

Editorial

La polimediació: un repte compartit

Experiències de les entitats proveïdores

El procediment de renovació de la medicació crònica a l'atenció primària de la Mútua de Terrassa

Seguretat

Medicaments i seguretat, és cosa de tots

Política farmacèutica

Actualitzacions sobre la nova normativa dels preus de referència

Nous genèrics autoritzats i comercialitzats per l'AEMPS al 2007

Opinió dels ciutadans

Actitud dels pacients davant dels medicaments

Notícies

Alertes de seguretat

Actualització farmacoterapèutica

Observatori de consum de medicaments

Editorial

La polimediació: un repte compartit

La creixent exposició de la població als medicaments és una realitat en el nostre àmbit que pot tenir conseqüències no desitjables tant per al pacient com per al sistema sanitari. Està descrita la relació directa entre un major nombre de fàrmacs i un major risc d'aparició de problemes relacionats amb la medicació: reaccions adverses, interaccions entre principis actius, duplicitats, no adherència als tractaments, fracassos terapèutics, intoxicacions i increment d'ingressos hospitalaris entre d'altres.

El terme polimediació pot tenir diferents significats; normalment s'associa a una presa simultània de múltiples fàrmacs diferents per al mateix pacient i malgrat que no existeix un consens sobre el nombre de medicaments necessaris per considerar a un pacient polimedicat, quatre o més és la xifra acceptada majoritàriament^{1,2}. Estudis més recents estimen que el consum mitjà diari de medicaments en gent gran és de 4,5-8³, amb un consum màxim de 17 fàrmacs diferents⁴. Si bé és possible que tots siguin clínicament necessaris i apropiats per al pacient, la probabilitat de trobar medicaments innecessaris en gent gran augmenta significativament amb el nombre de fàrmacs prescrits⁵.

Existeix una relació directa entre edat i consum de medicaments. En un estudi fet a Galícia en l'àmbit de l'atenció primària, la prevalença de polimediació en majors de 80 anys era del 54% i la mitjana diària de fàrmacs per persona de 4,1 (IC95%:3,7-4,5; DE 3), essent 16 el nombre màxim de medicaments consumits. Pel que fa a l'adherència al tractament, observaren que disminuïa fins a 10% en pacients que prenen més de 9 fàrmacs simultàniament⁶.

Una revisió periòdica dels tractaments dels pacients polimedicats permet, si més no, evitar o minimitzar l'aparició de tots aquests problemes. A la Regió Sanitària Barcelona es va realitzar una intervenció al llarg del 2005 sobre tot el grup de pacients (153) que presentaven un consum mensual igual o superior a 25 principis actius diferents i, posteriorment, es va observar que aquest nombre disminuïa un 6,4% per pacient (de 29,5 a 27,6)⁷.

En aquesta línia la regió està treballant la polimediació des de dues vessants:

1. Programa de la prescripció farmacèutica relacionada amb el pacient. Es detecten aquells pacients que durant un mes presenten un consum simultani de 18 o més principis actius diferents, especificant la relació de medicaments, envasos i import. Es notifica al farmacèutic/farmacòleg d'atenció primària o d'hospital per a que, conjuntament amb els metges responsables, es revisi la prescripció i es modifiqui en cas necessari.

Es fa una actuació similar en el marc de la contractació d'objectius en l'atenció primària on també es requereix la justificació diagnòstica dels tractaments.

Comitè editorial

Aintzane Alberdi, Teresa Arranz, Manel Borrell, Ferran Cachadiña, David Clusa, Joan Costa, Cristina Ibáñez, Jordi Monedero, M.Eugènia Rey, Maite Pérez, Alba Prat, Margarita Ramoneda, Oriol Roura i Corinne Zara.

Comitè de redacció

Anna Coma, M^a Antònia Gelabert, Cristina Ibáñez, Jordi Peláez, M. Eugènia Rey, Mercè Rodríguez, Lourdes Tamarit i Corinne Zara.

Coordinació editorial

Corinne Zara i Cristina Ibáñez

Secretaria tècnica

Anna M. Garcia

Mereix especial atenció el seu abordatge en les zones d'assignació capítativa, on la responsabilitat de la prescripció dels medicaments és compartida.

2. Programa d'homogeneïtzació de la informació de farmàcia als proveïdors (INFORFARMA.) S'ha dissenyat un informe específic mensual per unitat proveïdora que facilita el seguiment corresponent. Aquest informe ha despertat l'interès de molts professionals que han sol·licitat informació més detallada de cada pacient.

Atès que la polimediació és un fet freqüent en l'atenció primària i sobretot en pacients amb malalties cròniques, és de destacar les diferents estratègies que tots els proveïdors de serveis sanitaris desenvolupen per incorporar en els seus programes de prescripció informatitzada o electrònica diferents eines de suport a la presa de decisions sobre la utilització de medicaments, que poden minimitzar molts dels problemes que es produeixen en els pacients polimedcats. En aquest número es presenta l'estratègia contínua de millora del sistema de medicació crònica de la Mútua de Terrassa. També cal destacar el premi a les millors iniciatives 2007 de Correo Farmacèutic que ha rebut el Consorci Sanitari Integral pel seu Programa de revisió sistemàtica de la medicació crònica.⁸

La implantació del sistema de recepta electrònica a Catalunya que està duent a terme el Departament de Salut també va en aquesta línia, ja que integra els processos de prescripció i dispensació de la prestació farmacèutica, establint mecanismes de control que afavoreixen l'ús racional del medicament. Les primeres experiències s'han mostrat efectives en el seguiment terapèutic, especialment per als pacients crònics, en la detecció de possibles incompatibilitats, duplicitats, interaccions i faciliten les actuacions sobre alertes farmacològiques, millorant així la seguretat en l'ús dels medicaments i afavorint una atenció farmacèutica de qualitat, eficient i accessible, centrada en el pacient i en els resultats de salut.

Maria Eugènia Rey. Lourdes Tamarit.
Farmacèutiques. Regió Sanitària Barcelona.

Bibliografia

1. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, y cols. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria*. 1998;22(3):165-170.
2. Valderrama E, Rodríguez F, Palacios A, et al. Consumo de medicamentos en los ancianos: Resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72(3):209-219.
3. Blasco F, Martínez López de Letona J, Pérez R, et al. Estudio piloto sobre el consumo de fármacos en ancianos que ingresan en un hospital. *An. Med. Interna (Madrid)* 2004; 21(2):69-71.
4. Hohl CM, Dankoff J, Colacone A, Afilalo M. Polypharmacy, adverse drugs and potential adverse drugs interactions in elderly. *Ann Emerg Med* 2001; 38:666-671.
5. Kuijpers MA, van Marum RJ, Egberts AC, Jansen PA. Relationship between polypharmacy and underprescribing. *Br J Clin Pharmacol* 2008;65:130-3.
6. Castelo R, Cano P, Pérez S. Prevalencia de polifarmacia en mayores de 80 años. *Farm Aten Prim*. 2006; 4(3):69-73.
7. Tamarit L, Coma A, Rey ME, Hermida P, Cruzado B, Zara C. Detección de pacientes polimedcados. Una intervención para mejorar el uso seguro de los medicamentos. Pòster presentat en el XI Congrés de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Farmacéutica de Atención Primaria. Burgos del 25 al 27 d'Octubre de 2006.
8. Correo Farmacèutic "Mejores iniciativas 2007". Setmana del 3 al 9 de març de 2008.

Experiències de les entitats proveïdores

El procediment de renovació de la medicació crònica a l'atenció primària de la Mútua de Terrassa

No hi ha cap dubte que la prescripció de receptes és actualment l'activitat majoritària del metge de família. El procés mèdic d'atenció al pacient ha d'incloure una adequada indicació de la prescripció farmacològica però la impressió i lliurament de les receptes poden formar part d'un procés administratiu que permeti desburocratitzar les consultes del metge de família.

Amb aquest objectiu s'han elaborat aplicatius inclosos dins els programes d'història clínica informatitzada que permeten lliurar al pacient les receptes de forma repetida sense una consulta directa metge-pacient.

Aquesta separació entre la indicació/prescripció i la repetició/liurament de les receptes ha de garantir, però, una qualitat del procés que permeti vetllar per la seguretat del pacient i que assegurï que li arriba la prescripció feta pel seu metge amb la dosi, pauta i en el moment adequat.^{1,2}

La Mútua de Terrassa gestiona 8 centres d'atenció primària (CAP) amb una població aproximada de 240.000 pacients. El mes de gener de 2008 hi havia 41.657 usuaris inclosos en el sistema de medicació crònica, amb un total de 174.133 medicaments el que suposa una mitjana de 4,18 medicaments per usuari. A la taula 1 s'observen els principals subgrups de medicaments inclosos en el sistema de medicació crònica.

Taula 1. Principals grups de medicaments inclosos en el sistema de medicació crònica (gener 2008)

Grup terapèutic	n. medicaments	% total
IECA +ARA II	17.459	10,0%
Hipolipemians	14.798	8,5%
Antiàcids	13.683	7,9%
Benzodiazepines	12.642	7,3%
Antidiabètics orals	9.130	5,2%
Diürètics	8.315	4,4%
Antiagregants plaquetaris	7.972	4,6%
Antidepressius	7.693	4,4%

Tot i que el percentatge de pacients inclosos en el programa de medicació crònica es situa al voltant del 17%, el volum de receptes i la despesa que generen suposa entre un 60-80% del consum total.

La Unitat de Farmàcia d'Atenció Primària de Mútua de Terrassa està duent a terme des de l'any 2003 una estratègia contínua de millora del sistema de medicació crònica, de la qual es comenten els trets més destacables en aquest article.

Una de les primeres tasques que es varen realitzar va ser l'elaboració d'uns protocols normalitzats de treball (PNT) que varen permetre definir l'organització, tasques, funcions i responsabilitats per a cadascun dels processos implicats. Posteriorment es va informar tots els professionals implicats en el sistema, des del metge que introdueix la prescripció del medicament fins al personal administratiu que lliura la recepta, per tal que el procediment funcionés el millor possible³.

A més a més, la Unitat de Farmàcia realitza una tasca diària de suport per al bon funcionament del sistema, consistent en la resolució d'incidències del programa, errades en les pautes, oblitats dels pacients, etc. És destacable també el càlcul informàtic dels remanents de medicació ajustat a cada presentació comercial, per tal de no generar més receptes de les necessàries. Als annexos es mostren la taula amb un resum dels procediments elaborats i les figures amb els circuits del procediment de la introducció de medicaments i el de lliurament de receptes.

A tall d'exemple, les revisions sistemàtiques que es realitzen des de la Unitat de Farmàcia han permès reduir l'existència de duplicitats en els tractaments i, per tant, prevenir potencials problemes de seguretat. Les duplicitats detectades el 2004 varen ser 790 (2,2%) i han disminuït a 134 (0,08%) durant el 2007.

D'altra banda, els programes de crònics també permeten detectar els pacients que estan en tractament amb medicaments afectats per alertes de farmacovigilància, desabastiments, canvis en les presentacions, contraindicacions, etc., o aquells pacients que no acudeixen a recollir la medicació.

Com a continuació del procés de millora, al cap de dos anys d'haver posat en funcionament els nous PNT, es va realitzar una enquesta als usuaris del sistema de medicació crònica per tal de saber si n'estaven satisfets, així com per identificar nous punts de millora i detectar problemes relacionats⁴.

Es van entrevistar un total de 429 usuaris del sistema de medicació crònica en 4 centres. A la taula 2 es mostren els resultats principals de l'enquesta de satisfacció realitzada.

Taula 2. Enquesta de satisfacció als usuaris del sistema

Preguntes	Resultats (n= 429)	IC 95%
1. Ha tingut algun problema relacionat amb les receptes que recull mitjançant el sistema de medicació crònica?	Sí (71): 16,6 %	13,0-20,1
2. Li ha faltat alguna recepta?	Sí (61): 14,2 %	10,9-17,5
3. Li ha sobrat alguna recepta?	Sí (100): 23,3 %	19,3-27,3
4. Ha hagut de sol·licitar una visita amb el seu metge perquè li faltava medicació?	Sí (51): 11,9 %	8,8-15,0
6. Està satisfet amb aquest sistema? Puntuació de l'1 (gens satisfet) al 10 (molt satisfet)	8,44 (de 1,52)	
7. Milloraria alguna cosa del sistema?	Sí (99): 23,1%	19,1-27,1

Com es pot observar, els usuaris estan molt satisfets ja que la puntuació global va ser de 8,4 sobre 10, tot i que un 23 % varen comentar que millorarien alguns aspectes, principalment relacionats amb l'accessibilitat com: reduir cues, no haver de tornar a buscar les receptes que requereixen validació o lliurar les receptes sense data.

En aquests pacients es varen detectar 69 problemes o errors, la majoria dels quals estaven relacionats amb l'incompliment dels usuaris amb el sistema de medicació crònica o amb errades en la introducció de medicaments, tal com es descriu a la taula 3.

Taula 3. Problemes o errors detectats

Relacionats amb el pacient	34 (49,3%) IC 95% (37,0-61,6)
incompliment terapèutic	33
reaccions adverses	1
Relacionats amb el metge	31 (44,9%) IC 95% (32,9-57,4)
introducció de fàrmacs inadequats	8
pauta incorrecta	8
duplicitat	4
manca de revisió	8
no comunicació AE-AP	3
Relacionats amb el sistema de gestió	4 (5,8%) IC 95% (16,1-14,2)
error del programa	4

Com a conseqüència d'aquests resultats i amb el propòsit de continuar millorant el procediment, l'any 2007 es va dur a terme un estudi pilot amb l'objectiu de millorar el compliment dels usuaris amb el sistema de medicació crònica.

La intervenció va consistir en una entrevista de curta durada del farmacèutic del CAP amb els usuaris, on se'ls recordava la importància de l'adherència terapèutica i, per tant, de la necessitat de venir puntualment a recollir les receptes. Van considerar-se complidors aquells usuaris que acudien puntualment a recollir les receptes (dia assenyalat + 10 dies de marge).

Amb una senzilla intervenció informativa/educativa s'ha obtingut una millora absoluta del compliment amb el sistema de medicació crònica del 17% comparat a un grup control aparellat per edat i sexe que no varen rebre la intervenció (dades no publicades).

Com a fruit d'aquest estudi pilot, s'ha vist la necessitat d'elaborar un manual de procediment per al pacient que tindrà el metge a la consulta i que lliurarà als usuaris quan aquests siguin inclosos en el sistema de medicació repetida. Aquest manual inclourà en forma de preguntes i respostes els dubtes i problemes plantejats pels usuaris que s'han detectat de forma prioritària.

També cal tenir en compte la col·laboració de les oficines de farmàcia de la zona, ja que són un altre dels factors que poden contribuir a la millora d'aquests sistemes. Per tant, un bon canal de comunicació entre el CAP i les oficines de farmàcia ens permetrà resoldre aquells problemes que són més difícils de detectar des del CAP.

Per finalitzar, es citen els punts forts que s'inclouen en el document¹ realitzat pel National Health Service sobre la qualitat dels sistemes de prescripció crònica o repetida:

“La presència d'un sistema de prescripció repetida de qualitat és un indicador de bona pràctica clínica. Els beneficis d'una correcta utilització són:

- Millora de la qualitat de la prescripció
- Millora de l'accessibilitat als pacients
- Millora de la seguretat dels pacients
- Reducció de les càrregues de treball administratiu a les consultes
- Augment del temps que es pot dedicar a les tasques clíniques
- Augment de la responsabilitat del pacient
- Millora de la utilització dels recursos

Rosa Madridejos, Rosa Tomás, Eva Llobet
Farmacèutiques d'Atenció Primària. Mútua de Terrassa

Bibliografia

1. National Prescribing Centre, NHS. Saving time, helping patients: A good practice guide to quality repeat prescribing. January 2004. Disponible a: http://www.medman.nhs.uk/repeat_prescribing/repeat_presc.htm (consultat el febrer de 2008).
2. Servei Català de la Salut. Aprovació i implantació dels criteris comuns mínims per a la renovació de receptes mèdiques oficials del Catsalut formalitzades en format ordinari o per mitjans automatitzats a pacients amb medicació crònica. Instrucció 01/2005.
3. Bolanakis S. Training receptionists on repeat prescribing designed to improve safety. Prescribing & Medicines Management, December 2004, PM3. Disponible a: <http://www.pjonline.com/medicinesmanagement/editorial/200412/features/p03receptionists.html> (consultat el febrer de 2008).
4. Madridejos R, Parada MA, Tomás R. Sistemas de gestión para la renovación de recetas médicas: la visión del usuario y del profesional sanitario. Aten Primaria. 2007;39(4):195-200.

Annexos

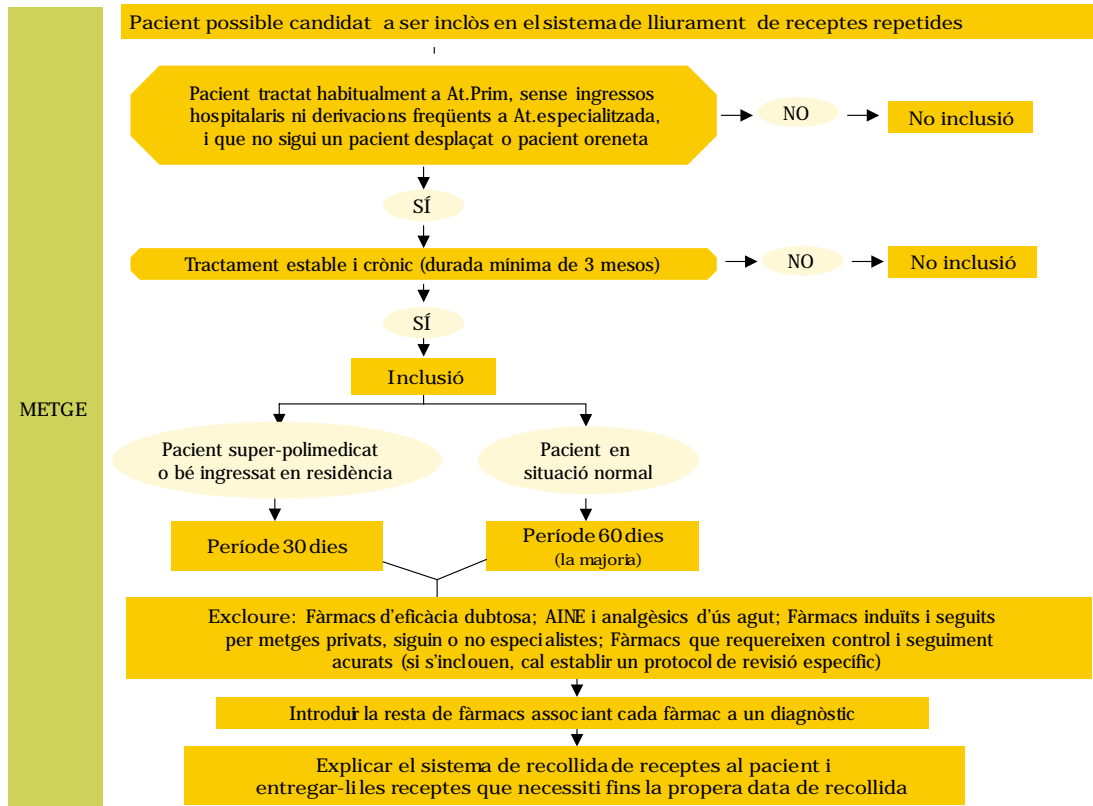
Resum de procediments elaborats

Procediment	Introducció de medicaments	Lliurament de receptes	Revisió dels tractaments	Actualització del vademècum
Responsable	Metges	Director CAP, CACSI*/ Unitat de farmàcia	Unitat de farmàcia/ Metges	Unitat de Farmàcia d'Atenció Primària
Objectiu	Millorar la gestió de la consulta mantenint la qualitat de l'ús dels medicaments	Lliurar les receptes incloses a la cartilla amb el mínim d'errors	Millorar la qualitat de l'ús dels medicaments evitant errors i facilitant a revisió, i actualització dels tractaments.	Actualitzar l'oferta de medicaments
Abast	Creació de la CLT**	Identificació de l'usuari	Seguiment farmacoterapèutic: duplicitats, errors, etc	Altes i baixes de vademècum
	Introducció dels medicaments	Comprovació del seguiment del programa	Seguiment d'alertes de farmacovigilància	Seguiment de pacients afectats
	Lliurament receptes inicials	Elaboració i lliurament de receptes		
	Informació al pacient	Lliurament de l'albarà per a la propera recollida		
Indicadors de seguiment	N. medicaments no adequats	N. usuaris atesos N. d'incidències	N. de revisions realitzades N. duplicitats detectades	N. moviments N. pacients afectats

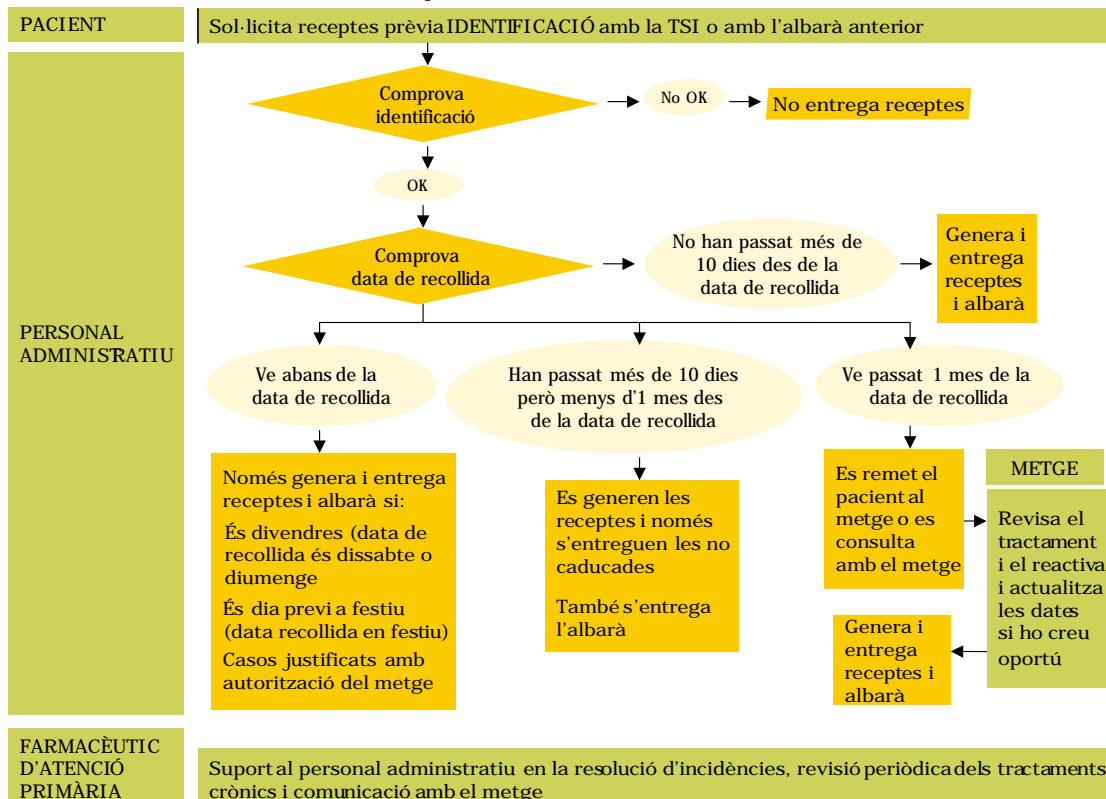
*CACSI: Cap d'Atenció al Client i Serveis Interns

**CLT: Carnet de llarg tractament

Procediment d'introducció de medicaments



Procediment de lliurament de receptes



Seguretat

Medicaments i seguretat, és cosa de tots

Finalment sembla que la seguretat del malalt és una de les fites que s'ha incorporat no solament en el nostre treball diari, sinó també com a element prioritari en els objectius de les nostres institucions i/o centres de salut. En els darrers anys s'estan portant a terme diverses iniciatives, tant a nivell autonòmic com a nivell europeu i/o mundial, per vetllar i garantir al màxim la seguretat del malalt. Concretament el 2004 s'inicia des de l'OMS una campanya anomenada "World alliance for patient safety" per conscienciar i sensibilitzar els governs sobre la importància de tractar aquest tema i augmentar, en la mesura de les possibilitats de cadascun, la seguretat dels malalts.¹

En el cas concret del medicament i la seguretat en el seu ús, fa anys que en la nostra comunitat es varen iniciar iniciatives dirigides a la notificació i/o prevenció d'errors o, millor dit, d'incidents relacionats amb els medicaments, liderades pel Departament de Salut, Subdirecció General de Farmàcia i pel Grup de Prevenció d'Errors de la Societat Catalana de Farmàcia Clínica.²

Ara és hora de fer un esforç conjunt perquè tothom prengui consciència i col·labori en el Programa de prevenció d'incidents i millora del procés d'utilització de medicaments, en la mesura de les seves possibilitats i les que el lloc de treball permeti.

Que s'entén per incident de medicació?

Són tots els problemes que es produeixen, bé sigui per error o no, en el procés d'utilització de medicaments i que poden causar o no lesió al malalt. En la figura 1 s'explica la terminologia emprada i les diferències entre reacció adversa i error de medicament -esdeveniment advers prevenible i potencial-.³

Es produeixen molts incidents?

La majoria d'estudis descriuen la polimediació com un dels factors determinants en l'aparició d'esdeveniments adversos a medicaments (EAM). La incidència de reaccions adverses a medicaments i d'interaccions s'incrementen amb l'edat, a causa en part a canvis farmacocinètics i farmacodinàmics associats amb la vellesa, però també a la presència de moltes malalties i els seus respectius tractaments farmacològics.

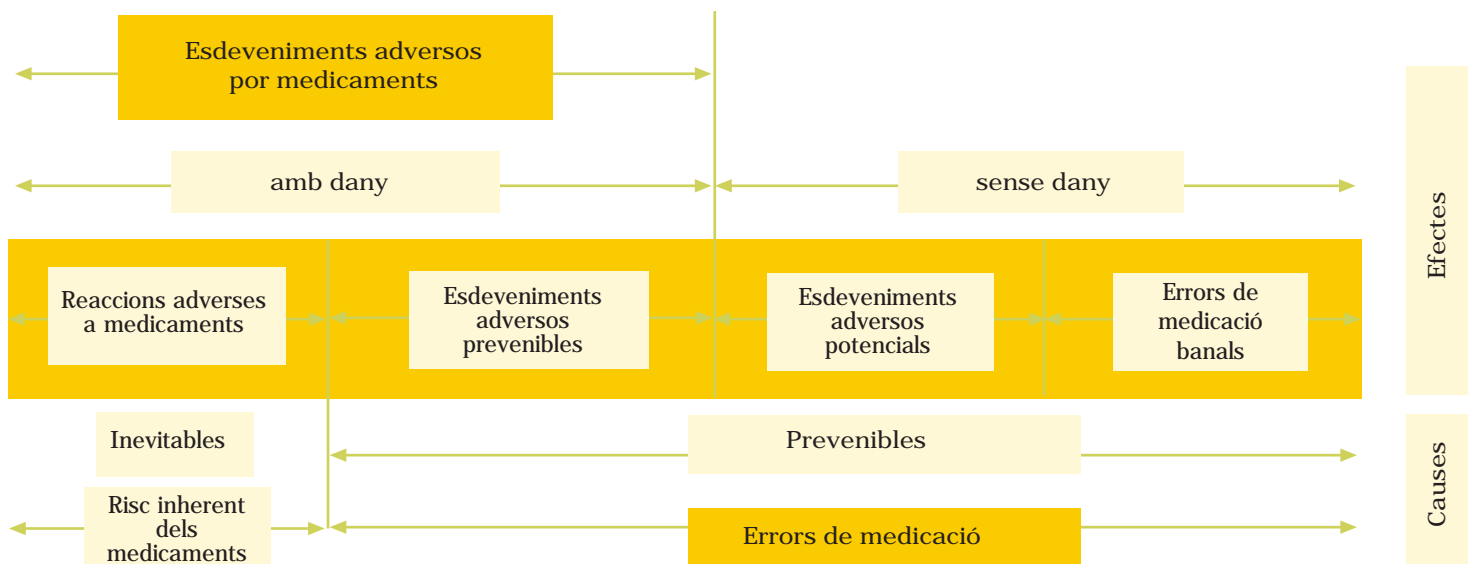
Els pacients amb múltiples tractaments farmacològics presenten més risc d'ingressos hospitalaris, d'estades hospitalàries de més llarga durada, un increment de mortalitat i un major risc de readmissió un cop donats d'alta.

La polimediació també és un factor predictiu d'ingrés en centres sanitaris, de malnutrició, de fractures i de mobilitat limitada.⁴ Naturalment, segons l'estat dels malalts i les diverses publicacions consultades la incidència d'EAM en persones grans pot anar del 10 al 67,4%, i arriba a ser del 10-35% dels casos, la causa d'ingrés hospitalari.⁵

Si considerem també el compliment del malalt envers al tractament podem assolir xifres realment esfereïdores. En malalts que pateixen malalties de caràcter crònic i que necessiten prendre medicació de forma continuada en el temps, les xifres de compliment són en la majoria dels casos al voltant del 50%.⁶

En l'àmbit hospitalari, trobem que un 7,7% dels malalts que ingressen a través del Servei d'Urgències ho fan a causa d'un EAM,⁷ i que el 10% dels malalts ingressats és probable que desenvolupin un EAM durant la seva estada hospitalària.

Figura 1. Incidents amb medicaments



Un altre problema que es detecta en la realitat del dia a dia són els errors de conciliació de tractament, referits a les discrepàncies de tractament no justificades que es produeixen quan el malalt canvia d'àmbit assistencial.

Els errors de conciliació a l'ingrés hospitalari oscil·len entre el 26,9 i el 65%, segons els casos.

Una de les causes principals dels errors de medicació és la polimediació del pacient, ja que la prescripció es realitza com un procés fragmentat en el qual participen diferents prescriptors que conflueixen en el pacient.

La dificultat de conèixer el tractament habitual del malalt fa que en molts casos s'ignori i, per tant, el malalt pugui deixar de rebre algun fàrmac. De fet, el tipus d'error més freqüent és el d'omissió de medicaments, que arriba al 42-57% dels casos. Si aquests errors es perpetuen poden afectar l'efectivitat i la seguretat del pacient, si bé és cert que s'ha descrit que només en un 5,7% haurien pogut causar un dany important.⁸

Què podem fer per evitar que els incidents arribin al malalt?

Afortunadament, gairebé la meitat dels EAM són evitables. La millor estratègia per impedir que arribin al malalt es identificar aquests incidents, buscar les causes i conèixer en quina de les etapes del complex procés d'utilització dels medicaments s'han originat, i implantar les mesures adients que impedeixin que arribin al malalt.

Però per això és necessària la implicació de tothom: els metges en fer una prescripció segura i entenedora, els farmacèutics validant la prescripció, garantint la correcta dispensació i seguiment, les infermeres assegurant i comprovant una administració correcta, i tots ells donant en cada punt de la cadena la informació necessària i, sobretot, entenedora per al malalt.

Es tracta d'un treball en equip centrat en el malalt, en què la participació del malalt és també fonamental.

Hem de canviar el seu paper i tractar d'incorporar-lo de forma activa i participativa en la presa de decisions amb el compromís de complir els acords que hagin consensuat amb l'equip d'atenció. Aquest és un gran canvi que necessita temps d'adaptació per a ambdues parts.

Identifiquem alguns elements claus en la millora d'aquests processos:

1. Història clínica electrònica, accessible des dels diferents àmbits d'atenció. Tots els professionals de la salut haurien de tenir accés a la història electrònica del malalt, per tal de disposar de dades totalment necessàries per prendre decisions (tractament habitual del malalt, malalties associades i resultats de proves diagnòstiques).

2. Prescripció electrònica amb ajudes. Poder disposar d'informació sobre interaccions, contraindicacions, dosis habituals, efectes adversos, ajust de dosis en insuficiència renal o hepàtica, etc., és una eina fonamental per decidir el millor tractament per al malalt en cada moment.

3. Receptes i full de tractament per al malalt. És molt útil per al malalt poder disposar d'un full complementari on de forma senzilla, gràfica i entenedora se li expliqui, a més de la dosi, durada de tractament i com ha de prendre cadascun dels medicaments que se li han prescrit, informació de per què serveixen i quines precaucions s'ha de tenir en compte en prendre cada medicament.

4. Dispensació de medicaments. Si en el moment de dispensar i com a part de l'equip, el farmacèutic té accés a les dades farmacològiques del malalt, pot ajudar a fer un seguiment acurat del malalt i augmentar el compliment, aconsellant el malalt i comprovant els resultats immediats de la teràpia.

5. Comprometre el malalt en la presa de decisions. El malalt s'ha de fer responsable del seu tractament i complir els acords que hagi consensuat amb l'equip d'atenció.

Totes aquestes mesures són viables en el sistema de salut actual, només cal voluntat i començar en algun dels punts per anar millorant i augmentant la seguretat dels nostres pacients.

És bo conèixer la situació i promoure campanyes per tal de sensibilitzar i augmentar la seguretat en l'ús del medicament. La notificació dels incidents és una eina fonamental que ajuda a conèixer quin és l'estat de la qüestió i cap a on hem de dirigir els esforços, a la vegada que constitueix un element didàctic bàsic per aprendre dels errors. A la pàgina web del Departament de Salut trobareu les especificacions del Programa per a la prevenció d'errors, així com el procediment per notificar-los. Entre tots podem millorar, col·laborem-hi.

Carles Codina. Farmacèutic. Hospital Clínic Aintzane Alberdi. Farmacèutica. CAPSE
Josep Miquel Sotoca. Farmacèutic. CAP Les Corts, Barcelona

Bibliografia

1. WHO. World Alliance for Patient Safety. Disponible a: <http://www.who.int/patientsafety/en/> (consultat el 10 de març de 2008)
2. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Programa per a la prevenció dels errors de medicació a Catalunya. Disponible a: http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/html/ca/farmacia/dir_1_7_doc_3242.html (consultat el 10 de març de 2008).
3. Otero MJ, Domínguez-Gil A. Acontecimientos adversos por medicamentos: una patología emergente. Farm Hosp 2000;24(4):258-66.
4. Milton JC, Jackson SH. Inappropriate polypharmacy: reducing the burden of multiple medication. Clin Med 2007;7(5):514-7.
5. Otero MJ, Valverde MP. Acontecimientos adversos por medicamentos en personas mayores. Noticias Farmacoterapéuticas 2000;27:1-3.
6. Merino J, Gil VF. Cumplimiento: un hallazgo y un desafío. Med Clin (Barc). 2001;116(Supl.2):1-3.
7. Martín M, Codina C, Tuset M, Carné X, Nogué S, Ribas J. Problemas relacionados con la medicación como causa de ingreso hospitalario. Med Clin (Barc). 2002;118(6): 205-210.
8. Delgado O, Anoz L, Serrano A, Nicolás J. Conciliación de la medicación. Med Clin (Barc). 2007;129(9):343-8.

Política farmacèutica

Actualitzacions sobre la nova normativa dels preus de referència

El 27 de desembre de 2007 es va publicar l'Ordre 3867/2007 sobre els preus de referència (PR), per la qual es determinen els nous conjunts de medicaments i els seus PR, com a continuació de l'Ordre 3997/2006, de 28 de desembre de 2006.

Impacte de la nova Ordre

L'Ordre incorpora 14 nous principis actius (taula 1) que corresponen a un total de 169 presentacions subjectes per primera vegada a un PR (annex 1, Ordre 3867/2007).

Taula 1. Principis actius incorporats segons la nova Ordre de preus de referència

Amisulprida	Fosinopril/hidroclorotiazida
Bicalutamida	Glucosamina
Cefoxitina	Granisetró
Cefpodoxima	Ibuprofèn sal (Arginina)
Cefuroxima	Oxcarbapenzina
Domperidona	Pantoprazole
Fenofibrat	Topiramata

Impacte global del sistema de PR

Recull de tots els conjunts i principis actius inclosos al sistema de PR fins a la nova Ordre (36 conjunts i 119 principis actius) (annex 1, Ordre 3997/2006).

Alguns aspectes que cal considerar

- De la mateixa manera que en l'Ordre anterior, les formes galèniques innovadores resten excloses dels PR durant un període de 5 anys (annex 3, Ordre 3867/2007 i annex Ordre 3997/2006).

- Cal recordar el risc de desplaçament de la prescripció envers altres medicaments no sotmesos a PR, com ara nous medicaments amb valor afegit limitat del mateix grup terapèutic o noves formes galèniques dels mateixos fàrmacs inclosos a preus de referència però dels quals, en general, no es disposa d'una informació conclouent sobre els seus beneficis.

- Els preus més baixos de referència que figuren a la nova Ordre (annex 5, Ordre 3867/2007) corresponen a presentacions de medicaments incloses, o no, al sistema PR per a les quals és vigent la mateixa normativa en matèria de substitució. Això s'ha fet per facilitar al màxim la dispensació que estableix l'article 86 de la Llei de garanties i, per tant, aprofitem per fer un recordatori a efecte de la dispensació (vegeu la taula 2).

Taula 2. Efecte del sistema de PR en la dispensació de medicaments

Prescripció	Preu	Dispensació
Medicament	PVP = PR	Medicament prescrit*
Medicament	PVP > PR	S'ha de substituir per un medicament de preu més baix, prioritzant l'EFG (si existeix) en el cas d'igualtat de preu amb una especialitat de marca.
Per principi actiu (DCI)	-	S'ha de dispensar el medicament de preu més baix.

* La substitució per part del farmacèutic és de caràcter excepcional, per causa de manca de subministrament o raons de necessitat urgent. Sempre s'ha de conservar la mateixa composició, forma farmacèutica, via d'administració i dosi. El farmacèutic ha de fer constar el canvi i signar les receptes.

- El programa de terminis és una diferència respecte l'Ordre anterior, ja que des de l'1 de març fins a l'1 de maig conviuran dos preus. A efecte de facturació, l'entrada en vigor del nou preu serà l'1 de maig, per tant:

És important periodificar les dates en les receptes de crònics i evitar que es dispensin medicaments durant el mes d'abril (o sigui amb preu anterior) que el pacient no necessitarà fins al mes de maig, ja que aquests es facturarien a un preu superior.

Conclusió

Aquest sistema ens ofereix l'oportunitat de gestionar i millorar l'eficiència en l'ús de medicaments.

Insistim en la necessitat d'intensificar la coordinació entre nivells assistencials per garantir un consens en la prescripció que, sens dubte, resulta imprescindible per assegurar la conciliació de la prescripció en benefici del ciutadà.

El sistema de PR ens dona una eina per tal de racionalitzar la prestació farmacèutica; aquest repte s'assolirà amb una òptima coordinació entre atenció primària i especialitzada, la qual cosa ens permetrà dedicar més recursos a altres necessitats sanitàries i endegar nous projectes sanitaris.

Pilar López Tirado
Farmacèutica. Regió Sanitària Barcelona

Nous genèrics autoritzats i comercialitzats per l'AEMPS al 2007

PRINCIPI ACTIU	FORMA FARMACÈUTICA	ATC	TIPUS
CALCITRIOL	solució injectable	A11CC	H, EFG
CEFPODOXIMA	comprimet	J01DD	EFG
CIPROTERONA /ETINILESTRADIOL	comprimet	G03HB	AR, EFG
FOSINOPRIL / HIDROCLOROTIAZIDA	comprimet	C09BA	EFG
INDAPAMIDA	comprimet alliberació prolongada	C03BA	AR, EFG
LOSARTAN / HIDROCLOROTIAZIDA	comprimet	C09DA	EFG
OXCARBAZEPINA	comprimet	N03AF	AR, EFG
PANTOPRAZOLE	solució injectable	A02BC	H, EFG
PERINDOPRIL	comprimet	C09AA	AR, EFG
RAMIPRIL/HIDROCLOROTIAZIDA	comprimet	C09BA	EFG
RISPERIDONA	solució oral	N05AX	AR, CPD75, EFG
TOPIRAMAT	comprimet	N03AX	AR, EFG

AR= Aportació reduïda

CPD75= Visat d'inspecció > 75 anys

EFG= Especialitat farmacèutica genèrica

H= Ús hospitalari

L'opinió dels ciutadans

Actitud dels pacients davant dels medicaments

Entrevista amb Maties Ponsa i Saladich, president de l'Associació de Malalts del Ronyó

Des de la seva perspectiva com a pacient, quina és la seva percepció sobre l'estat de salut de la nostra població en general i dels medicaments?

L'esperança de vida de la població s'ha incrementat i cada vegada hi ha més gent gran, amb un estil de vida actual que té poc a veure amb el de generacions anteriors, com la dels meus pares o avis. Considero que aquella generació era forta en molts aspectes per circumstàncies socials, però també perquè els hàbits alimentaris i d'estil de vida eren més sans en general -alimentació, activitat física, tabac, etc.-. Potser el recurs del medicament no era buscat tan fàcilment i es recorria a altres alternatives més naturals, o simplement l'accessibilitat als medicaments era menor que avui en dia. Segurament, el desenvolupament de la medicina ha contribuït al fet que cada vegada necessitem més medicaments per a tractar coses que abans no sabíem ni que existien.

En el cas concret dels nefròpates, i com a malalt de ronyó que sóc, l'hemodiàlisi ha contribuït a allargar i millorar la nostra esperança de vida però, sens dubte, el trasplantament de ronyó ha produït un canvi radical en la nostra qualitat de vida, a costa de prendre molts medicaments. La nostra concepció de la malaltia, estil de vida i tractament amb medicaments segurament és diferent a la d'un altre tipus de malalt menys complex, perquè som molt conscients que la nostra vida hi està en joc.

Quines són les possibles causes que explicarien que els ciutadans demanin més tractaments als professionals sanitaris?

Crec que el desenvolupament de la societat ha comportat la reivindicació i l'exigència de molts drets en moltes àrees, no només la sanitària, sovint sense considerar les obligacions que també existeixen al respecte.

L'estrès de la societat en què ens movem ens "obliga" a buscar solucions ràpides, per no dir immediates. Esperem obtenir un resultat ràpidament perquè les expectatives que hem posat en aquell tractament són altes, i si no el tenim exigim un canvi ràpid al metge perquè allò que prenem -si és que ens ho prenem, i ho fem bé- no funciona, quan potser hem de tenir més paciència i confiança per poder observar els efectes reals del tractament.

També crec que és molt important prendre els medicaments de forma correcta. Al començament, la implicació respecte el tractament pot ser molt alta però, inevitablement, amb el temps hi ha certa relaxació, i cal més consciència que això pot ser l'origen del fet que no em funcioni el tractament o que tingui problemes.

Quina és la seva opinió respecte a l'automedicació del ciutadà?

Crec que aquest fenomen està prou generalitzat, per diferents motius. Com abans comentava, en general tots tenim poc temps i aquesta manca de temps fa que busquem una solució ràpida al "problema" que tenim i, sens dubte, el fenomen del boca a boca amb familiars o amics hi pot contribuir enormement.

En ocasions, també crec que hi ha el convenciment o es diposita una creença excessiva en els efectes dels medicaments.

I què opina sobre les farmacioles domèstiques?

Suposo que tot això facilita que les farmacioles de les cases tinguin més medicaments del compte, duplicats, que es caduquen, però la idea de "per si de cas" funciona. Per altra banda, quan necessites medicació de forma crònica, i a vegades la farmàcia té retards en el subministrament -poden ser més o menys llargs-, fa que acumular una mica de medicació et doni certa seguretat i tranquil·litat. Certament, la informació i conscienciació a la població de quin és el cost del sistema dels tractaments amb medicaments podria ser molt beneficiós en tots aquests aspectes.

Segons la seva opinió, creu que la informació i educació que rep el pacient dels diferents professionals sanitaris és suficient en relació amb la seva malaltia i el seu tractament amb medicaments?

El nostre col·lectiu de malalts i trasplantats de ronyó és potser un exemple molt concret i conscienciat del paper de la medicació en la seva supervivència. Els medicaments per al rebuig són fonamentals per a nosaltres i, des de el primer moment, tots els professionals sanitaris ens eduquen amb relació a això. Hem de dominar tots els aspectes del nostre tractament, conèixer els medicaments que prenem -noms, dosis, horaris-, conscienciar-nos de la importància de no oblidar cap presa, de les possibles interaccions amb aliments o altres medicaments, però també de la importància de l'alimentació i l'estil de vida en el nostre benestar general.

Però a banda, tinc coneixement d'altres experiències que s'estan duent a terme pel que fa a l'educació a pacients des d'altres pacients amb la mateixa patologia¹. Bàsicament, consisteix a formar pacients que serveixen de model per a altres pacients, ja que el seu discurs és menys acadèmic que el dels metges, més centrat en l'acceptació i coneixement de la malaltia, en l'estil de vida i en la necessitat de cuidar-se, que fomenta l'intercanvi d'experiències, opinions i preguntes entre els malalts, ja que utilitza un llenguatge senzill, fàcil i proper que segurament pot arribar a cobrir aspectes que, per diferents motius, es poden escapar als professionals sanitaris. El fenomen de l'empatia és importantíssim, ja que és com si el malalt pogués veure el seu futur en funció de la seva conducta actual.

Quin paper i autonomia creu que tenen les associacions de pacients en la difusió independent d'aquesta informació?

Segons la meva opinió, les associacions de malalts fan una funció social, no només sanitària, molt important amb els malalts. L'associació a la qual represento, Associació de Malalts del Ronyó (ADER)², dona diferents serveis, com són campanyes informatives i formatives, serveis de nutrició, resolució de consultes, edició d'una revista divulgativa, etc., si bé potser mancava més atenció en el tema dels medicaments.

De totes formes, trebalem per tal que la informació que reben els nostres associats sigui independent en tots els sentits, ja que creiem en la informació i educació, més que en la publicitat de medicaments.

Referències

1. Chronic Disease Self-Management Program. Stanford School of Medicine. Disponible a: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html> [Consultat el 25 de febrer de 2008].
2. Asociación de enfermos de riñón. Disponible a: <http://www.aderrenal.org/> [Consultat el 25 de febrer de 2008].

Actualització farmacoterapèutica

Els nous antidiabètics orals no superen en eficàcia ni en seguretat els tradicionals

Systematic Review: Comparative effectiveness and safety of oral medications for type 2 Diabetes Mellitus

http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxius/ADO_nousvsantics.pdf

A propòsit de la comercialització i creixent utilització de nous antidiabètics orals (ADO), els autors fan una revisió sistemàtica dels ADO en el tractament de la diabetis mellitus de tipus 2 per tal de comparar-ne l'eficàcia i seguretat. S'exclouen els estudis que avaluen les sulfonilurees de primera generació o la combinació de 3 o més ADO.

Els autors comenten la manca d'evidència consistent dels ADO en relació amb la millora de resultats microvasculars i macrovasculars, i a la mortalitat. Per això centren l'estudi en variables intermèdies del tipus HbA1c, colesterol LDL i HDL, pes corporal, hipoglicèmia, insuficiència cardíaca congestiva, edema i acidosi làctica, principalment, i posteriorment realitzen una metanàlisi quan és possible.

En termes d'eficàcia, la metformina, sulfonilurees, tiazolidinediones i repaglinida produeixen reduccions similars de l'HbA1c (1%), superiors a les produïdes per la nateglinida i l'alfa-glucosidasa. El tractament amb 2 ADO té efectes additius, sense que s'observin diferències entre les combinacions.

Les tiazolidinediones provoquen l'increment del colesterol LDL (10mg/dL) i de l'HDL (3-5 mg/dL) i la metformina disminueix l'LDL (10mg/dL) sense variar pràcticament l'HDL, mentre que les sulfonilurees tenen un mínim efecte sobre ambdós.

Un altre punt important és l'increment de pes dels pacients, sobretot amb les sulfonilurees, però també amb les tiazolidinediones i repaglinida. En canvi, la metformina pràcticament no l'afecta. La hipoglicèmia és més freqüent amb les sulfonilurees i repaglinida, especialment si es combina amb altres ADO, i la incidència trobada d'acidosis làctica és similar entre metformina i altres ADO. Les tiazolidinediones s'han associat a un major risc cardiovascular (insuficiència cardíaca congestiva, edema perifèric i infart de miocardi) amb l'ús de rosiglitazona, si bé les dades són limitades i les diferències metodològiques dels diferents estudis en dificulten les conclusions.

En definitiva, els autors constaten que, en comparació amb els nous ADO, la metformina i les sulfonilurees disposen de més experiència d'ús, amb dades d'eficàcia similars o, fins i tot, superiors i amb un cost molt inferior. A més, malgrat que l'addició d'un segon ADO millora el control glicèmic, s'ha de considerar el possible increment dels efectes adversos.

Les farmacioles domèstiques poden ser un cúmul de medicaments amb un impacte important sobre la despesa global de medicaments

Evaluación económica del botiquín domiciliario en una área de salud

http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxius/farmacioles_domesticas.pdf

L'objectiu d'aquest estudi és valorar el cost econòmic que suposen els medicaments que formen part de les farmacioles domiciliàries en una àrea de salut d'Andalusia, durant el període 1999-2001, mitjançant un qüestionari amb preguntes tancades, obertes i d'observació directa per part de l'enquestador.

A l'anàlisi es van incloure un total de 360 unitats familiars, de les 384 enquestades, amb una mitjana de 24 especialitats farmacèutiques (interval 3-57), sense que s'observessin diferències en funció de l'existència o no de pensionistes ni de malalts crònics al domicili. En canvi, a major nivell d'estudis, major percentatge de pacients que s'automedicaven.

També és remarcable que el 75% dels medicaments no s'utilitzaven, i que l'11% dels medicaments estaven caducats.

El cost dels medicaments que es van trobar a les farmacioles, calculat segons el PVP, va pujar fins a 47.000 €.

Característiques i causes de les reaccions adverses a medicaments en l'àmbit de l'atenció primària. Com es poden prevenir

Systematic review of the incidence and characteristics of preventable adverse drug events in ambulatory care

http://www.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxius/RAM_prevenibles_AP.pdf

Aquest estudi es centra en la revisió d'estudis realitzats als EUA, Europa i Austràlia, que analitzen la incidència i característiques de les reaccions adverses a medicaments que es produeixen a nivell d'atenció primària, incloses les que necessiten ingrés hospitalari.

Els resultats obtinguts mostren una incidència de 14,9 (interval 4,0-91,3) efectes adversos per 1.000 persones i mes, dels quals s'estima que un 21% (11-38%) es poden prevenir, especialment els més greus. La incidència d'hospitalitzacions degudes a reaccions adverses a medicaments evitables s'estima al voltant de 4,5 per 1.000 persones i mes.

Les principals causes d'error identificades fan referència a la prescripció i monitoratge dels tractaments, ja sigui per omissió i/o comissió, però també a la polimediació dels pacients i a la falta d'adherència, factors clau a l'atenció primària però poc rellevants en l'àmbit hospitalari, on són més abundants els estudis d'errors de medicació.

Els efectes adversos descrits més freqüentment estan relacionats amb el sistema nerviós, gastrointestinal i renal, per la qual cosa, el monitoratge d'aquests paràmetres pot ser útil en la prevenció de bona part d'aquests efectes adversos. Els grups farmacològics identificats i més freqüentment implicats són els d'elevada prescripció (cardiovascular i analgèsics) i de marge terapèutic estret (hipoglucèmians i digoxina), que representen més del 86% dels efectes adversos que es poden prevenir a l'atenció primària. Per aquest motiu, els grups de població que necessiten aquests medicaments són clares dianes a l'hora de planificar estratègies futures de millora.

Amb aquest estudi es posa de manifest la necessitat de seguir investigant en l'àmbit de l'atenció primària sobre els efectes adversos a medicaments, causes d'errors i formes d'evitar-los, més que a extrapolar i estendre els resultats obtinguts al medi hospitalari.

Alguns apunts sobre la prescripció dels inhibidors de la bomba de protons

[Overprescribing proton pump inhibitors- Is expensive and not evidence based](http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7634/2)
<http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7634/2>

En aquesta editorial es reflexiona sobre l'elevat impacte que té la prescripció dels inhibidors de bomba de protons (IBP) de forma general, a diferents països del món, ja que tot i tenir una elevada eficàcia i baixa toxicitat, les dades mostren una clara sobreprescripció d'aquest grup de fàrmacs.

En l'àmbit hospitalari, destaca la tendència a iniciar tractament amb un IBP només pel fet d'ingressar a l'hospital (20%), l'elevada proporció de pacients ingressats que reben un IBP sense tenir criteris de tractament (33-67%) i la manca d'informació a l'alta sobre aquests tractaments en relació amb el motiu de la prescripció de l'IBP, la durada necessària del tractament amb l'IBP o la data de revisió del tractament, que promouen la cronificació d'aquests tractaments mesos després de l'alta hospitalària.

Malgrat el desenvolupament de guies de tractament amb aquests fàrmacs, les dades indiquen que no se segueixen. S'han fet auditories a l'atenció primària que mostren pocs canvis de comportament abans i després de difondre les guies, i que fins a una quarta part dels pacients que ingressaven a l'hospital estava prenent un IBP, dels quals només en la meitat dels pacients es considerava que la indicació era la correcta.

Així mateix, les dades globals de prescripció dels IBP en l'àmbit d'atenció primària i hospitalària mostren que entre un 25% i un 70% de les prescripcions són inapropiades i juntament amb el seu elevat cost -molt superior a altres alternatives vàlides en una bona part de pacients- fa que els IBP siguin un grup de fàrmacs amb un impacte global important sobre la despesa farmacèutica total.

Tractament de la hipertensió essencial amb IECA o ARA-II: hi ha diferències entre ells?

[Systematic Review: Comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor blockers for treating essential hypertension](http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxiu/IECAvsARAI.pdf)

<http://www10.gencat.net/catsalut/rsb/farmacia/efarma/arxiu/IECAvsARAI.pdf>

En aquest estudi es revisa de manera sistemàtica l'evidència disponible dels efectes i seguretat a llarg termini dels inhibidors de l'enzim convertidor d'angiotensina (IECA) i dels antagonistes de l'angiotensina II (ARA-II) en el tractament de la hipertensió arterial essencial.

S'identifiquen 1.185 articles i a l'anàlisi s'inclouen 69 que feien comparacions directes. Els dos fàrmacs dels quals es disposa de més estudis són enalapril i losartan (24 i 19, respectivament).

A excepció de la tos, no s'observen diferències consistents entre els IECA i els ARA-II en relació amb el control de la pressió arterial, factors de risc potencial importants (nivells de lípids, diabetis mellitus, funció i massa ventricular esquerra), qualitat de vida i efectes adversos.

Algunes limitacions de la bibliografia disponible que es mencionen i que s'han de considerar són la durada de tractament relativament curta de la majoria dels estudis inclosos (12 setmanes-6 mesos), la variabilitat en el disseny dels estudis (respecte a dosis màximes de tractament, protocols d'ajust de dosis, retirades de l'estudi, etc.) o la variabilitat a l'hora de comunicar efectes importants (morts, esdeveniments vasculars, angioedema).

En definitiva, els autors conclouen que el disseny d'estudis pragmàtics a llarg termini que considerin subgrups de població especials podrà aportar més informació i de més vàlua sobre aquesta qüestió.

Observatori de consum de medicaments

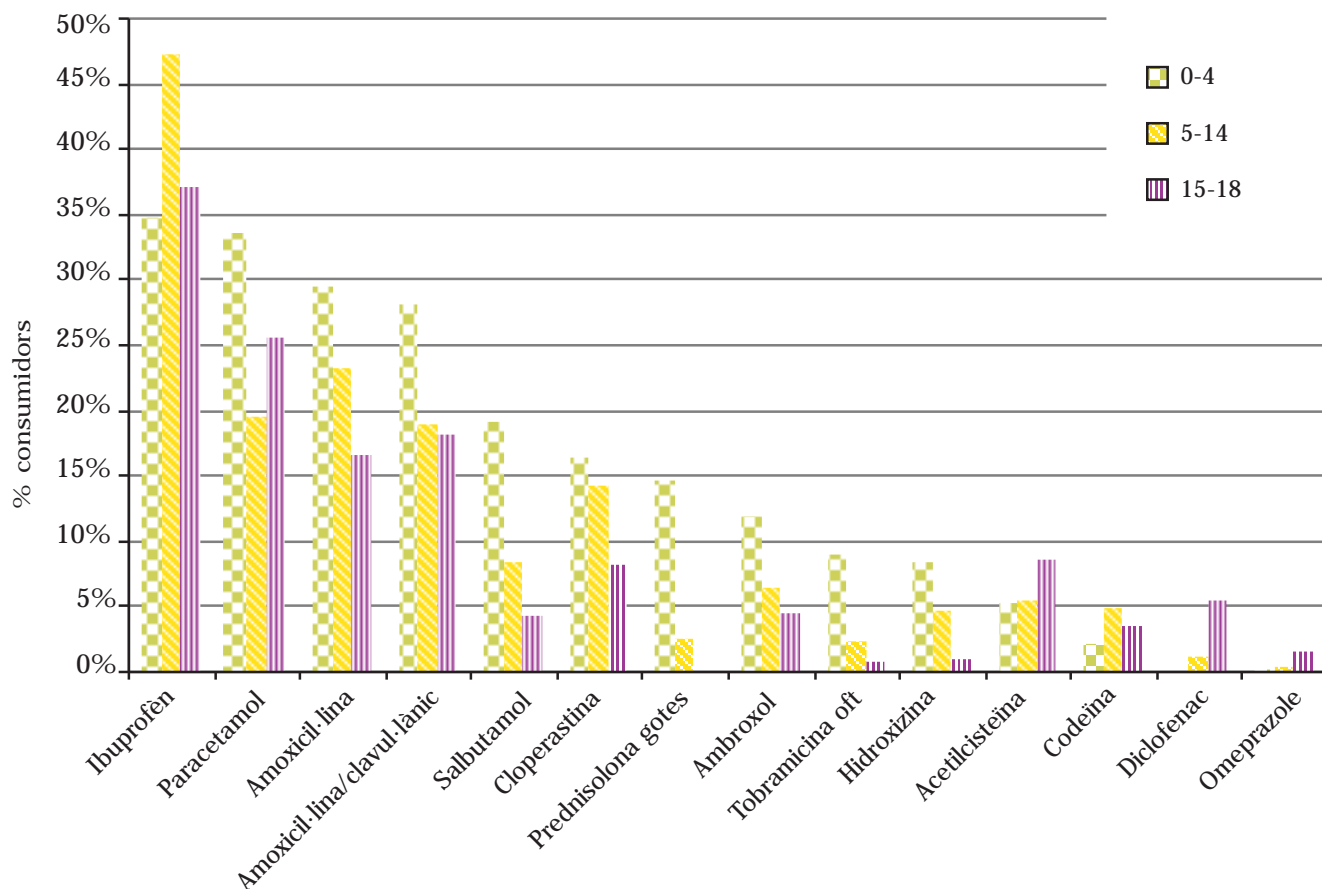
Perfil de prescripció a la població pediàtrica de l'RSB

Taula 1. Característiques de la població infantil consumidora (RSB, 2007)

SEXE	Tram d'edat	Nombre consumidors	% consumidors (*)	Receptes/ consumidor	Líquid/ consumidor
HOME	0-4	128.570	89,8%	5,78	40,45
	5-14	153.708	60,9%	4,61	48,83
	15-18	54.942	57,7%	4,55	62,74
DONA	0-4	116.857	86,6%	5,37	35,13
	5-14	141.911	59,5%	4,28	37,47
	15-18	57.882	65,0%	4,92	48,88

(*) Referit al total de la població RCA 2007 per tram d'edat

Figura 1. Distribució per trams d'edat dels principals principis actius consumits (RSB, 2007)



Taula 2. Perfil de prescripció (receptes) per trams d'edat i grups de medicaments (RSB, 2007)

ANTIBIÒTICS	0-4	5-14	15-18	0-18
% receptes grup ATC J (total receptes J)	22,4% 306.955	19,0% 250.148	15,4% 82.478	19,9% 639.581
Penicil.lines	76,8%	75,0%	63,2%	74,3%
Amoxi-clav [#]	48,4%	42,4%	50,8%	46,3%
Cefalosporines	10,6%	8,4%	4,0%	8,9%
Cefal. 3 ^a generació [#]	28,9%	26,5%	34,3%	28,3%
Macròlids	9,8%	12,6%	12,0%	11,2%
Azitromicina [#]	57,7%	52,8%	56,1%	55,3%

RESPIRATORI	0-4	5-14	15-18	0-18
% receptes grup ATC R (total receptes R)	26,3% 360.065	23,1% 303.503	17,9% 95.652	23,6% 759.220
Antiasmàtics	38,6%	33,5%	24,7%	34,8 %
Ag B ₂ curta durada	52,0%	40,7%	44,1%	46,9%
Corticoides inhalats	23,0%	18,9%	15,3%	20,7%
Ag B ₂ associats a corticoides	3,4%	12,0%	20,4%	8,2%
Antileucotriens [#]	13,9%	23,5%	14,3%	17,6%
Antitussígens	27,9%	28,4%	21,0%	27,3%
Expectorants i mucolítics [#]	19,8%	16,7%	20,5%	18,7%
Antihistamínics H ₁	7,4%	15,4%	25,6%	12,9%
Desloratadina [#]	21,1%	24,6%	13,1%	20,8%
Fàrmacs per la rinitis al·lèrgica	6,2%	6,0%	8,1%	6,3%

ANTIEPILÈPTICS	0-4	5-14	15-18	0-18
% receptes antiepilèptics (total receptes antiepilèptics)	0,5% 7.125	2,3% 30.619	3,3% 17.427	1,7% 55.171
Nous antiepilèptics*	27,3%	37,0%	49,2%	39,6%
% Topiramat [#]	17,3%	0,9%	19,1%	30,7%
Antiepilèptics clàssics	72,7%	63,0%	50,8%	60,4%
% Valproic	54,0%	41,4%	26,6%	63,5%

(#) Fàrmacs que a priori haurien de presentar un ús limitat en aquesta població

(*) Inclou la pregabalina, zonisamida i els designats pel NICE (vigabatrina, lamotrigina, gabapentina, topiramat, oxcarbazepina, levetiracetam i tiagabina).

Disponible a: <http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=ta079guidance>

Font de dades: Aplicatiu de Farmàcia Datamart del CatSalut