

**S**  
**E**  
**D**  
**A**

Sociedad Española  
de Directivos de Atención Primaria

**XVI** Congreso SEDAP  
Sociedad Española de Directivos  
de Atención Primaria

*Alicante*  
6 a 8 de Noviembre de 2013

**¡INSCRÍBETE!**

Más información en:  
[www.sedap.es](http://www.sedap.es)

Secretaría Técnica

DRUG FARMA CONGRESOS  
Dirección: Avda. Córdoba 21, 3ºB  
28026 Madrid

91 792 13 65 - 91 792 20 32  
[sedap2@drugfarmacongresos.com](mailto:sedap2@drugfarmacongresos.com)  
Sede: Hotel Meliá Alicante

## RESUMEN BIBLIOGRAFICO

- Responsabilidad civil del médico
- La seguridad en los cuidados de los pacientes en las emergencias extrahospitalarias
- Primary care at the crossroads
- ¿Cómo revisar la medicación en los pacientes pluripatológicos?

## RESPONSABILIDAD CIVIL DEL MÉDICO

*Mónica Navarro Michel*

*Profesora de la Universidad de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho. Barcelona. España*

Aunque cada vez son más frecuentes las reclamaciones judiciales contra médicos por supuestas negligencias médicas, las condenas no son habituales. Ante todo, hay que distinguir la responsabilidad civil (que implica la obligación de pagar una indemnización por el daño causado), la responsabilidad penal (que implica una sanción de pena privativa de libertad, multa o inhabilitación para el ejercicio profesional) y la responsabilidad disciplinaria (que puede generar la imposición de una sanción por parte del colegio profesional). En este artículo únicamente se contempla la responsabilidad civil en la prestación sanitaria privada, puesto que —según las últimas modificaciones legales— cuando el médico trabaja para la Administración pública, el perjudicado que reclame una indemnización sólo podrá reclamar contra ésta.

Texto completo:

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/1/1v00n1777a90090768pdf001.pdf>

## **LA SEGURIDAD EN LOS CUIDADOS DE LOS PACIENTES EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS**

<sup>1</sup>J.M. de la Fuente Rodríguez, <sup>2</sup>E. Ignacio García, <sup>1</sup>O.O. Rodríguez Aguado, <sup>1</sup>G. Ruiz Benitez, <sup>1</sup>J. Sánchez Salado, <sup>3</sup>R. Chagas Fernández.

<sup>1</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Servicio Provincial de Cádiz, Junta de Andalucía, España

<sup>2</sup>Universidad de Cádiz, Cádiz, España

<sup>3</sup>Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Servicio Provincial de Córdoba, Junta de Andalucía, España

### Resumen

Uno de los grandes retos de la sanidad mundial es la seguridad clínica del paciente. En la asistencia prehospitalaria urgente y emergente se producen errores que afectan a la seguridad. Se fomenta la cultura de seguridad y se ponen herramientas a disposición del profesional.

### Objetivo

Planteamos como hipótesis que el cumplimiento de estándares de seguridad en la atención a los pacientes que utilizan los sistemas de emergencia extrahospitalaria mejora la atención y minimiza sus riesgos. Nos trazamos como objetivo confeccionar un instrumento que permitiese evaluar la calidad de la seguridad del paciente que requiere de los servicios de emergencias extrahospitalarias.

### Método

Para la creación de esta herramienta nos hemos basado en el estudio SÉNECA, utilizando como base el Modelo Europeo de Calidad de la European Foundation of Quality Management (EFQM). La creación de los indicadores se realizó mediante metodología Delphi.

### Resultados

Se propusieron 74 indicadores, de los cuales 9 fueron propuestos por los panelistas, aceptándose el 44%. Creándose una herramienta definitiva de 41 indicadores. Los indicadores más destacados fueron; «Se controlan las caducidades del material fungible y fármacos que se almacenan en las unidades» agrupado en «alianzas y recursos» y «pacientes que no cumplen el régimen terapéutico por dudas no resueltas» agrupado en «resultados claves».

### Conclusiones

La utilización del modelo EFQM para construir la herramienta de evaluación permite estructurar de manera adecuada la información y organiza los estándares e indicadores de seguridad de una manera coherente. La metodología utilizada permite proponer una herramienta adaptada para medir la seguridad del paciente extrahospitalario. La aplicación de esta herramienta permitirá identificar áreas de mejora relacionadas con la seguridad del paciente.

Rev Calidad Asistencial. 2013;28:117-23.

Texto completo:

[http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl\\_servlet?\\_f=1012&from\\_elsevier=1&id\\_articulo=90196124](http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1012&from_elsevier=1&id_articulo=90196124)

## **PRIMARY CARE AT THE CROSSROADS**

*Vicente Ortún*

*Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain*

Primary care oriented health systems

The late Barbara Starfield, the field's intellectual giant, and colleagues have provided the most important empirical work and review of the literature in relation to the impact of primary care on health systems. Studies conducted in different countries and time periods find strong associations between the strength of primary care and different outcome measures such as health status, satisfaction and lower health expenditures. Despite the fact that reviews are not always systematic, that most studies are observational and that controlling for confounding variables is not always possible, the favorable results for primary care are consistent over different countries and years. In more specific studies that try to find the impact of primary care physician supply on health status controlling for the endogeneity of primary care physician supply we find both a favorable result in the UK and a non significant effect in Norway.

In any case, as Friedberg et al. mention, observed associations between high primary care physicians to specialty ratios, better health care and lower costs may not mean that primary care physicians provide better care than specialists. The quality of the health system is not simply the addition of the quality of its components: general practitioners and specialists behavior influence each other. General practitioners in highest spending regions of the Dartmouth Atlas of Health Care were significantly more likely than those in the lowest regions to report more aggressive use of discretionary tests, visits and interventions. System-level characteristics, specifically a primary care orientation, matter more than the number of general practitioners.

Gac Sanit. 2013;27:193-5

Texto completo:

[http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl\\_servlet?\\_f=1012&id\\_articulo=90199944](http://www.elsevierinstituciones.com/ei/ctl_servlet?_f=1012&id_articulo=90199944)

## **¿CÓMO REVISAR LA MEDICACIÓN EN LOS PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS?**

*Eladio Fernández-Liz*

*Àrea de Suport al Medicament, Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat, Institut Català de la Salut*

Texto completo

El estudio de Galván-Banqueri et al. publicado en este número de Atención Primaria evalúa la adecuación del tratamiento farmacológico y realiza intervenciones para su mejora en una cohorte de pacientes pluripatológicos.

El paciente pluripatológico o con multimorbilidad se caracteriza por ser un paciente de edad avanzada y con múltiples enfermedades crónicas simultáneas. Más del 50% de los adultos mayores tienen 3 o más enfermedades crónicas. La multimorbilidad se asocia con un mayor uso de los recursos sanitarios, peor calidad de vida, y mayores tasas de efectos adversos como consecuencia de tratamientos o intervenciones.

Se estima que los efectos adversos a medicamentos son responsables de aproximadamente el 10% de los ingresos hospitalarios de los adultos mayores que viven en la comunidad. Un

estudio mostró que el 66% de los pacientes mayores recibían al menos una medicación no adecuada durante el ingreso hospitalario, y un 85% en el alta hospitalaria. Identificar intervenciones que no se deberían iniciar pero sí retirar es un proceso complejo en esta población. Por un lado, las necesidades de los pacientes varían en el tiempo, y por otro, las transiciones asistenciales facilitan la prevalencia de medicaciones inapropiadas. Por todo ello se hace necesaria la revisión periódica de la medicación.

La revisión de la medicación es esencial, ya que el grado de discrepancia entre lo que el paciente toma y lo que el médico cree que toma suele ser alto. La revisión clínica de la medicación es el proceso en el cual el médico valora la efectividad de cada medicamento relacionándola con la evolución de las patologías, la presencia de efectos indeseables, la adherencia, y el conocimiento que tiene el paciente de su tratamiento. El objetivo es decidir si es necesario añadir, retirar o continuar alguno de los medicamentos, valorando los beneficios y los riesgos. Entre los beneficios para el paciente destaca la mejora de su seguridad y adherencia, así como un mayor control de sus patologías y de calidad de vida. En pacientes pluripatológicos, permite mejorar la adecuación de los tratamientos, aunque su impacto sobre resultados clínicos es más limitado.

¿Cómo podemos reducir la prescripción de medicamentos inadecuados? Es esencial realizar una anamnesis farmacológica completa, que incluya los medicamentos que toma con y sin receta, definir objetivos terapéuticos posibilistas, revisar periódicamente el tratamiento, ajustar la dosis, pauta y duración considerando la edad, la función renal y hepática del paciente, y la conveniencia del tratamiento farmacológico.

Uno de los métodos más utilizados es el de la «bolsa marrón», que consiste en que el paciente acude a la consulta con toda su medicación (incluyendo medicación sin receta, vitaminas, suplementos y plantas medicinales) de manera que el profesional pueda ver exactamente todo lo que está tomando. Además, es una oportunidad para revisar la efectividad, los efectos indeseables y la adherencia a la medicación. ¿Cómo implantar un programa de revisión de la medicación? Se diferencian 3 etapas: la selección de los pacientes, la revisión sistemática de la medicación y el registro de los resultados en la historia clínica del paciente.

Tomando como base la realidad asistencial se propone la selección de los pacientes en función del riesgo a padecer un acontecimiento adverso a medicamentos: a mayor riesgo, mayor será el beneficio. Se podrían seleccionar aquellos pacientes pluripatológicos, de edad avanzada, polimedicados, con alta utilización de recursos sanitarios, con ingresos hospitalarios frecuentes o incluidos en programas de fragilidad. Se recomienda realizar la selección conjuntamente con otros profesionales de la salud (médicos, enfermeras y farmacéuticos).

¿De qué herramientas de ayuda disponemos para sistematizar la evaluación de la adecuación de la medicación? Las más citadas en la bibliografía son los criterios de Beers, los criterios «medication appropriateness index» (MAI), y los criterios START/STOPP. En nuestro contexto se está promoviendo el uso del algoritmo de revisión propuesto por la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, que consta de un cuestionario de 10 preguntas a realizar durante la revisión para valorar la indicación, el medicamento, la efectividad, la seguridad y la adherencia al tratamiento.

En el estudio de Galván-Banqueri et al. se han utilizado los criterios MAI modificados y los criterios STOPP-START. Del total de los 240 pacientes, se detectaron 840 inadecuaciones; solo un 20% de las intervenciones no fueron aceptadas por el médico. Pero únicamente en el 56% de pacientes se obtuvo respuesta por parte del médico. Esto pone de manifiesto la importancia de establecer circuitos de comunicación entre los diferentes profesionales implicados.

Se pone de manifiesto la utilidad de combinar diferentes métodos para evaluar la adecuación del tratamiento farmacológico, así como la integración de un equipo multidisciplinar en todo el proceso. Se considera la formación continuada un elemento clave para mejorar la efectividad de los programas de intervención. Las nuevas tecnologías pueden contribuir a mejorar su efectividad, tanto en la selección de los pacientes, como en la identificación y priorización de los problemas relacionados con la medicación, facilitando el asesoramiento externo.

Aten Primaria. 2013;45:233-4.