CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

e-farma RSB

núm. 20
juny 2013

Editorial

Experiències dels proveïdors

Resultats del procés de revisió del PCC Barcelona Nord

Funcions i activitats en els processos de revisió, conciliació i adherència del PCC Barcelona Nord

Actualització farmacoterapèutica

Observatori de consum de medicaments

Editorial

Tractament farmacològic en l'atenció de la cronicitat

L'envelliment progressiu i l'augment de l'esperança de vida als països del nostre entorn, amb uns sistemes de salut públics i universals de qualitat, comporta un predomini de malalties cròniques amb un augment de la demanda de serveis sanitaris, entre d'altres. A Catalunya, d'acord amb l'Enquesta de salut de 2012, el 37,2% de la població general pateix alguna malaltia o problema de salut crònic (el 34,3% dels homes i el 40,1% de les dones) i el 14,8% de la població de 15 anys i més pateix una limitació greu o discapacitat. El percentatge de població que pateix algun trastorn crònic augmenta a mesura que els grups són de més edat (un 14,1% en la població de 0-14 anys, i un 70,6% entre la població de 65 anys i més); un 36,3% de la població adulta declara patir o haver patit 4 o més trastorns crònics, relacionats principalment amb l'aparell locomotor i circulatori, la salut mental i les al·lèrgies cròniques[1]. Per aquest motiu, s'ha definit una estratègia nacional d'abordatge de la cronicitat[2], desplegada i impulsada per les diferents comunitats autònomes. Al Pla de salut 2011-2015 de Catalunya, un dels eixos estratègics clau és l'atenció integral i integrada dels pacients crònics, i l'apoderament del pacient en relació amb la seva malaltia crònica[3]. La identificació proactiva dels pacients de més risc és fonamental per definir estratègies d'actuació concretes, juntament amb la figura del gestor de casos. També s'ha fet palesa la necessitat de definir una terminologia de la cronicitat comuna i homogènia, recentment publicada[4]. Els programes transversals entre nivells assistencials, així com l'ús intensiu de les tecnologies de la informació compartida entre diferents professionals, i la protocol·lització basada en l'evidència, són altres punts claus necessaris per al desplegament del programa.

La presència de tractament farmacològic és freqüent en la cronicitat, en alguns casos amb elevada càrrega terapèutica si coexisteixen diverses patologies cròniques. Per aquest motiu, aquest número del butlletí s'ha centrat en diferents aspectes relacionats amb l'ús racional i segur dels medicaments en la cronicitat. En primer lloc, es presenta l'experiència i els resultats d'un programa territorial de revisió de medicació i, seguidament, s'aprofundeix en aspectes més organitzatius i qualitatius relacionats amb la revisió, conciliació i adherència als tractaments. També s'hi poden consultar dades de Catalunya sobre indicadors de morbiditat poblacional i d'estratificació per grups de risc segons una metodologia definida. I el número es complementa amb una selecció d'articles interessants relacionats i que s'han fet en el nostre entorn, així com un estudi sobre les necessitats dels pacients des d'un punt de vista qualitatiu. Un altre estudi qualitatiu sobre els coneixements, actituds i opinions de la població sobre l'ús racional dels medicaments (vegeu *e-farma* número 19, març de 2013), va derivar en l'elaboració de material divulgatiu i educatiu que podeu consultar en el següent enllaç: http://www.youtube.com/playlist?list=PLAydlOUpCxDmYjC3OKfRgtB8Kt_x67Iaa. A més, s'estan programant activitats de formació per a professionals sanitaris en l'ús d'eines relacionades amb la cronicitat, de les quals informarem properament.

1. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2012. Informe dels principals resultants. 1ª edició maig 2013. Disponible a: (http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Minisite/ObservatoriSalut/ossc_Dades_estadistiques/Estat_salut_estils_vida/Informacio_general_enquestes_salut/Enquestes_salut/Fitxers_estatics/Enquesta_salut_2012_edicio_maig.pdf) [juny 2013].
2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. Estrategia para el Abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2012 [monografia internet]. Disponible a: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf [juny 2013].
3. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Pla de salut 2011-2015. Disponible a: (http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.08bf9901ea011adbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnextoid=2de0fca770bd3310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextchannel=2de0fca770bd3310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnextfmt=default) [juny 2013].
4. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut i TERMCAT. Terminologia de la cronicitat. Disponible a: http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/160/Presentacio/ [juny 2013].

Comitè editorial
Àssun Àlvarez, 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

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

e-farmaRSB

núm. 20

juny 2013

Experiències dels proveïdors

Resultats de la implementació del procés de revisió en el Programa d'atenció al pacient crònic complex de Barcelona Nord

En l'Acord de govern /108/20111, de 5 de juliol, es crea el Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) del Departament de Salut en el marc del Pla de salut (2011-2015), amb l'objectiu de millorar l'atenció de les persones, establint un model d'atenció sanitària i social que respongui amb qualitat i de manera sostenible a les necessitats de les persones en situació de cronicitat o en risc de patir-la, així com de les dels seus cuidadors i les seves famílies[1,2].

Dues de les principals línies estratègiques del PPAC són:

1) Desplegar programes territorials d'atenció als pacients crònics complexos (PCC), entenent com a PCC, el pacient amb multimorbiditat, o malaltia o condició única que comporta gestió clínica complexa.

2) Implantar programes d'ús racional del medicament en el pacient crònic, assegurant la implantació d'estratègies de revisió, conciliació i adherència de la medicació, el consens farmacoterapèutic en les rutes assistencials elaborades en el territori, la incorporació de sistemes de millora de la qualitat, seguretat i eficiència en la prescripció i la promoció de l'ús racional del medicament a la ciutadania.

Seguint les directrius del PPAC, l'Àrea Integral de Salut Barcelona Nord (AIS BCN Nord) va crear el mes de febrer del 2012 la Xarxa integrada d'atenció als PCC (XIAPCC), amb l'objectiu de millorar l'atenció a aquests pacients potenciant el treball en xarxa en el territori.

En aquest article es presenta l'avaluació dels resultats de la implantació de la XIAPCC en la utilització de recursos sanitaris i, més concretament, de l'ús dels medicaments, després del primer any d'implantació.

Per tal de treballar els diferents aspectes relacionats amb l'ús del medicament, es va crear un grup multidisciplinari (medicina, infermeria, farmàcia) format per professionals de diferents nivells assistencials: atenció primària (6 EAP corresponents a 3 entitats proveïdores diferents), atenció urgent (1 CUAP), atenció intermèdia (2 sociosanitari), atenció especialitzada hospitalària (1 hospital) i oficina de farmàcia. El lideratge i eix central de les actuacions es centren en l'atenció primària.

Per tal d'endegar el procés de millora de la prescripció, es va realitzar una presentació en el grup de treball dels aspectes principals dels processos de revisió, conciliació i adherència al tractament recollits en el document "Maneig de la medicació en el pacient crònic: Conciliació, revisió, desprescripció i adherència" elaborat en el marc del PPAC[3]. També es va dur a terme una sessió pràctica amb la presentació d'un cas clínic de revisió de la medicació per tal que els membres del grup de treball coneguessin els principals aspectes a tenir en compte en el procés de revisió de la medicació (figura 1); especialment del procés d'una revisió clínica de la medicació (figura 2), i poguessin així traslladar aquests coneixements a la seva pràctica diària.

Per a l'avaluació de la intervenció s'analitza la variació en l'ús dels medicaments en els pacients PCC identificats en el territori abans i després de la intervenció (febrer 2012 i gener 2013). A l'estudi es recullen les dades sociodemogràfiques, el nombre de pacients revisats, el nombre de medicaments retirats, la polimedicació (> 10 principis actius) i la reducció en les incidències de prescripció seleccionades (taula 1) que es podrien classificar en:

- medicació inadequada i evitable (2 indicadors)
- durada de tractament inadequat (1 indicador)
- duplicitats (3 indicadors)
- combinacions de risc (3 indicadors).

Resultats

En el període d'estudi (febrer 2012 - gener 2013), es va identificar un total de 406 pacients PCC, dels quals 82 van ser èxitus i, per tant, el total de pacients inclosos en la intervenció van ser 324. Cada EAP va adaptar les recomanacions sobre la revisió sistemàtica de la medicació als seus circuits interns; es van revisar un total de 233 pacients dels 324 inclosos en la intervenció (72%).

Finalment, l'explotació mitjançant la base de dades de facturació de medicaments del CatSalut, es va dur a terme només en una mostra de 154 pacients (53% dones i mitjana d'edat de 77,5 anys). Les pèrdues es van produir per problemes d'identificació i per la necessitat que els pacients haguessin consumit medicaments en els 2 mesos analitzats (febrer 2012 i gener 2013).

El percentatge de pacients polimedicats (> 10 principis actius) passa del 41,6% al 38,3%; tot i que s'observa certa variació: 38% augmenten, 8% es mantenen, 54% dels pacients redueixen el nombre de principis actius. Del 8% (N=13) que mantenen el nombre de principis actius, tots han sofert canvis en la prescripció excepte un pacient. Tal com es pot veure a la figura 3, la mitjana de principis actius/pacient es redueix un 8% (8,68 vs 7,97).

A la figura 3 també es recull el resultat de la variació del nombre total de pacients amb cadascuna de les incidències de prescripció establertes entre els dos períodes analitzats.

S'observa que el nombre total d'incidències/pacient es redueix en un 46% (0,55 a 0,29). Els indicadors de medicació inadequada en gent gran i medicació evitable són els que presenten més casos a revisar i han presentat una reducció important (33% i 68%, respectivament). En la resta d'indicadors, el nombre de casos a revisar era menor i presenta també una menor reducció. Analitzant els pacients amb medicació inadequada

en gent gran i medicació evitable, s'observa que hi ha pacients que tenen més d'un principi actiu classificat com a inadequat o evitable. Els principis actius inadequats més prescrits són les benzodiazepines. La reducció tan important de l'indicador de medicació evitable (68%) és majoritàriament deguda a la retirada del finançament de diferents principis actius el setembre de 2012, especialment per l'exclusió dels AINE tòpics i dels mucolítics. Si no comptabilitzem els fàrmacs retirats del finançament, s'observa que el nombre de pacients amb medicació evitable no millora, representant 15 pacients tant el febrer 2012 com el gener 2013. No es pot saber si els pacients continuen prenent aquesta medicació, ja que els medicaments exclosos del finançament no es registren actualment en el pla terapèutic de recepta electrònica ni en el sistema de facturació del CatSalut.

La presència de poques incidències en els indicadors de duplicitats i combinacions de risc podria ser degut a la seva especificitat i la petita mostra analitzada fins al moment. Tanmateix, el seguiment d'aquestes incidències és important pel risc que representen tot i tenir present la dificultat de la seva retirada a causa de la complexitat del pacient. Els mòduls de seguretat de la prescripció dels programaris i recepta electrònica també poden contribuir al baix nombre d'incidències.

Aquests indicadors presenten una menor reducció, que podria ser pel fet que el tractament està clínicament justificat tot i el risc o, tal com indicàvem abans, per la dificultat de la seva retirada i valoració d'altres opcions.

Per altra banda, en utilitzar una base de dades de facturació per fer l'extracció i analitzar el consum només d'un mes, podria ser que no es detectés consum facturat el mes anterior o posterior i, en canvi, en el pla terapèutic realment sí que hi hagués prescrita una duplicitat. S'ha dut a terme una validació amb l'indicador de duplicitat de benzodiazepines analitzant la facturació en el període desembre 2012-febrer 2013 en els 43 pacients amb consum de benzodiazepines el mes de gener 2013. Només es perd una incidència que amb l'informe (figura 3) no s'ha detectat, cosa que el valida com a eina de seguiment territorial. La implantació de la recepta electrònica és un eina que, en establir la possibilitat de la dispensació segons dosi, pauta i contingut de l'envàs, ha facilitat en molts casos que hi hagi facturació mensual i no dispensacions més massives com es podia donar el cas amb la recepta de paper.

Conclusions

La XIAPCC ha permès una nova orientació de l'atenció a la cronicitat. La creació del grup multidisciplinari ha permès a l'AIS Nord treballar per a la millora de la coordinació i l'ús del medicament en el pacient PCC des d'una perspectiva territorial i centrada en el pacient. La revisió de la medicació es mostra com una estratègia útil per a la millora de la prescripció i els indicadors utilitzats permeten quantificar el resultat d'aquesta revisió.

Anna Coma[1], Àngels Anton[1], Rita Puig[1], Corinne Zara[1], Sònia Pérez[2], Carles Benet[3]
[1]Farmacèutiques. Consorci Sanitari de Barcelona
[2]Metge de família. Direcció APS CIS Cotxeres
[3]Tècnic de l'Àrea Integral de Salut Barcelona Nord. Consorci Sanitari de Barcelona

Bibliografia

1. Acord de govern /108/20111, de 5 de juliol, pel qual es crea el programa de prevenció i atenció a la cronicitat. DOGC núm. 5915 – 7.7.2011.
2. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012. (http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plassalut_vfinal.pdf)
3. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015.Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: 'Conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Barcelona: Generalitat de Catalunya;2012. (http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/2_6_us_racional_de_farmacs.pdf)

Figura 1. Etapes del procés de revisió de la medicació[3]

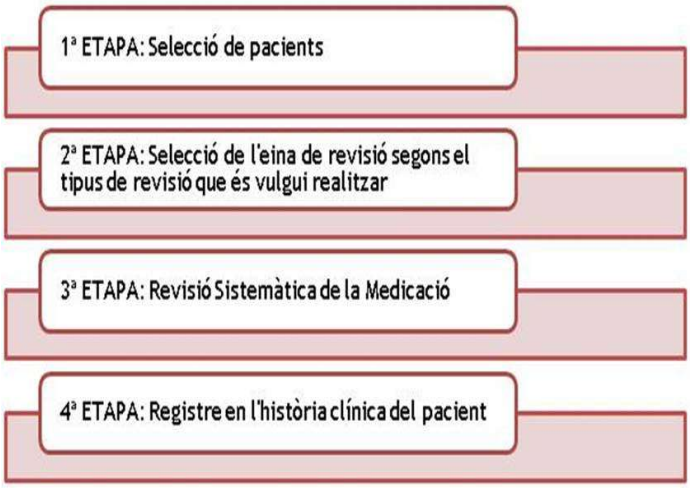
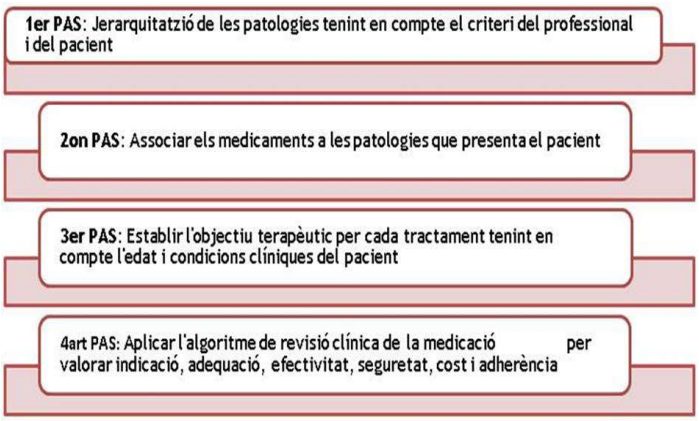


Figura 2. Etapes del procés de revisió tipus 3: revisió clínica[3]



Taula 1. Descripció de les incidències de prescripció seleccionades

NOM INDICADOR	DESCRIPCIÓ*
MEDICACIÓ INADEQUADA I EVITABLE	
Pacients >= 75 anys medicació inadequada	Nre. de pacients >= 75 anys amb facturació de fàrmacs considerats desaconsellats en edat avançada
Pacients amb medicació evitable (VINE)	Nre. de pacients amb facturació de fàrmacs considerats evitables pel seu baix valor intrínsec
DURADA INADEQUADA	
Pacients amb doble antiagregació > 12 mesos	Nre. de pacients amb facturació de més de 12 envasos de 2 antiagregants durant els últims 12 mesos
DUPLICITATS	
Pacients amb 2 o més AINE	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes de 2 o més principis actius iguals del grup d'AINE
Pacients amb 2 o més BZD	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes de 2 o més principis actius iguals del grup de benzodiazepines
Pacients amb 2 IECA + ARA II	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes de 2 o més principis actius iguals del grup d'IECA -ARA II
COMBINACIONS DE RISC	
Pacients anticoagulants orals + antiagregants plaquetaris	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes d'almenys un principi actiu anticoagulant oral i un antiagregant plaquetari.
Pacients AINE + antiagregants plaquetaris	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes d'almenys un principi actiu AINE i un antiagregant plaquetari
Pacients ISRA + AINE + Diürètic	Nre. de pacients amb facturació durant el mateix mes d'almenys un principi actiu del grup d'inhibidors del sistema renina angiotensina (ISRA), un AINE i un diürètic.

Figura 3. Reducció del nombre de pacients amb alguna de les incidències de prescripció seleccionades

FEBRER 2012											
	Medicació inadequada i evitable		Durada inadequada	Duplicitats			Combinacions de risc				
Nombre CIP consumidors (Especialitats)	Pacients >=75 anys medicació inadequada (Mensual)	Pacients amb medicació evitable (VINE)	Pacients amb doble antiagregació > 12 mesos	Pacients amb 2 o més AINE (Mensual)	Pacients amb 2 o més BZD (Mensual)	Pacients amb 2 IECA+ARAII (Mensual)	Pacients Anticoagulants orals + Antagregants plaquetaris (Mensual)	Pacients AINE + Antagregants plaquetaris (Mensual)	Pacients ISRA + AINE + Diurètic (Mensual)	Total Incidències Pacients / Nombre CIP consumidors (Especialitats)	Nombre de PAP per CIP (Mensual)
154	24	47	1	0	4	4	0	3	1	0,55	8,68
GENER 2013											
	Medicació inadequada i evitable		Durada inadequada	Duplicitats			Combinacions de risc				
Nombre CIP consumidors (Especialitats)	Pacients >=75 anys medicació inadequada (Mensual)	Pacients amb medicació evitable (VINE)	Pacients amb doble antiagregació > 12 mesos	Pacients amb 2 o més AINE (Mensual)	Pacients amb 2 o més BZD (Mensual)	Pacients amb 2 IECA+ARAII diferents (ATC) (Mensual)	Pacients Anticoagulants orals + Antagregants plaquetaris (Mensual)	Pacients AINE + Antagregants plaquetaris (Mensual)	Pacients ISRA + AINE + Diurètic (Mensual)	Total Incidències Pacients / Nombre CIP consumidors (Especialitats)	Nombre de PAP per CIP (Mensual)
154	16	15	1	0	5	4	2	2	0	0,29	7,97
increment	-33%	-68%	0%	-	25%	0%	200%	-33%	-100%	-46%	-8%

e-farmaRSB

núm. 20

juny 2013

Funcions, activitats i impacte de la implementació dels processos de revisió, conciliació i adherència en el Programa d'atenció al pacient crònic complex de Barcelona Nord: primers resultats

A l'any de la implantació a l'Àrea Integral de Salut Barcelona Nord (AIS BCN Nord) del Programa pacient crònic complex (PCC) (febrer 2012- gener 2013) inclòs en les línies estratègiques del Pla de salut 2011-2015[1], és interessant fer una anàlisi de la seva implementació a les organitzacions i així poder identificar les necessitats i abordar els punts febles amb la finalitat d'introduir millores en aquest programa.

En el nostre cas, l'objecte d'anàlisi són els procediments de revisió, conciliació i adherència, recollits en el document "Maneig de la medicació en el pacient crònic: conciliació, revisió desprescripció i adherència"[2] i del mètode de treball de l'organització amb l'objectiu de conèixer les activitats assistencials en què intervenen els diferents professionals sanitaris i l'impacte que suposen. En aquest article es mostren les primeres respostes dels participants del projecte PCC AIS Nord.

Metodologia

Amb aquest objectiu es va elaborar i consensuar un qüestionari adreçat a diferents professionals que intervenen en el programa PCC (metge, farmacèutic/farmacòleg i infermeria). Aquest contenia preguntes concretes relacionades amb les activitats de revisió, conciliació i adherència als medicaments, funcions específiques de cada professional, temps de dedicació (hores a la setmana), grau de satisfacció dels professionals i la seva percepció de la satisfacció dels pacients en aplicar aquestes activitats (escala numèrica d'1 a 5), necessitats formatives i col·laboració amb oficines de farmàcia. També es va incloure una taula per tal d'elaborar una matriu DAFO a partir d'uns conceptes determinats que ens permetés avaluar l'impacte que aquest programa produeix en l'organització i facilitar la presa de decisions a partir dels seus resultats. L'anàlisi DAFO[3,4] ens permet identificar les fortaleses (F) i debilitats (D) internes de la pròpia organització i les oportunitats (O) i amenaces (A) per a la interacció amb altres organitzacions. Les frases per a l'anàlisi DAFO han estat: Interrelació entre professionals; Temps de dedicació; Planificació interna de tasques i circuits (protocol·lització); Relació amb el pacient; Interrelació entre professionals de diferents nivells; Planificació entre nivells de tasques i circuits (protocol·lització). Es va demanar als professionals que les classifiquessin en els quatre quadrants DAFO.

Prèviament a la tramesa del qüestionari es va valorar i seleccionar els professionals que segons la seva participació en el programa PCC, l'haurien de rebre. Els àmbits assistencials participants han estat 7 equips d'atenció primària: 3 ICS, 2 EBA Vallcarca, 1 CSS Vitae, 1 equip de suport a residències i 3 centres sociosanitaris: Parc Sanitari Pere Virgili, Cotxeres de Borbó i Nostra Senyora de la Mercè.

La metodologia utilitzada és quantitativa (en base al qüestionari), però l'anàlisi de resultats es considera qualitatiu a causa del baix nombre de participants en l'estudi.

Resultats

Es van identificar un total de 21 professionals: 5 farmacèutics d'atenció primària, 1 farmacèutic de sociosanitari i 1 farmacòleg (farmacèutics/farmacòlegs), 8 infermeres i 6 facultatius als quals es va enviar el qüestionari. Es van rebre respostes d'11 professionals (52%) amb la següent distribució: 5 (45,4%) farmacèutics/farmacòlegs (3 farmacèutics d'atenció primària, 1 farmacèutic de sociosanitari i 1 farmacòleg), 3 infermers (27,3%) i 3 facultatius (27,3%).

Pel que fa al tipus d'activitat dins del programa PCC: revisió, conciliació i adherència, s'observa que els farmacèutics i metges realitzen activitats en els tres processos, tot i que la revisió de la medicació sembla que la fan majoritàriament els farmacèutics/farmacòlegs (un dels 3 metges que respon el qüestionari informa que realitza tasques de revisió de medicació, respecte dels 5 farmacèutics/farmacòlegs que el contesten). Podríem dir que els professionals d'infermeria assumeixen com a funció principal l'adherència als tractaments per part dels pacients. En el gràfic 1 es detalla la distribució d'activitats per tipus de professional sanitari.

Les funcions analitzades pel que fa al procediment de revisió i conciliació són: selecció de casos, recollida de dades, anàlisi del pla terapèutic, assessorament sobre l'ús de fàrmacs, interlocutor entre nivells, entrevista amb el pacient, resolució del cas. En l'adherència s'inclouen les 4 primeres funcions dels procediments de revisió i de conciliació, i també l'educació sanitària al pacient.

En el gràfic 2, es detallen les funcions en els diferents procediments analitzats, per tipus de professional sanitari.

En general, en el projecte PCC la selecció dels casos a intervenir és realitzada pels metges ja que són els que determinen aquesta característica segons els criteris consensuats en l'equip i el territori; l'anàlisi del pla terapèutic i assessorament sobre l'ús de fàrmacs per farmacèutics/farmacòlegs; infermeria s'ocupa principalment de l'educació sanitària al pacient. L'organització interna del centre fa que algunes funcions siguin portades a terme per diferents perfils professionals. La interlocució entre nivells en l'àmbit sociosanitari la realitza el metge, mentre que a l'atenció primària també hi pot participar el farmacèutic/farmacòleg.

Els professionals enquestats indiquen que el temps de dedicació a la setmana (h/setm.) és inferior a 10 hores i depèn del perfil del pacient (no hi ha dades de temps per pacient). La revisió és el procés en què s'inverteix més temps (aproximadament 5 h/setm.), mentre que la conciliació és el procés en què es dedica menys temps (< 2,5 h/setm.). El farmacèutic/farmacòleg és el professional que inverteix més temps en la revisió terapèutica i en general és l'activitat a la qual dedica més hores a la setmana. En canvi, l'únic farmacèutic de l'àmbit sociosanitari que ha contestat informa que l'activitat a la qual dedica més temps és la conciliació (2,5-5 h/setm.).

CatSalut
Servei Català de la Salut
Regió Sanitària Barcelona

Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

Tots els professionals han rebut formació en les diferents activitats excepte en conceptes d'adherència, on solament infermeria contesta que ha rebut formació. En general els professionals consideren molt important mantenir aquesta formació actualitzada.

La satisfacció dels professionals pel que fa a la implementació dels procediments de revisió, conciliació i adherència del programa PCC és valorada en 4 punts sobre 5. Pel que fa a la satisfacció dels pacients, els professionals la perceben valorant-la 4 punts sobre 5.

La col·laboració amb altres àmbits, concretament amb les oficines de farmàcia, es troba en fase inicial en aquest territori. Tot i que en alguns centres, sí que hi ha projectes de col·laboració. Alguns d'aquests aborden el seguiment de l'adherència al tractament, d'altres ajuden en la conciliació de tractaments i en la detecció de problemes relacionats amb els medicaments.

Els resultats de l'anàlisi DAFO es presenten en la taula 1.

En general es veuen els 3 processos en termes positius, tant dintre de cada entitat i/o centre (fortaleses) com entre organitzacions i nivells assistencials diferents (oportunitats). La relació entre els membres d'una mateixa organització es considera una fortalesa, i la relació entre professionals de diferents nivells com una oportunitat. Els professionals d'infermeria veuen en la relació amb els pacients la seva principal fortalesa.

Com a debilitat, es detecta el temps que es pot dedicar a aquests processos. També el temps es considera com un factor negatiu, malgrat sigui identificat per pocs professionals com una amenaça.

En cap cas la interrelació entre professionals i la relació amb el pacient han estat considerades com una amenaça o debilitat.

Discussió i conclusions

Tenint en compte que el nombre de participants és molt baix, no es pot extrapolar la informació obtinguda a partir del qüestionari administrat. Caldria ampliar el nombre de participants i fer extensiva l'enquesta a la resta de territoris per a poder realitzar comparatives. Tot i així, els resultats ens orienten sobre qui executa actualment les diferents funcions de cada procediment i l'impacte que això suposa a l'AIS Nord.

L'organització pròpia de cada proveïdor sanitari fa que les funcions es puguin coordinar entre els professionals diferentment. A partir dels resultats, tant metges com farmacèutics estan implicats en gairebé totes les activitats de conciliació, revisió i adherència, mentre que infermeria sembla que solament en l'activitat d'adherència. Els metges, en consulta, a l'hora d'indicar un nou tractament han de vetllar, entre d'altes coses, per la seva correcta selecció i adequació, així com la seva eficàcia un cop introduït en la farmacoteràpia. En aquest sentit és lògic que els metges facin activitats de revisió, conciliació i adherència.

Respecte a les funcions dins de cada activitat, de les respostes rebudes, sembla que infermeria pot intervenir en totes les funcions pel que fa a l'adherència. Sembla que la selecció de casos PCC tant en l'activitat de revisió com de conciliació sigui portada a terme pels metges. Aquesta selecció dóna lloc a una priorització d'aquestes activitats en l'atenció al PCC.

Pel que fa a l'impacte, l'anàlisi DAFO ens permet aprofitar els punts forts de cada organització (F) per a potenciar les oportunitats (O) que ofereix aquest procediment dintre del programa PCC, per reduir les amenaces (A) detectades en corregir o minimitzar les debilitats (D) existents. La principal debilitat és el temps de dedicació. La revisió de la medicació és un procés que requereix de temps en consulta. És necessari disposar de temps sense visita presencial del pacient per tal de valorar exhaustivament la prescripció dels pacients PCC. Un cop revisats, en visita amb el pacient s'expliquen i s'acorden els canvis finals i els terminis per a portar-los a terme. Es podria valorar adequar les agendes dels metges per tal de disposar de visites no presencials per a la gestió de la cronicitat. Els programes de gestió d'història clínica han de ser una eina que faciliti la revisió i que utilitzi un sistema d'alarmes que afavoreixi l'adequació de la prescripció.

La relació entre nivells ha de ser fluida i basada en la confiança. L'abordatge integral dels pacients PCC suposa una oportunitat en la millora de la relació entre nivells. La missatgeria que ofereix la recepta electrònica serà d'utilitat properament, així com la informació disponible a nivell d'història clínica compartida. En aquest últim aspecte caldria plantejar una major interacció en l'enviament de la informació rellevant. La fortalesa més rellevant detectada és la col·laboració entre metges i farmacèutics/farmacòlegs infermeria i la resta de l'equip.

L'avaluació de la implementació del projecte sembla que apunta al fet que el grau de satisfacció en general és alt, tant dels professionals com dels pacients. S'han d'identificar punts de millora en les organitzacions per facilitar el treball diari, per tal d'afavorir una atenció integral i integrada.

Aquesta anàlisi ha permès obtenir una eina en forma de qüestionari que ens pot servir per conèixer les activitats i funcions realitzades pels diferents professionals sanitaris participants en el procés de revisió, conciliació i adherència, així com per valorar l'impacte d'aquesta forma de treballar en els diferents àmbits (primària, sociosanitari...). Els resultats i observacions que s'han fet en aquest article s'hauran de validar amb l'administració del qüestionari a la resta d'àmbits de Barcelona i resta d'entorns on s'hagi implementat el procés de revisió, conciliació i adherència en el Projecte PCC.

Rita Puig, Àngels Anton, Anna Coma, Corinne Zara
Farmacèutiques. Consorci Sanitari de Barcelona

Agraïments

Agraïm la col·laboració a: A. Barbero (ABS 8J), J. López (EAR), L. Brazo (sociosanitari), infermers; R. Martin i M. Parer (ABS 5E, 6D), I. Cadenas (ABS 8J), metges i E. Fernández i E. Barceló (ABS 8C, 8I, 8F), A. Rubio (ABS 8J i sociosanitari), farmacèutics/farmacòlegs en l'obtenció de les dades.

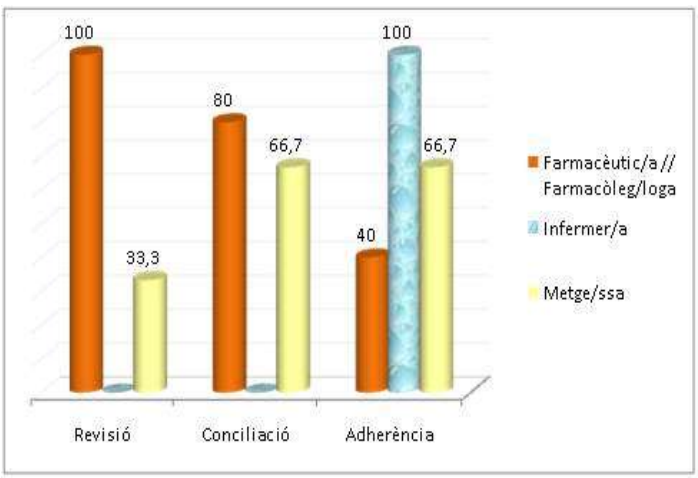
Bibliografia

1. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012. (http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plassalut_vfinal.pdf.)
2. Departament de Salut. Pla de salut de Catalunya 2011-2015. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Maneig bàsic de la medicació en el pacient crònic: 'Conciliació, revisió, desprescripció i adherència. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2012. (http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Model_assistencial/Atencio_al_malalt_cronic/documents/arxius/2_6_us_racional_de_farmacs.pdf)
3. Análisis DAFO. Guias de calidad (http://www.guiadelacalidad.com/modelo-efqm/analisis-dafo consultat el 28/08/2013)
4. ¿Qué es el DAFO y cuál es su valía como herramienta analítica? (http://www.elblogsalmon.com/conceptos-de-economia/que-es-el-dafo-y-cual-es-su-valia-como-herramienta-analitica# consultat el 28/08/2013)

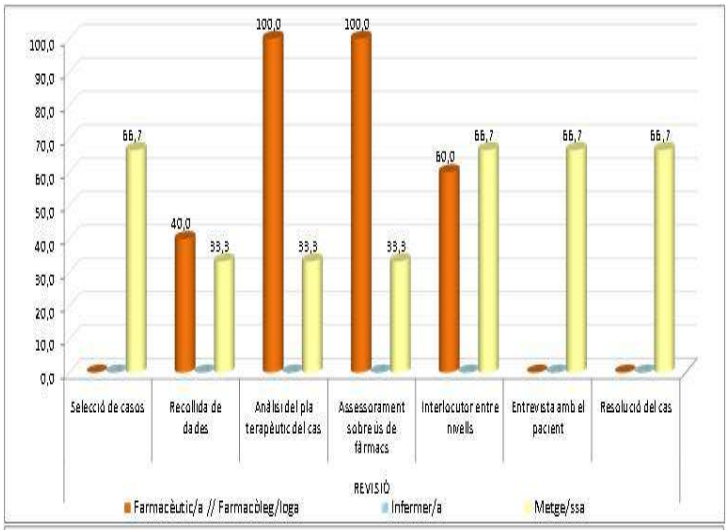
Taula 1. Matriu DAFO (n respostes/total)

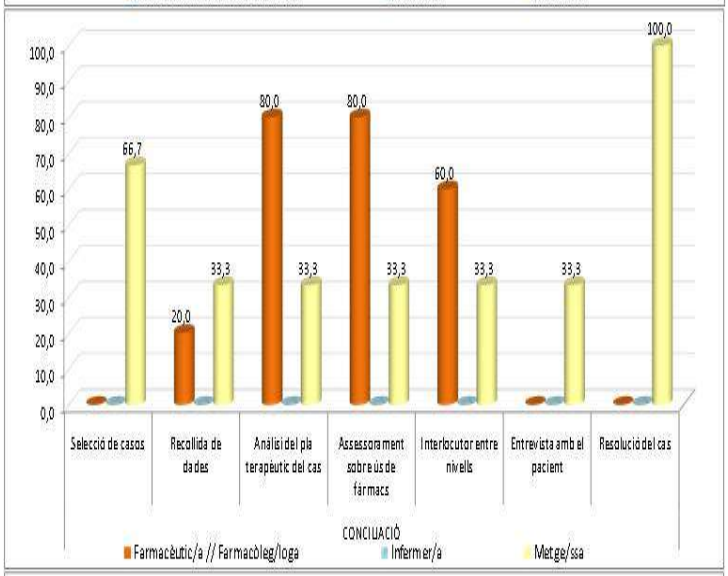
	FORTALESES	DEBILITATS
ANÀLISI INTERNA	- Bona relació entre professionals (6/11) - Relació propera amb el pacient (6/11) - Bona planificació interna de tasques i circuits (protocol·lització) (5/11)	- Poc temps de dedicació (6/11)
	OPORTUNITATS	**AMENACES**
ANÀLISI EXTERNA	- Potenciar la relació entre professionals de diferents nivells (8/11) i entre professionals de l'equip (5/11) - Planificar tasques i circuits entre nivells (protocol·lització) (6/11) - Millorar la relació amb el pacient (5/11)	- No aconseguir prou temps de dedicació (2/11) - Manca de planificació entre nivells de tasques i circuits (protocol·lització) (2/11)

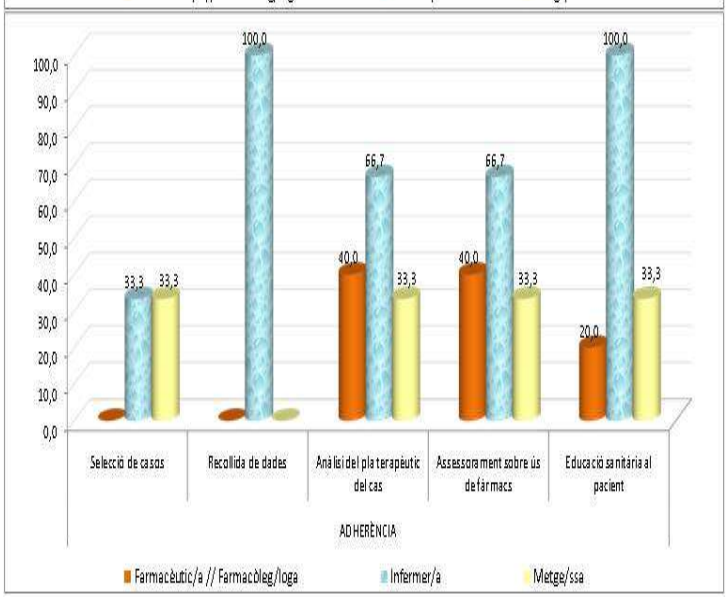
Gràfic 1. Percentatge de professionals que participen en les tasques de revisió, conciliació i adherència en funció del perfil professional



Gràfic 2. Detall per professional de les funcions realitzades en els procediments de revisió, conciliació i adherència (% de professionals que realitzen cada activitat)







e-farmaRSB

núm. 20

juny 2013

Actualització farmacoterapèutica

Metodologia de revisió de la polifarmàcia

Polypharmacy Guidance. October 2012
The Model of Care Polypharmacy Working Group. The Scottish Government. Disponible a:
(http://www.central.knowledge.scot.nhs.uk/upload/Polypharmacy%20full%20guidance%20v2.pdf)

Aquest document del sistema de salut escocès (NHS Scotland) representa un abordatge nacional per a la millora de la terapèutica i la reducció del risc d'efectes adversos associats a la polifarmàcia, especialment en la població anciana.

La primera part introdueix la necessitat i la importància del procés de revisió del tractament farmacològic, ja que sovint cal adaptar les recomanacions de múltiples guies clíniques a pacients que presenten diferents patologies, amb la possibilitat d'entrar en conflicte. Es fa més èmfasi en el moment d'iniciar un tractament i menys en el moment en què és més convenient retirar-lo. També es facilita la identificació de la població amb major prioritat per a aplicar el procés de revisió, depenent de l'edat, el nombre de medicaments i comorbiditats, institucionalització i l'estat funcional del pacient.

La segona part és el cos central del document o guia clínica. Es descriu el procés pròpiament dit de revisió i les preguntes sobre el tractament que cal respondre: si la indicació és correcta; la dosi és apropiada; si hi ha iatrogènia; si el pacient accepta prendre la medicació; si hi ha alternatives més eficients, etc. També es fa un breu repàs als conceptes relacionats amb el balanç risc-benefici dels medicaments: nombre de pacients a tractar (NNT) i nombre de pacients per produir un dany (NNH). S'inclouen indicadors relacionats amb l'expectativa de vida reduïda, que haurien de fer replantejar determinats tractaments i orientar-los a pal·liatius. També hi ha una secció dedicada a medicaments d'alt risc i les accions que caldria prendre, amb consideracions específiques en pacients amb demència.

La darrera part inclou el procés de revisió de l'aplicació de la guia i es proposen indicadors de seguiment. També s'insisteix en la necessitat de desenvolupar eines d'ajuda als pacients per tal que preguin un rol actiu en la revisió de la seva pròpia medicació. La guia està dissenyada per a una revisió del tractament amb la presència del pacient, tot i que no és imprescindible, però es ressenyen una sèrie de principis: els pacients han de tenir l'oportunitat de fer preguntes o destacar problemes referents al seu tractament, cal fer una revisió de forma ordenada i amb objectius definits, qualsevol canvi de tractament ha de ser pactat amb el pacient, cal registrar els canvis a la història clínica i monitorar l'impacte que puguin produir.

Finalment, s'adjunten alguns dels resultats obtinguts amb l'aplicació d'aquesta guia, de la qual està prevista la revisió el setembre de 2013.

Anàlisi i intervencions per a millorar l'adequació dels tractaments farmacològics en pacients pluripatològics crònics

Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos
Galván-Banqueri M, González-Méndez AI, Alfaro-Lara ER, *et al.* Aten Prim. 2013;45(5):235-43

En aquest estudi descriptiu i prospectiu, es van seleccionar els pacients pluripatològics atesos a la Unitat de Gestió Clínica d'Atenció Mèdica Integral d'un hospital andalús, reclutats pel metge internista després d'un ingrés hospitalari, o hospitalització domiciliària recent i posterior seguiment ambulatori a la unitat de dia.

Des del servei de farmàcia hospitalària es va elaborar un informe d'adequació de la medicació, utilitzant el Medication Aproppiateness Idex (MAI) modificat i els criteris Screening Tool of Older Person's potentially inappropiate Prescription/Screening Tool to Alert doctors to the Right (STOPP-START), com a mètode d'avaluació implícit i explícit, respectivament. Es va utilitzar també com a suport la base de dades d'interaccions i de dosificació en insuficiència renal. La història clínica electrònica va permetre recollir variables demogràfiques (edat i sexe), clíniques (diagnòstics i fàrmacs prescrits), farmacoterapèutiques (indicació, eficàcia, diagnòstic o símptoma no tractat, dosi, durada, pauta horària, instruccions per al pacient, contraindicacions, interaccions, duplicitats, cost-efectivitat i via d'administració).

L'informe d'adequació s'envia telemàticament a l'internista, el qual cita el pacient als 15 dies a la consulta i realitza les modificacions oportunes. Posteriorment s'analitza el percentatge de respostes i d'acceptació dels informes. L'estudi va durar 21 mesos i s'hi van incloure 244 pacients, 50% dones, amb una mitjana d'edat de 76 anys i 8 diagnòstics de mitjana. El 21% eren insuficiències cardíaques, 15% cardiopaties isquèmiques, 14% malaltia renal crònica i 12% malaltia respiratòria crònica. La mitjana de fàrmacs era de 12. Es van realitzar informes d'adequació en el 98% dels pacients, amb un total de 840 intervencions (mitjana de 3 per pacient): 28% per interaccions, 17% per instruccions al pacient, 16% per diagnòstic/símptoma no tractat, 12% per manca d'indicació del fàrmac prescrit. Es van realitzar 63 intervencions STOPP, la majoria relacionades amb l'ús de psicofàrmacs (32%) i duplicitats (21%), i 145 intervencions START, les més freqüents relacionades amb l'ús d'IECA en insuficiència cardíaca congestiva (25%), estatines (20%) i antiagregants plaquetaris (16%) en diabetis *mellitus* amb criteris majors de risc cardiovascular.

Pel que fa al *feed-back* dels informes, es va obtenir resposta del metge en el 56% dels pacients en què es van fer intervencions, amb una acceptació del 60% de les intervencions proposades. Dins de les intervencions no acceptades, la majoria fan referència a interaccions (34%) i a diagnòstic/símptoma no tractat (17%).

L'abordatge farmacoterapèutic pluridisciplinari dels pacients pluripatològics és un valor afegit, però cal definir bé els circuits de comunicació i avaluar els resultats en salut obtinguts.

Experiència de col·laboració entre farmacèutics de diferents nivells assistencials

Programa de atención farmacéutica integrada en pacientes con enfermedades crónicas
Gorgas Torner MQ, Pàez Vives F, Camós Ramió J, *et al.* Farma Hosp. 2012;36(4):229-39

Es presenta un assaig clínic aleatoritzat, paral·lel, obert i multicèntric d'un programa d'atenció farmacèutica integrada (PAFI) entre farmacèutics d'hospital, primària i comunitaris, respecte d'un grup control amb seguiment clínic habitual, en 8 àrees de salut de Catalunya. Durant el 2007, es van incloure 238 pacients de més de 65 anys, amb el diagnòstic a l'ingrés de descompensació i/o agudització de la seva malaltia crònica per insuficiència cardíaca (IC) i/o de malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), que prenien 4 medicaments o més i sense deteriorament cognitiu; els pacients es van seguir 12 mesos després de l'alta hospitalària.

La variable principal de l'estudi va ser el nombre de reingressos totals del pacient i, tot i que el valor absolut disminueix en el grup del PAFI, les diferències no són significatives. Com a variables secundàries, les visites a hospital de dia i urgències (hospitalàries i d'AP), tampoc són diferents entre els grups, en alguns casos van augmentar en nombre. Aquests resultats són concordants amb altres experiències descrites a la bibliografia.

Es van detectar 50 problemes relacionats amb els medicaments (PRM) en 37 pacients, diferenciats en: medicaments que provocaven reacció adversa (26%); no utilitzar els medicaments necessaris (26%); utilitzar una dosi,pauta i/o durada superior a la necessària (20%); utilitzar medicaments que no són necessaris (14%), principalment. La detecció de PRM va ser numèricament superior al grup del PAFI, amb significació estadística estadística al grup de l'IC. El 13% dels PRM es van classificar com a greus i un 23% com a moderats; el 94% dels PRM eren evitables, i el farmacèutic va resoldre el 90% dels PRM.

Es va realitzar un test de qualitat de vida (Minnesota per l'IC i St George per l'MPOC) a l'inici i final de l'estudi en 41 pacients, i no es van observar diferències significatives entre els grups. La mortalitat en el grup del PAFI va ser lleugerament superior, sense significació estadística. Pel que fa als costos de tractament farmacològic i dels recursos sanitaris utilitzats, aquests van ser numèricament inferiors al grup d'intervenció, però sense significació. Els autors assenyalen la rellevància clínica de les troballes de l'estudi, tot i que la mida de la mostra pot haver influït en els resultats no significatius estadísticament.

Aquest estudi posa de manifest la necessitat i l'èxit de la coordinació assistencial farmacèutica, on les activitats de conciliació de tractament són activitats essencials de l'atenció farmacèutica.

Escoltar els pacients per identificar les seves necessitats

Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa
Crespillo-García E, Rivas-Ruiz F, Contreras-Fernández E, *et al.* Rev Calid Asist. 2013;28(1):56-62

La manca d'adherència en les persones d'edat avançada s'ha atribuït a diferents causes, i s'han desenvolupat múltiples models de comportament de salut que intenten explicar conductes envers l'adherència. La manca de comprensió sobre la seva malaltia i tractament provoca limitacions a l'adherència dels pacients però, paradoxalment, no tots els pacients fan les preguntes oportunes tot i considerar-se poc informats.

Aquest és un estudi qualitatiu que pretén identificar els coneixements i les necessitats envers l'adherència al tractament de pacients polimedicats de més de 65 anys que reben l'alta hospitalària d'un hospital de Màlaga, des de diferents punts de vista de professionals i pacients. Els grups seleccionats van ser: infermeria hospitalària del Servei de Medicina Interna, professionals d'atenció primària (infermeria bàsica d'AP i gestores de casos, i metges de família), pacients (amb 4 o més fàrmacs abans de l'ingrés i sense deteriorament cognitiu) i cuidadors principals. Es van realitzar grups focals i entrevistes semiestructurades, i l'estudi va tenir lloc el maig de 2009, es van avaluar 146 pacients ingressats però es van excloure 135 per no complir criteris o no voler participar i 5 per deteriorament cognitiu o sospita patològica, per la qual cosa es van incloure finalment 6 pacients.

Les respostes es van agrupar en diferents eixos temàtics. El primer, referent a l'ingrés hospitalari, mostra falta d'informació als pacients sobre el seu tractament, l'escàs temps que s'hi dedica i el llenguatge tècnic utilitzat, que provoca una escassa participació i conscienciació del pacient. L'informe d'alta hospitalària també presenta mancances en la informació dels tractaments que s'han suspès i dels prescrits per altres especialistes, que dificulten la comprensió per part del pacient del procés hospitalari i del tractament prescrit. La manca d'avaluació de l'estat mental i cognitiu provoca desconeixement de si el pacient és apte per autogestionar el seu tractament a l'alta.

Sobre l'alta domiciliària, pacients i família recorren a l'oficina de farmàcia per a resoldre dubtes sobre el contingut de l'informe d'alta i el tractament prescrit. A la consulta d'AP no hi ha revisió dels fàrmacs prescrits per altres especialistes i es detecta falta d'educació sanitària al pacient sobre la seva malaltia i tractament. Els professionals d'AP opinen que els informes de continuïtat de tractaments són insuficients i que des de l'AP no es facilita informació de seguiment a l'hospital. Els problemes d'oblits i de recuperació de la informació són freqüents; pacients i cuidadors declaren llegir freqüentment els prospectes de medicaments, i que s'activen diferents mecanismes cognitius de por, incertesa i dubtes, que poden dificultar l'adherència al tractament, i que es relacionen amb l'elevada quantitat de fàrmacs prescrits.

Els estudis qualitatius d'aquest tipus són útils per identificar les necessitats i mancances dels pacients, i poder intervenir de forma específica en les àrees relacionades amb la informació sobre el tractament i la malaltia.

Observatori de consum de medicaments

A la figura 1 s'observa com la prevalença de malalties cròniques augmenta amb l'edat, i és més freqüent en els segments de població més avançada, especialment en dones.

La població es pot estratificar amb agrupadors d'estat de salut, els *Clinical Risk Groups* (CRG), que inclouen per cada usuari dades de morbiditat poblacional, informació de patologia crònica (diagnòstics) i consum de recursos (contactes sanitaris, farmàcia) (figura 2).

Figura 1. Estat de salut segons l'edat i el sexe: indicadors de morbiditat poblacional (Catalunya 2012)*

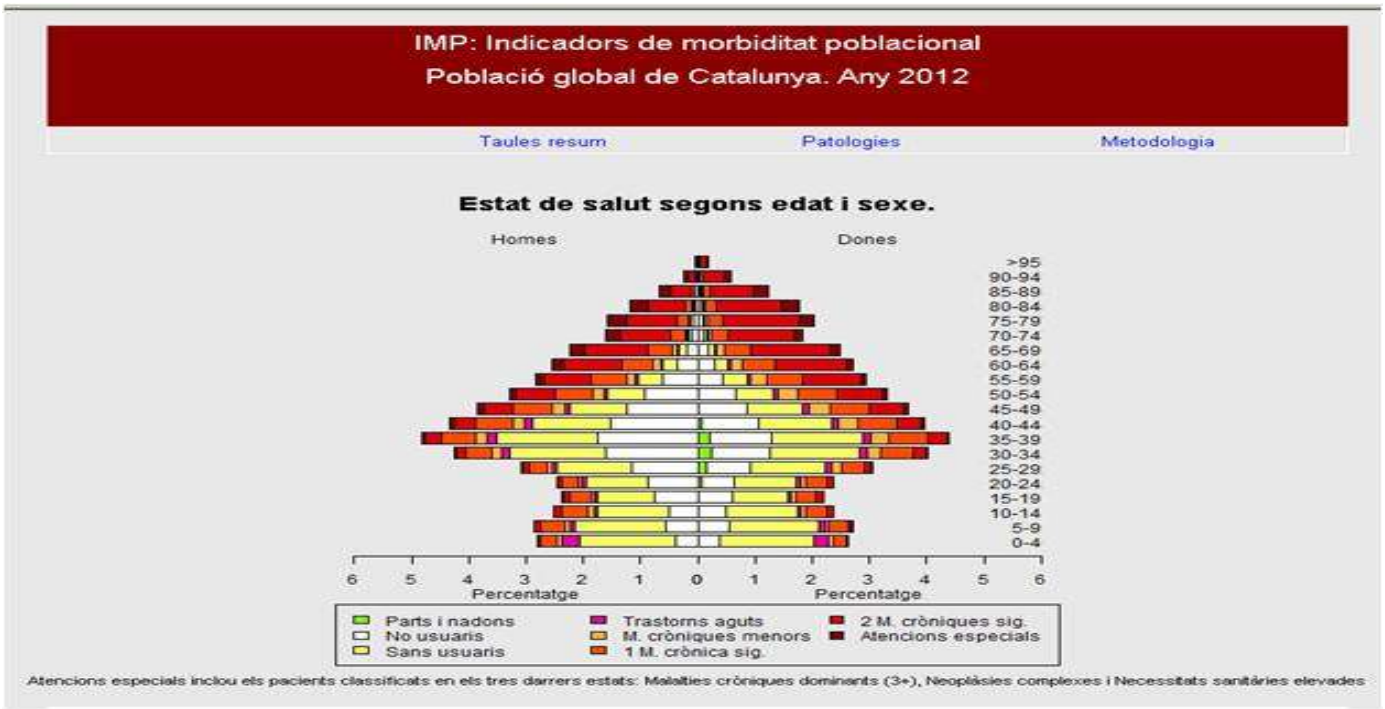


Figura 2. Estratificació de la població segons l'agrupador Clinical Risk Groups (CRG, Catalunya 2012)*

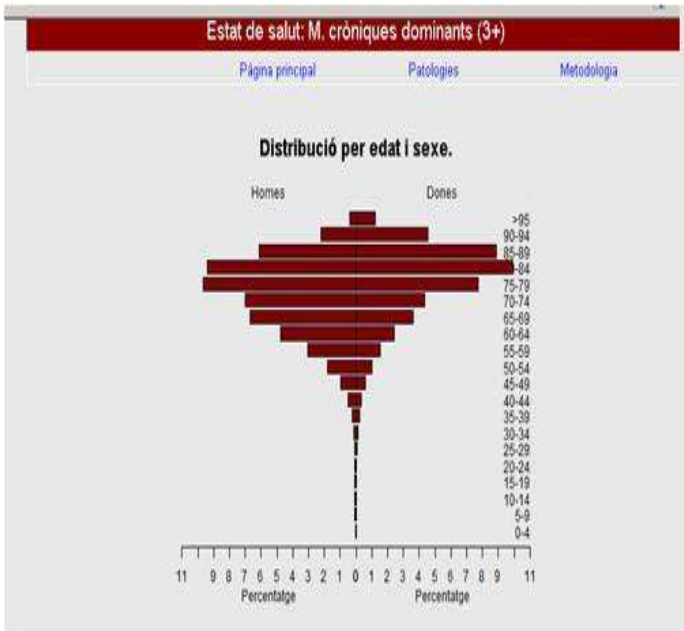
Agrupació amb Clinical Risk Groups (*)		Nivell de gravetat						
		1	2	3	4	5	6	Total
No usuaris	A	1.720.166						1.720.166
	B	(22,0%)						(22,0%)
Sans usuaris	A	2.227.217	113.341					2.340.558
	B	(28,5%)	(1,5%)					(30,0%)
Parts	A	28.052	32.979					61.031
	B	(0,4%)	(0,4%)					(0,8%)
Trastorns aguts	A	156.013	69.093					225.106
	B	(2,0%)	(0,9%)					(2,9%)
1 M. crònica menors	A	243.220	67.489					310.709
	B	(3,1%)	(0,9%)					(4,0%)
M. cròniques menors	A	27.913	5.130	26.947	11.612			71.602
	B	(0,4%)	(0,1%)	(0,3%)	(0,1%)			(0,9%)
1 M. crònica sig.	A	925.611	209.232	44.978	7.779	6.651	919	1.195.170
	B	(11,9%)	(2,7%)	(0,6%)	(0,1%)	(0,1%)	(0,0%)	(15,3%)
2 M. cròniques sig	A	708.553	304.364	269.317	185.983	81.666	10.469	1.560.352
	B	(9,1%)	(3,9%)	(3,5%)	(2,4%)	(1,0%)	(0,1%)	(20,0%)
M. cròniques dominants (3+)	A	27.278	26.999	69.946	25.008	20.638	8.806	178.675
	B	(0,3%)	(0,3%)	(0,9%)	(0,3%)	(0,3%)	(0,1%)	(2,3%)
Neoplàsies complexes	A	7.366	26.705	31.314	27.126	7.106		99.617
	B	(0,1%)	(0,3%)	(0,4%)	(0,3%)	(0,1%)		(1,3%)
Necessitats sanitàries elevades	A	3.320	17.062	8.519	7.729	1.820	2.387	40.837
	B	(0,0%)	(0,2%)	(0,1%)	(0,1%)	(0,0%)	(0,0%)	(0,5%)

A: Nombre de casos; B: Percentatge sobre el total
(*) S'han exclòs els assegurats dels EAP que no notifiquen al CMBD-AP (població a risc: 7.803.747 casos)

Si considerem les dades dels pacients amb malalties cròniques dominants (3+), s'observa que la prevalença és major en els trams d'edat de 74-84 anys en homes, i 80-89 anys en dones; pel que fa a la prestació farmacèutica, la despesa augmenta amb el nivell de gravetat, tant en recepta mèdica com en medicació hospitalària de dispensació ambulatòria (MHDA) (figura 3.)

La figura 4 recull els indicadors de morbiditat globals de Catalunya per a determinades patologies cròniques, agrupats en indicadors sociodemogràfics, de morbiditat i de consum de recursos. En relació amb la despesa farmacèutica, s'observa que les demències, la insuficiència cardíaca congestiva (ICC), la insuficiència renal crònica (IRC) i el VIH/SIDA són les patologies amb major cost per habitant.

Figura 3. Estat de salut- malalties cròniques dominants (3+): distribució per edat i sexe, i indicadors de morbiditat i consum de recursos (Catalunya 2012)*



Principals indicadors de morbiditat: M. cròniques dominants (3+) (*)

	Nivell de gravetat					
	1	2	3	4	5	6
Nombre de casos	27.278	26.999	69.946	25.008	20.638	8.806
Dones (percentatge)	47,68	46,71	47,85	46,29	42,70	45,06
Edat mitjana (en anys)	70,80	73,85	75,42	77,36	77,87	77,36
Majors de 65 anys (percentatge)	70,66	78,36	82,53	87,09	89,34	87,91
Índex de sobreenvelliment (percentatge)	13,16	22,51	24,58	27,75	27,46	26,66
Mortalitat (per mil)	44,61	110,08	75,10	97,13	136,93	147,29
Hospitalitzacions de HA (per 100 malalts)	11,60	30,57	47,32	83,49	140,17	155,53
Estades hospitalàries (en llits anuals ocupats)	28,85	128,39	561,66	400,41	645,06	301,87
Llits anuals ocupats per 100.000h	0,37	1,64	7,10	5,12	8,25	3,86
Hospitalitzacions urgents de HA (per 100 malalts)	4,73	20,03	33,16	64,40	115,36	123,28
Contactes a urgències (per 100 malalts)	45,93	76,06	109,09	161,76	232,39	245,06
Consultes externes (per 100 malalts)	257,21	327,06	417,58	513,40	605,82	727,69
Mitjana de contactes d'AP (per malalt)	13,52	14,80	19,19	24,18	28,36	27,96
Despesa en receptes (en euros per habitant)	934,34	1.106,41	1.319,12	1.496,46	1.591,16	1.763,58
Despesa en MHDA (en euros per habitant)	106,14	170,33	201,20	244,70	283,41	717,88
Pacients en llarga estada SS (per 100 habitants)	0,88	2,36	2,93	3,81	5,28	5,02
Pacients en mitja estada SS (per 100 habitants)	1,09	3,24	4,97	7,84	11,75	11,46
Pacients en UFISS (per 100 habitants)	0,65	2,63	4,19	7,05	10,50	10,32
Pacients en PADES (per 100 habitants)	0,41	1,21	1,38	2,26	2,70	3,23
Hospitalitzacions de SMH per 100 malalts	0,37	0,69	1,39	2,29	1,17	0,55
Contactes de SMP per 100 malalts	30,04	38,63	37,41	26,26	14,37	8,79

(*) S'han exclòs els assegurats dels EAP que no notifiquen al CMBD-AP (població a risc: 178.675 casos)

Figura 4. Indicadors de morbiditat segons patologies (Catalunya 2012)*

Indicadors de morbiditat segons patologies

		Indicadors sociodemogràfics						Indicadors de morbiditat						Indicadors de consum de recursos												
	n	IMP01	IMP02	IMP03	IMP04	IMP05	IMP06	IMP07	IMP08	IMP09	IMP10	IMP11	IMP12	IMP13	IMP18	IMP27	IMP28	IMP14	IMP15	IMP22	IMP23	IMP24	IMP16	IMP17	IMP21	IMP25
Global	7.820.118	50,5	41,1	17,7	16,7	41,1	19,7	0,0	8,1	--	--	79,2	80,3	9,1	9.036	40,1	124,8	5,7	0,2	0,4	0,3	0,2	0,2	12,1	184	81
Diabetis	544.802	46,7	67,9	63,1	16,6	--	--	0,0	38,1	6.757	560	--	--	30,1	2.686	67,3	334,3	14,9	1,0	2,0	1,7	0,8	0,3	13,5	820	156
MPOC	257.556	32,9	69,2	68,1	20,3	--	--	0,0	62,2	3.115	383	--	--	46,7	2.153	95,9	393,1	15,2	1,3	3,1	2,8	1,4	0,5	15,8	940	258
Asma	362.822	55,6	40,1	20,2	17,0	--	--	0,0	10,3	4.632	406	--	--	15,5	748	65,0	199,8	9,0	0,3	0,6	0,6	0,2	0,4	20,1	385	109
ICC	101.718	53,6	77,9	86,7	39,0	--	--	0,0	165,1	1.094	286	--	--	94,3	1.995	159,6	489,8	21,1	3,4	7,6	6,8	2,8	0,3	7,6	1.090	290
Cardiopatia isquèmica	264.136	38,1	73,2	76,4	24,7	--	--	0,0	62,1	3.194	271	--	--	47,6	2.204	95,3	409,1	15,7	1,3	3,0	2,7	1,1	0,3	8,8	987	175
AVC	156.008	47,2	73,3	77,8	29,7	--	--	0,0	95,2	1.821	317	--	--	49,9	1.544	102,5	359,5	15,7	3,2	5,3	4,3	1,7	0,5	12,5	857	183
HTA	1.618.971	51,7	68,1	62,1	19,4	--	--	0,0	31,0	20.233	1.460	--	--	24,3	6.087	59,1	288,1	12,1	0,7	1,6	1,3	0,7	0,3	12,0	607	150
IRC	152.711	50,8	76,2	83,9	34,2	--	--	0,0	98,2	1.777	421	--	--	59,5	1.752	109,4	435,7	17,4	2,1	4,7	4,1	1,8	0,3	9,2	1.048	349
Cirrosi	39.399	41,3	61,8	45,0	10,0	--	--	0,0	90,8	462	73	--	--	57,8	488	110,0	455,3	12,9	1,3	4,1	3,8	2,2	0,8	14,8	671	574
VIH/SIDA	24.630	26,9	45,3	5,8	4,2	--	--	0,0	16,0	313	18	--	--	21,3	102	81,6	481,1	6,3	0,6	0,5	0,5	0,3	2,2	27,3	292	5.653
Neoplàsies malignes	372.515	50,2	67,1	62,1	19,7	--	--	0,0	67,3	4.483	796	--	--	44,9	2.880	80,2	524,1	12,6	1,0	3,1	2,8	2,2	0,3	11,6	695	572
Aparell locomotor	1.640.206	63,2	58,5	44,7	18,0	--	--	0,0	18,8	20.771	3.895	--	--	19,1	4.395	58,1	268,3	10,7	0,5	1,2	1,0	0,4	0,3	16,0	451	148
Osteoporosi	292.913	92,5	71,5	72,5	17,4	--	--	0,0	26,8	3.679	280	--	--	24,1	1.059	60,9	324,3	12,7	0,9	2,1	1,7	0,6	0,2	12,7	733	159
Artrosi	770.069	66,6	69,6	67,0	19,9	--	--	0,0	28,7	9.654	1.036	--	--	26,0	2.925	63,8	328,2	13,2	0,8	1,9	1,5	0,6	0,2	13,9	618	147
Artritis	156.783	57,4	55,3	38,9	19,0	--	--	0,0	24,1	1.974	318	--	--	24,9	659	70,7	361,6	11,8	0,8	1,7	1,3	0,5	0,3	17,2	531	543
Dolor crònic	15.618	70,3	65,5	56,7	24,4	--	--	0,0	45,1	192	63	--	--	47,4	142	109,9	487,8	16,6	1,9	4,5	3,4	1,7	0,9	31,1	1.016	247
T. mental sever	159.728	57,3	49,2	23,0	13,0	--	--	0,0	15,0	2.030	153	--	--	15,2	338	78,4	219,2	10,0	0,7	0,9	0,7	0,3	8,8	266,4	878	140
Demències	103.835	67,3	82,5	96,2	47,5	--	--	0,0	157,9	1.127	222	--	--	44,3	835	98,5	216,6	15,2	6,0	7,4	5,7	2,9	0,7	11,8	1.182	93
Depressió	742.200	70,5	56,4	34,7	18,1	--	--	0,0	20,3	9.380	842	--	--	19,4	2.113	68,5	253,5	10,6	0,7	1,3	1,0	0,5	1,8	66,3	544	162

IMP01: Dones (%) (Percentatge). **IMP02**: Edat mitjana (en anys) (Anys). **IMP03**: Majors de 64 anys (%) (Percentatge). **IMP04**: Índex de sobreenvelliment (%) (Percentatge). **IMP05**: Índex de fecunditat (per 1.000 dones en edat fèrtil) (Per 1.000 dones en edat fèrtil). **IMP06**: Població estrangera (%) (Percentatge). **IMP07**: Índex de morbiditat (pes mig CRO*) (--). **IMP08**: Morbilitat (per 1.000 habitants) (Per 1.000 habitants). **IMP09**: Taxa de prevalença per 100.000h (casos vius a 31 de desembre) (Taxa per 100,000h). **IMP10**: Taxa d'incidència per 100.000h (casos diagnosticats durant l'any) (Taxa per 100,000h). **IMP11**: Usuaris dels serveis sanitaris públics durant l'any (%) (Percentatge). **IMP12**: Parts finançats pel CatSalut (%) (Percentatge). **IMP13**: Hospitalitzacions de HA (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP14**: Mitjana de contactes d'AP (per habitant*) (Mitjana de contactes). **IMP15**: Pacients en llarga estada SS (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP16**: Hospitalitzacions de SMH (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP17**: Contactes de SMP (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP18**: Estades hospitalàries (Llits anuals ocupats per 100.000h) (Llits annuals). **IMP21**: Despesa en receptes (en euros per habitant) (euros per habitant). **IMP22**: Pacients en mitja estada SS (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP23**: Pacients en UFISS (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP24**: Pacients en PADES (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP25**: Despesa en MHDA (en euros per habitant) (euros per habitant). **IMP26**: Hospitalitzacions urgents de HA (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP27**: Urgències (per 100 habitants) (Per 100 habitants). **IMP28**: Consultes

(*) Font de dades: MSIQ. Divisió d'Anàlisi de Demanda i d'Activitat. Servei Català de la Salut. Departament de Salut