mayores de 65 años en Medicina Interna con alta a domicilio es de 4.386 € según el dato proporcionado por CMBD del Sistema Nacional de Salud).

*Conclusiones:* La intervención farmacéutica realizada en este estudio resulta útil en la reducción del reingreso. Debido a la dificultad de reclutar un mayor tamaño muestral, no podemos concluir que esta reducción sea estadísticamente significativa. Sin embargo, sí podemos afirmar que comporta un ahorro en los reingresos y que probablemente podría ser más coste-efectiva focalizándola en pacientes con riesgo intermedio y elevado de RPE.