

## Editorial

### Política farmacèutica

Coneixements, actituds i opinions  
de la població sobre l'ús racional  
dels medicaments

Millorant la presa de decisions  
compartida metge-pacient

### Informació per als pacients

### Notícies

Alertes de seguretat

# Editorial

## Educació sanitària

L'educació sanitària és un procés multidimensional que comprèn programes de salut pública, de promoció de la salut i modificació de comportaments insans. Mitjançant la modificació dels coneixements i actituds dels ciutadans en general, i dels pacients en particular, es pretén vehicular el canvi de comportament d'aquests en relació amb la seva salut, promovent-la i restablint-la en cas de malaltia. Els educadors sanitaris poden ser personal sanitari i no sanitari (per exemple: mestres o comunicadors), i els llocs on impartir aquesta educació també poden ser variats (estructures sanitàries, com CAP o hospitals, però també escoles, centres cívics, associacions de veïns, etc.).

Els medicaments són recursos terapèutics de fàcil accés als ciutadans i de consum creixent, ja que molts problemes quotidians tracten de solucionar-se amb medicaments. Del bon ús d'aquests dependrà aconseguir els objectius definits i minimitzar els efectes secundaris, per aquest motiu, és important que els ciutadans tinguin coneixements bàsics sobre els medicaments. En el primer article d'aquest número es mostren els resultats d'una enquesta realitzada a usuaris de la sanitat pública, els resultats de la qual han permès endegar campanyes educatives sobre l'ús racional dels medicaments adreçades als nostres ciutadans.

Per altra banda, cal implicar més els pacients, especialment els que tenen malalties cròniques, en la presa de decisions sobre la seva malaltia i tractament. S'ha demostrat que, un major coneixement de les opcions i dels beneficis-riscos, incrementa la satisfacció dels pacients i la sensació de control, i podria donar lloc a millors resultats terapèutics. En aquest sentit, el segon article revisa l'ús de les anomenades eines d'ajuda en la presa de decisions, en diferents formats (gràfics, web) i en diferents patologies, el desenvolupament i l'aplicació de les quals s'està potenciant en els darrers anys. També s'inclou una llista de recursos disponibles a internet sobre informació per a pacients i altres eines d'ajuda.

#### Comitè editorial

Àssun Álvarez, Teresa Arranz, Manel Borrell, David Clusa, Joan Carles Contel, Joan Costa, Cristina Ibáñez, Joaquim Oristrell, Marta Roig Izquierdo, Marta Roig Martínez i Corinne Zara

#### Comitè de redacció

Àngels Anton, Anna Coma, M. Antònia Gelabert, Cristina Ibáñez, Jordi Peláez, Rita Puig, M. Eugènia Rey, Mercè Rodríguez, Lourdes Tamarit i Corinne Zara

#### Coordinació editorial

Corinne Zara i Cristina Ibáñez

Secretaria tècnica  
Hermi González

El butlletí  
e-farma RSB  
és membre de



## Política farmacèutica

# Coneixements, actituds i opinions de la població sobre l'ús racional dels medicaments

### Introducció

La Declaració de Yakarta identifica com una prioritat per a la promoció de la salut en el segle XXI, la promoció de la responsabilitat social cap a la salut i l'increment de la capacitat de la comunitat amb l'apoderament dels individus (1). Segons l'OMS, més del 50% dels medicaments es prescriuen o dispensen de forma inadequada (2) i l'ús inadequat de fàrmacs té efectes nocius per al pacient, que es tradueix en resultats terapèutics mediocres i suposa un ús ineficient dels recursos disponibles (2).

L'incompliment terapèutic o els errors de medicació poden relacionar-se amb l'escassa comprensió per part del pacient de la informació sobre salut (3), la qual s'associa a menor coneixement dels processos crònics i, fins i tot, a un major nombre d'ingressos hospitalaris (4, 5). Un estudi de cohorts anglès va identificar que un terç de la població major de 52 anys tenia problemes per a llegir i comprendre informació bàsica sobre salut. Així mateix, va relacionar-ho amb un augment de la mortalitat (6). Actualment s'accepta que l'escassa alfabetització en salut és un predictor important de la salut de l'individu, com l'edat, els ingressos i el grup ètnic (3).

Els qüestionaris de mesura del grau d'alfabetització en salut, en general no incorporen informació sobre medicaments, amb la qual cosa no s'ha establert formalment la relació entre una alfabetització pobra en salut i els errors de medicació (7). Tot i així, trobem un estudi en què el 47,5% dels participants amb escassa alfabetització en salut va interpretar incorrectament la pauta de la medicació després de llegir-la, comparat amb l'11,5% en el grup amb un nivell d'alfabetització suficient (8). D'aquesta manera es pot plantejar que l'apoderament dels individus en temes relacionats amb els medicaments hauria de reduir el nombre d'errors de medicació i contribuir a la millora de l'actitud i comportament dels pacients envers el seu ús racional. Actualment, l'alfabetització en salut s'està portant a terme mitjançant programes específics com "El Pacient Expert" que, en el nostre país, han evidenciat que els pacients inicien amb una comprensió insuficient de les indicacions dels professionals i que el major coneixement de la patologia i del tractament implica més el pacient en els processos de decisió i millora, si més no, la qualitat de vida i percepció del pacient pel que fa a la seva patologia (9).

Amb l'objectiu d'elaborar estratègies educatives en l'àmbit dels medicaments i avançar en el procés de millora de l'autonomia del pacient i coresponsabilitat amb els tractaments farmacològics, s'ha dut a terme un estudi per identificar els coneixements de la població en relació amb els medicaments i les opinions i actituds envers el seu ús racional.

### Metodologia

Es tracta d'un estudi descriptiu transversal, semiquantitatiu,

realitzat a usuaris de la sanitat pública, >18 anys, assignats a centres d'atenció primària (CAP) de Barcelona ciutat. Es va realitzar un mostreig bietàpic, amb estratificació per districte, sexe i edat. Es va portar a terme l'administració presencial d'un qüestionari propi validat durant el mes de desembre de 2011.

Es va realitzar una anàlisi univariant per a la descripció de la mostra i bivariant per a la prova de correlacions. Es va realitzar una anàlisi ANOVA per a l'estratificació de la població. Tot es va portar a terme amb SPSSv15. Les variables estudiades han estat: l'edat, el sexe, el nivell d'estudi, la procedència i la situació laboral, dintre de les dades personals; la informació sobre medicació pròpia; la correcta/incorrecta definició de conceptes tècnics farmacèutics (principi actiu -PA-, interacció medicamentosa, efecte advers i contraindicació) i el reconeixement o no del PA en la capsula del medicament (tres casos). El grau d'acord envers quinze frases de coneixement, opinió i actitud.

A partir d'aquestes frases, es va crear un indicador sintètic d'ús racional (IGUR) amb quatre eixos: praxi, informació, ús sostenible i nous medicaments i genèrics, per a mesurar de 0 (molt malament) a 10 (molt bé), l'actitud i opinió de la població. Aquests indicadors ens varen ajudar a l'estratificació de la població segons els coneixements, opinions i actituds.

### Resultats

S'han realitzat un total de 484 entrevistes. Els entrevistats han estat seleccionats aleatòriament segons quotes de sexe i edat proporcionals a la població de la ciutat. El 52,1% han estat dones i, per grups d'edat, el 28% dels enquestats té entre 18 i 34 anys, el 26% entre 35 i 49, el 22% entre 50 i 64 i el 24% 65 o més anys. El 60% dels participants va assistir al CAP per motius de consulta, el 21,6%, com a acompanyants i el 18,4% per tramitació de baixes, recollida de receptes i altres consultes.

#### 1. Ús de medicaments

El 80% dels enquestats han pres medicaments en els darrers 3 mesos. D'entre els medicaments que declaren els pacients en l'entrevista, el 86% han estat prescrits per un metge. Amb l'edat el nombre de medicaments prescrits augmenta, essent significativament superior en els pacients més joves (90% >50 anys vs 75% <50 anys). La mitjana de capsules d'un mateix medicament que es guarden a casa és d'1,16 (concepte d'acumulació).

2. Coneixements en relació amb l'ús dels medicaments  
Més del 80% de les persones que es mediquen saben indicar correctament quin tipus de medicament prenen i per a què són. Ara bé, en el 90% dels casos l'entrevistat no sap indicar el PA del medicament que està prenent. L'edat jove influeix en un major coneixement de la pròpia medicació (73,3% >65 anys vs 91,6% 18-34 anys,  $p < 0,05$ ).

En general, el nivell de coneixement de conceptes en relació amb els medicaments i el seu ús és molt baix: més de la meitat dels entrevistats (55,6%) no sap definir el concepte de PA. El 35% dels entrevistats reconeix el PA indicat en la capsula del medicament (en tots els 3 casos plantejats). El 44,5% no en reconeix cap. El 27,7% coneix el significat de tres conceptes bàsics de la terminologia farmacològica (contraindicació, efecte advers/secundari i interacció medicamentosa), mentre que el 20% en té un desconeixement total (figures 1 i 2). L'edat jove i el nivell d'estudis superior influeixen en el grau de coneixement (taula 1).

### 3. Opinions i actituds en relació amb l'ús dels medicaments

Els resultats de les 15 frases d'actitud i opinió d'aquesta part del qüestionari es mostren a la taula 2.

L'IGUR, calculat d'acord amb les 15 frases, és de 5,03 punts sobre 10. El resultat per cada un dels quatre eixos és: pràctica habitual, 6,18; informació, 5,02; ús sostenible, 3,85 i coneixement de nous medicaments i genèrics, 3,49. Les dones i el grup de 50-64 anys fan un ús més racional dels medicaments. Les diferències són significatives en tots els casos excepte l'indicador d'ús sostenible (taula 2).

El 69% dels enquestats considera que la població no fa un ús racional dels medicaments. El 21% considera que és necessària una major conscienciació social sobre aquesta qüestió.

### Discussió i conclusions

Espanya és el segon país del món amb major despesa en medicaments (10). L'exposició important a medicaments de la població i els problemes derivats de la manca d'adherència als tractaments (1) fan que l'ús racional del medicament s'hagi de considerar com un problema de salut pública. El Pla de salut de Catalunya 2012-2015 incorpora objectius relacionats amb la millora en l'ús dels medicaments per part de la població (11). En aquest estudi, vuit de cada deu usuaris pren o ha pres medicaments en els últims tres mesos. El grau de coneixements i l'actitud i opinió sobre l'ús adequat de medicaments són pobres i, d'acord amb el Pla de salut, fan aconsellable establir estratègies de millora.

Aquest estudi també reflecteix que la població coneix el nom comercial o el tipus de medicaments que pren i per a què el pren, però té problemes per reconèixer el principi actiu en la capsula d'un medicament. El nivell educatiu baix i l'edat avançada influeixen negativament en aquest reconeixement. L'Institut Català de la Salut (ICS), en un estudi realitzat el 2009, va detectar que el 3,4% dels pacients assignats tenia alguna duplictat terapèutica (12). El concepte de principi actiu és universal i el seu coneixement i reconeixement en l'envàs és útil en situacions de duplictat terapèutica o en desplaçaments a altres entorns amb noms comercials diferents. A més a més, amb aquest coneixement els pacients poden col·laborar en els processos de conciliació de la medicació.

Pel que fa a termes de seguretat, el coneixement de les interaccions medicamentoses clínicament rellevants per part d'un pacient pot millorar l'eficàcia i la seguretat d'un tractament. El concepte d'efectes adversos i contraindicacions són els més

coneguts entre els usuaris. Ara bé, menys en gent gran i en persones amb baix nivell d'estudis.

Tenint en compte aquest estat de situació, el Consorci Sanitari de Barcelona ha elaborat la campanya educativa "Medicaments 306: M'agrada saber el que prenc", en format vídeo, amb l'objectiu d'informar i educar en els conceptes de principi actiu, interaccions medicamentoses, efectes adversos i contraindicacions; implicar els pacients en la sostenibilitat de l'ús dels medicaments des del moment de la prescripció, dispensació, conservació, presa, fins a l'eliminació del medicament; introduir nocions sobre benefici i risc dels medicaments; recordar i incentivar les mesures no farmacològiques. S'han elaborat 13 vídeos independents, d'una durada total de 16 minuts, per a facilitar la seva comprensió i el manteniment de l'atenció en la seva visualització.

La difusió d'aquest material es portarà a terme principalment a través de les pantalles dels CAP. Tots els vídeos incorporen un missatge final per promoure la demanda activa d'informació de medicaments a través dels professionals sanitaris i, per tant, seria esperable algun canvi en aquest sentit. Properament, s'avaluarà l'impacte d'aquesta intervenció en la millora dels coneixements, actituds i opinions dels ciutadans envers els medicaments.

Els vídeos es poden veure a l'enllaç següent:  
<http://www.youtube.com/user/salutgeneralitat>.

Rita Puig<sup>1</sup>, Corinne Zara<sup>1</sup>, Anna M. Garcia<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Farmacèutiques; <sup>2</sup>Tècnica de Farmàcia  
 Regió Sanitària Barcelona

### Bibliografia

1. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hp\\_r\\_jakarta\\_declaration\\_sp.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hp_r_jakarta_declaration_sp.pdf) (consulta 31 agost 2012).
2. World Health Organisation. Medicamentos: uso racional. 2010. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html> (consulta 31 agost 2012).
3. Nkukuma L. Health literacy: a barrier to pharmacist-patient communication and medication adherence. *J Am Pharm Assoc.* 2009;49:e132-e149.
4. Gazmararian JA, Williams MV, Peel J, et al. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns* 2003; 51:267-75.
5. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155:97-107.
6. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ* 2012;344:E1602.
7. Warner A, Menachemi N, Brooks R. Health literacy, medication errors and health outcomes: is there a relationship? *Hosp Pharm* 2006;41:542-51.
8. Gazmararian JA, Baker DW, Williams MV. Health literacy among Medicare enrollees in a managed care organisation. *JAMA*, 1999; 281: 545-51.
9. González A, Fabrellas N, Agramunt M, et al. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. *RISAI* 2008; vol 1: issue 1. <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/3/> (consulta 25 novembre 2012).
10. Sanfèlix-Gimeno G, Salvador P, Meneu R. La prescripció farmacèutica en atenció primària. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit.* 2012;26(S):41-5
11. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015: Generalitat de Catalunya; 2012
12. Catalán A, Amado E, Pons A, et al, Figuerola M. Self-Audit de prescripció farmacèutica. *RISAI* 2010. Vol 2. Num 1.



Taula 1. Coneixement de conceptes sobre el medicament

Coneixement de conceptes sobre el medicament	Sexe		Grup d'edat (anys)				Estudis			Total
	Home	Dona	18-34	35-49	50-64	65 i més	Sense estudis/ E. primaris	Secundaris	Universitaris	
<b>Definició PA</b>										
Correcta	76 (36,7)	102 (39,8)	56 (47,8)*	55 (45,7)*	40 (40,4)*	27 (17,5)	26 (17,4)	86 (39,5)*	63 (65,2)*	<b>38,4</b>
Incorrecta	10 (4,4)	20 (7,4)	5 (4,6)	9 (7)	6 (5,8)	10 (6,8)	9 (5,3)	17 (7,5)	4 (4,1)	<b>6</b>
NC	134 (58,9)	142 (52,7)	54 (47,6)	56 (47,3)	53 (53,8)	113 (75,7)	126 (77,4)	119 (53,1)	30 (30,7)	<b>55,6</b>
<b>Identificació del PA escrit en la capsula del medicament</b>										
No reconeix	105 (44,5)	120 (44,4)	37 (32,3)	44 (36,7)	43 (44)	101 (67,6)*	112 (68,7)*	87 (37,6)*	25 (25,1)	<b>44,5</b>
Reconeix 1 PA	21 (9,7)	24 (8,8)	8 (7,3)	13 (10,9)	8 (8)	16 (11)	14 (8,7)	25 (11,3)	6 (5,9)	<b>9,3</b>
Reconeix 2 PA	24 (11,5)	29 (11,1)	14 (12,1)	9 (7,8)	17 (17,1)	13 (8,9)	16 (9,8)	27 (12,6)	10 (10,9)	<b>11,3</b>
Reconeix 3 PA	70 (34,2)	91 (35,7)	56 (48,4)*	54 (44,6)*	31 (30,9)*	20 (12,6)	19 (12,8)	83 (38,5)*	56 (58,1)*	<b>35</b>
<b>Conceptes farmacèutics: Interacció / Contraindicació / Efecte advers</b>										
No coneix conceptes	46 (19,3)	57 (21)	21 (18,6)	18 (15)	12 (11,9)	19 (26,9)	54 (33,5)*	41 (17,2)*	7 (7,1)	<b>20,2</b>
Coneix 1 de 3 conceptes	53 (24,5)	65 (24,5)	27 (23,5)	22 (18,5)	33 (33,3)	14 (19,6)	46 (29,2)	60 (27,4)	12 (12,1)*	<b>24,5</b>
Coneix 2 de 3 conceptes	68 (30,1)	67 (25,4)	30 (26,2)	37 (30,9)	23 (23,5)	21 (29,3)	49 (29,4)	65 (29,7)	21 (21,2)	<b>27,6</b>
Coneix els 3 conceptes	53 (26,2)	75 (29,1)	37 (31,7)*	43 (35,6)*	31 (31,3)*	18 (24,2)	12 (7,9)	56 (25,6)*	57 (59,7)*	<b>27,7</b>

PA: principi actiu; valors expressats en (%); NC: No contesta; \* p<0,05

Taula 2. Resultats de les frases d'actitud i opinió

Eixos	n	Variable	Resp. correcta	% resp. correcta
1	6.1	Si la medicació no em va bé ho comento amb el metge o el farmacèutic	Sí	89,60
1/3	6.2	Conec tots els riscos de no prendre correctament la meua medicació	Sí	75,40
2/3	6.3	Recullo els medicaments que m'han receptat encara que tingui més de 3 envasos a casa	No	72,60
1/2	6.8	Conec com actuen tots els medicaments que em prenc	Sí	71,30
2	6.4	M'agrada que els meus amics i familiars em recomanin els medicaments que pensen que van millor	No	68,90
2	6.5	El prospecte resol els meus dubtes sobre la medicació	Sí	50,60
1/3	6.6	Quan vaig al metge espero sortir amb la recepta d'algun medicament	No	46,30
3	6.7	Porto al punt de recollida els medicaments que ja no utilitzo	Sí	45,80
1	6.9	És important saber si he de prendre els medicaments abans, durant o després de cada àpat	Sí	78,00
1	6.10	Creo que la població té major cura dels medicaments quan paga el cost total d'aquest	No	10,40
2/4	6.11	Els medicaments que fa anys que estan al mercat poden ser tan bons com els nous	Sí	55,50
2/4	6.12	Els medicaments més cars són millors que els més econòmics	No	45,90
2/4	6.13	Els medicaments genèrics són iguals que els de marca	Sí	10,80
2/4	6.14	Els últims medicaments comercialitzats – nous medicaments – tenen sempre menys efectes secundaris	No	20,50
2	6.15	Els medicaments que s'entreguen en els punts de recollida es destrueixen	Sí	21,80

Eixos: 1 Praxi; 2 Informació; 3 Sostenibilitat; 4 Nous medicaments i genèrics

Color verd: actitud; color blanc: opinió

Taula 3. Indicadors d'actitud i opinió

	Praxi	Informació	Sostenibilitat	Nous medicaments/genèrics	Indicador GLOBAL (IGUR)	Indicador actitud	Indicador opinió
<b>Sexe</b>							
Home	5,98	4,74	3,63	3,07	4,75	6,27	3,15
Dona	6,36*	5,27*	4,05	3,56*	5,28*	6,72*	3,66*
<b>Grup d'edat (anys)</b>							
18-34	5,84	4,74	3,28*	3,41	4,67*	5,95*	3,36
35-49	6,24	5,25	3,91	3,45	5,15	6,51	3,57
50-64	6,37	5,36	4,19*	3,63	5,32*	6,93*	3,56
65 i més	6,35	4,8	4,17*	2,85	5,05	6,8*	3,18
<b>Estudis</b>							
Sense estudis/ E. primaris	5,97	4,52	3,81	2,79*	4,8	6,29	3,06*
Secundaris	6,15	5,03	3,67	3,56	4,94	6,39	3,48
Universitaris	6,56	5,71*	4,32	3,59	5,56*	7,1*	3,8*
<b>Identificació del PA escrit en la capsula del medicament</b>							
No reconeix	6,04	4,75	3,65	2,95*	4,82*	6,26	3,24
Reconeix 1 PA	5,83	4,44*	4,43	3,34	4,86	6,07	3,58
Reconeix 2 PA	6,12	5,18	3,97	3,46	5,12	6,99	3,1
Reconeix 3 PA	6,47	5,47*	3,9	3,77*	5,32*	6,79	3,72
<b>Conceptes farmacèutics: Interacció / Contraindicació / Efecte advers</b>							
No coneix conceptes	5,94*	4,37	3,45	2,87*	4,53*	5,64*	3,16*
Coneix 1 de 3 conceptes	5,99*	4,67	3,8	2,95*	4,77*	6,31	3,12*
Coneix 2 de 3 conceptes	6,32	5,22	3,85	3,55	5,08	6,68	3,4
Coneix 3 de 3 conceptes	6,39*	5,58	4,16	3,78*	5,51*	6,93	3,85*
<b>Total</b>	<b>6,18</b>	<b>5,02</b>	<b>3,85</b>	<b>3,33</b>	<b>5,03</b>	<b>6,51</b>	<b>3,42</b>

PA: principi actiu; \* p<0,05

Figura 1. Reconeixement del principi actiu en la capsula del medicament

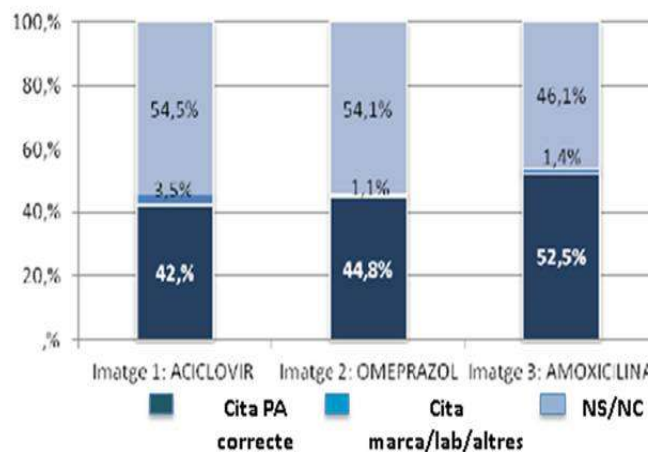
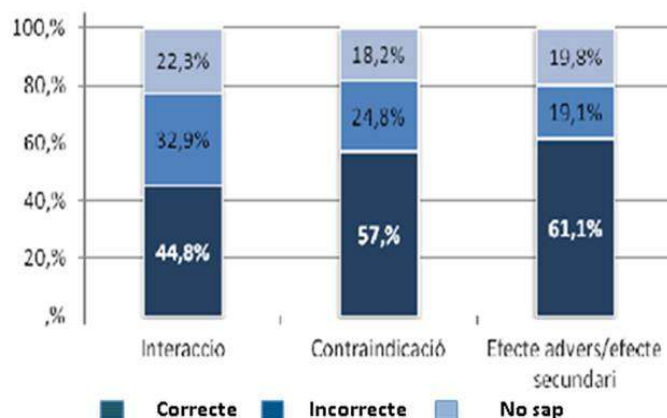


Figura 2. Coneixement de conceptes de seguretat



## Política farmacèutica

### Millorant la presa de decisions compartida metge-pacient

L'autonomia dels pacients és un dels principis generals de la bioètica que, en el context de la informació sanitària, requereix dels principis específics de veracitat, transparència, responsabilitat, respecte a la vida privada, equitat i professionalitat. El codi deontològic recull també el deure del metge de donar al pacient la màxima informació possible sobre el seu estat de salut, els passos diagnòstics, les exploracions complementàries i els tractaments, de manera entenedora i prudent, sense crear falses expectatives, diferenciant clarament els fets objectivables de les interpretacions i les opinions, i fent esment de la procedència de les dades<sup>1</sup>, considerant també el límit d'informació que el pacient vol acceptar. El consentiment informat és el referent informatiu més comú, en què un malalt competent expressa l'acceptació d'un procediment diagnòstic o terapèutic després de tenir la informació adequada per poder decidir; generalment, es tracta d'un document de caràcter legal regulat específicament per a determinats procediments<sup>2</sup>.

Per contra, el grau en què els metges comuniquen i discuteixen l'evidència d'un tractament o procediment amb els seus pacients, mesurat amb l'escala OPTION (observing patient involvement)<sup>3</sup>, és molt variable, la qual cosa mostra encara una actitud prou paternalista dels professionals. Epstein et al van posar de manifest en una revisió de 2004 la manca de guies de pràctica clínica que ajudin a facilitar aquesta comunicació<sup>4</sup>. L'estudi SUPPORT (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments) va mostrar que només un 41% dels pacients enquestats considerava que el seu tractament en context pal·liatiu o d'intervencions agressives reflectia les seves preferències<sup>5</sup>. En altres àrees, com la salut mental, alguns pacients també manifesten el seu desig a participar en la presa de decisions del seu tractament i, per tant, cal que els professionals ho considerin<sup>6</sup>.

En els darrers anys s'estan potenciant diferents estratègies d'ajuda a la presa de decisions (APD) per part dels pacients, per tal d'afavorir la seva autonomia. Definida per primer cop el 1997 per A. O'Connor, l'APD és un procés que té per objectiu facilitar als pacients la comprensió de les diferents opcions disponibles, per tal de generar una decisió específica juntament amb els professionals sanitaris, després d'integrar la informació que ofereix el professional sanitari i els valors i les preferències dels pacients.

Destaquem una sèrie de característiques generals que presenten les eines d'APD:

- El professional ofereix la informació que desencadena el procés de presa de decisions, cal que explori les idees i creences dels pacients i ofereixi la informació amb claredat.
- La informació està adaptada de forma individual als pacients i la patologia concreta.
- Cal disposar d'un llistat de possibles resultats (beneficis i

riscos) associats a cadascuna de les decisions, les estimacions quantitatives de les probabilitats que apareguin, del seu impacte en la qualitat de vida i dels costos associats, des d'un punt de vista al més objectiu possible.

- Les eines d'APD preparen els pacients per a la presa de decisions amb el professional.

Més enllà dels principis ètics, s'espera que aquestes estratègies d'APD resultin en millors resultats en salut i en l'esfera emotiva dels pacients (més satisfacció, menys ansietat, més protagonisme i valoració individual), d'acord amb les preferències d'aquests<sup>7</sup>; a la bibliografia hi ha diverses escales que permeten mesurar aquest tipus de resultats<sup>8</sup>. L'efectivitat de les eines d'APD s'ha demostrat en estudis i metanàlisis recents: augmenten el coneixement dels pacients; les expectatives i la percepció dels riscos són més realistes; es redueix la passivitat del pacient en la presa de decisions; ajuden a planificar opcions futures en malalties degeneratives; les decisions tendeixen a ser més conservadores i més congruents amb les preferències dels pacients; es redueixen les taxes de cirurgia electiva invasiva; es poden reduir costos de tractament associat; augmenta la probabilitat de seguir el tractament que s'ha triat, i se'n millora el compliment<sup>9,10,11,12</sup>.

Les eines d'APD poden ser classificades amb diferents criteris:

1. Segons el moment en què es proporcionin:

El professional pot facilitar eines específiques i reconegudes d'APD abans de la consulta, per tal que el pacient les explori i posteriorment es discuteixi la informació a la consulta. Una altra estratègia és iniciar la discussió metge-pacient a la consulta a partir de les preguntes més freqüentment identificades en la patologia concreta, i després referir al pacient a llocs més específics o amb més informació, i posteriorment, prendre una decisió conjunta.

2. Segons el seu format:

Hi ha una gran varietat de modalitats d'eines d'APD: material gràfic i audiovisual (pictogrames, vídeos, diagrames), fullets escrits, webs específiques, etc. L'evidència disponible indica que les imatges senzilles faciliten la comprensió de la informació sanitària que es facilita als pacients juntament amb la comunicació verbal, especialment en aquells que tenen menys coneixements en salut, mesurats amb l'escala REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine)<sup>13,14</sup>. A l'hora de dissenyar material específic, és important també incloure les necessitats de pacients de la patologia a la qual van adreçades.

En el camp de l'oncologia es disposa de software específic que visualitza el risc de curació, recaiguda o mort i facilita la seva comunicació als pacients; un exemple és el web Adjuvant! OnLine (<http://www.adjuvantonline.com>) de consulta en línia o integrat en els sistemes de prescripció. Entre d'altres recursos disponibles a la xarxa, hi ha webs adreçats a pacients que recopilen informació en diferents àmbits, amb espais interactius i que serveixen de guia per als pacients (vegeu l'apartat d'informació per als pacients d'aquest número del butlletí).

Un altre recurs en línia interessant és l'anomenat VisualRx 3.0, un software dissenyat com a eina d'ajuda en el procés de translació de l'evidència a la pràctica i a pacients concrets que, a més, permet la representació gràfica de beneficis i riscos, creat pel Dr. Chris Cat.

(<http://www.nntonline.net/visualrx/introduction/>)

A la taula 1 es recullen estudis amb diferents eines d'APD en diverses àrees terapèutiques i els resultats obtinguts.

Com facilitar el seu desenvolupament i implementació? Tot i els resultats positius obtinguts en assajos clínics, l'ús d'eines d'APD estan en un nivell d'ús relativament baix a causa d'una sèrie de limitacions: el fet de requerir eines específiques per a cada patologia; cal una actitud positiva dels professionals envers aquestes eines i habilitats en comunicació; falta de temps; tenir altres prioritats; reconèixer que no tots els pacients volen prendre decisions actives però sí que volen ser informats, entre d'altres<sup>15,16</sup>. El repte, doncs, és fer que els professionals impliquin més els seus pacients i adoptin les eines d'APD. Elwyn et al. han publicat recentment una estratègia senzilla anomenada Option Grids: per a una patologia concreta, un breu resum d'opcions a partir de preguntes i dubtes habituals dels pacients, oferir-ho als pacients i crear un espai de debat, aclarir conceptes i facilitar la informació escrita<sup>17</sup>.

Les eines d'APD són una àrea en clara expansió, com s'evidencia en el gran nombre de treballs que es publiquen sobre aquestes estratègies. Cal aprofundir en el desenvolupament de més eines d'APD, en l'avaluació dels resultats obtinguts i en la implementació del seu ús a la pràctica habitual.

Cristina Ibáñez  
Farmacèutica  
Regió Sanitària Barcelona


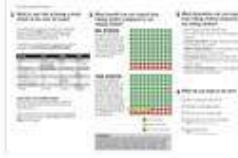
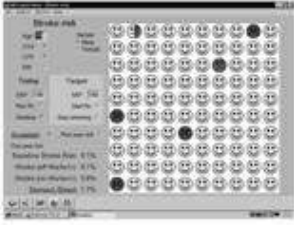
## Bibliografia


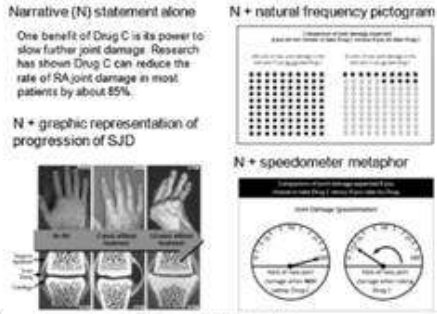
1. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions ètiques entorn de la informació sanitària. Barcelona, 2004. Disponible a: <http://comitebioetica.cat/documents/index-alfabetic-de-documents/#C> [consulta març 2013].
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Comitè de Bioètica de Catalunya. Guia de recomanacions sobre el Consentiment informat. Barcelona, 2003. Disponible a: <http://comitebioetica.cat/documents/index-alfabetic-de-documents/#C> [consulta març 2013].
3. Elwyn G, Edwards A, Wensing M, et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care*. 2003;12:93-99.
4. Epstein RM, Alpers BS, Quill TE. Communicatibg evidence for participatory decision making. *JAMA*. 2004;291(19):2359-66.
5. Covinsky KE, Fuller JD, Yaffe K, et al. Communication and decision-making in seriously ill patients: findings of the SUPPORT project. The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment. *J Am geriatr Soc*. 2000;48(5 Supple):S187-93.
6. De las Cuevas C, Rivero A, Perestelo-Perez L, et al. Psychiatric patients' attitudes towards concordance and shared decision making. *Patient Educ Couns*. 2011;85(3):e245-50.
7. Edwards E, Elwyn G, Smith C, et al. Consumer's views of quality in the consultation and their relevance to 'shared decision-making' approaches. *Health Expect*. 2001;4(3):151-61.
8. Edwards A, Elwyn E, Hood K, et al. The development of COMRADE- a patient-bases outcome measure to evaluate the effectiveness of risk communication and treatment decision making in consultations. *Patient Educ Couns*. 2003;50(3)311-22.

9. Stacey D, Bennett C, Barry M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;CD001431.
10. Johnson SL, Kim YM, Church K. Towards client-centered counseling: Development and testing of the WHO Decision-Making Tool. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):355-61.
- Pariani S, et al. Does contraceptive choice make a difference to contraceptive use? Evidence from East Java. *Stud Fam Plann*. 1991;22:384-90.
11. Arterburn D, Wellman R, Westbrook E, et al. introducing decision aids at group health was linked to sharply lower hip and knee surgery rates and costs. *Health Aff (Millwood)*. 2012;31(9):2094-104.
12. Volandes A, Paasche-Orlow M, Barry M et al. Video decision support tool for advance care planning in dementia: randomised controlled trial. *BMJ*. 2009;338:b2159.
13. Houts PS, Doak CC, Doak LG, et al. the role of pictures in improving health communication: A review of research on attention, comprehension, recall, and adherence. *Patient Educ Couns*. 2006;61(2):173-90.
14. Thompson AE, Goldszmidt MA, Schwartz AJ, et al. A randomized trial of pictorial versus prose-based medication information pamphlets. *Patient Educ Couns*. 2010;78(3):389-93.
15. Légaré F, Ratté S, gravel K, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient Educ Couns*. 2008;73(3):526-35.
16. Légaré F, Ratté S, Stacey D, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;5:CD006732.
17. Elwyn G, Lloyd A, Joseph-Williams N, et al. Option Grids: shared decision making made easier. *Patient Educ Couns*. 2013;90(2):207-12.
18. Mullan RJ, Montori VM, Shah ND, et al. The Diabetes Mellitus Medication Choice Decision Aid. *Arch Intern Med*. 2009;169(17):1560-8.
19. Nannenga MR, Montori VM, weymiller AJ, et al. A treatment decision aid may increase patient trust in the diabetes specialist. *The Stain Choice randomized trial*. *Health Expect*. 2009;12(1):38-44.
20. Thomson RG, Eccles MP, Steen IN, et al. A patient dcision aid to support shared decision-making on anti-thrombotic treatment of patients with atrial fibrillation: randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:216-23.
21. Holbrook A, Labiris R, Goldsmith CH, et al. Influence of decision aids on patient preferences for anticoagulant therapy: a randomized trial. *CMAJ*. 2007;176(11):1583-7.
22. Leigh NB, Shepherd HL, Butow PN, et al. Supporting treatment decision making in advanced cancer: a randomized trial of a decision aid for patients with advanced colorectal cancer considering chemotherapy. *J Clin Oncol*. 2011;29(15):2077-84.
23. Belkora JK, Hutton DW, Moore DH, et al. Does use of the Adjuvant! Model influence use of adjuvant therapy through better risk communication? *J Natl Compr Canc Netw*. 2011;9(7):707-12.
24. Martin RW, Brower ME, Gerald A, et al. An experimental evaluation of patient decision aid design to communicate the effects of medications on the rate of progression of structural joint damage in rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*. 2012;86(3):329-34.
25. Montori VM, Shah ND, Pencille LJ, et al. Use of a Decision Aid to Improve Treatment Decisions in Osteoporosis: the Osteoporosis Choice Randomized Trial. *Am J Med*. 2011;124:549-56.
26. Scoville EA, Ponce de Leon P, Shah N, et al. Why do women reject bisphosphonates for osteoporosis? A videographic study. *PLoS One*. 2011;6(4):e18468.
27. Angott AM, Comerford DA, Ubel PA. Imagining life with an ostomy: does a video intervention improve quality-of-life predictions for a medical condition that may elicit disgust? *Patient Educ Couns*. 2013;91(1):113-9.
28. Wilson SR, Strub P, Buist SA, et al. Shared treatment decision making improves adherence and outcomes in poorly controlled asthma. *Am J Respir Crit Care Med*. 2010;181:566-77.
29. Deep KS, Hunter A, Murphy K, et al. "It helps me see with my heart": how video informs patients' rationale for decisions about future care in advanced dementia. *Patient Educ Couns*. 2010; 81(2):229-34.

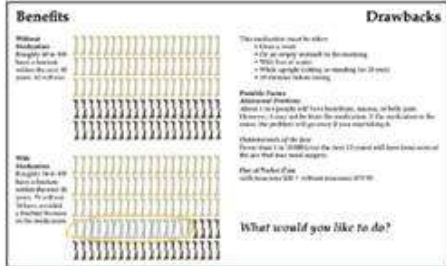


Taula 1. Exemples d'eines d'APD en diferents àrees terapèutiques

Àrea terapèutica-població diana	Població diana	Intervenció	Resultats
Diabetis <i>mellitus</i>	Pacients adults amb diabetis <i>mellitus</i> tipus II <sup>18</sup>	Comparació de 5 antidiabètics (orals i insulina) en termes de canvi de pes, hipoglicèmies, reducció d'hemoglobina glicosilada, posologia, monitoratge i efectes adversos, per tal d'implicar el pacient en escollir el tractament segons beneficis i riscos. Eina d'APD utilitzada durant la consulta mèdica Disponible a: <a href="http://diabetesdecisionaid.mayoclinic.org/">http://diabetesdecisionaid.mayoclinic.org/</a> 	Els pacients que van rebre l'eina van mostrar més coneixements, es van implicar més en la decisió i van tenir menys conflicte de decisió (escala OPTION), però l'adherència al tractament i el control glicèmic va ser similar en el grup actiu i control.
	Pacients adults amb diabetis <i>mellitus</i> tipus II <sup>19</sup>	Eina d'APD escrita i individualitzada adreçada a escollir el tractament amb estatines; inclou els factors de risc cardiovascular i l'estratificació del risc estimat a 10 anys, representació gràfica de beneficis i riscos de rebre tractament. El grup control va rebre un fullet estàndard de la Clínica Mayo. 	Els pacients en el grup actiu van mostrar major (però no significativa) confiança en el seu metge, i això es va associar en millores en els coneixements, menys conflicte de decisió i més participació en la presa de decisions
Anticoagulació oral	Pacients de >60 anys amb fibril·lació auricular no valvular en tractament amb warfarina o pels que es planteja l'inici del tractament <sup>20</sup>	Aleatorització dels pacients a rebre informació mitjançant una eina d'APD electrònica personalitzada en format gràfic i numèric (intervenció) o la recomanació directa del metge segons les guies de pràctica clínica (control), estratificant els pacients segons el risc d'ictus. 	Després de la visita, els pacients que van rebre la intervenció van considerar més important la seva implicació en la presa de decisions sobre el tractament. També van presentar menor conflicte decisonal (definit com la incertesa sobre el curs d'una acció) mesurat amb una escala adient, i una reducció significativa dels símptomes d'ansietat. No es van observar diferències en l'adquisició de coneixements entres els grups. Altres estudis sí que mostren millora en el coneixement de la malaltia <sup>21</sup> .

Àrea terapèutica-població diana	Població diana	Intervenció	Resultats
Càncer	Pacients amb càncer colorectal avançat <sup>22</sup>	Informació escrita narrativa en fullet acompanyada d'una cinta o compact disc amb més dades per escoltar fora de la consulta, en la qual es revisen els objectius del tractament pal·liatiu amb i sense quimioteràpia, llista d'opcions incloent només el suport i la participació en un assaig clínic. El benefici del tractament es presenta amb dades numèriques o amb gràfics.	En l'avaluació després d'una o dues setmanes de la intervenció, el grup que va rebre l'eina d'APD va incrementar de forma significativa la comprensió dels objectius, pronòstic, riscos i beneficis, sense augmentar l'ansietat.
	Pacients amb càncer de mama <sup>23</sup>	<i>Adjuvant!</i> és una eina en línia que facilita de forma personalitzada el risc de recurrència als 10 anys i la predicció de mortalitat, a partir de les característiques de la pacient i del tumor, i en diferents circumstàncies, adreçat a dones amb càncer de mama i baix risc després de teràpia local (cirurgia amb o sense radiació), en les quals cal valorar el benefici-risc de seguir tractament adjuvant. 	L'eina ha demostrat que les estimacions individualitzades són més acurades, la qual cosa dona lloc al fet que les dones amb baix risc triïn amb menys freqüència continuar amb tractament adjuvant. Augmenta la comprensió dels beneficis i riscos del tractament.
Artritis reumatoide (AR)	Pacients adults amb AR <sup>24</sup>	Assaig clínic on es mesura l'efecte de 4 formats per presentar la informació sobre els efectes dels medicaments antireumàtics i la taxa de progressió de la malaltia, en pacients amb AR i a un grup control (narratiu, gràfic, pictograma o metàfora sobre la progressió). 	Els millors resultats en termes de recordar la informació sense biaixos de sobreestimació es van aconseguir amb l'explicació verbal i gràfica (metàfora de la progressió). No es van observar diferències significatives en la satisfacció dels pacients entre intervencions ni grups, però sí una tendència a tenir més satisfacció amb els formats gràfics.



Àrea terapèutica-població diana	Població diana	Intervenció	Resultats
Osteoporosi	Dones postmenopàusiques amb osteopènia o osteoporosi <sup>25</sup>	<p>L'eina proporciona el risc individualitzat als 10 anys de presentar una fractura osteoporòtica, la reducció del risc absolut de risc de fractura amb alendronat i sense tractament, i els efectes adversos dels bifosfonats. L'eina es discuteix a la consulta amb el metge i la decisió es pren a casa.</p> 	<p>Els pacients del grup d'intervenció van expressar una satisfacció significativament major, van adquirir més coneixements sobre el risc propi de fractura als 10 anys, i més implicació en el tractament (escala OPTION). L'efecte sobre l'inici del tractament o la seva adherència va ser escàs. En altres estudis s'evidencia que les pacients que expressen dubtes i preguntes a la consulta són conseqüents amb la seva decisió de prendre o no els bifosfonats als 6 mesos de la visita, per la qual cosa es planteja la necessitat de potenciar programes no farmacològics<sup>26</sup>.</p>
Malaltia inflamatòria intestinal	Pacients amb una ostomia o pels quals s'està valorant <sup>27</sup>	<p>Dos grups, al primer (113) se li projecta un vídeo educatiu sobre les cures d'una ostomia creat per un pacient; el control (110) opina sense haver vist el vídeo. <a href="http://www.vimeo.com/decisionmaking/ostomycare">www.vimeo.com/decisionmaking/ostomycare</a></p>	<p>Després de veure el vídeo, millora la percepció de les ostomies, i la seva percepció de qualitat de vida; la intervenció pot ajudar a prendre decisions futures menys esbiaixades.</p>
Asma	Pacients asmàtics mal controlats i poc adherents <sup>28</sup>	<p>Assaig clínic amb un grup de decisió basada en el metge i un altre de decisió compartida metge-pacient (a partir d'un llistat de pros i contres de les opcions); un tercer grup rep un programa educatiu multidisciplinari (metges, infermeres, farmacèutics).</p>	<p>Després d'un any, el grup de presa de decisions compartides va presentar major adherència al tractament i millors resultats (qualitat de vida, medicaments de rescat, funció pulmonar, etc.).</p>
Demència	Pacients de més de 40 anys reclutats en una consulta general, sense contacte amb un familiar amb demència <sup>29</sup>	<p>Es va dissenyar un qüestionari verbal estructurat a partir de la bibliografia sobre la planificació de les accions avançades i amb experts en cures pal·liatives, neuròlegs i geriatres. Primer es llegia als participants una descripció verbal de la demència avançada, detallant les alteracions funcionals associades, i després se'ls descrivia tres nivells d'abordatges terapèutics, els objectius de cadascun i els tractaments associats. Es plantejava l'escenari de demència avançada a cada pacient, que havia de triar un d'aquests nivells després d'aquesta descripció verbal i després de veure un vídeo de 2 minuts, i raonar els motius de l'opció escollida.</p>	<p>Abans de veure el vídeo, les mesures de confort van ser triades per 60 de 120 entrevistats per evitar el patiment i preservar la qualitat de vida, mentre que després del vídeo van ser 107 de 120 els que van escollir aquesta opció a partir de l'experiència del pacient i la família mostrats al vídeo. Les persones entrevistades van reconèixer el gran impacte de les imatges per augmentar el coneixement sobre la malaltia i l'experiència dels pacients.</p>

## Informació per als pacients

### Recursos d'informació adreçats a pacients

Cedimcat. Centre d'Informació de Medicaments a Catalunya. Disponible a: <http://www.cedimcat.info/> [català i castellà]. Canal d'informació amb seccions i continguts adreçats a professionals sanitaris i a pacients (sobre seguretat, administració, vacunes, etc.).

Forumclinic. Hosp. Clínic- Fundació BBVA. Programa interactiu per a pacients. Disponible a: <http://www.forumclinic.org/> [català i castellà]. Facilita informació a pacients per augmentar la seva autonomia en relació amb la seva salut i tractament; afavoreix la seva participació en fòrums regulats sobre medicaments i promoció de la salut.

Patient Aids Decision. Ottawa Hospital Research Institute (OHRI). Disponible a: <http://decisionaid.ohri.ca/> [anglès i francès]. Informació adreçada a pacients, general i específica per patologies, per tal de facilitar la discussió d'opcions terapèutiques amb el metge. Coaching sobre salut i tractaments. Eines d'ajuda avaluades en assajos clínics, Cochrane i altres grups col·laboradors, com l'organisme col·laboratiu IPDAS (International Patient Decision Aid Standards).

Informed Medical Decisions Foundation. Disponible a: <http://fimdm.org/> [anglès]. Inclou programes i eines d'ajuda en diferents camps (salut mental, oftalmologia, ortopèdia, maternitat, cribratge, entre d'altres). També inclou eines per a proveïdors.

Stanford Patient Education Research Center. Stanford School of Medicine. Disponible a: <http://patienteducation.stanford.edu/> [castellà i anglès]. Ofereix programes d'autocura en malalties cròniques, diabetis, sida i altres, estils de vida, utilització de serveis sanitaris, etc.

Healthwise. Disponible a: <http://www.healthwise.org/> [anglès]. Organització sense ànim de lucre, elabora i difon continguts i eines de salut per a consumidors, programes d'autocura, aplicacions per a mòbils, eines de decisió interactives, etc. Per accedir a alguns continguts, cal estar-hi subscrit.

Worst pills, Best pills. Disponible a: <http://worstpills.org/> [anglès]. Informació sobre els efectes secundaris de medicaments. Inclou 10 normes per tal d'assegurar l'ús segur dels medicaments, conscienciació sobre la sobreutilització de medicaments, etc. Per accedir a alguns continguts, cal estar-hi subscrit.

diagKNOWsis. Disponible a: <http://www.diagknowsis.org/homepage/> [anglès]. Fundat per una pacient, eines d'apoderament.

Dartmouth-Hitchcock Medical Center. Disponible a: <http://patients.dartmouth-hitchcock.org/> [anglès]. Ofereix vídeos informatius sobre cirurgia i opcions alternatives, entre d'altres.