

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?

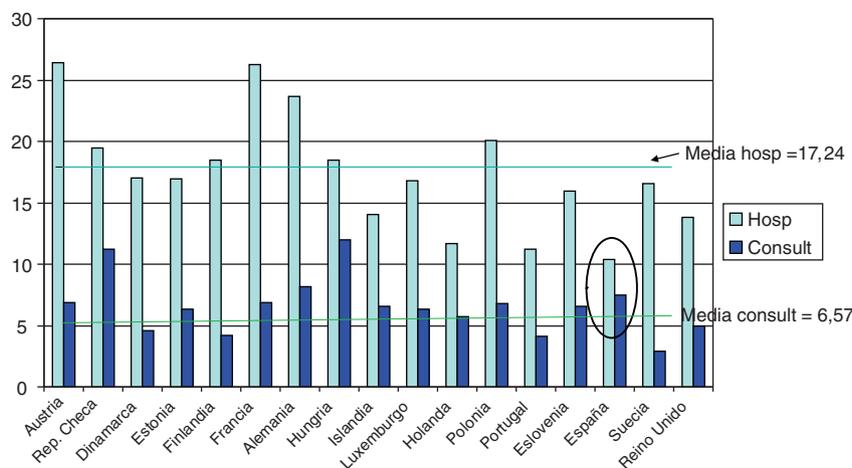
The number of medical consultations: Is it excessive in Spain?

Sr. Director:

Un fantasma recorre España y no es precisamente el que señalaba el conocido pensador alemán, sino el tópicos 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



Fuente: OCDE 2011

Hosp = estancias/100 habitantes/año
Consult = consultas/habitante/año

Figura 1 Hospitalizaciones y consultas en los países europeos.

la pertinencia o no de las mismas; y siempre cabe la duda de si un número bajo de consultas no está encubriendo una utilización insuficiente de los servicios sanitarios. Por otra parte, en España, la estructura de nuestro sistema sanitario ha favorecido tradicionalmente un elevado número de consultas burocráticas que son, en teoría, fácilmente modificables. Los ejemplos más conocidos son las visitas para renovar recetas que realizan los enfermos crónicos y las renovaciones semanales de las bajas por enfermedad (IT). En ambos casos una mejora de la gestión o la simple informatización, como se ha hecho con la prescripción electrónica, puede evitar estas consultas innecesarias. La reducción del número de consultas en nuestro país puede ser un resultado de estas estrategias, aunque la implantación más amplia de la receta electrónica posiblemente se verá reflejada en los próximos datos de los años 2010 y 2011.

Otras cuestiones que se deben tener en cuenta son, en primer lugar, que una gran mayoría de las consultas (más del 70%) son «autoinducidas» por el propio sistema (controles, revisiones, programas, etc.); en segundo lugar, que es necesaria una reflexión sobre la utilidad (impacto para la salud) de algunas de estas actividades y, una tercera consideración es que en España son realizadas por médicos muchas de las consultas que en otros países europeos desarrolla el personal de enfermería, profesionales cuya dotación es baja en España: 4,9 enfermeras/1.000 habitantes, cuando la media OCDE es 8,16, frente a un número elevado de médicos (3,7/1.000 habitantes; media OCDE 3,28)¹.

Finalmente, tenemos que ser conscientes de que la crisis económica presiona incrementando la demanda de los servicios sanitarios, lo que podría explicar el aumento en el número de consultas evidenciado entre 2006 y 2009 en el conjunto de los países de la OCDE¹.

Un aspecto importante para evaluar el exceso o no de utilización del sistema sanitario, y que no ha sido reflejado por los medios, es la utilización de la red hospitalaria. Así el número de estancias hospitalarias por 100 habitantes y año en 2009 (fig. 1) es en España el más bajo de los 22 países europeos que incluye el informe citado (10,41 frente a

una media de 17,24 de los países europeos y de 16,49 del conjunto de los países de la OCDE). Es decir, que estamos en cifras llamativamente bajas (solo un país, México, tiene un índice menor) que probablemente lo que indican es que tenemos un sistema sanitario muy centrado en la atención primaria, con una red a este nivel muy extendida, de calidad y con gran accesibilidad³. Habría que considerar cuál sería el impacto sobre la utilización de la red hospitalaria de una disminución del número de consultas, porque hay un estudio reciente⁴ que sugiere que una menor utilización de las consultas, debido a una barrera económica, produce un incremento de los ingresos, probablemente porque se demora la atención de los procesos hasta el momento en que empeoran y precisan su ingreso hospitalario. Obviamente, los costes de un ingreso hospitalario son muy superiores a los de una consulta y en el estudio señalado se acabó produciendo un incremento global de los costes en la población incluida en el mismo.

Por todo ello resulta poco adecuado hablar de exceso de utilización de la sanidad en España y, aunque es obvio que hay casos concretos de utilización inapropiada, la estrategia de abordaje debe ser conocer las causas de ésta y atajarla, evitando actuaciones generalizadas como el copago, que perjudican a todos, crean problemas de accesibilidad y además, como se ha señalado, no está nada claro que contengan la demanda de consultas.

Bibliografía

1. OECD Health Data 2011: Key indicators (www.oecd.org) [consultado 16 Sept 2011].
2. Anónimo. A fondo. Centros de Salud. Eroski Consumer. 2010;147:5-11.
3. Proyecto AP-21. Marco estratégico para la mejora de la atención primaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
4. Trivedi AN, Moloo H, Mor V. Increased ambulatory care copayments and hospitalizations among the elderly. N Engl J Med. 2010;362:320-8.

Marciano Sánchez Bayle^a
y Luis Palomo^{b,*}

^a *Presidente de la International Association of Health Policy, Madrid, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública*

^b *Coordinador de Docencia, Servicio Extremeño de Salud, Cáceres, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: luis.palomo@ses.juntaextremadura.net
(L. Palomo).

doi:10.1016/j.aprim.2011.09.016

Eficacia hipolipemiente de un alimento funcional

Efficacy of lipid lowering agents in functional foods

Sr. Director:

En los últimos años los denominados productos funcionales se están posicionando como un nuevo instrumento de salud, unidos a importantes campañas publicitarias que no siempre proporcionan la suficiente información. Por ello, antes de su comercialización sería necesario que se comprobaran los potenciales beneficios saludables con la metodología apropiada, mediante ensayos clínicos que proporcionan la máxima evidencia científica. El objetivo del estudio fue evaluar la eficacia hipocolesterolemia de un yogur que contiene ésteres de estanol vegetal, mediante un ensayo clínico multicéntrico, aleatorizado y controlado, realizado en España en Atención Primaria.

Se reclutaron sujetos entre 18 y 75 años con colesterol-LDL (c-LDL) entre 100-159 mg/dl, sin tratamiento farmacológico, que se aleatorizaron para recibir durante 6 semanas bien un preparado lácteo enriquecido con 2 g de ésteres de estanol vegetal (Benecol®, Kaiku), bien placebo con la misma apariencia externa y composición base, pero sin ésteres de estanol vegetal. Además todos los pacientes siguieron una dieta hipocolesterolemia. El perfil lipídico inicial y final se han calculado con la media de dos determinaciones obtenidas con 2-5 días de separación entre sí.

Se aleatorizaron 24 pacientes en el grupo experimental (8 hombres y 16 mujeres con 45 ± 11 años de edad e IMC $26,5 \pm 4,5$ kg/m²) y 26 en grupo placebo (7 hombres y 19 mujeres con 45 ± 11 años e IMC $25,9 \pm 7,9$ kg/m²). El grado de cumplimiento, valorado por el recuento de envases devuelto, fue similar en ambos grupos (99,3 y 99,0%). La evolución del perfil lipídico se refleja en la tabla 1. Estos resultados no varían cuando son estratificados por centro investigador. Si se consideran los pacientes de mayor riesgo, de los 24 pacientes del grupo experimental 10 de ellos tenían valores de c-LDL por encima de 130 mg/dl al inicio del estudio, mientras que al final del seguimiento solo 4 pacientes tenían cifras por encima de ese límite. En el grupo placebo el número de pacientes con c-LDL > 130 ha pasado de 14 a 11. Estos resultados suponen una reducción absoluta del riesgo del 38,6% (IC 95%: 1,4-75,8%), resultando un NNT de 3 (IC 95%: 2-72).

Diversos ensayos clínicos han demostrado la eficacia hipocolesterolemia de los alimentos con ésteres de estanol

en pacientes con hipercolesterolemia¹, siendo su efecto ya comprobable a los 8-15 días de iniciado su consumo². Este ensayo tiene la virtud de haberse desarrollado en España, donde la mayor adscripción a una dieta tipo mediterráneo, con efecto beneficioso sobre el perfil lipídico³, puede condicionar diferencias en los resultados. Así, los resultados corroboran los obtenidos en un ensayo clínico piloto previo realizado por los autores⁴.

Respecto al uso de otros yogures similares se han obtenido resultados comparables a los nuestros en un ensayo doble ciego controlado con placebo en 60 pacientes, aunque con un seguimiento tan solo de 4 semanas⁵. Obtienen una caída significativa del c-LDL en el grupo experimental (de 113 ± 33 mg/dl a 104 ± 29 mg/dl), sin modificaciones en el grupo control. Este efecto del 8% es ligeramente superior en valores porcentuales al encontrado en nuestro estudio (7,4%), lo que puede deberse a la mayor dosis de estanoles vegetales empleada en su estudio (3 g/día). Cabe señalar que las diferencias clínicas entre el uso de esteroides o estanoles vegetales parecen ser escasas. En general, los resultados son bastante concor-

Tabla 1 Perfil lipídico inicial y final en cada uno de los grupos de intervención y significación entre grupos (filas) e intra-grupo (columnas)

	Experimental	Placebo	Signif.
Colesterol-LDL (mg/dl)			
Inicial	126 ± 11	133 ± 16	N.S.
Final	117 ± 16	130 ± 21	p = 0,013
Signif.	p = 0,003	N.S.	
Colesterol-total (mg/dl)			
Inicial	208 ± 18	218 ± 20	N.S.
Final	201 ± 20	215 ± 26	p = 0,023
Signif.	p = 0,039	N.S.	
Colesterol-HDL (mg/dl)			
Inicial	63 ± 16	66 ± 15	N.S.
Final	63 ± 17	65 ± 15	N.S.
Signif.	N.S.	N.S.	
Triglicéridos (mg/dl)			
Inicial	96 ± 33	100 ± 46	N.S.
Final	106 ± 53	101 ± 52	N.S.
Signif.	N.S.	N.S.	