

these updated resistance rates against amoxicillin and clavulanic acid and quinolones should be taken into account by general practitioners. According to the recommendations of the Infectious Diseases Society of America and the study by Guay, the antibiotic should be substituted when the rates of resistance surpass 20%.⁶ Taking the microbiological data into account neither of these antibiotics should continue to be recommended as first choice for empirical treatment of uncomplicated UTIs in Spain.

Conflicts of interest

No conflicts declared. The results have partially been presented in the meetings of the Sociedad de Enfermedades Infecciosas del Norte (SEINORTE) held in Santander and the Grupo de Estudio de la Infección en Atención Primaria de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (GEIAP-SEIMC) held in Zaragoza, both carried out in 2011.

Acknowledgements

The authors wish to acknowledge the contribution of the following principal investigators to this study in each centre: M. Gomáriz (microbiology unit at Hospital of Donostia, San Sebastián), R. Martínez-Álvarez (internal medicine unit at Unidad de enfermedades Infecciosas, Hospital Royo Villanova, Zaragoza), P. Carrero (microbiology unit at Hospital General of Segovia), J. Oteo (Laboratorio de Antibióticos, Centro Nacional de Microbiología at Instituto Carlos III, Majadahonda, Madrid), M.J. Aldea (microbiology unit, Hospital Royo Villanova, Zaragoza), B. Orden (microbiology unit at Hospital Puerta de Hierro, Madrid), A. Gil-Setas (microbiology unit at Instituto Navarro de Salud in Pamplona), J.L. Díaz de Tuesta (microbiology unit at Hospital of Basurto, Bilbao), and L. López (microbiology unit at Hospital Virgen de la Macarena, Sevilla).

Bibliografía

1. Hooton TM, Besser R, Foxman B, Fritsche TR, Nicolle LE. Acute uncomplicated cystitis in an era of increasing antibiotic resistance: a proposed approach to empirical therapy. *Clin Infect Dis*. 2004;39:75–80.
2. Andreu A, Planells I, Grupo cooperativo español para el estudio de la sensibilidad antimicrobiana de los patógenos urinarios. Etiología de la infección urinaria baja adquirida en la comunidad y resistencia de *Escherichia coli* a los antimicrobianos de primera línea, Estudio nacional multicéntrico. *Med Clin (Barc)*. 2008;130:481–6.
3. Oteo J, Campos J, Lázaro E, Cuevas Ó, García-Cobos S, Pérez-Vázquez M, et al. Increased amoxicillin-clavulanic acid resistance in *Escherichia coli* blood isolates, Spain. *Emerg Infect Dis*. 2008;14:1259–62.
4. Llor C, Rabanque G, López A, Cots JM. The adherence of general practitioners to guidelines for the diagnosis and treatment of lower urinary tract infections in women is poor. *Fam Pract*. 2011;28:294–9.
5. Vallano A, Rodríguez D, Barceló E, López A, Cano Á, Viñado B, et al. Sensibilidad antimicrobiana de los uropatógenos y resultados del tratamiento antibiótico de las infecciones urinarias en atención primaria. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:418–25.
6. Guay DR. Contemporary management of uncomplicated urinary tract infections. *Drugs*. 2008;68:1169–205.

Carles Llor^{a,*}, Carmen Aspiroz^b, Ángel Cano^c,
Margarita Barranco^d

^a Centro de Atención Primaria Jaume I, Tarragona,
University Rovira i Virgili, Spain

^b Unidad de Microbiología, Hospital Royo Villanova,
Zaragoza, Spain

^c Centro de Atención Primaria Bon Pastor, Barcelona, Spain

^d Laboratori Bon Pastor, Barcelona, Spain

* Corresponding author.

E-mail address: carles.llor@urv.cat (C. Llor).

doi:10.1016/j.aprim.2011.11.005

Mapa de errores de medicación y seguridad del paciente

Medication errors map and patient safety

Sr. Director:

Tras la lectura del trabajo de Taravilla et al.¹ en el que se describe la elaboración de un mapa de errores de medicación de ámbito extrahospitalario, queremos hacer varias observaciones. En primer lugar, nos gustaría felicitar a las autoras por la orientación práctica de su trabajo, que analiza modos de fallo en el proceso de utilización de medicamentos de su ámbito y propone medidas correctoras concretas.

El estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) mostró una prevalencia de sucesos adversos del 18,63% (7,45% incidentes y 11,18% efectos

adversos). La medicación fue factor causal del 48,2% de los efectos adversos (EA), no del total de sucesos adversos² como indican las autoras. El porcentaje de EA por medicación en hospitalización es inferior (37,4% según el estudio ENEAS)³. El estudio APEAS también mostró el origen de los EA por medicamentos (centro de salud 85%, atención especializada 14,2% y farmacia 0,8%), su severidad (leves 64,3%, moderados 30%, graves 5,7%) y lo más importante, que el 59,1% son evitables (66,1% de los moderados y graves)². En hospitalizados solo el 34,8% de los EA por medicación son evitables³. Para aproximarnos a la relevancia real de estas cifras, dado que en los centros de atención primaria del Sistema Nacional de Salud en el año 2009 fueron atendidos 28.438.666 usuarios (incluidas las consultas de medicina de familia y comunitaria, pediatría y enfermería)⁴, podemos inferir que 153.249 pacientes podrían haber sufrido un EA relacionado con la medicación ese año, de los que 90.557 hubieran sido evitables.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) comunicó en 2009 una clasificación internacional para la seguridad del paciente, en la que también se incluye una taxonomía para los incidentes por fármacos, por lo que su uso generalizado facilitaría la comparabilidad y análisis entre diferentes centros, áreas o países, dificultado por el uso de clasificaciones más locales⁵.

El mapa de errores de medicación elaborado en este trabajo nos parece de gran utilidad, por el gran número de notificaciones analizadas (3.412 solo en atención primaria y oficinas de farmacia), por la participación en el sistema voluntario de notificación de todos los profesionales implicados en el proceso de utilización de medicamentos (enfermería, farmacia, facultativos) y porque permite priorizar medidas correctoras basadas en el análisis de resultados reales. Cabe añadir la posibilidad de declaración de incidentes por parte de los propios pacientes, ya contemplada en los sistemas de notificación de algunas comunidades autónomas, como Andalucía.

Aunque las autoras apuntan a la probable infranotificación de errores con daño (4,8% del total), esto no afecta a la utilidad del sistema de notificación voluntario de incidentes. Existe una razón aproximada de un EA grave por cada 30 EA menores y por cada 300 incidentes sin daño⁶. Dado que los incidentes sin daño son mucho más frecuentes y tienen los mismos mecanismos causales que los EA, de su análisis se obtienen medidas que disminuirán tanto el riesgo de incidentes sin daño como el de EA por fármacos⁶.

En atención primaria los fármacos originan el 48,2% de los EA, siendo evitables el 59,1%²; esto hace necesaria la implicación de todos los profesionales a través de la notificación voluntaria de incidentes y de la implantación de las barreras de seguridad obtenidas de su análisis. Esta implicación debería ser más marcada en el caso de los facultativos, dado que realizan menos de la cuarta parte de las notificaciones (23,7%) y que la prescripción médica origina el 56,9% de los errores de medicación¹.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Taravilla-Cerdán B, Larrubia-Muñoz O, Corte-García M, Cruz-Martos E. Trazando el mapa de errores de medicación en el ámbito extrahospitalario de la Comunidad de Madrid. Aten Primaria. 2011, doi:10.1016/j.aprim.2010.10.003.
2. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) [consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstudioAPEAS resumen>.
3. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS 2005 [consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc sp2.pdf>
4. Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud 2007-2009. Sistema de información de atención primaria (SIAP). Instituto de información sanitaria. Ministerio de sanidad y política social [consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/estadestudios/estadisticas/docs/siap/informe_de_actividad_ordinaria_atencion_primaria_2007-09.pdf
5. ConceptualFramework for the International Classification for Patient Safety. Version 1.1. Technical Report. January 2009. World Health Organization, 2009 [consultado 15 Jul 2011]. Disponible en: http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/icps_technical_report_en.pdf
6. Bañeres J, Orrego C, Suñol R, Ureña V. Los sistemas de registro y notificación de efectos adversos y de incidentes: una estrategia para aprender de los errores. Rev Calidad Asistencial. 2005;20:216-22.

Luis Angel Sánchez-Muñoz*, Begoña Monteagudo-Nogueira, Héctor Aceves-Gamarra y Eduardo Mayor-Toranzo

Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lsanchezmunoz@gmail.com

(L.A. Sánchez-Muñoz).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.013

El número de consultas médicas: ¿es excesivo en España?

The number of medical consultations: Is it excessive in Spain?

Sr. Director:

Un fantasma recorre España y no es precisamente el que señalaba el conocido pensador alemán, sino el tópico de que en España el número de consultas es excesivo, de manera que nada menos que un editorial de *El País* (12 de junio de 2011) decía que «multiplicaba por ocho la media europea». Más recientemente otro editorial del mismo medio señalaba que se trataba del país con el mayor número de consultas de Europa.

La realidad es que no es así. El número de consultas por habitante en España era de 8,1 y la media europea de 5,6 según el informe de la OCDE 2008 (datos correspondientes a 2006). Sin embargo, el último informe de la OCDE, con datos referidos a 2009, muestra que la situación española ha mejorado, siendo de 7,5 consultas/habitante/año (media de la OCDE 6,69), habiendo 3 países de Europa que nos superan: Hungría 12, República Checa 11,2 y Alemania 8,2¹. Por cierto, estos 3 países tienen sistemas sanitarios con importantes copagos. Otra fuente española, procedente de una organización de consumo, basándose en una encuesta realizada en septiembre de 2010 a 4.250 pacientes, en 18 provincias y en 170 centros de salud, cifra el número de consultas/habitante/año en 6².

En todo caso, siempre cabe una pregunta fundamental: ¿cuál es el número adecuado de consultas médicas? En principio es muy difícil establecerlo y debería relacionarse con