

5. Formiga F, Ferrer A, Duaso E, Olmedo C, Enríquez E, Pujol R. Diferencias entre nonagenarios según su lugar de residencia. Estudio nonaSantfeliu. *Rev Clin Esp.* 2007;207:121-4.
6. Nybo H, Gaist D, Jeune B, McGue M, Vaupel JW, Christensen K. Functional status and self-rated health in 2,262 nonagenarians: the Danish 1905 Cohort Survey. *J Am Geriatr Soc.* 2001;49:601-9.

Laia Cayuelas Redondo^{a,*}, Marta Navarro González^{b,c}, Belchin Kostov^{c,d} y Antoni Sisó Almirall^{c,d}

^a *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Casanova, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

^b *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Comte Borrell, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

^c *Grupo transversal de investigación en Atención Primaria, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España*

^d *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Les Corts, Unidad Docente Multiprofesional Clínic-Maternitat, Universidad de Barcelona, Barcelona, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lcayuel1@clinic.ub.es (L. Cayuelas Redondo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.009>

Calcitonina: intervención para mejorar la seguridad del paciente y la eficiencia de la prescripción

Calcitonin: Intervention to improve patient safety and the efficiency of the prescription

Sr. Director:

El 24 de julio de 2012, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) publicó una nota informativa¹ en la que se comunicaba que existe una relación entre el tratamiento prolongado con calcitoninas y un incremento del riesgo de tumores, concluyendo que los beneficios no superan a los riesgos en el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica (única indicación aceptada en la ficha técnica), por lo que recomendaba revisar los tratamientos y valorar el cambio a otra alternativa. Hay que tener en cuenta que la osteoporosis es solo uno de los factores de riesgo de fracturas^{2,3} y que el objetivo del tratamiento es la reducción de la fractura de cadera, cosa que la calcitonina no ha demostrado.

El procedimiento habitual de notificación de las alertas de seguridad sobre medicamentos es su envío al coordinador y responsable de farmacia de cada centro de salud. Este sistema no garantiza que todos los médicos estén informados. Por otra parte, el médico debe localizar a sus pacientes afectados y esto no siempre es fácil y requiere tiempo, lo cual, especialmente en cupos grandes, puede ser difícil de llevar a cabo.

El objetivo de nuestro trabajo fue medir el impacto de un nuevo sistema de notificación de alertas de seguridad de medicamentos, que se puso en marcha hace un año en el servicio de farmacia de atención primaria, con el fin de garantizar que las recomendaciones de la AEMPS se hagan efectivas en todos los pacientes afectados. El área atiende a una población de aproximadamente 270.000 habitantes y cuenta con 210 médicos de familia.

La intervención realizada consistió en la obtención desde el programa de facturación de recetas (Concylia) de la

identificación de todos los pacientes en tratamiento con calcitonina intranasal en el periodo de enero a junio de 2012 y el envío a cada médico de la relación de sus pacientes. Se localizaron 312 pacientes en tratamiento continuado con calcitonina, correspondientes a 124 médicos de familia.

Posteriormente se obtuvo la relación de pacientes en tratamiento en el periodo de agosto a octubre de 2012 y se realizó la comparación entre ambos periodos. En un mes se había retirado el tratamiento a 273 pacientes (88%). Prácticamente la totalidad de los médicos, ante el envío de la alerta personalizada, retiró el tratamiento a sus pacientes, a pesar de que la mayoría de estos tratamientos en nuestra área son iniciados por atención especializada. Esto pone en evidencia la implicación del médico de familia en la seguridad de sus pacientes.

A 252 pacientes se les retiró la calcitonina y no se sustituyó por otra alternativa por no cumplir los criterios de tratamiento. De estos, 38 estaban con otro medicamento para el tratamiento de osteoporosis que se mantuvo tras retirar la calcitonina. En 21 pacientes se sustituyó la calcitonina por otro medicamento, generalmente alendronato.

A la vista del número de tratamientos retirados, hemos calculado el impacto económico de la retirada y sustitución de estos tratamientos, resultando que se ha evitado un coste anual de 239.420 €. Así pues, la retirada de estos tratamientos, además de mejorar la seguridad de los pacientes, consigue evitar un gasto ineficiente.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Nota informativa MUH (FV) 13/2012. Calcitonina: uso restringido a tratamientos de corta duración. 2012.
2. Kanis JA, Borgstrom F, de Laet C, Johansson H, Johnell O, Jonsson B, et al. Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int.* 2005;16:581-9.
3. Miguel Calvo I, Molero García JM. Factores de riesgo de osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. *Jano* 2011;Junio:51-7. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1772/51/1v00n1772a90021170pdf001.pdf>

Ana Maria Ruiz San Pedro*, Maria Ana Prado Prieto
y José Carlos Mateo Ayuso

Gerencia de Atención Primaria Valladolid Este, Sacyl
Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amruiz@saludcastillayleon.es
(A.M. Ruiz San Pedro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.011>

Atención centrada en el paciente: España, todavía queda por hacer

Patient-centred care in Spain: There is still work to be done

Sr. Director:

El concepto de cuidados centrados en el paciente (*patient-centred care*) nos está sugiriendo la necesidad de redefinir algunos parámetros a la hora de hablar de calidad en los sistemas de salud¹. En este contexto, la publicación del *Euro Health Index 2012*² deja a España en un discreto lugar en lo que a la «percepción pública de los servicios de salud» se refiere. Este *euroranking* sanitario, con sus limitaciones, pone de manifiesto que si el paciente debe ser el eje de decisión y el centro del sistema, la calidad debe tener en cuenta la satisfacción del usuario con el propio sistema. A tenor de los resultados publicados por el *Euro Health Index 2012*, y que han contado con una notable difusión en medios especializados³, cabe preguntarse si realmente los españoles están tan insatisfechos con su sistema de salud como denota este informe.

El estudio EUprimecare es un proyecto europeo que cuenta con la participación de España, Italia, Estonia, Lituania, Alemania, Hungría y Finlandia y que pretende poner de manifiesto la situación de los diferentes sistemas de atención primaria en Europa en cuanto a costes y calidad. Este último parámetro fue medido mediante encuestas

poblacionales entre todos los países miembros (n = 3.020). En la encuesta poblacional, 431 participantes eran usuarios de los servicios de atención primaria en España. La encuesta fue diseñada a partir de una búsqueda bibliográfica y del trabajo en grupos focales en los 7 países que forman parte del proyecto. El objetivo era identificar los aspectos que la población consideraba más relevantes a la hora de hablar de satisfacción en atención primaria. Finalmente, se concretó una encuesta donde se preguntaba a los usuarios de atención primaria acerca de su satisfacción con los diferentes aspectos identificados como más importantes.

La satisfacción de los usuarios con los sistemas de atención primaria en España en una escala de 1 a 5 fue superior a 3 para todas las variables evaluadas, incluyendo la satisfacción global. La media de satisfacción de todos los ítems fue de 3,76. Sin embargo, la satisfacción en España fue inferior para todos los indicadores con respecto a la media del resto de países (tabla 1). Los ítems con menores niveles de satisfacción fueron aquellos relacionados con la accesibilidad de los servicios: disponibilidad de cita, tiempos de espera y duración de la consulta. Los usuarios expresaron mayores niveles de satisfacción en las cuestiones relacionadas con las habilidades sociales de los profesionales sanitarios: diálogo, explicaciones, atención prestada y ayuda del personal. La satisfacción con las actividades de prevención y los tests de diagnóstico ofrecidos en atención primaria presentaron valores ligeramente superiores a la media.

Por todo ello, se puede concluir que los usuarios de los servicios de atención primaria en España están

Tabla 1 Comparación del nivel de satisfacción de los usuarios de los sistemas de atención primaria en España frente al resto de países participantes en EUprimecare (n total = 3.020)

Variable	España Media (DE)	EUprimecare Media (DE)	p
Ajuste a sus necesidades de la disponibilidad de las citas en AP	3,75 (0,80)	4,10 (1,01)	< 0,001 ^a
Tiempo medio de espera para obtener una cita no urgente en AP	3,58 (0,82)	3,86 (1,11)	< 0,001 ^a
Tiempo de espera en la sala de espera de AP	3,37 (0,88)	3,74 (1,10)	< 0,001 ^a
Adecuación de la duración de las consultas con el médico de AP	3,66 (0,72)	4,23 (0,90)	< 0,001 ^a
Facilidad para hablar de sus problemas con el médico de AP	3,85 (0,82)	4,31 (0,89)	< 0,001 ^a
Capacidad de escucha del médico de AP	3,86 (0,79)	4,34 (0,86)	< 0,001 ^a
Explicaciones del médico de AP sobre las pruebas y tratamientos	3,88 (0,74)	4,18 (0,94)	< 0,001 ^a
Actividades y servicios de prevención de enfermedades (vacunas, consejos, pruebas diagnósticas) ofrecidos en AP	3,80 (0,81)	3,87 (1,07)	< 0,251
Pruebas de diagnóstico ofrecidas en AP	3,82 (0,81)	3,99 (1,03)	< 0,002 ^a
La ayuda prestada por el personal de AP (sin incluir al médico de AP)	3,91 (0,77)	4,32 (0,83)	< 0,001 ^a
Satisfacción global con la atención recibida en AP	3,93 (0,71)	4,04 (0,94)	< 0,017 ^a

AP: atención primaria; DE: desviación estándar.

^a Diferencias estadísticamente significativas (p < 0,05 para un intervalo de confianza del 95%) al comparar las medias de España y el resto de países europeos participantes en el EUprimecare (test de la t de Student).