

CICLE DE MILLORA

■ DETECCIÓ

El cicle de millora s'inicia amb la identificació de "oportunitats de millora". Es tractaria de trobar "punts susceptibles de millores potencials". Els mètodes per a la identificació són els mateixos que ja s'han citat anteriorment. Destaca la importància que es dona a l'opinió tant dels professionals com de la població o d'altres professionals externs.

Igual que succeïa en el cicle de garantia és necessari triar quina és l'oportunitat de millora més prioritària per a desencadenar una estratègia d'acció. Una característica de la millora contínua és que, una vegada triada una situació millorable concreta, les fases següents d'anàlisi i propostes de canvi i del seu posterior seguiment i control recau en un grup reduït de professionals del centre, lligats a la situació que es tracti. A aquests grups se'ls denomina **equips de millora**.

■ ANÀLISI

La finalitat d'aquesta fase del cicle de millora és proposar canvis que millorin o solucionin la situació o problema triat. Les probabilitats d'èxit del canvi que es proposi depenen de tres factors:

- 1). Identificació de les causes reals de la situació millorable.
- 2). Efectivitat i factibilitat de les solucions escollides.
- 3). Acceptació del canvi pels implicats.

El mètode aconsella conèixer, abans de l'anàlisi de les causes, els passos en que pot dividir-se el procés. En aquest punt el **diagrama de fluxos** (representació gràfica dels distints passos del procés) pot ser una eina útil.

Les causes poden ser organitzatives, lligades a les persones de l'equip, als materials, a l'estructura o a els propis clients. Les causes més freqüents són les organitzatives i les materials. Les més difícils de resoldre són les actituds del personal. Per a identificar i agrupar les causes es pot utilitzar, entre altres mètodes, el **diagrama d'espina** també conegut com a **diagrama causa-efecte de Ishikawa**.

La metodologia que es pot emprar en l'anàlisi de les causes és molt variada: des de l'anàlisi estadística-epidemiològica de l'associació causal més rigorós o del càlcul de coeficients de correlació als diagrames de dispersió o al **diagrama de Pareto** (representació en un diagrama de barres de les freqüències de cada causa i de la corba d'acumulació de freqüències relatives. Es basa en la fórmula 20/80: el 20% de les causes generen el 80% dels efectes.

Una vegada identificades i analitzades les causes es requereix elaborar una llista de possibles alternatives de canvis i després d'analitzar la seva efectivitat i factibilitat triar una d'elles. Una vegada seleccionat el

canvi a engegar és necessari establir els mecanismes de control que es van a instaurar per al seu seguiment (elaboració d'indicadors).

■ MILLORA

La responsabilitat d'implantar la millora proposta recau en la direcció del centre o de l'equip. Aquesta tercera fase del cicle de millora és molt difícil de separar de la següent (monitoratge) que tanca i reinicia alhora el cicle. La principal activitat de seguiment és la monitorització que es converteix així en un pas més del cicle de millora.

MONITORITZACIÓ

En el programa de garantia i millora de la qualitat, al monitoratge se l'identifica com una activitat amb personalitat pròpia, no integrada en el cicle avaluatiu.

El monitoratge suposa l'establiment d'un sistema d'informació regular, sistemàtic i complet, que mesuri els aspectes essencials de l'atenció que s'ofereix en una institució a través dels anomenats **indicadors clínics**.

L'**indicador clínic** és una eina per a identificar processos o aspectes importants de la pràctica. No constitueixen per ells mateixos una mesura directa de la qualitat sinó que formen part d'un sistema d'alarma per a assenyalar aspectes que requereixen un estudi en profunditat. Els indicadors clínics poden ésser de dos tipus:

■ **Indicadors sentinelles** (detecten un cas suficientment greu que, pel sol fet de presentar-se, exigeix una investigació detallada del procés d'atenció).

■ **Indicadors quantitius** basats en una proporció. Quan un d'aquests indicadors quantitius arriba a un nivell d'alerta establert prèviament (llindar d'avaluació), adverteix sobre la possibilitat que s'estigui produint un problema de qualitat. Si es confirma, s'inicia el cicle avaluatiu per a engegar mesures correctores. L'activitat del monitoratge s'estructura en quatre fases principals:

- 1). Definir tot l'espectre de l'atenció que s'ofereix des de l'equip o centre.
- 2). Identificar els aspectes més importants d'aquesta atenció (processos).
- 3). Definir els indicadors.
- 4). Recollir i analitzar la informació.

La informació que subministra el monitoratge s'utilitza en l'anàlisi de les causes i de les solucions a les que s'enfronta el cicle de millora. A l'analitzar les variacions d'un indicador determinat és possible definir si la causa de la variació observada en el procés és sistèmica (intrínseca al propi procés) o extrasistèmica (externa a ell). Una eina molt útil per a aquesta anàlisi és el **gràfic de control**, que suposa la representació de les mesures de l'indicador al llarg del temps en un eix de coordenades en el qual figura una banda de valors de l'indicador limitada per dues línies control (superior i inferior) en la qual

es considera que la variabilitat és deguda a l'atzar (en abscisses es representa la seqüència temporal de les mesures i en ordenades els valors de l'indicador).

Els errors per arribar al nivell de qualitat desitjat d'un procés poden provenir de dues fonts: del propi procés (errors sistèmics) o de fora del procés (errors extrasistèmics).

Els errors sistèmics no són atribuïbles als professionals; són inherents al propi procés i no poden eliminar-se sense canviar-lo. Una altra de les seves característiques és que, a llarg termini, la seva proporció és previsible. En canvi, els errors amb causa extrasistèmica són atribuïbles a causes alienes al procés i només es produeixen quan existeix una d'aquestes causes. També se la coneix com a variabilitat especial o assignable.

El monitoratge s'orienta inicialment a la detecció i seguiment de problemes amb causa extrasistèmica, ja que en la primera fase es procedeix a l'avaluació solament quan un indicador arriba a un "llindar d'avaluació" preestablert, que sol estar per damunt del nivell d'errors inherents al procés. Quan les variacions de l'indicador s'estabilitzen entre les línies de control del gràfic, els errors seran llavors atribuïbles al procés (es diu que, en aquest moment, el procés està controlat estadísticament; que s'ha assolit el "control estadístic del procés"). És a dir, s'ha controlat la variabilitat atribuïble a l'actuació dels professionals.

PROGRAMES DE QUALITAT EXTERNA. PROGRAMES D'ACREDITACIÓ

Quan la qualitat d'una institució o servei sanitari determinat és avaluada per un organisme distint a la pròpia institució o servei que es tracti es parla de programes externs o suprainstitucionals. El prototip d'avaluació externa és el programa d'acreditació. Per acreditació s'entén el reconeixement professional i públic que una determinada institució està capacitada per a proveir serveis sanitaris de qualitat. En tot programa d'acreditació és possible identificar quatre elements bàsics:

- 1). L'organisme acreditador. (Característiques fonamentals: credibilitat i imparcialitat).
- 2). Les normes d'acreditació. (Conjunt d'estàndards que s'utilitzen per a mesurar el centre que vol acreditar-se).
- 3). El procés d'acreditació. (Sol·licitud, visita i decisió). (P-2003:90)
- 4). Els beneficis de l'acreditació.

A Espanya, els programes d'acreditació d'institucions sanitàries existents depenen de les Comunitats Autònomes. L'organisme acreditador desenvolupa tres tipus de funcions:

- 1). Determina les normes.
- 2). Fa les inspeccions dels centres que vulguin acreditar-se.
- 3). Emet els certificats d'acreditació.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA I BASES METODOLÒGIQUES II

PLANIFICACIÓ, PROGRAMACIÓ I AVALUACIÓ A L'APS

Un programa es defineix com la proposta d'un conjunt d'activitats que es dirigeixen a arribar a uns objectius concrets i destinades a una població determinada. La formulació dels objectius parteix de l'anàlisi de la situació de salut de la comunitat que permet identificar les seves necessitats i problemes. Aquesta anàlisi i la posterior prioritització constitueixen l'estratègia d'una planificació basada en necessitats de salut.

ETAPES PER A L'ELABORACIÓ D'UN PROGRAMA:

- ➔ Identificació de problemes i necessitats.
- ➔ Establiment de prioritats.
- ➔ Determinació de metes i objectius.
- ➔ Determinació d'activitats.
- ➔ Mobilització i coordinació de recursos.
- ➔ Execució del programa i avaluació.

PLANIFICACIÓ DE SALUT

Entre els instruments de direcció de les organitzacions sanitàries, la planificació ocupa un paper determinant ja que anticipa l'organització de la institució, la distribució de recursos, físics i humans, les modalitats d'atenció, els elements de coordinació interns i externs i molt especialment quines activitats es desenvoluparan per a assolir els seus objectius bàsics: la millora de l'estat de salut dels individus i del conjunt de la població.

ORIENTACIÓ DE LA PLANIFICACIÓ

Seguint un esquema tradicional, la planificació pot situar-se en la perspectiva de l'estructura necessària dels processos a realitzar i dels resultats a obtenir. Seguint una aproximació basada en el territori pot situar-se en el nivell nacional, d'àrea/districte sanitari i de zona bàsica de salut.

RELACIÓ ENTRE ELS ÀMBITS I LES ORIENTACIONS DE PLANIFICACIÓ DE SALUT

	ESTRUCTURA	PROCÉS	RESULTAT
Nacional	Polítiques de salut Disseny/desenvolupament del sistema de salut Acreditació de centres	Prioritats nacionals Programes verticals Normes tècniques	Indicadors nacionals de salut Equitat Eficiència
Districte	Xarxes de serveis Intersectorial	Coordinació de la xarxa Guies de pràctica Programes de salut Qualitat	Indicadors de salut Eficiència Satisfacció del client
ZBS	Integració de recursos comunitaris	Programes de Salut Protocols i activitats Qualitat i coordinació	Indicadors de salut Satisfacció del client

Taula 23.1 de Martín Zurro.

En l'àmbit nacional o regional s'estableixen les prioritats d'intervenció, es defineixen els objectius de salut a mitjà i llarg termini i s'emmarquen les línies d'actuacions pertinents a cada problema. En els plans de salut es consideren els problemes de forma integral i intersectorial.

Al parlar d'àrea sanitària o estructures equivalents (direccions d'AP, sectors sanitaris, districtes) ens referim a un territori que té una grandària entre 50.000 i 300.000 habitants. La planificació sanitària des d'aquest nivell sanitari té dues funcions principals:

- ➔ ser executors de les polítiques de salut nacional i
- ➔ facilitar el treball dels centres que paren esment directe a les persones i a les comunitats.

La planificació en aquest nivell intenta assegurar la infraestructura dels recursos físics i humans, i coordinar la xarxa de centres tant d'AP com especialitzats.

En l'àrea sanitària o districte s'atenen les demandes dels centres de la seva xarxa i s'exerceix una funció de suport tècnic (epidemiòlegs i farmacòlegs) i de gestoria.

En el nivell de l'AP la planificació s'orienta a garantir aspectes d'accessibilitat de la població als serveis i a aconseguir una adequada coordinació interna i externa amb altres nivells i serveis.

IDENTIFICACIÓ DE PROBLEMES I NECESSITATS

L'anàlisi de salut d'una comunitat és un procés d'estudi sistemàtic del qual s'obté una descripció valorada i projectada de les necessitats de salut, així com els factors que la determinen. Ha de discriminar els problemes, segons la seva importància i establir l'ordre de prioritats.

Les informacions més destacables que s'han d'obtenir són:

- La població total a càrrec dels serveis de salut.
- L'estructura demogràfica i la seva distribució d'acord amb les variables socioeconòmiques.
- La distribució geogràfica i la informació referent al seu estat de salut que inclou la natalitat.
- La mortalitat.
- La incidència i la prevalença de malalties específiques.
- L'ús dels serveis de salut.
- Les creences i els comportaments de la població relacionats amb la salut i els problemes ambientals.

DEFINICIÓ DE PRIORITATS

Per a definir les prioritats, freqüentment s'estableix un consens entre l'equip d'AP, els membres de la comunitat i la institució de salut que proveeix els serveis.

La determinació de prioritats es dirigeix a seleccionar, d'una banda, els problemes que seran objecte d'intervenció i, per una altra, aquells per als quals és necessari primer conèixer les causes i solucions, és a dir, les prioritats d'investigació.

■ CRITERIS A CONSIDERAR EN EL PROCÉS D'ESTABLIMENT DE PRIORITATS

- Magnitud i gravetat del problema de salut
- Impacte social i econòmic del problema de salut en la comunitat
- Eficàcia i eficiència dels programes de salut comunitària
- Factibilitat
- Disponibilitat de recursos
- Polítiques de salut i valors comunitaris

Taula 23-2 Martín Zurro

■ EXTENSIÓ I GRAVETAT DELS PROBLEMES DE SALUT

Els dos criteris principals per a valorar la importància dels problemes són:

- ■ l'extensió o magnitud, és a dir, el nombre de persones afectades i,
- ■ la seva gravetat (anys de vida perduts, incapacitat...).

Les dades de mortalitat i morbiditat proporcionen la millor aproximació a l'extensió dels problemes. A més de l'extensió i la gravetat dels problemes s'han de valorar els seus determinants i factors de risc.

■ Eficàcia de les intervencions

Per a valorar les intervencions proposades cal recórrer a la literatura científica i optar per aquelles en les que la

seva eficàcia s'ha constatat mitjançant assaigs clínics controlats.

■ FACTIBILITAT

El fet de saber que existeixen possibilitats teòriques d'intervenció no és suficient perquè una intervenció sigui aplicable. La seva factibilitat estarà en relació amb la capacitat de resultar operativa en una comunitat concreta. És la diferència entre eficàcia i efectivitat.

■ EFICIÈNCIA DE LES INTERVENCIONS

Cal conèixer el cost-oportunitat (beneficis) de cadascuna de les alternatives i decidir on invertir els recursos disponibles.

DIAGNÒSTIC COMUNITARI

(P-2005: 109)

El diagnòstic comunitari d'un problema de salut d'alta prioritat es diferencia de l'anàlisi de la situació d'una comunitat, en que s'orienta a un sol problema de salut, es tracta d'un procés actiu que genera informació nova i, en la mesura del possible, és exhaustiu perquè tendeix a conèixer en profunditat el problema i els seus determinants, i a identificar als individus afectats o en risc, per a oferir-los les activitats de salut relacionades amb el programa.

Com a resultat podran caracteritzar-se les necessitats de la comunitat, des del punt de vista epidemiològic i d'impacte social, els valors comunitaris, els recursos existents, la població diana, les dificultats per al seu desenvolupament i les potencialitats del sector sanitari. El contingut del diagnòstic pot ser descriptiu o analític.

El diagnòstic comunitari pot implicar un únic problema de salut o a un conjunt ampli de problemes relacionats, els seus determinants i els seus efectes. A aquest conjunt de problemes de salut en el marc d'una comunitat se'l denomina síndrome comunitària.

■ Elements que caracteritzen el diagnòstic comunitari d'un problema o necessitat de salut

- Descripció del problema de salut
- Característiques de la població de risc del problema
- Impacte del problema
- Evolució previsible del problema
- Possibilitats d'intervenció
- Identificació i anàlisi dels obstacles per a la intervenció.

Taula 23-3 Martín Zurro

PLANIFICACIÓ DEL PROGRAMA

El treball per programes inclou quatre etapes principals: la planificació, la implementació, el monitoratge o

vigilància i l'avaluació (P-1999:108). La formulació d'objectius de resultat i de processos clars i quantificats, i el desenvolupament de les activitats que aquests determinen són les pedres angulars d'aquesta estratègia.

■ ASPECTES A DETALLAR EN EL PLA DEL PROGRAMA.

- Objectius generals i operatius.
- Població a la qual es dirigeix la intervenció.
- Mecanismes d'accés al programa.
- Activitats a realitzar.
 - Tècniques a emprar i les seves normes d'utilització.
 - Seqüència de les activitats i la seva cronologia.
 - Lloc on es desenvolupen.
- Persones integrades en el programa.
 - Nombre i funció de cadascuna de les intervencions.
 - Coneixements i habilitats necessàries.
 - Formació continuada.
 - Nivells de responsabilitat.
 - Mecanismes de relació i coordinació entre els distints estaments participants i altres nivells assistencials.
- Recursos necessaris, mecanismes per a la seva consecució i utilització.
- Informació requerida, mecanismes per a la seva recollida i registre. Indicadors i responsables del monitoratge i l'avaluació de resultats.
- Difusió dels resultats.

■ FORMULACIÓ D'OBJECTIUS

Clàssicament, els objectius es divideixen en objectius de salut i de procés. Entre els objectius de salut es distingeixen els generals i els específics.

Objectius generals de salut: es defineixen com els canvis en l'estat de salut als que es pretén arribar en la població objecte del programa. Indiquen l'orientació global del programa (ex: disminuir la prevalença de l'hàbit tabaquic).

Objectius específics: expressen el resultat, quantitativament, al qual un programa tracta d'arribar. També especifiquen el temps que es vol assolir i la població diana.

Objectius de procés: es defineixen com el grau de compliment de les activitats previstes per a aconseguir els objectius de salut (ex: realitzar la detecció de l'hàbit tabaquic al 50% de la població diana durant el primer any i al 80% en el segon).

En relació amb l'enunciat de l'objectiu, s'han d'especificar els següents aspectes:

- **1).** La naturalesa de la situació desitjada. És el resultat a arribar pel programa o per la intervenció en la població diana.

- **2).** Els criteris d'èxit o fracàs.
- **3).** Temps per a l'obtenció de l'objectiu.
- **4).** La població diana és la d'interès per al programa.
- **5).** L'àmbit d'aplicació. Fa referència a la zona geogràfica (localitat, barri) i/o al mitjà que es desenvoluparà l'activitat (centre de salut, escola, etc.).

■ Activitats

En la següent fase del disseny es valoren les activitats a realitzar i les estratègies a seguir, per a decidir quines són les més adequades amb els recursos disponibles. Els objectius específics de salut determinen el conjunt d'accions a realitzar per a assolir-los.

Un programa pot incloure activitats de distints tipus: de promoció i prevenció, de curació i rehabilitació, de participació comunitària i de formació, docència i investigació.

■ ACTIVITATS CONCRETES DEL PROGRAMA

- Quines activitats es realitzaran?
- A qui van dirigides i a quants individus es vol arribar (cobertura).
- Com s'executa? (tècniques a emprar).
- Cronograma: inici, terminis i final prevists.
- Lloc de realització.
- Membres de l'equip responsable.
- Recursos materials i financers.

Els criteris per a seleccionar les intervencions són similars als utilitzats en la prioritització de problemes (P-2002:102):

- Determinar si la tecnologia disponible és eficaç i apropiada.
- Valorar si els recursos existents i els necessaris es corresponen.
- Estudiar l'eficiència de les diferents opcions.
- Considerar els factors d'índole social.
- Identificar possibles obstacles, culturals, administratius, etc.
- Definir la cobertura desitjada.
- Valorar l'accessibilitat de la població al programa.

Una vegada decidida la intervenció caldrà dissenyar-la tenint en compte un model integrat en el treball habitual de l'AP, ja que contràriament als programes independents, els programes integrats són: més eficaços, més còmodes per al pacient, programes unificats de risc, tenen documentació clínica única, tenen objectius segons els recursos, i permeten una avaluació global.

Una vegada definides les activitats a realitzar és útil formular objectius específics de procés, pertinents

per al seu desenvolupament i subordinats als objectius específics de salut o de resultat. La missió dels objectius de procés és guiar la intervenció, contribuir a fixar les activitats i permetre el monitoratge de les activitats del programa.

El conjunt d'activitats del programa exigeix establir procediments que facilitin el treball, com cronogrames i protocols.

Els resultats de l'aplicació de mètodes d'ordenació tant seqüencial com cronològica de les activitats i les etapes se solen representar gràficament, facilitant una visió global. Les tècniques més conegudes són el mètode del camí crític, el PERT i el diagrama de Gantt. Els dos primers mètodes són útils en projectes molt complexos, però no serveixen per a activitats habituals.

Amb freqüència un programa exigeix accions d'informació i educació, que impliquen millores en el coneixement i canvis d'actitud positius cap al problema de salut que és objecte de la intervenció.

■ RECURSOS

La decisió de realitzar una determinada intervenció per a abordar un problema de salut estarà condicionada pels recursos disponibles. Amb freqüència el principal recurs d'un programa és el temps que els membres de l'equip han d'aportar per a desenvolupar les activitats. Però a més cal comptar amb els recursos materials, econòmics i la capacitat del personal per a desenvolupar-los.

■ SISTEMES D'INFORMACIÓ

El programa deu incloure la planificació dels registres que nodreixen al sistema d'informació: cada programa exigeix un sistema específic d'informació amb els seus registres, específics o no.

EXECUCIÓ DEL PROGRAMA DE SALUT

La fase d'execució és aquella en la qual es realitza el que anteriorment s'ha planificat.

AVALUACIÓ DEL PROGRAMA

L'avaluació deu considerar-se com una part del cicle de programació, que permet conèixer si s'han arribat als objectius proposats i corregir, si fos necessari, les estratègies d'intervenció. Els indicadors emprats en l'avaluació s'escullen d'acord amb les activitats establertes i els resultats esperats. Deuen ser vàlids, sensibles i específics, procurant que el seu nombre sigui el suficient per als propòsits de l'avaluació.

■ AVALUACIÓ DE LES ACTIVITATS

Aquesta avaluació se centra en el procés i la seva

tasca és conèixer el grau de consecució dels objectius proposats per a cadascuna de les activitats. La responsabilitat d'aquest tipus d'avaluació recau, principalment, en l'equip encarregat de l'execució del programa. Els aspectes més importants a avaluar són:

- La cobertura.
- El compliment (proporciona una mesura indirecta de la continuïtat dels serveis i de l'estabilitat del programa).
- La idoneïtat dels procediments (es refereix al grau en que aquests s'han realitzat segons la forma prevista).
- La satisfacció (estudia la naturalesa de la relació entre la població diana i els professionals de l'equip, en la mesura que puguin expressar-se sentiments positius o preferències per diversos aspectes del programa).

El conjunt de resultats de l'avaluació de les activitats fa referència a l'avaluació dels processos, entesos com resultats intermedis, però imprescindibles, i no com resultats finals dels objectius de salut del programa. S'ha de tenir en compte que un programa pot conduir a l'obtenció de resultats intermedis, com canvis en les actituds, els coneixements i les conductes dels participants, que també deuen ser avaluats.

Les fonts de dades més habituals en aquest tipus d'avaluació són la història clínica i els registres habituals dels equips; unes altres són les enquestes als participants i a la comunitat.

■ AVALUACIÓ DELS RESULTATS

L'avaluació del programa consisteix a comparar els objectius de salut formulats amb els resultats obtinguts. No es realitza periòdicament sinó després de transcorregut el termini de temps fixat en el disseny del programa. El seu propòsit és conèixer l'efectivitat amb que s'han arribat als objectius de salut proposats i amb quina eficiència (P-1997: 108), és a dir, en relació amb els recursos emprats. La responsabilitat recau principalment en l'equip encarregat de planificar i dissenyar el programa.

Difereix de la vigilància, perquè és un procés únic, determinat en el temps pel termini anunciat en els objectius del programa.

Metodològicament és un procés similar al diagnòstic comunitari del problema de salut, perquè implica conèixer quina és la situació en relació amb el problema de salut sobre el qual s'ha intervingut i observar si s'han aconseguit les modificacions que plantejaven els objectius de salut, perquè i a quin cost.

Les tècniques d'avaluació que es poden emprar són diverses. L'element més important és disposar de la informació dels costos i dels resultats de les intervencions i, en segon lloc, disposar d'una comparativa entre alternatives, una de les quals pot ser sempre l'absència d'intervenció amb els seus costos i resultats.

L'anàlisi de minimització de costos compara dues intervencions igualment eficaces, amb resultats

similars, però amb costos diferents. L'opció més barata serà la triada.

Per a identificar i analitzar l'eficiència dels programes de salut, s'utilitzen preferentment dues tècniques avaluatives: **l'anàlisi cost-efectivitat (ACE) i l'anàlisi cost-benefici (ACB)**. La principal diferència entre ambdós resideix en la valoració dels beneficis. En l'ACB aquests són valorats en termes monetaris (P-1999: 94), mentre que en l'ACE s'expressen pel cost per diagnòstic per any de vida guanyat.

Els costos i beneficis que solen considerar-se en l'avaluació econòmica són els recursos utilitzats i els canvis en l'estat de salut. Dintre dels recursos utilitzats cal considerar no només els dels serveis sanitaris, com personal i equipament, sinó també els recursos dels pacients i familiars, com temps d'estada en l'hospital, medicaments a càrrec de la unitat familiar o cost de transport i els recursos d'altres serveis de suport.

L'efecte esperable de les intervencions sanitàries és que modifiquin el curs natural de la malaltia. En la pràctica, donada la dificultat per a valorar els canvis de salut, l'avaluació econòmica s'ha concentrat en la mesura dels beneficis que es deriven de la productivitat.

Tots els costos i beneficis esmentats anteriorment deuen quantificar-se i assignar-se'ls un valor. La utilització d'una unitat monetària, com s'ha indicat en l'ACB, és una alternativa, però això significa que beneficis tan diferents com anys de vida guanyats o disminució de la incidència d'una malaltia o les seves complicacions s'han de traduir en euros.

Donada aquesta dificultat, l'ACB ha estat poc utilitzat en l'avaluació de programes sanitaris. Una segona alternativa per a assignar un valor a un estat de salut determinat és mitjançant el concepte d'utilitat, que es refereix a la distinta valoració que fan els individus dels resultats d'un programa en funció del nivell de salut aconseguit (P-1997: 6). L'aplicació del concepte d'utilitat permet ajustar, per exemple, els anys de vida guanyats per la seva qualitat i tenir així un indicador comú per a comparar els resultats de diferents programes. Els estudis que efectuen la valoració dels beneficis d'aquesta manera es denominen **anàlisi cost-utilitat**.

La mesura epidemiològica que s'utilitza per a quantificar l'impacte potencial d'un programa preventiu en la població és el **risc atribuïble** (P-2005: 79). El RA o diferència d'incidències és una mesura d'impacte que evidencia l'excés de casos que estan associats a una exposició i que podrien evitar-se si s'eliminés. El RA depèn no només del RR o la OR sinó també de la freqüència de la malaltia. D'altra banda, la disminució de la prevalença no depèn només dels canvis en la incidència de la malaltia sinó també en la seva durada.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES II

EL PROCÉS DE PRESA DE DECISIONS.

ELABORACIÓ D'HIPÒTESIS DIAGNÒSTIQUES.

PROTOCOL·LITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA A L'APS.

01 PROTOCOL·LITZACIÓ

DEFINICIÓ

En els últims anys la paraula i el concepte de protocol semblen haver desaparegut per a ser substituïdes pel de guia per a la pràctica clínica. Les guies per a la pràctica clínica són afirmacions desenvolupades de forma sistemàtica per a facilitar les decisions de metges i pacients sobre l'atenció adequada davant una circumstància clínica determinada. Aquestes guies poden adoptar la forma de grups de criteris (no algorítmica) o la de criteris relacionats de forma seqüencial (algorítmica). Els algorismes clínics corresponen, doncs a un tipus de guia, dirigida a un problema clínic, en forma de decisió lògica ramificada que especifica la seqüència d'exploracions o tractaments apropiada, tenint en compte els símptomes del pacient o els resultats d'una exploració o tractaments previs. Hi ha autors que utilitzen indistintament les paraules guies per a la pràctica clínica, estàndards, criteris o protocols.

TIPUS DE PROTOCOLS CLÍNICS

Protocols de procés diagnòstic (symptom-related)

Aquest tipus de protocols estableixen de forma esgraonada les exploracions a realitzar enfront d'un símptoma determinat; a partir dels resultats del pas anterior, indica la conducta a seguir fins a arribar al diagnòstic correcte, a la conclusió que no existeix patologia objectivable o a la remissió del pacient a altre nivell assistencial.

La característica metodològica fonamental és la selecció de mesures adequades d'efectivitat diagnòstica.

En AP els protocols de diagnòstic són escassos.

Protocols de tractament i control (problem-oriented)

Aquests protocols estableixen pautes terapèutiques i de seguiment de determinades malalties diagnosticades i solen iniciar-se amb la definició dels criteris d'inclusió en el protocol, és a dir, que en la primera part dels protocols de tractament i control es pot trobar un element que prové dels protocols de diagnòstic. S'han elaborat amb major freqüència per a malalties cròniques o recurrents ja diagnosticades.

AVANTATGES I INCONVENIENTS DE LA PROTOCOL·LITZACIÓ EN AP

L'aplicació de protocols assegura un nivell mínim de qualitat, millorant la qualitat global dels diagnòstics d'un equip, regulant la utilització indiscriminada d'exploracions complementàries i racionalitzant les pautes de tractament.

■ AVANTATGES (P-1999:93)

- Assegura un estàndard de qualitat: millora la precisió diagnòstica, regula l'ús d'exploracions complementàries i racionalitza els tractaments.
- Millora l'eficiència: estalvia en temps global de diagnòstic i control i racionalitza la distribució de recursos.
- Facilita la mesura del nivell de qualitat: afavoreix el registre de dades, estableix criteris de qualitat i pot avaluar-se fàcilment.
- Afavoreix la investigació: permet comparar formes d'actuació, poden informatitzar-se les dades.
- Facilita la docència: estimula la reflexió sobre motiu de les decisions.
- Facilita la incorporació de professionals no mèdics en el seguiment i control dels pacients.

■ INCONVENIENTS

- Difícilment reflexa totes les situacions clíniques: falta de concordança entre model i realitat, no és pràctic. Molts motius de consulta simultàniament, la protocol·lització d'algunes patologies és molt complexa.
- Fa lenta l'activitat assistencial: Consumeix temps en les consultes individuals.
- Provoca problemes d'actitud: és difícil consensuar els criteris, la seva rigidesa coarta la llibertat individual.
- Falta de demostració de la validesa externa. La metodologia de la decisió i la seva anàlisi, que constitueix la base teòrica dels protocols, és un sistema amb validesa interna demostrada. Però no existeixen estudis prospectius que estableixin comparances entre els resultats de les decisions preses de la forma tradicional o empírica amb les preses de forma analítica o explícita.
- Requereixen una revisió periòdica: cal adequar-los als progressos científics.

El rebuig dels protocols està condicionat per la dificultat que existeix a arribar a un consens de quins són els millors mètodes de diagnòstic, seguiment, control i tractament en la majoria de les situacions clíniques en AP, donada l'absència d'evidències clares que demostrin que una conducta és millor que una altra.

DISSENY DELS PROTOCOLS I AVALUACIÓ

■ BASES METODOLÒGIQUES

La credibilitat d'un protocol augmenta si se segueix un procés rigorós i participatiu en l'elaboració. Les recomanacions metodològiques a seguir per a la construcció de protocols, es poden concretar en tres àmbits: l'anàlisi de les millors evidències científiques disponibles, les tècniques de treball grupal a la recerca del consens i els mecanismes de revisió per part de professionals experts.

■ ■ ■ Característiques que hauria de reunir un bon protocol:

- ■ ■ Validesa, quan el seu seguiment ha de conduir a millorar la salut de la població que va dirigit.
- ■ ■ Fiabilitat i reproductibilitat, és a dir, que amb les mateixes evidències científiques i el mateix mètode altre grup arribi a les mateixes conclusions, i per altra banda, que en circumstàncies clíniques similars altres professionals ho apliquin de la mateixa forma;
- ■ ■ Identificar clarament la població a la qual va dirigit.
- ■ ■ Relació de les excepcions més probables.
- ■ ■ Facilitar un procés de participació multidisciplinari.
- ■ ■ Descripció detallada dels mètodes utilitzats, fonts consultades, acords i participants.

FASES DE LA CONSTRUCCIÓ D'UN PROTOCOL CLÍNIC

■ FASE DE PLANIFICACIÓ.

Aquesta fase s'inicia amb la selecció del tema que serà objecte de protocol·lització. Cal considerar quines especialitats afectarà el protocol, quin és el nivell de formació dels professionals que ho utilitzaran i el lloc d'aplicació. Això permetrà decidir el nivell de consens que es deu plantejar: central quan afecta moltes especialitats i àmbits, o bé està relacionat amb polítiques sanitàries, com vacunacions, campanyes de prevenció, etc.; local, si la necessitat es planteja en un centre o per un grup de professionals.

■ FASE DE CONSENS.

És la fase central de construcció del protocol. S'inicia amb l'anàlisi crítica i la síntesi de les evidències publicades en la literatura pels membres del grup. Les conclusions del consens poden expressar-se gràficament en forma d'algorismes que es caracteritzen per especificar la decisió lògica a seguir davant d'un problema: existeix un punt d'entrada, en alguns casos

no necessàriament únic, a través del com s'arriba a un resultat en forma de diagnòstic, recomanació terapèutica o altre tipus d'opció. Al mateix punt final es pot arribar per diferents camins.

■ FASE DE REVISIÓ.

Una vegada finalitzada la construcció del protocol deu procedir-se a la seva revisió amb la finalitat d'identificar els punts claus o nusos principals per a, sobre ells, construir les mesures que permetin monitoritzar la seva implementació i resultats (indicadors clínics). La revisió pot fer-se als 2-3 anys, si bé pot avançar-se si es produeix un canvi rellevant en relació amb el tema tractat o varien les condicions de la seva aplicació. L'última activitat a realitzar en aquesta fase és la revisió de la proposta elaborada per part de líders clínics, representatius dels usuaris potencials, orientada a assegurar que és possible prestar l'atenció de la forma que s'especifica en el protocol.

■ FASE D'IMPLEMENTACIÓ.

A partir d'aquest punt el protocol pot publicar-se. És convenient aportar informació sobre la seqüència metodològica i sobre l'argumentació científica sobre la qual se sustenten les recomanacions. El pur procés de difusió no és suficient per a assegurar la implantació del protocol. És necessari establir tota una cadena de suport i seguiment per a reforçar la seva utilització: explicar el seu contingut, incorporar-lo en la pràctica clínica seguint les recomanacions, proporcionar els mitjans suficients per a implementar les recomanacions, establir un sistema de monitoratge del procés, vincular el protocol als processos de millora de la qualitat, analitzar els resultats identificant els punts de millora o bé els conflictes subjacents si els hagués. Per a facilitar la incorporació de les recomanacions en la pràctica diària dels professionals s'han utilitzat diferents sistemes: programes de formació en servei, recordatoris automatitzats, cooperació dels pacients, sistemes de formació automatitzats, canvis organitzatius d'acord amb el procés, etc.

El monitoratge del procés d'implantació és imprescindible per a introduir millores en la implementació o variar les estratègies.

AVALUACIÓ

L'avaluació més important està orientada a conèixer les millores en l'estat de salut de la població a la qual van dirigides les recomanacions. Permet mesurar la validesa del protocol i, per tant, l'efectivitat de les intervencions. Si bé és l'àmbit més transcendent, paradoxalment, també és el menys estudiat.

CONCEPTE I JUSTIFICACIÓ

Les guies de pràctica clínica (GPC) constitueixen un conjunt de recomanacions dissenyades per a ajudar tant als professionals sanitaris com als usuaris, a seleccionar les opcions diagnòstiques i/o terapèutiques més adequades en l'enfocament d'una condició clínica específica.

FACTORS DE DETERMINEN LA NECESSITAT DE LES GPC: (P-2003:76)

- 1). Variacions en l'aplicació de procediments assistencials.
- 2). Variació en la utilització de recursos sanitaris.
- 3). Criteris d'adequació d'ús i aplicació apropiada de procediments assistencials.
- 4). Formulació d'estàndards de qualitat assistencial.
- 5). Especificació de resultats clínics.
- 6). Incertesa en la pràctica mèdica.
- 7). Evitar falses presumpcions fisiopatològiques.
- 8). Dificultats en l'assimilació de nous coneixements.

Taula 28-1 Martín Zurro

DISSENY DE LES GUIES

La metodologia de disseny i elaboració d'una GPC consta de dues etapes complementàries. La primera suposa la planificació del disseny de la guia i la segona està estructurada en les diferents fases que permeten posar en pràctica aquest disseny i elaborar la GPC.

ETAPA DE DISSENY I PLANIFICACIÓ D'UNA GPC:

- 1). Selecció de la condició clínica/problema de salut objecte de la GPC.
- 2). Determinació dels membres del grup o panell de treball.
- 3). Elaboració d'un calendari i d'un pla de treball ajustat al temps i als recursos disponibles.
- 4). Divisió de les tasques i funcions dels diferents membres del grup de treball.
- 5). Determinació dels formats de presentació de la GPC segons qui seran els usuaris que es poden beneficiar de la seva implementació.
- 6). Planificació d'una estratègia de disseminació de la GPC.
- 7). Especificar els criteris i els terminis que s'avaluarà i actualitzarà la GPC.

Taula 28-2 Martín Zurro

Els criteris per a seleccionar la condició clínica objecte d'estudi són:

- a). La detecció d'un problema de salut i la mesura del seu impacte en el sistema sanitari, segons criteris epidemiològics i/o de consum de recursos.
- b). La possibilitat de poder identificar les intervencions sanitàries que s'utilitzen en el seu enfocament clínic.
- c). La falta de consens entre els professionals, respecte als criteris d'adequació en l'aplicació d'aquestes intervencions.
- d). La presència de variabilitat en els estils de pràctica clínica.
- e). La disponibilitat d'evidència científica que permeti avaluar l'eficàcia i la seguretat de les intervencions, així com determinar els criteris d'indicació i utilització adequada.
- f). La introducció de noves tecnologies que competeixen amb les ja adoptades.

ETAPES DE L'EXECUCIÓ DE LES GPC:

- 1). Delimitació de la condició clínica seleccionada dintre d'unes circumstàncies i un context sanitari específic.
- 2). Identificació i definició de les possibles intervencions preventives, diagnòstiques i/o terapèutiques que s'utilitzen en l'abordatge clínic de la condició clínica seleccionada.
- 3). Especificació dels possibles resultats a tenir en compte en el disseny de la GPC: clínics, econòmics, preferències dels malalts, etc.
- 4). Revisió sistemàtica de l'evidència científica. (RSEC).
- 5). Determinar la factibilitat de la GPC en un àmbit d'aplicació concret: estimar els possibles beneficis i costos de la seva aplicació.
- 6). Redacció de la versió preliminar de la GPC.
- 7). Revisió externa de la versió preliminar.
- 8). Prova pilot.
- 9). Redacció de la versió definitiva dels diferents formats seleccionats.
- 10). Disseminació als usuaris potencials: metges, professionals d'infermeria, gestors i consumidors.
- 11). Avaluació del procés d'implementació de la GPC i del seu impacte en la millora de resultats específics.
- 12). Actualització i revisió planificada.

Taula 28-3 Martín Zurro

L'exhaustivitat d'una RSEC està determinada tant per la naturalesa del problema de salut que s'ha d'avaluar i

l'extensió amb la qual es pretén abordar-lo com per la quantitat i la qualitat de l'evidència disponible.

FASES D'UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA:

- 1). Recerca de l'evidència: directa i indirecta. (Anàlisi de dades i informació recollida amb un propòsit diferent al de l'avaluació).
- 2). Presentació de l'evidència: taules i matrius d'evidència. (organització de la informació disponible).
- 3). Classificació de l'evidència: escala basada en nivells d'evidència i criteris de qualitat. (permet emetre recomanacions sobre la inclusió o no d'una determinada intervenció dintre de la GPC).
- 4). Síntesi de l'evidència: metaanàlisis i cross-design synthesis.
- 5). Integració de l'evidència: anàlisi de decisions, econòmic, de polítiques sanitàries, d'idoneïtat i de l'impacte social.
- 6). Elaboració de recomanacions basades en l'evidència: guies de pràctica clínica.

Taula 28-4 Martín Zurro

ATRIBUTS D'UNA GPC

L'elaboració i l'avaluació d'una GPC ha de garantir el compliment dels atributs següents:

- 1). Validesa. Si la seva aplicació produeix els resultats clínics i els costos esperats.
- 2). Fiabilitat. Si utilitzant la mateixa metodologia d'elaboració altre grup de professionals proposa les mateixes recomanacions.
- 3). Reproductibilitat.
- 4). Aplicabilitat clínica. Determinada per la seva adequació als contextos clínics i a les poblacions definides en l'evidència científica analitzada.
- 5). Flexibilitat clínica. Citació en les GPC de les situacions o excepcions en les quals no poden aplicar-se les seves recomanacions.
- 6). Claredat.
- 7). Multidisciplinarietat en la seva elaboració.
- 8). Revisió planificada.
- 9). Cost-efectiva.
- 10). Documentació.

APLICACIONS. LIMITACIONS

L'èxit de la utilització d'una GPC és secundari a una bona estratègia de disseminació i informació sobre el seu contingut als professionals sanitaris. Les estratègies de disseminació de les GPC deuen emfatitzar la seva utilitat, qualitat, base científica, multidisciplinarietat, validesa, aplicabilitat i flexibilitat clínica.

Limitacions: complexitat del procés d'elaboració, naturalesa probabilística de la medicina, limitacions de l'evidència científica, necessitat de posicionar les GPC en una situació que no alteri ni el principi d'autonomia

professional, ni la relació metge-pacient, alhora que garanteixi una adequada praxi mèdica. La disseminació per se no és efectiva per a facilitar l'adopció de les GPC per part dels professionals sanitaris.

AVALUACIÓ

L'avaluació de les GPC ha de tenir en compte tant una valoració del compliment dels atributs abans esmentats com del possible impacte que puguin tenir en el sistema sanitari.

03

CONSIDERACIONS GENERALS

GUIES I PROTOCOLS: PUNTS PER AL DEBAT, LA MEDICINA BASADA EN L'EVIDÈNCIA

Les recomanacions que aporten les guies es basen en una anàlisi exhaustiva de l'evidència científica, que permet avalar la validesa de la pràctica proposta i considerar-la com la millor alternativa assistencial. La qualitat de les guies nacionals sembla ser més alta que la de les locals o regionals. És probable que les guies nacionals requereixin una certa adaptació local, que deu reflectir la força de l'evidència científica que sustenta les recomanacions.

No es deuen utilitzar els protocols com un instrument de tipus reduccionista que simplifiqui alguna cosa tan complex com és la pràctica mèdica.

AVANTATGES I INCOVENIENTS DE LA CONSTRUCCIÓ CENTRAL O LOCAL DE LES GPC:

CONSTRUCCIÓ	AVANTATGES	INCONVENIENTS
Central	Major validesa científica	Objectius polític-econòmics freqüents
	Enfocament uniforme	Grup diana no compromès
	Procediment estructurat i rigorós	Poca adaptació a la realitat local
	Més experts participants	Consumeix molt temps
	Major disponibilitat de recursos	Dificultat de posada al dia ràpida
	Major eficiència	Poca validesa científica
Local	Objectius adaptats al grup diana	Alta variabilitat local
	Major compromís del grup diana	Falta d'experts
	Acceptació a la realitat local	Procediment no estructurat/rigorós
	Pot ser millor acceptada	Acceptació de la "pràctica habitual" com a bona

Taula 28-9 Martín Zurro

El grau d'evidència que es requereix per a fer unes recomanacions com les contingudes en les guies no sempre està disponible: en aquests casos seria necessari recórrer a altres fonts o mètodes, i el protocol pot ser l'instrument apropiat per a establir recomanacions quan l'evidència no és de suficient qualitat, i es decideix establir directrius, segons el consens i l'opinió dels experts.

ESTRATÈGIES PER A LA IMPLANTACIÓ

És necessari establir estratègies de disseminació i implantació que permetin incorporar aspectes de caràcter avaluat, anàlisi del procés, feedback de la informació i mesures dels resultats. Barreres que poden dificultar la implantació: desinterès per part dels professionals per millorar el seu nivell formatiu, o sobreestimació de les seves capacitats; no valorar positivament la necessitat de canvis; les pròpies característiques personals: edat, experiència personal, grau de receptivitat, etc.

PROCÉS DE DISSEMINACIÓ

La difusió de la informació es pot fer utilitzant diferents mecanismes: a través de publicacions científiques, jornades, cursos de divulgació, líders d'opinió, etc.

Aspectes clau en la disseminació i implantació de les recomanacions:

■ Disseminació

→ Identificació clara dels usuaris

- Verificació que han arribat als usuaris
- Mecanismes utilitzats per a accedir als usuaris
- Formats per a publicar i disseminar les recomanacions
- Mecanismes regulars de disseminació
- Mecanismes per a monitoritzar i avaluar la disseminació
- Costos de la disseminació

■ Implantació

- Mecanismes per a reforçar la implantació
- Adequació dels sistemes de registre
- Sistemes de recordatori
- Monitoratge, anàlisi i feedback
- Implicació dels líders d'opinió
- Incentius en la implantació de les recomanacions

ESTRATÈGIA D'IMPLANTACIÓ

És imprescindible completar la implantació amb accions de reforç. Qualsevol estratègia d'implantació ha de tenir impacte, bàsicament, sobre quatre nivells:

- **1).** Augmentar els coneixements que tenen els professionals sobre la condició tractada.
- **2).** Modificar actituds perquè acceptin les recomanacions, passant a ser considerades com el millor estàndard d'actuació.
- **3).** Canviar pràctiques i conductes d'acord amb les recomanacions.

■ **4).** Millorar els resultats de salut i la satisfacció dels pacients.

Són importants tres tipus de mecanismes d'influència social: el contacte personal per a reforçar i educar, la persuasió i les tècniques de difusió.

MEDICINA BASADA EN L'EVIDÈNCIA (MBE)

■ INTRODUCCIÓ

La MBE es refereix al procés sistemàtic de recerca, avaluació i utilització de les troballes de la investigació biomèdica com a base essencial per a la presa de decisions en la pràctica clínica.

■ **Estratègies per a una pràctica clínica basada en l'evidència:**

□□■ Filtratge, selecció i presentació resumida i estructurada de la literatura publicada (**ACP Journal Club i Evidence-Based Medicine**).

□□■ Realització i difusió de revisions sistemàtiques que sintetitzin tota l'evidència disponible. (**Cochrane**).

□□■ Ús de guies de pràctica clínica basades en l'evidència.

□□■ Aprendre a practicar i exercir la MBE per a la resolució dels problemes clínics. La pràctica de la MBE implica reconèixer les necessitats d'informació i convertir-les en preguntes clíniques, localitzar les millors evidències disponibles, avaluar-les críticament i aplicar els resultats a la pràctica clínica.

■ REVISIONS SISTEMÀTIQUES DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA (P-1997: 12)

Per revisió sistemàtica (RS) s'entén la síntesi de la millor evidència disponible dirigida a respondre una pregunta concreta realitzada mitjançant una metodologia explícita i rigorosa destinada a identificar, valorar críticament i sintetitzar els estudis més rellevants. Actualment s'utilitza el nom de **metaanàlisi** per al procediment estadístic que integra els resultats de diversos estudis independents, mentre que la RS es refereix a tot el procés de la síntesi.

□□■ Fases d'una RS:

- **1).** Formulació de la pregunta clínica.
- **2).** Definició dels criteris de selecció dels estudis.
- **3).** Elaboració de l'estratègia de recerca i localització dels estudis.
- **4).** Selecció dels estudis a incloure.
- **5).** Avaluació de la qualitat dels estudis.
- **6).** Extracció de dades.
- **7).** Avaluació de l'heterogeneïtat dels estudis.
- **8).** Anàlisi i presentació dels resultats.
- **9).** Interpretació dels resultats.

□□■ **10).** Elaboració de les conclusions i recomanacions.

■ Possibles biaixos en la fase de localització i selecció d'estudis:

□□■ **Biaix de publicació**, degut a la tendència dels autors, revisors i editors a enviar o acceptar manuscrits per a la seva publicació, basant-se en la direcció o la força dels resultats de l'estudi i no en la seva qualitat.

□□■ **Biaix de localització**, de l'idioma anglès, de les bases de dades, de citació o per la publicació múltiple (en estudis multicèntrics).

□□■ **Biaix per dades absents o de mala qualitat**.

□□■ **Biaix en la definició dels criteris d'inclusió**.

■ LECTURA CRÍTICA

La lectura crítica d'un article implica avaluar tres aspectes: la validesa interna, la magnitud dels resultats i la seva aplicabilitat al context i en els propis pacients.

La validesa interna d'un estudi és el grau de solidesa o rigor, és a dir, que el disseny i la realització no estan esbiaixats i responen correctament a la pregunta plantejada en l'objectiu.

□□■ **La qualitat de l'evidència es classifica segons escales jeràrquiques en funció del rigor científic del disseny:**

□□■ **I).** Evidència obtinguda de com a mínim un assaig clínic aleatoritzat i controlat, dissenyat de forma apropiada

□□■ **II-1).** Evidència obtinguda a partir d'assajos controlats ben dissenyats, però no aleatoris.

□□■ **II-2).** Evidència obtinguda a partir d'estudis de cohorts o de casos i controls ben dissenyats, realitzats preferentment en més d'un centre o per un grup d'investigació.

□□■ **II-3).** Evidència obtinguda a partir de múltiples sèries comparades en el temps, amb o sense intervenció.

□□■ **III).** Opinió d'experts reconeguts, basades en experiències clíniques, estudis descriptius o informes de comitès d'experts.

□□■ **Graus de recomanació en GPC: (US Agency for Health Care Policy and Research) (P-2005: 20)**

□□■ **a).** Existeixen proves sòlides per a fer aquesta recomanació. Existeixen estudis o alguna revisió sistemàtica de bona qualitat amb resultats homogenis i clars.

□□■ **b).** Existeixen proves suficients per a fer la recomanació amb claredat. Hi ha com a mínim un estudi de molt bona qualitat o múltiples estudis amb disseny acceptable que la sostenen.

□□■ **c).** Existeixen proves limitades. Com a mínim algun estudi acceptable.

□□■ **d).** No hi ha proves basades en estudis clínics. La recomanació se sustenta únicament en l'opinió d'experts.

PROTOCOL·LITZACIÓ I MILLORA DE LA QUALITAT

En APS la inexistència de criteris unitaris d'atenció òptima per a la majoria dels problemes que es presenten en les consultes, juntament amb la falta de registre de l'activitat realitzada, fa pràcticament impossible aconseguir mesures vàlides i fiables dels aspectes de qualitat a millorar. L'ús generalitzat de guies és el primer pas cap a l'obtenció de resultats qualificables i reproduïbles, i per tant cap a la millora de la qualitat de l'atenció.

PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA i BASES METODOLÒGIQUES II

TÈCNIQUES DIAGNÒSTIQUES D'APLICACIÓ A L'APS

Es defineixen les proves diagnòstiques en AP com aquelles que són sol·licitades directament pel metge d'aquest nivell del sistema de salut i que, àdhuc sent realitzades fora de la consulta, no suposen transferència en la responsabilitat clínica sobre el pacient. Un excés de proves diagnòstiques eleva la probabilitat d'obtenir resultats erronis. En ocasions, sembla preferible establir valors de referència per a una prova en lloc de l'interval de normalitat. El valor predictiu per a una prova diagnòstica es veu modificat segons el valor de la variable que s'accepti com a patològica per a un determinat diagnòstic.

01

PROVES DIAGNÒSTIQUES QUE HAN D'ESTAR DISPONIBLES PER AL METGE DE FAMÍLIA

PROVES DE LABORATORI

Hematometria: hemograma i índexs corpusculars, fórmula i recompte leucocitari, plaquetes i VSG, reticulòcits, grup i RH, Coombs, temps d'hemorràgia i coagulació.

Endocrinologia: TSH; T3, T4, HbA1c, perfil i corba de glucèmia.

Reumatologia: PCR, ASLO, làtex.
Orina: sistemàtic d'orina (densitat, glucosa, proteïnes, sediment), prova d'embaràs.

Femta: sang oculta en femta.

Bioquímica general: urea, creatinina, glucèmia, àcid úric, ions (Na, K, Cl, P, Ca), ferro, ferritina.

Hepàtiques: fosfatasa àcida, bilirrubina, fosfatasa alcalina, proteïnograma, GOT, GPT, gamma-GT, protombina.

Lipídic: colesterol, triglicèrids, HDL.

Nivells plasmàtics: teofilinèmia, digoxinèmia.

Microbiologia: examen directe en pell, traspuats, femta i orina. Gram, RPR, TAMB, rosa de Bengala, PPD.

Ecografia (qualsevol indicació acceptada).

Mamografia.

Endoscòpia digestiva.

Electrocardiografia.

Espirometria.

Radiologia: tòrax, simple abdomen, esquelet (columna, pelvis, extremitats, crani), tomografies simples, estudi gastroduodenal, trànsit intestinal, ènema opac, urografia intravenosa.

VALORACIÓ DE LES PROVES DIAGNÒSTIQUES

L'ideal és que una prova diagnòstica sigui el 100% sensible i el 100% específica, però en la mesura que es fixin límits de normalitat menys exigents, augmentarà la seva sensibilitat a costa de l'especificitat, i viceversa. L'opció de donar prioritat a una de les dues característiques depèn de la gravetat del procés a estudi (a major gravetat major preferència per una alta especificitat), o de l'interès per un diagnòstic precoç de la malaltia (preferència per alta sensibilitat en les proves de detecció). Malgrat tot, en la majoria dels casos l'especificitat de les proves no evita el 10% de casos falsos positius.

La prevalença és el factor més important per a determinar els valors predictius. A mesura que la prevalença del fenomen sigui menor, el valor predictiu positiu caurà amb ella, mentre que el valor predictiu negatiu s'eleva. En general, quan la prevalença és alta, un resultat positiu tendirà a confirmar la presència de la malaltia, mentre que si és negatiu no ajudarà a excloure-la. Per contra, quan la prevalença és baixa, un resultat negatiu permetrà descartar la malaltia amb un elevat marge de confiança, però si és positiu no permetrà afirmar la seva existència. L'única via per a incrementar el valor predictiu de les tècniques diagnòstiques, al no poder controlar la prevalença, és realitzar una entrevista clínica semiestructurada i un enfocament clínic (anamnesi i exploració física) adequat al problema. Amb aquest procediment es pot incrementar el rendiment de les proves complementàries.

La decisió de sol·licitar una prova diagnòstica ha de basar-se en el judici clínic del metge i en el coneixement de la validesa de la prova.

L'estratègia usada sovint pels metges de família de "monitoritzar" durant un temps els signes i símptomes que presenta el pacient contribueix a clarificar la presumpció diagnòstica augmentant la probabilitat pretest de la prova si es decideix utilitzar com a suport a aquest diagnòstic. Starfield estima en el 40% la proporció de pacients amb un problema nou sense que s'hagi establert un diagnòstic específic, el que dona suport a la importància del judici clínic del metge sobre qualsevol dada que pugui aportar la prova.

PROVES DE LABORATORI

Les proves de laboratori (PL) són els exàmens diagnòstics més comunament utilitzats en l'àmbit de l'AP: entre el 4 i el 8% de les visites al metge inclouen la sol·licitud d'una prova de laboratori.

■ Aspectes claus per a rendibilitzar la utilització de les proves de laboratori:

- **a).** la selecció de les proves de laboratori, i
- **b).** l'establiment de mecanismes de garantia de qualitat.

El percentatge de sol·licituds d'anàlítica adequades en AP està en un 48-63%, essent el motiu més freqüent de no pertinença l'absència d'adaptació de la petició al protocol existent en el centre de salut.

■ SELECCIÓ DE LES PROVES DE LABORATORI

"Petició selectiva" (correcte des del punt de vista teòric): petició d'una PL valorant la seva sensibilitat i especificitat per a la detecció del problema de salut que motiva la seva petició, i tenint en compte, a més, la prevalença d'aquest problema de salut en l'entorn assistencial en el que es treballa, ja que aquesta determinarà el valor predictiu de la prova. A la pràctica, existeixen estratègies distintes en les quals en una mateixa sol·licitud s'agrupen diversos paràmetres o proves:

■ **Perfils bioquímics:** L'automatització de les tècniques d'anàlisis clíniques permet obtenir, amb economia de temps i cost, un ampli nombre de proves.

■ **Perfils seqüencials:** La decisió de practicar cada prova es basa en els resultats de l'anterior, i el diagnòstic es determina de forma lògica. Les proves molt sensibles utilitzades per a detectar una malaltia se segueixen d'altres més específiques per a eliminar els falsos positius.

■ **Perfils semiològics:** Agrupen un conjunt de proves relacionades amb l'òrgan o problema a estudiar.

■ PROVES COM SISTEMA DE DETECCIÓ

La detecció es refereix a l'aplicació de la prova a una població que se suposa que està sana (activitat de prevenció secundària). L'objectiu és identificar als pacients afectes d'una malaltia subclínica o amb el risc de presentar una malaltia determinada en el futur. Es recomana que no s'utilitzi la detecció multifàsica mitjançant perfils bioquímics per a trobar una malaltia oculta, ja que el rendiment és deficient en la identificació inequívoca de persones asimptomàtiques i l'anomalia del perfil bioquímic amb freqüència està lligada dèbilment a la malaltia en qüestió. Els perfils semiològics tampoc estan indicats com prova de detecció.

La petició selectiva i els perfils seqüencials constitueixen l'estratègia idònia per a la detecció de problemes de salut o factors de risc en població asimptomàtica, seleccionant la prova o la seqüència de proves que ofereixin un millor balanç entre sensibilitat i especificitat.

■ PROVES COM SISTEMA DIAGNÒSTIC

L'estratègia que ofereix un millor rendiment consisteix

a realitzar les proves de manera seqüencial, si bé no és possible posar-la en pràctica des de la consulta d'AP, si en el laboratori de suport, fent les proves seriades en funció de les alteracions que es vagin obtenint. Això està especialment indicat en la malaltia tiroïdal, l'anèmia, les alteracions proteïques, l'hepatitis vírica i la infecció de les vies urinàries.

El perfil semiològic és una alternativa raonable quan s'hagin de realitzar totes les proves necessàries alhora en el pacient simptomàtic. Aquests perfils estan orientats cap a un òrgan, una funció o un problema i inclouen solament les proves adequades al que es vol estudiar, millorant així el rendiment de les proves i la seva relació cost-benefici.

■ PROVES COM SISTEMA DE CONTROL

Serveixen per al control evolutiu d'un problema de salut ja diagnosticat i la valoració de la resposta al tractament. En comparació amb les proves de detecció i diagnòstic, les proves utilitzades per al control tenen més possibilitats de presentar resultats erronis, de mostrar un canvi respecte a la prova anterior i de provocar canvis en el pla d'actuació amb el pacient. En aquesta situació, sol·licitar la petició selectiva té una bona relació cost-eficàcia, al seleccionar les proves que són rellevants respecte al que es desitja controlar.

■ MECANISMES DE GARANTIA DE QUALITAT

■ **1). Fase preanalítica:** comprèn tots els factors que influiran en la identificació i correcta obtenció de la mostra. Complimentació correcta de la sol·licitud, obtenció i recollida de mostres.

■ **2). Fase analítica:** referida a la tècnica de realització de les proves. És la fase en la qual estan més introduïts i són més utilitzats els mecanismes de control de qualitat, que poden ser de dos tipus:

■ **Control de qualitat interna:** funcionament de l'equip emprat en el processat de la mostra.

■ **Control de qualitat externa:** es comparen les dades amb els obtinguts per altres laboratoris que serveixen com referència.

■ **3). Fase postanalítica:** inclou tot el procés d'elaboració, remissió i interpretació de l'informe (resultats).

■ PROVES DE MICROBIOLOGIA I CITOLOGIA

■ Els exàmens directes recomanats són: **a).** pell; **b).** tracte genital femení; **c).** prova de Graham per a oxiurasis, i **d).** sediment d'orina.

■ **Cultiu de microorganismes:** mètode de referència en el diagnòstic de les malalties infeccioses.

■ **Algunes proves serològiques,** com la prova ràpida de la reagina plasmàtica (RPR), el test d'aglutinació per a *Brucella mellitensis* (TABM), i el rosa de Bengala, posseeixen una elevada sensibilitat, i la seva positivitat condueix a decisions terapèutiques que no convé diferir.

■ Prova de la tuberculina: econòmica, senzilla i molt útil seguint una aplicació i lectura estandarditzades. Serveix tant pel diagnòstic de la malaltia com en la investigació de contactes.

■ Proves immunològiques accessibles en AP: serologia de lúes, VIH, toxoplasma, rubèola, marcadors de l'hepatitis B, brucel·losi i febre tifoidea.

■ L'antibiograma resulta útil en infeccions genitourinàries, cutànies i faríngies.

■ CITOLOGIA

Esput, triple presa citològica per al diagnòstic precoç del càncer de cervix.

Citologia o examen de semen: indicat per l'estudi de fertilitat i comprovació de l'esterilització postvasectomia (6 setmanes després).

■ MÈTODES DIAGNÒSTICS DE QUÍMICA SECA

Permeten agilitzar les decisions i redueixen els costos de l'assistència.

Per a la selecció adequada d'aquests procediments diagnòstics s'han d'analitzar els següents punts:

■ 1). Valoració de la relació cost-benefici, (nombre de proves realitzades per dia).

■ 2). Establir clarament l'objectiu que es pretén aconseguir amb la prova a realitzar.

■ 3). Es deuen estudiar la precisió, l'exactitud, la sensibilitat i l'especificitat de la prova, així com la prevalença de la malaltia o de l'agent específic en la població a la qual es va a aplicar.

■ 4). Cal valorar les característiques de cada mètode. Entre les proves més comunament usades i acceptades, s'inclouen les tires per a mesurar la glucosa en sang capil·lar, les tires reactives d'orina, la microalbuminúria, la detecció de l'antigen estreptocòcic, així com les proves ràpides per a uretritis gonocòciques, clamidies i altres MTS. També el control dels anticoagulants orals es realitza mitjançant aquesta tècnica.

En l'actualitat es disposa de diversos mètodes per al diagnòstic ràpid d'infecció urinària, basats en la detecció de bacteriúria i/o piúria. Quan es consideren significatius nivells superiors a 10⁴ colònies/ml en el cultiu d'orina, aquestes proves tenen un VPP baix. La prova menys costosa i d'ús senzill és la tira reactiva, en la qual es detecten leucòcits i/o nitrits. La prova de l'esterasa de leucòcit és un mètode sensible per a la piúria important. L'ús d'ambdues determinacions juntes assoleix un VPN del 90%.

La detecció de microalbuminúria és un mètode ràpid d'elevada especificitat, 96% amb una sensibilitat del 95%, situat el llindar en 20 mg/l d'albumina en orina. Test molt eficaç en el diagnòstic de la repercussió orgànica de processos crònics, nefropatia diabètica i hipertensió arterial i en el seguiment d'aquestes patologies. Es recomana una determinació en el moment

del diagnòstic de diabetis Mellitus i posteriorment anual (cada 6 mesos si es detecten valors elevats). En HTA és obligatòria la investigació de microalbuminúria (quan la proteïnúria sigui negativa), en pacients hipertensos diabètics, i recomanable quan es plantegin dubtes sobre la necessitat d'iniciar un tractament farmacològic. El resultat positiu d'aquest mètode de detecció haurà de ser seguit per mètodes quantitativs en orina de 24 hores per a confirmar-lo.

■ COAGULÓMETRE

Avantatges del seguiment dels pacients en tractament amb anticoagulants orals (ACO) en AP: evitar desplaçaments del pacient a l'hospital, reduir els traumatismes per venopunció i les extraccions múltiples, resolució del control en una sola visita i millora del coneixement del metge de família de les situacions que poden interferir en els resultats, com fàrmacs o processos intercurrents.

Inconvenients: risc d'hemorràgia, gran variabilitat individual, escàs marge terapèutic, interaccions farmacològiques i requeriment de control periòdic. L'accessibilitat és el factor que més influeix en la decisió d'incloure l'activitat en les consultes d'AP.

L'INR (raó normalitzada internacional en sang capil·lar) del temps de protrombina es mesura amb el cuagulòmetre portàtil. Es precisa una gota de sang obtinguda del dit del pacient. El rang terapèutic de l'INR serà diferent en els diferents processos que motiven el tractament amb ACO. Quan el pacient es trobi en el rang terapèutic es mantindrà la mateixa dosi d'ACO, i s'establirà el pròxim control en 4-6 setmanes. Quan el pacient està fora de rang s'han de buscar les causes i s'ajustarà la dosi administrada fent el control en un temps més curt. En el cas en que l'INR sigui superior a 8-10 o es produeixi hemorràgia, el pacient serà remès a l'hospital.

PROVES D'IMATGE

■ RADIOLOGIA

Les radiografies són les principals proves de diagnòstic per imatge utilitzades en AP.

En un 43-67% de les proves sol·licitades en AP s'obtenen troballes patològiques, el que suposa una modificació en l'orientació terapèutica tan sols en el 19% dels casos. Això suposa un baix rendiment clínic, motiu pel qual l'exploració s'ha de realitzar valorant el cost-benefici i l'exposició a la radiació.

■ RADIOLOGIA CONVENCIONAL

■ 1). **Radiografia de tòrax:** indicada en situacions en les quals cal descartar complicacions o patologia associada en pacients asmàtics o amb MPOC. Se sol·licitarà de forma urgent en els casos que se sospiti pneumònia abans de la instauració del tractament;

l'estudi radiològic de control està justificat en casos d'evolució desfavorable de la pneumònia. També es realitzarà en casos de sospita clínica de TBC, en cas de viratge de la prova de la tuberculina o en els controls d'un pacient ja diagnosticat.

L'estudi radiològic del tòrax està justificat quan se sospiti HTA secundària, però no en els casos d'HTA essencial. És útil la seva realització en els casos d'insuficiència cardíaca, per al diagnòstic i control del tractament.

■ ■ **2). Radiografia d'abdomen:** en el cas de litiasi renoureteral la radiografia és útil, però el diagnòstic definitiu la proporcionen l'ecografia i/o urografia intravenosa. No està indicada en casos de patologia biliar, hemorràgies digestives, estudi de masses abdominals, HTA, ni en casos de sospita d'apendicitis aguda.

■ ■ **3). Radiografia de crani:** en traumatisme lleu només està indicada en lactants i nens menors de 2 anys, així com en els adults en els quals l'abús de l'alcohol hagi estat la causa desencadenant del traumatisme. També està indicada en els casos de cefalea postraumàtica amb simptomatologia neurològica o altres signes que facin sospitar fractura i en els casos de cefalea sospitosa de patologia sinusal per a confirmar el seu origen. En nens és útil quan se sospita clínicament hipertensió intracraniana.

■ ■ **4). Radiografia de columna vertebral:** les projeccions que més informació proporcionen són les laterals de columna cervical, l'anteroposterior de columna dorsolumbar i la lateral de columna lumbosacra. Les contractures musculars justifiquen la realització de radiografia només en cas d'ésser d'origen traumàtic. En la sospita de neoplàsia òssia, l'estudi radiològic normal no descarta aquesta possibilitat, pel que deu realitzar-se un rastreig ossi. Les alteracions de l'estàtica vertebral en pacient en creixement no han de ser avaluades de forma sistemàtica per l'exposició a la radiació que impliquen. Les projeccions obliqües de columna lumbosacra suposen elevades dosis de radiació a les gònades i no estan justificades en dones en edat fèrtil ni en nens.

■ ■ **5). Radiografia d'extremitats:** davant un traumatisme es realitzarà una radiografia en cas de signes evidents de fractura, contusió o gran inflamació, sensibilitat anormal en un punt, dolor entre moderat i agut al suporta un pes, qualsevol signe positiu en genolls o lesió d'un tendó, vas o nervi. En cas d'hiperparatiroidisme primari es realitzaran radiografies de les mans. Per a la detecció de metàstasis òssies és més sensible l'estudi amb isòtops radioactius, encara que en cas de sospita de mieloma sigui, a més, essencial l'estudi radiològic.

■ ■ **6). Estudi radiològic de l'artrosi:** indicat en els casos d'evolució desfavorable en un pacient diagnosticat prèviament d'artrosi.

■ ■ **7). Estudi radiològic de l'osteoporosi:** es pot detectar l'osteoporosi quan s'ha perdut un 30-50% de la massa òssia. La tècnica més precisa actualment per a determinar la massa òssia és la densitometria de doble fotó.

■ DENSITOMETRIA ÒSSIA (P-2005: 105)

Prova d'elecció per al diagnòstic de l'osteoporosi, mesurant el contingut i la densitat mineral òssia.

S'estudien el fèmur i la columna lumbar essent aquesta la que millor representa l'os esponjós.

La densitometria d'energia dual (absorciometria) és la tècnica més utilitzada. Els resultats de la densitat òssia s'expressen com a desviacions estàndard (DE) en relació als valors mitjos. La puntuació T compara els resultats del pacient amb els d'un grup d'adults joves sans, mentre que les puntuacions Z els comparen amb un grup de controls aparellats per edat. Quan la densitat de l'os és inferior al 10% de l'esperada segons l'edat, sexe, talla, pes i raça del pacient es diagnostica osteoporosi.

DMO amb T score $\rightarrow$ -1DE: normal

DMO amb T score $\leftarrow$ -1 i $\rightarrow$ -2,5DE: Osteopènia

DMO amb T score $\leftarrow$ -2,5DE: Osteoporosi

■ INDICACIONS DE LA DMO:

■ ■ **1).** Valoració del risc individual de fractura en població de risc: menopausa precoç (<40 anys), baix pes, tabaquisme, sedentarisme, dieta baixa en calci, antecedents familiars i dèficit estrogènic en dones premenopàusiques

■ ■ **2).** Aixafament vertebral en radiologia convencional.

■ ■ **3).** Estudi d'osteoporosi secundària: hiperparatiroidisme, artritis reumatoide, etc.

■ ■ **4).** Monitoratge del tractament de l'osteoporosi (període mínim entre dos proves: 1 any).

■ ■ **5).** En el tractament perllongat amb corticoides no estaria indicada, ja que es recomana de forma sistemàtica la prevenció de les fractures amb el que el resultat no modificaria l'actitud terapèutica.

■ RADIOLOGIA AMB CONTRAST

■ ■ **1).** Estudi gastroduodenal: la radiologia té un important paper en els pacients que no toleren l'endoscòpia, en ancians, en pacients amb patologia cardiopulmonar i en els trastorns de motilitat.

■ ■ **2). Trànsit intestinal:** indicat en les malalties difuses de l'intestí prim (diverticulosis, mastocitosis, malaltia de Whipple, amiloidosis, linfangiectasia intestinal), síndrome de mala absorció, neoplàsies, malaltia de Crohn i hemorràgies intestinals quan són normals els resultats d'altres investigacions.

■ ■ **3). Ènema opac:** l'ènema simple es pot utilitzar en nens i ancians, requereix menys preparació i col·laboració del pacient i menys temps. Se sotmet al pacient a menor radiació, encara que es visualitzen malament el recte i les lesions de petita grandària. Amb l'ènema de doble contrast es visualitzen petites lesions de la mucosa i s'avalua bé el recte. A més, és

útil en el seguiment de pacients amb pòlips o càncer o amb antecedents familiars d'aquests trastorns, en les malalties inflamàtores del colon, l'anèmia i en casos de pèrdua de pes.

■ ■ **4). Colecistografia:** actualment només és necessària per a la selecció dels pacients tributaris de liptotricia biliar, ja que aquesta requereix una vesícula funcionant i càlcul de colesterol.

■ ■ **5). Urografia intravenosa:** és l'exploració de radiologia convencional que més radiació genera. Està indicada en l'estudi morfològic i funcional dels sistemes col·lectors i les vies urinàries, en la determinació de l'estadi tumoral del sistema urinari, en l'estudi d'hematúria, de bufeta neurògena en nens i quan se sospita una obstrucció per un càlcul radiolluminiscent.

■ ECOGRAFIA DIAGNÒSTICA

Indicacions:

■ ■ **1). Fetge.** Malalties del parènquima hepàtic i lesions focals hepàtiques: És la tècnica inicial d'estudi en tots els pacients amb sospita de malaltia hepatobiliar, ja que permet diferenciar la patologia de l'arbre biliar de la malaltia parenquimatososa i, en el cas de detectar una massa hepàtica, aproximar-se a la seva naturalesa. És important assenyalar que l'hepatitis aguda és un quadre de diagnòstic clínic i analític, i només quan cursi amb un important component de colestasi estaria indicat l'estudi ecogràfic del fetge per a descartar l'obstrucció associada a l'arbre biliar.

■ ■ **2). Vesícula i vies biliars.** Colecistopaties i icterícia obstructiva. L'ecografia és la tècnica d'elecció per a la valoració inicial de la vesícula i les vies biliars.

■ ■ **3). Pàncreas.** Quan l'ecografia és dubtosa o no s'ha pogut visualitzar tota la glàndula, es practica una TC.

■ ■ **4). Melsa.** La majoria de les malalties que afecten a la melsa produeixen esplenomegàlia, que pot ser clínicament no palpable. L'ecografia és un bon mètode en l'avaluació tant de la grandària de la melsa com de la seva estructura.

■ ■ **5). Sistema genitourinari.** Les indicacions generals de l'ecografia renal són: còlic nefrític, massa renal palpable o sospitada (el 50% dels tumors renals són silenciosos), hematúria, anúria, patologia infecciosa d'origen urològic, ronyó mut en la urografia intravenosa i estudi de la HTA d'origen vascularrenal.

Les indicacions de l'ecografia prostàtica són: estudi de la síndrome prostàtica, valoració preoperatoria per a la determinació del volum de la glàndula, valoració del residu posmiccional i la repercussió sobre vies urinàries i ronyons, control de l'ecoestructura d'adenomes diagnosticats per tacte rectal, per ecografia anterior o per urografia intravenosa, sospita clínica o radiològica de càncer en la zona i complement de l'ecografia renal en la hidronefrosi bilateral.

■ ■ **6). Massa abdominal.** L'ecografia és la tècnica d'imatge d'elecció en l'estudi inicial de tota massa palpable abdominal, ja que informa si la massa palpada

és una visceromegàlia, un ronyó normal, una massa que depèn d'una víscera sòlida, una vesícula engrandida amb litiasi o sense ella, un aneurisma d'aorta (5% de prevalença en homes), una massa d'origen en el tub digestiu (tumoral o inflamatori), una massa d'origen retroperitoneal o ganglionar, una massa de parts toves i, en una dona, una massa d'origen ginecològic o un embaràs. També pot estudiar-se la seva naturalesa i determinar si és sòlida, líquida o mixta.

■ ■ **7). Ginecologia.** Massa pelviana palpable, alteracions de la menstruació, dolor en hipogastri i febre de possible origen ginecològic, estudi d'esterilitat i localització de DIU.

■ ■ **8). Obstetrícia.** Determinació de l'edat gestacional, detecció d'anomalies embrionàries, detecció i avaluació de l'embaràs múltiple, valoració de metrorràgies del primer trimestre i investigació del dolor, massa anaxial i embaràs ectòpic.

■ ■ **9). Tiroides.** És fàcilment detectable per ecografia qualsevol nòdul que alteri l'arquitectura del tiroides, fins i tot els de petita grandària, podent-se analitzar la seva ecogeneïtat (sòlida o líquida), els marges, la presència de calcificacions i la coexistència d'altres nòduls.

■ ■ **10). Tòrax.** Deu estar sempre indicada per una radiografia de tòrax alterada, ja que el pulmó no és visible en l'ecografia i la cavitat pleural només ho és si conté líquid.

■ ■ **11). Mama.** La combinació d'ecografia i mamografia està indicada en l'estudi de lesions palpables visualitzades en la mamografia, en mames molt denses amb poca definició d'estructura en la mamografia i com guia de biòpsies de lesions de petita grandària o lesions inflamàtores.

■ ■ **12). Sistema musculoesquelètic.** És útil en l'estudi de tendons (tendó d'Aquil·les, rotadors, tendó del bíceps, tendó patelar i tendons dels flexors de la mà), músculs (massa d'origen muscular, quist de Baker, traumatismes) i articulacions (existència de líquid articular i, en pediatria, avaluació de la displàsia congènita de maluc).

■ ■ **13). Ultrasonografia òssia quantitativa.** Tècnica simple i relativament econòmica que mesura l'atenuació un feix d'ultrasons a l'atravessar el calcani. Pot ser una bona alternativa per al cribatge poblacional d'osteoporosi en AP.

PROVES ÚTILS EN L'ESTUDI DE PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

■ ELECTROCARDIOGRAFIA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Indicacions

■ ■ **1).** En protocols de patologies cròniques: MPOC, DM, HTA.

■ ■ **2).** Pacients amb clínica suggestiva de cardiopatia isquèmica.

■ 3). Pacients amb clínica suggestiva d'alteracions del ritme cardíac.

■ 4). Comprovació del funcionament del marcapàs.

■ 5). Pacients amb cardiopatia orgànica coneguda.

En general, es desaconsella l'ECG sistemàtic en pacients asimptomàtics. L'ECG en el pacient asimptomàtic i sense patologia orgànica no té utilitat predictiva ni en cardiopatia isquèmica ni en el descobriment d'arítmies.

■ 1). **Electrocardiograma en la hipertensió arterial:** s'han emprat diversos criteris per a valorar la presència d'HVI en l'ECG. Tots ells tenen el problema de baixa sensibilitat, encara que acceptable especificitat, en comparació amb l'ecografia. La sensibilitat dels criteris d'HVI canvia al tenir en compte altres factors: l'obesitat i el tabaquisme es relacionen inversament amb la sensibilitat, mentre que aquesta augmenta amb l'edat.

Les alteracions de l'ona P indicatives de creixement auricular esquerre precedeixen a les de la HVI: el creixement auricular esquerre està en relació amb la disminució de la distensibilitat d'un ventricle esquerre que comença a hipertrofiar-se.

La freqüència de realització de l'ECG en el seguiment de pacients amb HTA (i ECG previ normal) es recomana cada 2-3 anys. L'ús de la Rx de tòrax juntament amb l'ECG per a valorar el creixement del VI pot augmentar la sensibilitat, però actualment és l'ecocardiograma la prova d'elecció per a valorar el cor del pacient hipertens.

■ 2). **Pacient diabètic:** es recomana la realització d'un ECG anual o bianual en pacients de menys de 50 anys sense problemes cardiovasculars.

■ 3). **Pacients amb clínica suggestiva de cardiopatia isquèmica:** un ECG normal no descarta la presència de cardiopatia isquèmica. Quan es realitza fora de l'episodi de dolor, és normal en el 50% dels pacients amb cardiopatia isquèmica. Les alteracions electrocardiogràfiques fora de l'episodi agut, que poden fer pensar en una cardiopatia isquèmica són: ona T negativa, descens de l'ST, ona Q, desviació de l'eix a l'esquerra, defectes de la conducció auricular, fibril·lació auricular i extrasistòlia ventricular. L'ECG realitzat durant la crisi dolorosa té una sensibilitat pròxima al 90% en els pacients amb angina d'esforç estable, durant les crisis doloroses solen trobar-se descensos de l'ST i, en rares ocasions, ascensos de l'ST o alteracions de l'ona T. Durant el dolor d'angina de repòs és freqüent trobar ascensos de l'ST (fenomen de Prinzmetal) o descensos si la isquèmia és menys greu. En l'angina inestable apareixen ones T negatives o descensos de l'ST.

■ 4). **Pacients amb alteracions del ritme cardíac:** en els pacients amb símptomes com palpitations, marejos, dispnea o síncope cal sospitar el seu origen cardíac si són transitoris, sense pòdroms i amb recuperació immediata. L'ECG basal en els casos de síncope resulta diagnòstic en el 5% dels casos. Les arítmies asimptomàtiques són molt freqüents en la població general. La sola presència de contraccions ventriculars prematures no significa mal pronòstic; en individus sense cardiopatia no augmenten el risc coronari global, però en pacients amb cardiopatia augmenten el risc

de mort sobtada. La causa fonamental d'EV, quan hi ha cardiopatia de base, és la CI, pel que la conducta a seguir davant un pacient amb EV consisteix a descartar aquesta patologia per a conèixer el seu pronòstic i saber si deu o no tractar-se. Després d'un IAM, la presència de 10 o més EV és un factor independent de risc de mortalitat cardíaca. Per tot això, les contraccions ventriculars prematures deuen valorar-se en el context clínic global del malalt i descartar la presència d'una cardiopatia de base, hipoxèmia, trastorns electrolítics o fàrmacs aritmogènics, per a conèixer el pronòstic.

La troballa d'un bloqueig auriculoventricular de primer grau en una persona amb síncope pot suggerir l'existència de bloquejos AV de graus superiors en altres moments. En els bloquejos de primer grau deu fer-se un seguiment per a comprovar que aquesta alteració roman estable.

EL bloqueig AV de segon grau sovint s'associa a malaltia coronària.

El de tipus Mobitz 1 suggereix patologia de la unió AV, sol ser transitori i rares vegades progressa a un bloqueig complet.

El de tipus Mobitz II suggereix defectes de conducció en l'envà, en el feix de Hiss, i s'associa amb major freqüència a bloqueig complet, sent per això de pitjor pronòstic. El bloqueig AV de tercer grau amb freqüència és causa de síncope, en aquest cas requereix la instauració d'un marcapàs.

■ 5). Pacients amb marcapàs: les fallades d'un marcapàs poden ser d'estimulació o d'inhibició. En les fallades d'estimulació es comprovarà absència o ineficàcia de l'espícula elèctrica per a provocar una contracció cardíaca. En les fallades d'inhibició el marcapàs no s'inhibeix davant les contraccions autònomes cardíques o és inhibit per altres estímuls, com l'ona T o les contraccions musculars.

■ 6). Pacients amb altres cardiopaties: en els casos d'IC l'ECG informarà sobre la freqüència i el ritme cardíacs, l'orientació etiològica, la repercussió hemodinàmica i els factors desencadenants. En els pacients amb valvulopaties ajudarà a determinar el grau de sobrecàrrega ventricular i/o dilatació auricular.

■ 7). Exàmens de salut: (incloent els laborables), no cal incloure sistemàticament un ECG convencional, sí és aconsellable en els pacients no cardíopates que seran sotmesos a qualsevol tipus de cirurgia.

■ ECOCARDIOGRAFIA

Indicacions: estudi d'una dispnea amb sospita de cardiopatia, dolor toràcic, bufs cardíacs, síncope no atribuït a causa extracardíaca, palpitations i arítmies, i en l'estudi d'edemes en extremitats inferiors quan es sospita origen cardíac o es desconeix el seu origen. Els factors que poden modificar els resultats són l'obesitat i la MPOC.

■ ECO-DOPPLER

El mètode usat en AP és el d'emissió continuada unidireccional que, encara que no permet reconèixer la direcció de la corrent, és el que té més avantatges per la seva fiabilitat i menor cost. Els Doppler de butxaca són de fàcil control i molt accessibles per a AP. La sonda Doppler s'ha de col·locar en un angle de 45° sobre el trajecte arterial explorat.

Indicacions en AP:

Estudi de l'obstrucció arterial o venosa en les extremitats, estudi del sistema arterial de les vísceres (cirrosi, HTA renal) i estudi d'ateromatosis en les artèries caròtides.

■ **Índex turmell-braç (ITB):** quocient entre la pressió sistòlica del turmell i la braquial. (P-2005:54).

- Normal ≥ 1 .
- Lesió obstructiva moderada. Claudicació 0,6-0,9.
- Lesió obstructiva severa. Dolor en repòs $< 0,5$.
- Presència de gangrena isquèmica $< 0,3$.
- Pot deure's a calcificació de l'artèria $> 1,5$.

PROVES FUNCIONALS RESPIRATÒRIES I PULSIXIOMETRIA

■ ESPIROMETRIA

Indicacions de l'espirometria en AP

- **1).** Objectivar el grau d'obstrucció i quantificar el grau de severitat.
- **2).** Determinar el tipus i el grau d'alteració de la capacitat ventilatòria davant qualsevol malaltia pulmonar.
- **3).** Identificar l'afecció respiratòria de les malalties sistèmiques.
- **4).** Establir la conveniència del tractament broncodilatador i l'eficàcia de la resposta terapèutica (cortis).
- **5).** Establir el pronòstic de les malalties que cursen amb limitació crònica al flux aeri.
- **6).** Estudis epidemiològics de prevalença i d'efectes ambientals i ocupacionals.
- **7).** Valoració de la incapacitat laboral i en l'estudi preoperatori.

Limitada o contraindicada davant la impossibilitat física o mental per a la realització correcta de la maniobra aspiratòria forçada, en processos actius com el dolor toràcic intens, àngor, neumotòrax, despreniment

de retina, o quan hi ha un excés de secrecions, i en infeccions respiratòries, entèriques o sanguínies actives.

Espirometria: és la mesura del canvi de volum pulmonar en relació amb el temps. La corba flux/volum facilita la visualització del ràpid segment exhalatori inicial de la maniobra de l'expiració forçada i és de gran ajuda per a detectar l'esforç inadequat del pacient.

L'espirometria proporciona informació sobre la possible existència d'obstrucció o restricció al flux aeri.

■ Classificació espiromètrica de les alteracions ventilatòries:

Gradació FVC, FEV1 o ambdós expressats com percentatge del valor de referència:

- **Lleugera:** fins al 65%.
- **Moderada:** entre el 64 i el 50%.
- **Severa:** entre el 49 i el 35%.
- **Greu:** menor del 35%.

Abans de realitzar la prova ha d'haver-se suspès la inhalació de broncodilatadors adrenèrgics B2 (6 hores els d'acció ràpida i 12 els d'acció perllongada) i les xantines (12 hores abans), i evitar el consum de cafeïna, tabac i menjars copiosos en les hores anteriors.

■ Els principals paràmetres que és disponible obtenir de espirometria són els següents:

- **1).** Capacitat vital (CV): volum espirat lentament després d'una inspiració màxima.
- **2).** Capacitat vital forçada (CVF): Volum màxim d'aire espirat amb un esforç màxim des de la posició d'inspiració màxima i perllongant l'exhalació al menys 6 segons. És la maniobra més utilitzada en AP.
- **3).** Volum espirator forçat en el primer segon (FEV1 o VEMS): volum d'aire espirat durant el primer segon de la maniobra FVC, és el que millor relaciona la presència de malaltia pulmonar i és el millor índex pronòstic i de mortalitat a més de ser el més reproducible.
- **4).** FEV1/FVC o índex de Tiffeneau: proporció del volum de la capacitat vital expulsada en el primer segon.
- **5).** Flux espirator forçat entre el 25 i el 75% de la FVC (FEF 25-75%): és el flux aspiratori forçat mesurat durant el 50% central de la FVC. És un flux independent de l'esforç i s'ha relacionat específicament amb els canvis de dimensió de les vies fines. La principal dificultat de la seva interpretació resideix en la seva variabilitat, molt superior a la del FEV i a la de la FVC.
- **6).** Flux espirator màxim (FEM) o flux màxim en bec (PEF): és el major flux assolible mitjançant la espiració forçada. Es pot obtenir amb un simple mesurador de mà (peak flow meter).

■ 7). Fluxos aspirator instantanis: són els obtinguts a un volum pulmonar determinat de la maniobra de la FVC (FEF 50%, FEF 75%). Poden ser un indicatiu de malaltia inicial o de malaltia de petites vies aèries.

■ 8). Fluxos inspirator: el de més utilitat és el FIF 50%. Pot subministrar el primer indicatiu o informació d'un procés obstructiu de tràquea, laringe o faringe.

PROVA BRONCODILATADORA

Ha d'acompanyar sempre a l'espirometria davant un patró obstructiu. Determina el grau de reversibilitat bronquial mitjançant l'aplicació d'un broncodilatador (salbutamol). El FEV1 ha d'augmentar almenys 200 ml i amb un percentatge d'increment > al 12% per a ser considerada significativa.

INDICACIONS

Diagnòstic de l'asma, guia de tractament i índex pronòstic en els pacients amb MPOC. Una PBD negativa no exclou el diagnòstic d'asma.

PATRONS D'ANORMALITAT DE L'ESPIROMETRIA

■ 1). **Alteració ventilatòria de tipus obstructiu:** FEV1 < 80% i FEV1/FVC < 70%. Els fluxos mesoespiratoris estan notablement descendits. La VC i la FVC poden ser normals, però descendeixen si hi ha una malaltia greu. Aquest patró és típic dels processos que cursen amb un augment de les resistències de les vies aèries o amb pèrdua de l'elasticitat pulmonar (asma bronquial i MPOC).

■ 2). **Obstrucció de les petites vies aèries:** reducció dels fluxos mesoespiratoris. Quan el FEV1 i FVC són normals les causes més freqüents són: fumadors de cigarrets, asmàtics en remissió, fallada ventricular esquerra recent o amb infecció respiratòria aguda i persones exposades a fums, gasos irritants, etc.

■ 3). **Alteració ventilatòria restrictiva:** descens de la CPT (suma de la VC i el volum residual). FVC < 80% i FEV1 és normal o pot estar descendit, però sempre proporcionalment menys que la FVC, pel que l'índex de Tiffeneau és igual o superior al 85%.

PEAK FLOW METER

Flux aspiratori màxim (FEM) es mesura mitjançant el peak flow meter. El FEM és el major flux que s'arriba durant l'inspiració forçada, representa un índex d'obstrucció de les vies aèries i té una bona correlació amb el FEV1.

A més dels valors absoluts del FEM es pot utilitzar com a prova broncodilatadora i obtenir la variabilitat d'aquest durant el dia.

La prova broncodilatadora realitzada amb el FEM en lloc de l'espirometria exigeix valors d'augment del FEM superiors a un 35-40%
La variabilitat diària del FEM juntament amb la clínica

del pacient permet una aproximació diagnòstica a l'asma bronquial. Valors inferiors a 10% són normals. Valors superiors a 20% són molt característics d'asma i al mateix temps reflecteixen major inestabilitat de la via aèria

INDICACIONS

■ 1). **Diagnòstic d'asma:** asma induïda per exercici, tos nocturna com única manifestació de l'asma, asma ocupacional o professional, asma associada a reflux GE.

■ 2). **Valoració de la resposta al tractament:** grau d'eficàcia de la medicació a utilitzar i grau de resposta a la terapèutica que ha estat emprada.

■ 3). **Pronòstic:** el manteniment de la funció pulmonar màxima durant el dia unida a una disminució de la gravetat de la hiperreactivitat bronquial pot fer preveure un millor pronòstic.

CLASSIFICACIÓ DE LA MPOC SEGONS EL FVE1:

- 60-80%: lleu
- 40-59%: moderada
- < 40%: greu

Taula 26-9 Martín Zurro

PULSIOXIMETRIA

Mètode no invasiu per a monitoritzar la saturació arterial d'oxigen (SaO₂). La SaO₂ s'expressa com percentatge i és la relació entre l'oxihemoglobina i la quantitat d'hemoglobina total. És una bona aproximació a la saturació d'O₂ obtinguda mitjançant gasometria arterial.

Indicacions: pacient amb patologia respiratòria tant en l'atenció urgent com en la de seguiment per a prendre decisions, transport de pacients inestables per la seva situació respiratòria o hemodinàmica, seguiment de pacients amb oxigenoteràpia domiciliària, i també en pacients amb síndrome d'apnea del son on unes dessaturacions nocturnes freqüents per sota del 90% tenen una especificitat del 100%.

Limitacions: anèmia greu, moviment, llum ambiental intensa, mala perfusió perifèrica, icterícia, pigmentació de la pell, laca d'ungles, etc..

ENDOSCÒPIA

■ 1). **Endoscòpia gastrointestinal alta:** exploració directa de l'esòfag, l'estómac i el duodè. Tècnica més sensible i específica que la radiologia.

Indicacions: estudi del pacient amb disfàgia, pirosi, manifestacions atípiques de la malaltia per RGE i la

simptomatologia ulcerosa o dispèpsia. També s'usa per l'estudi d'anèmia ferropènica, en el seguiment de malalties amb potencial de malignitat i per a confirmar lesions sospitoses en la radiologia. Recerca de varices esofàgiques en pacients amb hepatopatia crònica.

■ ■ **2). Colonoscòpia:** permet observar neoplàsies benignes i malignes, inflamacions de la mucosa, ulceracions, malformacions arteriovenoses i lloc de sagnat actiu.

Indicacions: estudi de sagnat en femta, alteració de l'hàbit deposicional o cribatge del càncer colorrectal (CCR) en pacients de risc (història personal o familiar de primer grau de CCR, poliposi o colitis ulcerosa de 8-10 anys d'evolució).

■ ■ **3). Broncoscòpia:** tècnica diagnòstica i terapèutica que permet visualitzar alteracions del tracte bronquial com tumors, inflamació, estenosi. També permet biopsiar, aspirar esputs per a cultiu i estudi citològic.

Indicacions: Tos crònica o canvis en les característiques d'aquesta, hemoptisi, disfonia persistent, sospita de tuberculosi pulmonar amb radiologia normal, dispnea amb estridor i en la confirmació de lesions pulmonars detectades en radiologia de tòrax com nòduls masses, atelectasies, infiltrats persistents.

**PRINCIPIIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
i BASES METODOLÒGIQUES II**
BASES PER A LA UTILITZACIÓ RACIONAL
DELS MEDICAMENTS A L'APS.
LES PRESCRIPCIONS REPETIDES

01

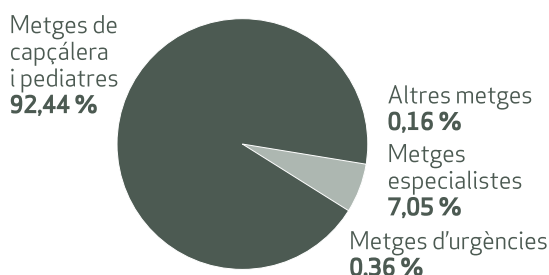
PECULIARITATS DE LA UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS EN AP

■ DESPESA FARMACÈUTICA A ESPANYA

Quantitativament, la despesa en receptes mèdiques a càrrec del CatSalut de l'any 2014 ha assolit l'import de 1.355,32 milions d'euros (8220,61 milions d'euros és el pressupost destinat a salut). Pel que fa a la despesa mitjana per recepta, ha estat de 10,08 euros.

A desembre de 2014 la utilització de genèrics s'ha situat en un 53,79% dels envasos.

Prestació farmacèutica. Receptes i aportació del CatSalut segons el tipus de prescriptor. 2014



Nombre total de receptes:
134.443.414

	Import líquid ¹ (MEUD)	%
Metges de capçalera i pediatres	1.266,57	86,78
Metges d'urgències	2,40	0,16
Metges especialistes	187,72	12,86
Altres metges	2,80	0,19
Total	1.459,48	100,00

Metges d'urgències: SOU, SEU, 061/112, PAC.

Metges especialistes: hospitals (consultes externes i altres) PADES i altres. Altres metges: receptes de metges d'empresa i metges d'empreses col·laboradores, d'altres comunitats autònomes, receptes sense imputar a cap dels altres col·lectius i receptes amb codi no identificat.

1. Aportació CatSalut: preu de venda al públic (PVP) menys el pagament de la prestació que fa la persona usuària.

Font: regions sanitàries.

En l'estudi del consum per agrupacions ATC (classificació anatòmica terapèutica i química) a Catalunya durant l'any 2014, tant en valor de preu de venda al públic (PVP) com en nombre d'envasos, s'observa que els grups ATC que generen més despesa són els de medicaments per al sistema nerviós, per al sistema cardiovascular i per al tracte alimentari i metabolisme.

El conjunt d'aquests tres grups representa més de la meitat de l'import a PVP (60,0%). Segueixen en més volum de facturació els medicaments del sistema respiratori i els agents antineoplàstics i immuno

moduladors, que en conjunt representen un 16,39% del PVP. Concretament aquests grups són els AINES i analgèsics, antihipertensius, antiulcerosos, hipolipemians, ansiolítics, els fàrmacs per a la diabetis, els antidepressius, els antitrombòtics i els diürètics.

La despesa d'absorbents d'incontinència d'orina pel CatSalut durant l'any 2014, va ser de 70,69 milions d'euros.

Els **fàrmacs més prescrits a l'ICS i a Catalunya per import** en 2014 han estat: combinacions de salmeterol i fluticasona, pregabalina, insulina glargina, atorvastatina, bromur d'ipratropi i formoterol i budesonida.

FACTORS DETERMINANTS DE L'ÚS DE MEDICAMENTS

Les diferències en el consum farmacològic entre poblacions no queden explicades tan sol per variacions en la morbiditat. S'observa que s'associen a factors relacionats amb les característiques demogràfiques i culturals dels pacients, el perfil dels professionals i l'àmbit de treball.

ELS PRINCIPALS DETERMINANTS ES PRESENTEN A CONTINUACIÓ:

Característiques de la població.

L'edat és un factor que invariablement es troba associat a un major consum, també el baix nivell socioeconòmic i un índex elevat de mortalitat estandarditzada.

Perfil del professional.

Actualment es coneix que un 20-60% de les receptes que fa el metge d'AP són repeticions de tractaments ja iniciats per altres professionals, bàsicament especialistes, o demandes directes dels pacients (prescripció induïda). Els de major edat prescriuen més i els especialistes en MFIC recepten menys i amb més qualitat.

Àmbit de treball.

Els centres rurals i els que cobreixen a una població menor estan associats a un major consum de medicaments. Els centres que disposen d'un equip de professionals a plena dedicació, més personal auxiliar, menor freqüentació i menys pacients per metge tenen un número de prescripció més reduït i de major qualitat.

PRÀCTICA CLÍNICA EN ATENCIÓ PRIMÀRIA

Existeix una marcada variabilitat en la pràctica clínica. La discrecionalitat del metge és més marcada en aquells aspectes més allunyats del nucli clínic de la decisió de prescripció (elecció d'una associació o d'un genèric), mentre que els criteris diagnòstics són els factors més importants en la selecció del grup terapèutic. Gran part de la variabilitat disminuiria si es promogué la realització de guies clíniques basades en les proves científiques, es facilités l'accés a les bases de dades bibliogràfiques i es promogué la investigació en AP.

SISTEMES DE MESURA DE L'ÚS DE MEDICAMENTS

Fàrmacoepidemiologia: aplicació dels coneixements, mètodes i raonaments de l'epidemiologia a l'estudi dels efectes (positius i negatius) i usos dels fàrmacs en grups de poblacions. La Fàrmacoepidemiologia utilitza tant estudis observacionals (EUM) com experimentals, dintre dels quals té especial importància l'estudi clínic en fase IV (fase de poscomercialització), ja que la seva principal activitat és vigilar els medicaments una vegada que es troben en el mercat. També tenen importància la farmacoeconomia o les mesures de qualitat de vida relacionades amb la salut.

ANÀLISI DE L'ÚS DE MEDICAMENTS

■ ESTUDIS D'UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS

Els objectius generals dels estudis que l'analitzen (EUM) són: la identificació dels problemes relacionats amb l'ocupació de fàrmacs, l'anàlisi d'aquests problemes, causes i possibles conseqüències, així com la proposta de solucions i l'avaluació del seu impacte. Els EUM poden ser quantitatius i qualitatius. Els primers es cataloguen com descriptius, mentre que els qualitatius poden classificar-se com analítics o d'intervenció, segons estiguin orientats a la identificació de problemes relacionats amb l'ús de medicaments o estableixin alguna mesura correctora.

Els quantitatius tenen per objectiu identificar la situació actual i l'evolució temporal de l'ocupació de medicaments en els diferents nivells estructurals del sistema sanitari i la seva comparança amb altres institucions, regions o nacions. Els qualitatius avaluen la idoneïtat de l'ocupació de fàrmacs, en general relacionant la prescripció amb els motius que la van originar.

La informació sobre el consum de medicaments prové dels diferents elements que influeixen en ella: la indústria farmacèutica, l'oficina de farmàcia, el metge, l'usuari. La generalització de la prescripció electrònica ha facilitat notablement aquests estudis per la qualitat i quantitat d'informació que aporta.

En aquest sentit, Al desembre de 2014 el 100% dels centres hospitalaris d'internament d'aguts i ASSIR, el 90% de la xarxa de salut mental i el 71% dels de la sociosanitària havien desplegat la recepta electrònica.

Les millores introduïdes el 2014 en el sistema de la recepta electrònica (SIRE) són, principalment, la incorporació de la prescripció de medicaments no finançats en el pla de medicació del pacient, la connexió del SIRE amb el Registre de pacients diagnosticats

d'hipercolesterolèmia familiar heterozigòtica, i actuacions de millora en la utilització del sistema de filtres de qualitat i seguretat en la prescripció electrònica (alertes i interaccions, la polimediació i la dispensació i prescripció inadequada), així com en el mòdul de missatgeria entre professionals. Altres fonts d'informació de prescripcions són:

■ **Registres específics.** Creats en l'àmbit de CCAA per al seguiment de determinats tractaments mitjançant un consell assessor (GH, interferó, eritropoietina i tacrina).

■ **Registres assistencials.** Les històries clíniques són valuoses per a identificar hàbits de prescripció. Permeten establir criteris qualitatius d'adequació diagnòstic-tractament.

■ **Bases de dades privades.** Intercontinental Màrqueting Services (Espanya). Procedeix d'enquestes realitzades a centres distribuïdors de medicaments, oficines de farmàcia i metges prescriptors.

■ CLASSIFICACIÓ DE MEDICAMENTS

La més coneguda i utilitzada en l'àmbit internacional és l'anatòmic-químic-terapèutica o ATC. Reuneix els medicaments en 13 grans grups, segons actuin en l'àmbit dels diferents aparells i sistemes. Cadascun d'aquests macrogrups se subdivideix en dos nivells més en funció de la seva activitat terapèutica. a Espanya les especialitats comercialitzades estan recollides en el Catàleg d'Especialitats Farmacèutiques que anualment publica el Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics.

CLASSIFICACIÓ ATC D'ESPECIALITATS FARMACÈUTIQUES:

GRUP TERAPÈUTIC	DENOMINACIÓ
A	Aparell digestiu i metabolisme
B	Sang i òrgans hematopoètics
C	Aparell cardiovascular
D	Teràpia dermatològica
G	Teràpia genitourinària, incloses hormones sexuals
H	Teràpia hormonal
J	Teràpia antiinfeciosa via sistèmica
M	Aparell locomotor
N	Sistema nerviós
P	Antiparasitaris
R	Aparell respiratori
S	Òrgans dels sentits
V	Diversos

Taula 27-2 Martín Zurro.

■ ANÀLISI QUANTITATIU DE L'ÚS DE MEDICAMENTS (P-2005:77)

Els estudis quantitius empen habitualment unitats de mesura simples com cost en euros o volum de fàrmacs dispensats, comptabilitzats en nombre de receptes o d'envasos.

■ **Dosi diària definida (DDD)**, unitat que permet la comparança de les dosis prescrites o dispensades d'un fàrmac o grup de fàrmacs. La DDD d'una substància és la dosi mitja de manteniment assumida quan s'utilitza en adults per a la seva principal indicació. No sempre coincideix amb la dosi recomanada. S'expressa en forma de pes de substància activa.

■ **Dosi habitant dia (DHD)**: DDD/1.000 habitants/dia, unitat que permet una aproximació a la prevalença de consum o el grau d'exposició a fàrmacs en una comunitat. És a dir, DDD consumides en una àrea geogràfica, o número de pacients tractats diàriament amb un fàrmac determinat (sempre que es tracti de tractaments crònics). Permet no només comparar àmbits distints sinó també observar l'evolució en el temps d'un mateix territori. Assenyalava aproximadament la prevalença de patologies cròniques sempre que existeixi un elevat compliment.

La DMA, despesa màxima assumible, és l'assignació pressupostària de farmàcia que fa el CatSalut i consta de tres factors: un factor capitiatiu, un factor modulador i un factor d'ajustament.

■ ANÀLISI QUALITATIVA DE L'ÚS DE MEDICAMENTS

Mitjançant les anàlisis descriptives de la **qualitat de la prescripció** es realitza una aproximació a l'adequació del diagnòstic de cada tractament indicat i de l'èxit o fracàs de cada fàrmac prescrit. Es considera una prescripció de qualitat la que es realitza quan es tracten els problemes de salut amb les mesures farmacològiques i/o no farmacològiques que estan avalades per la millor evidència científica possible.

■ INDICADORS INDIRECTES PER AVALUAR LA QUALITAT DE LA PRESCRIPCIÓ

■ **Valor farmacològic intrínsec o valor terapèutic potencial (VFI)**. Concepte més emprat com mesura de la qualitat de la prescripció. El VFI d'una especialitat terapèutica s'estableix segons l'existència o no d'estudis clínics controlats o bibliografia internacional (evidència científica) que documenti l'eficàcia del seu principi actiu.

■ **Indicadors de sobre o infraprescripció**. És interessant desenvolupar estàndards de consums poblacionals dels grups terapèutics més importants per a descartar problemes de sobre o infractament. Es calcula en DHD (dosi per habitant i dia).

■ **Indicadors "d'ús relatiu"**. Proporcionen informació sobre la proporció relativa que s'empen els diferents grups de medicaments que comparteixen una indicació comuna.

■ **Estàndards de qualitat (EQPF)**. Descriuen el patró

d'ús de medicaments que es genera en l'àmbit de l'AP, quan s'utilitza l'opció terapèutica amb més evidència. Faciliten la comparació entre professionals i el seu seguiment.

■ ANÀLISI DEL RESULTAT DELS PROCEDIMENTS FARMACOTERAPÈUTICS

La qualitat de la teràpia farmacològica ha de mesurar-se en funció de resultats clínics, aspectes econòmics i humans.

■ Els **resultats clínics** se centren en la determinació de l'eficàcia i el perfil de seguretat dels medicaments.

■ Els **resultats econòmics** els mesura la farmacoeconomia. Es defineix com la determinació de l'eficiència d'un tractament farmacològic i la seva comparança amb la d'altres opcions, amb la finalitat d'identificar aquella que tingui la relació cost/eficàcia més favorable. Constitueix un element imprescindible en el procés de selecció de medicaments.

■ Els **resultats humans** inclouen la mesura de l'impacte de diferents tractaments sobre la qualitat de la vida del pacient. Existeixen mesures específiques com les denominades de qualitat de vida relacionades amb la salut que són més apropiades per a avaluar el resultat de l'atenció sanitària ja que valoren aquells aspectes de la vida del pacient específicament lligats al seu benestar físic i mental.

■ Assajos clínics

Es considera assaig clínic a tota avaluació experimental d'una substància o medicament, a través de la seva aplicació a éssers humans, orientada cap a alguns de les següents fins:

■ **1)**. Posar de manifest els seus efectes farmacodinàmics o recollir dades referents a la seva absorció, distribució, metabolisme i excreció en l'organisme humà.

■ **2)**. Establir la seva eficàcia per a una indicació terapèutica, profilàctica o diagnòstica determinada.

■ **3)**. Conèixer el perfil de les seves reaccions adverses i establir la seva seguretat.

■ ES CLASSIFIQUEN D'ACORD AMB ELS OBJECTIUS PERSEGUITS:

Fase I

Constitueix el primer pas en la investigació d'un nou medicament en humans. Són estudis de farmacocinètica i farmacodinàmica que proporcionen informació preliminar sobre l'efecte i la seguretat del producte en subjectes sans o en alguns casos en pacients, i orienten la pauta d'administració per a assajos posteriors.

Fase II

Es realitzen en pacients que pateixen la malaltia o entitat clínica d'interès i persegueixen l'objectiu de proporcionar informació preliminar sobre l'eficàcia del producte, establir la relació dosi-resposta del mateix, conèixer les variables emprades per a amidar eficàcia i ampliar les dades de seguretat obtinguts en la fase I.

Fase III

Destinats a avaluar l'eficàcia i seguretat del tractament experimental intentant reproduir les condicions d'ús habitual i considerant les alternatives terapèutiques disponibles, es realitzen en una mostra més àmplia i representativa de pacients que en la fase anterior. Són preferentment controlats i aleatoritzats.

Fase IV

Són els realitzats amb un medicament després de la seva comercialització. Són preferentment controlats i aleatoritzats.

Taula 27-4 Martín Zurro.

Classificació dels AC en funció del nombre de centres participants: unicèntric o multicèntric; en funció de la metodologia: controlat i no controlat; i en funció del grau de camuflament: obert (no cec), simple cec (el pacient desconeix el grup al que pertany), doble cec i avaluació cega per tercers.

L'AC controlat i aleatoritzat és el millor mètode per a avaluar l'eficàcia d'un fàrmac, així com per a determinar el seu avantatge enfront d'altra alternativa terapèutica. En AP es realitzen fonamentalment AC en fase IV. El seu interès radica a valorar l'efectivitat real d'un tractament en subgrups de població no inclosos en els estudis precomercialització, davant noves indicacions o durant períodes de temps més llarg.

■ ESTUDIS DE FARMACOVIGILÀNCIA (FCVG)

L'aprovació d'un nou fàrmac indica únicament que

ha demostrat una eficàcia suficient i un perfil de reaccions adverses acceptable. Després de completar les fases I, II, III d'AC només s'han pogut detectar les reaccions adverses a medicaments (RAM) més freqüents denominades tipus A i lligades a les seves característiques farmacològiques. Les de tipus B que estan vinculades a un mecanisme de vulnerabilitat individual o idiosincràsia i que solen ser de major gravetat, encara que de menor freqüència, només poden descobrir-se en grans exposicions poblacionals al fàrmac properes a les condicions reals d'utilització. La FCVG té per objecte identificar i estudiar les sospites de RAM prèviament desconegudes, quantificar i valorar el risc de RAM conegudes i conèixer els efectes produïts per l'ús agut i crònic dels tractaments farmacològics en el conjunt de la població o en subgrups de pacients exposats a tractaments específics.

MÈTODES DE DETECCIÓ DE REACCIONS ADVERSES A MEDICAMENTS.

Els Centres i els Professionals Sanitaris són els destinataris, en particular, de les obligacions que s'estableixen a l'article 99 de la Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat i pels Reials Decrets 1616/2009, de 26 de octubre, pel que fa a la comunicació d'incidents adversos causats per productes sanitaris quan en puguí derivar un perill per a la vida o la salut dels pacients, dels usuaris o de terceres persones. Els incidents relacionats amb productes sanitaris s'han de comunicar pel professional sanitari al punt de vigilància de productes sanitaris de la seva Comunitat Autònoma per correu electrònic, fax o correu postal, així com per via telemàtica a través de les pàgines web quan estigui disponible aquesta via. Les comunicacions d'incidents rebudes en els punts de vigilància de productes sanitaris de les comunitats autònomes es remeten a l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS), encarregada de la gestió de la valoració de la repercussió dels fets i la disposició ràpida de les mesures correctores pertinents. A Catalunya la unitat es troba a: Departament de Salut, Subdirecció General d'Ordenació i Qualitat Sanitàries i Farmacèutiques, Servei de Control Farmacèutic i Productes Sanitaris. Direcció: Travessera de les Corts, 131-159 (Pavelló Ave Maria). 08028. Barcelona. Telèfon: 935566162. Fax: 932272900. E-mail: controlfarmaceutic.salut@gencat.cat. També es pot fer la notificació directament a l'AEMPS.

L'AEMPS també posa a disposició dels ciutadans

TIPUS DE ANÀLISI FARMACOECONÒMICS (P-1999:94) (P-1997:6)

TIPUS D'ANÀLISI	MESURA DELS COSTOS	MESURA DELS EFECTES
Cost-benefici	Unitats monetàries	Unitats monetàries (P-99)
Cost-efectivitat	Unitats monetàries	Unitats clíniques habituals
Cost-utilitat	Unitats monetàries	Quantitat i qualitat de vida (P-97)
Minimització de costos	Unitats monetàries	Efectes equivalents

Taula 27-5 Martín Zurro.

un formulari electrònic mitjançant el qual poden notificar al Sistema Espanyol de Farmacovigilància les sospites de reaccions adverses a medicaments (també anomenats efectes adversos o secundaris).
<https://www.notificaRAM.es>

Entre els sistemes de recollida massiva de dades destaca el programa Modified Prescription Event Monitoring (M-PEM), està dedicat al monitoratge de la seguretat dels fàrmacs durant els primers anys de la seva etapa postcomercialització

■ ESTUDIS FARMACOECONÒMICS

Els efectes de distintes opcions terapèutiques a comparar es mesuren mitjançant els resultats dels estudis clínics. Els costos s'estimen incloent a tots els que afecten el tractament, classificant-los en: **directes, indirectes i intangibles**.

■ ■ **Els directes** són aquells relacionats amb el tractament i que interessen al proveïdor de serveis sanitaris. Són els del fàrmac i els de tot el conjunt de serveis socials i sanitaris que envolta a la prescripció, incloent l'enfocament global d'un fracàs terapèutic, i la resolució de possibles efectes adversos.

■ ■ **Els indirectes** deriven de la pèrdua de productivitat i interessen especialment a les empreses.

■ ■ **Finalment, els intangibles** són els relacionats amb el dolor o el sofriment dels pacients. La seva dificultat de quantificació fa que generalment s'exclouin de l'anàlisi.

03

MESURES DE QUALITAT DE VIDA RELACIONADES AMB LA SALUT

La mesura de qualitat de vida relacionada amb la salut (CVRS) és un concepte multifactorial que representa, des de la perspectiva del pacient, el punt final on convergeixen totes les influències tant socials com psicològiques i fisiològiques del procés terapèutic o farmacoterapèutic. Comencen a considerar-se com el millor indicador per a valorar l'impacte de la farmacoteràpia sobre una malaltia específica, igual que fins ara ho han estat les determinacions de l'eficàcia clínica o de la seguretat dels medicaments. Existeixen instruments **genèrics o específics**.

■ Dintre dels **genèrics**, existeixen dos enfocaments distints que permeten una aproximació a la salut percebuda pels individus d'una manera estandarditzada i multidimensional:

■ ■ **a).** Els perfils de salut que són qüestionaris que mesuren com a mínim les dimensions física, mental i social de la CVRS.

■ ■ **b).** Les mesures d'utilitat que són índexs que es basen en les preferències o utilitats que els individus assignen a diferents estats de salut.

■ Existeixen també instruments **específics** orientats a la determinació d'aspectes de l'estat de salut lligats a una àrea de particular interès o a una patologia concreta per a així poder detectar petits canvis clínicament significatius.

04

MILLORA DE LA UTILITZACIÓ DE MEDICAMENTS

■ Les mesures racionalitzadores usades han estat:

■ ■ Monitorització i anàlisi de perfils de prescripció, bàsicament destinats a identificar bosses d'ineficiència importants.

■ ■ Incentivació econòmica als professionals. A Catalunya l'aplicació d'incentius lligats a l'estàndard de qualitat i al seguiment dels preus de referència (Direcció

per Objectius-DPO) està donant resultats positius quant a la contenció de la despesa.

■ ■ Reducció de marges aplicada a distribuïdors majoristes i minoristes (oficines de farmàcia), limitació de la proporció de benefici de la indústria, la reducció de l'oferta i fonamentalment el copagament dels pacients. Existeix consens en aplicar mesures de control del cost de l'oferta i del de la demanda, combinades en un enfocament multifactorial, per a millorar l'ús dels medicaments.

CONTRIBUCIÓ DE L'ADMINISTRACIÓ SANITÀRIA

En tots els estats europeus, com a Espanya, la Direcció General de Farmàcia i de Productes Sanitaris es responsabilitza del registre de nous fàrmacs, assumeix la responsabilitat d'establir la política de preus dels medicaments. El finançament públic de medicaments està sotmès al sistema de preus de referència. Els preus de referència dels medicaments són el preu màxim que paga la sanitat pública per les especialitats farmacèutiques i es renoen anualment.

Les agrupacions homogènies de medicament són conjunts de fàrmacs amb igual principi actiu i mateixa via d'administració i consten de medicaments de marca i obligatòriament de com a mínim un genèric o bé d'un biosimilar. Els fàrmacs s'inclouen en aquests conjunts quan entren en la prestació farmacèutica del Sistema Nacional de Salut, i cada conjunt té un preu de referència.

Els fàrmacs que després de 10 anys continuen en el mercat però no tenen genèric també entren en el sistema de preus de referència i podrien formar part d'una agrupació homogènia. Es diuen genèrics (EFG) als fàrmacs denominats igual que el principi actiu de què estan compostos i la comercialització dels quals es produeix quan ha finalitzat la protecció de la patent. Aquest període és de 6 anys a Europa i de 10 anys a Espanya

El farmacèutic ha de donar sempre el fàrmac més barat del grup homogeni i, en cas d'igualtat, donarà un genèric. Es dona fàrmac no genèric quan es respecti el principi de major eficiència pel sistema. En les agrupacions homogènies, s'aplica el preu de la presentació més barata, i aquesta actualització es fa cada 3 mesos (Real Decret 177/2014).

CONTRIBUCIÓ DEL PROFESSIONAL SANITARI

■ INNOVACIÓ TERAPÈUTICA

La innovació terapèutica en l'àmbit de l'AP, entesa com a aportacions d'elevada qualitat orientades a proporcionar eines de tractament per a patologies sense alternativa farmacològica, o a incrementar els avantatges reals de les existents, és baixa.

El procés pel qual un metge adopta un nou medicament té dues fases, la de coneixement i la de legitimació del producte. En la primera ocupen un paper clau els visitadors mèdics ja que solen ser la principal font d'informació sobre les novetats terapèutiques. En la legitimació, pesa especialment l'opinió dels especialistes hospitalaris. Els metges superen ambdues fases a diferents ritmes, classificant-se en adaptadors ràpids o innovadors i en adaptadors tardans els més refractaris a la novetat.

Entre les característiques farmacològiques que més afavoreixen l'adopció d'una especialitat nova està la percepció del risc. S'adopten més fàcilment els medicaments que provenen de modificacions de fàrmacs ja existents perquè es consideren més segurs.

■ ESTRATÈGIES PER A MILLORAR LA PRESCRIPCIÓ

Les activitats amb millors resultats són les que utilitzen recordatoris (manuals o informàtics), la formació individualitzada i les intervencions que involucren a pacients. Les millors intervencions, les quals incideixen més sobre la pràctica professional i el seu resultat, són les basades en la consulta (facilitadores o educació sanitària de pacients), mètodes reforzadors (feedback o

TÈCNiques PER A INFLUIR SOBRE ELS HÀBITS DE PRESCRIPCIÓ (P-2002:92)

MESURA	EFICÀCIA
Mesures educatives ➔ Difusió de material escrit ➔ Lliçó magistral ➔ Educació en petits grups ➔ Educació cara a cara ➔ Guies clíniques i formularis	- - + + +
Control de l'actuació ➔ Feedback de la informació sol o acompanyat d'intervencions educatives en ocasions de tipus participatiu ➔ Recordatoris ➔ Barreres - Restricció de l'àmbit de la prescripció - Requeriment de consulta - Variacions del *tiquet moderador - Retirada del formulari - Limitació en el nombre de prescripcions cobertes	+ + +/-
Pressió dels companys ➔ Auto-auditors ➔ Protocols/guies clíniques ➔ Formularis	+ + +
Incentius	?
Mesures coercitives	?

recordatoris), a més de les estratègies de disseminació i motivació.

■ FORMACIÓ

□ ■ **Difusió de material escrit.** Té escassa o poca influència sobre els hàbits de prescripció, especialment si no va acompanyada d'altra intervenció.

□ ■ **Educació grupal.** No demostrat cap mètode educatiu grupal que sigui efectiu aplicat de forma aïllada. Els líders d'opinió tenen una gran capacitat d'influència. Els cursos que inclouen discussions de grup o role-playing són més efectius ja que reforcen les pressions del grup en el canvi d'hàbits.

□ ■ **Cara a cara.** El mètode basat en entrevistes curtes realitzades per consellers especialment entrenats, és el sistema educatiu més efectiu per a millorar la qualitat de la prescripció. És més efectiu si es completa de material escrit, d'intervencions periòdiques de recordatori i si es dirigeix especialment als grans prescriptors.

Guies clíniques i formularis. Les guies que es desenvolupen i s'introdueixen en l'àmbit de l'equip d'AP, són molt més efectives que les quals es dicten en l'Estat i es disseminen a partir de publicacions científiques.

■ GUIES DE PRÀCTICA CLÍNICA I FORMULARIS

Tant les GPC com els formularis de medicaments es consideren importants eines de millora de la pràctica assistencial. Estan avalades per la major evidència científica disponible. Actualment es disposen de formularis de valor que prioritzen un petit nombre de principis actius segons una combinació de criteris (eficàcia, seguretat, experiència d'ús, comoditat terapèutica i cost) i de les seves pròpies GPC.

■ CONTROL DE L'ACTUACIÓ

□ ■ **Retroalimentació de la informació.** Mecanismes basats a retornar als prescriptors la informació sobre les receptes que han realitzat poden modificar la pràctica clínica, generant una reducció dels costos, incrementant la proporció de prescripció de fàrmacs genèrics, millorant la selecció d'antibiòtics o augmentant l'índex de fàrmacs inclosos en un formulari. No obstant això, el feedback de la informació es considera una condició necessària, però no suficient, per a arribar a una prescripció de qualitat. El mètode de la retroalimentació únicament té efectes positius si forma part d'una estratègia global en la que els metges estan d'acord en revisar la seva activitat professional i si la informació es retorna immediatament després de realitzar la decisió clínica. El seu efecte positiu, quan existeix, s'esgota amb el temps.

□ ■ **Recordatoris.** S'utilitzen ordres terapèutiques estructurades acompanyades de missatges educatius per a ajudar a decidir la terapèutica més apropiada sense restringir les opcions clíniques. En aquest sentit les eines informàtiques són transcendents.

■ BARRERES

Restringir el finançament de determinats fàrmacs, limitar la possibilitat de prescripció d'alguns medicaments únicament a metges especialistes, sol·licitar la valoració augmentar el tiquet moderador, o limitar el nombre de prescripcions per pacient i mes.

Les accions restrictives sobre els pacients incrementen les desigualtats ja que perjudiquen als més febles de la societat.

L'eliminació del formulari dels medicaments considerats d'escassa eficàcia comporta el denominat "efecte de substitució" que, sovint, és a costa de fàrmacs més cars o més efectius i, conseqüentment, amb majors efectes adversos.

■ PRESSIÓ DELS COMPANYS

La majoria dels professionals són molt sensibles a les valoracions dels seus companys, especialment quan aquests són capdavaners d'opinió. Aquest sol ser el motor fonamental del canvi en l'àmbit sanitari.

■ INCENTIUS

Els incentius econòmics influeixen directament sobre l'activitat, però rarament aconsegueixen augmentar la qualitat sanitària de l'acció proposada.

CONTRIBUCIÓ DEL PACIENT

En APS, més que en l'hospital, la implicació activa del pacient és imprescindible per a arribar a un resultat terapèutic adequat. Aquesta contribució es denomina compliment, adherència o cooperació. Indica el grau en que la conducta del pacient, en termes d'ingesta de medicaments, seguiment de dietes o canvis d'estil de vida coincideix amb la prescripció clínica.

(Veure tema 8 de Principis d'Atenció Primària i Bases Metodològiques I)

■ ESTRATÈGIES PER MILLORAR EL COMPLIMENT

Les estratègies passen per educar al pacient sobre la seva malaltia i el seu tractament, simplificar els règims terapèutics, utilitzar fàrmacs que requereixin poques dosis diàries, implicar als cuidadors i familiars i usar ajudes per al compliment, com recordatoris de pastilles, inhaladors o gotes.

□ ■ **Creences sobre la salut.** La bidireccionalitat en la comunicació durant l'entrevista clínica té un gran valor per a aconseguir una adherència a les recomanacions. És important que el sanitari conegui les creences del pacient sobre la malaltia o el risc a tractar.

□ ■ **Preferències del pacient.** L'adherència disminueix quan la terapèutica és complexa, llarga, molesta, cara o comporta una modificació de l'estil de vida i millora quan s'ajusta als desitjos del pacient. El malalt valora més una reducció en la freqüència de les preses que en el nombre de fàrmacs que ha de prendre en cadascuna d'elles. Les visites de seguiment del procés crònic també augmenten l'adherència.

■ ■ **Experiència amb tractaments anteriors.** Atès que pocs pacients entenen la naturalesa probabilística dels tractaments, la tendència a la curació espontània en molts processos reforça la conducta negativa dels incomplidors.

■ ■ **Coneixements del pacient.** Hi ha escassa relació entre els coneixements sobre la malaltia i el seu tractament, i l'observança terapèutica. No obstant això, és imprescindible que el pacient disposi de la informació necessària per a poder conèixer i comprendre les recomanacions.

■ ■ **Suport social.** La família pot contribuir al compliment, recordant al pacient les cures que deu seguir. Els grups d'ajuda mútua o les associacions de pacients també són un instrument vàlid per a augmentar l'acceptació del problema i contribuir al seu tractament.

■ ÈTICA DEL COMPLIMENT

Donats els dubtes raonables que existeixen sobre l'efectivitat de molts dels tractaments, la pobre efectivitat a llarg termini de les intervencions destinades a millorar el compliment, deuen considerar-se amb molta cautela els esforços que s'inverteixen per a intentar corregir el denominat incompliment. D'altra banda, la no observança de les recomanacions sanitàries no eximeix al professional de les seves responsabilitats amb el pacient quan aquest acudeix de nou per a seguir el control evolutiu de la seva malaltia.

■ PRESCRIPCIONS REPETIDES

La sistematització de la repetició de les receptes de tractaments continuats és un camp que permet la racionalització de les prescripcions. La col·laboració entre metges, infermeria i personal administratiu i poden produir efectes beneficiosos quant a la gestió de la prescripció i agilització de les consultes i del procés assistencial.

La revisió de les prescripcions repetides obtenen resultats de millora de la prescripció global.

L'actuació en els sistemes de prescripcions repetides pot ser utilitzada per a: adequar fàrmacs revisant periòdicament les prescripcions, utilització de fàrmacs genèrics i adequació de tractaments a patologies.

APORTACIÓ DELS CIUTADANS

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. El Capítulo IV del real decreto-ley incorpora determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica: precios de los medicamentos financiados y sistema de aportación por parte del usuario, entre otros.

■ Artículo 85 bis. Sistemas de información para apoyo

a la prescripción. De este artículo podemos destacar los siguientes puntos:

■ ■ **1).** Los órganos competentes de las comunidades autónomas dotarán a sus prescriptores de un sistema de prescripción electrónica común e interoperable en el que se incorporarán subsistemas de apoyo a la prescripción, tales como: – Nomenclátor de medicamentos en línea. – Correspondencia entre principios activos, medicamentos disponibles y patologías en las que están indicados. – Protocolos de tratamiento por patología recomendados desde las instituciones sanitarias y las sociedades médicas, con indicación de los estándares de elección y los beneficios esperados. – Coste del tratamiento prescrito y alternativas de elección terapéutica según criterios de eficiencia. – Base de datos de interacciones– Base de datos de ensayos clínicos en su provincia o comunidad autónoma. – Información periódica en línea (autorización y retirada de medicamentos y productos sanitarios, alertas y comunicaciones de interés para la protección de la salud pública). – Difusión de noticias sobre medicamentos que, sin ser alertas en sentido estricto, contribuyan a mejorar el nivel de salud de la población.

■ ■ **2).** Los sistemas de apoyo a la prescripción recogerán la información correspondiente a los precios seleccionados vía aportación reducida, de modo que el médico pueda tomar en consideración el impacto económico durante la prescripción de medicamentos y productos sanitarios.

■ Artículo 93. Sistema de precios de referencia:

La financiación pública de medicamentos estará sometida al sistema de precios de referencia. El precio de referencia será la **cuantía máxima** con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos, siempre que se prescriban y dispensen **con cargo a fondos públicos**.

■ Artículo 94 bis. Aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria. En el que se explica:

La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

■ ■ **a). Un 60 %** del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea **igual o superior a 100.000 euros** consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

■ ■ **b). Un 50 %** del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a **18.000 euros e inferior a 100.000 euros** consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

■ ■ **c). Un 40 %** para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

■ ■ **c). Un 10 % del PVP** para las personas que ostenten la condición de asegurado como **pensionistas** de la Seguridad Social, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

Topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

■ **a).** Para **pensionistas con renta inferior a 18.000**, hasta un límite máximo de aportación mensual de 8 euros.

■ **a).** **Pensionistas** con renta igual o superior a **18.000 euros e inferior a 100.000** el límite máximo de aportación **mensual es de 18 euros**.

■ **a).** **Pensionista** cuya renta sea **superior a 100.000** euros hasta un límite máximo de aportación mensual de 60 euros.

■ **Exentos de aportación**, los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

■ **a).** Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad.

■ **b).** Personas perceptoras de rentas de integración social.

■ **c).** Persona perceptoras de pensiones no contributivas.

■ **d).** Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

■ **e).** Los tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

■ El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de **Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30 %**.

■ Se añade un nuevo artículo 94 ter: **«Artículo 94 ter. Protección de datos personales.** Para tratar los datos de las entidades de la Seguridad Social y otras entidades que colaboran con las mismas que resulten imprescindibles para determinar la cuantía de la aportación de los beneficiarios en la prestación farmacéutica.

