



UNIVERSITAT DE BARCELONA



**Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica  
Facultat de Farmàcia**

**ESTUDI DE LA PRESCRIPCIÓ DE  
MEDICAMENTS EN ELS  
DISPOSITIUS D'ATENCIÓ A LA  
PATOLOGIA URGENT**

**Memòria presentada per optar  
al títol de Doctor en Farmàcia**

**Roser Vallès i Fernández**

**Barcelona, juny de 2004**



**Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica  
Facultat de Farmàcia**

**ESTUDI DE LA PRESCRIPCIÓ DE  
MEDICAMENTS EN ELS  
DISPOSITIUS D'ATENCIÓ A LA  
PATOLOGIA URGENT**

Roser Vallès i Fernández

**Directors:**

Dr. Eduardo L. Mariño i Hernández

Dr. Anisi Morón i Besolí

Memòria presentada per optar al títol de Doctor en Farmàcia

Dr. Eduardo L. Mariño i Hernández, Catedràtic de l'Àrea de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica en el Departament de Farmàcia i Tecnologia Farmacèutica, Facultat de Farmàcia i Universitat de Barcelona.

Dr. Anisi Morón i Besolí, Adjunt del Servei de Farmàcia de la Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell,

FAN CONSTAR Que la Memòria titulada “**Estudi de la prescripció de medicaments en els dispositius d’atenció a la patologia urgent**”, elaborada per la Llicenciada en Farmàcia na Roser Vallès i Fernández per optar al títol de Doctor en Farmàcia, ha estat realitzada sota la seva direcció i , un cop acabada, autoritzen la seva presentació per tal que pugui ser jutjada pel tribunal corresponent.

Barcelona, juny de 2004

Dr. Eduardo L. Mariño i Hernández

Dr. Anisi Morón i Besolí

Estudi becat pel Col·legi de Farmacèutics de la província de Barcelona (convocatòria 1999-2000).

Estudi becat per la Fundació Jordi Gol i Gurina (convocatòria 2002).

Primer premi com a comunicació oral amb el títol “¿Comprende el paciente el tratamiento prescrito en urgencias?”, en el VI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, 2001.

## AGRAÏMENTS

Tant des del punt de vista acadèmic com humà vull agrair la participació i col·laboració de tot un equip de persones que amb el seu esforç i bona voluntat del dia a dia han permès la realització d'aquest treball, especialment a tot el personal que treballa en els servei d'urgències de l'atenció primària de l'Institut Català de la Salut (ICS) de Badia del Vallès, Castellar del Vallès, Cerdanyola-Ripollet, Sabadell, Santa Perpètua de la Mogoda i en el servei d'urgències de la Corporació Sanitària Parc Taulí. Gràcies per tenir cura de tots nosaltres. Aquest treball és un homenatge a la vostra feina.

Agrair també la imprescindible col·laboració i els savis consells dels meus directors de tesi, Anisi Morón i Eduardo L. Mariño.

Moltes gràcies, Jordi Real, per la teva participació en l'anàlisi estadística de les dades (sense tu l'estadística i jo hauríem acabat malament).

També gràcies a Àlícia Franzi, Esperanza Montes, Marta Gorchs, Rafael López i Àngels Santemasses per facilitar-me les coses per poder iniciar aquest treball.

Així mateix, vull agrair el suport que he tingut per part dels "jefes" per dur a terme aquest estudi. Gràcies a Montserrat García, a Lola March, a Andreu Martín, a Consol Heras, a Miquel Casadevall, a Eduard Abelló, a Arantxa Catalán i especialment a Fernando Marín (espero no haver-me'n deixat cap!).

Moltes gràcies a Sebastià Juncosa i Montse Balagué per la vostra orientació en el disseny d'aquest treball.

Gràcies a Pep Boldú i a la teva empresa, Boldú Comunicació, per la vostra creativitat i bon fer a l'hora de dissenyar els pòsters i els fulls informatius.

Gràcies a Juan Parreño per la teva ajuda tècnica en les revisions ortogràfiques i per donar un estil adequat a la redacció de l'estudi (he après molt!) .

També ha estat bàsic l'eficient servei que ofereix tot l'equip de persones que treballen en la biblioteca de l'ICS, i agraeixo especialment l'ajuda de Miren Fernández.

Gràcies a Maite Carné i també a tots els informàtics del SAP Osona i del SAP Cerdanyola-Ripollet per la vostra paciència en ajudar-me a augmentar els meus coneixements informàtics.

Gràcies a tots els meus educadors i els companys professionals de la Cl. Olivè-Gumà, Hospital de Bellvitge, Hospital Parc Taulí, Hospital General de Catalunya, Cl. del Remei, SAP Osona i SAP Cerdanyola-Ripollet que amb les vostres ensenyances m'heu permès arribar a on estic ara. Especialment, a tot l'equip humà del Servei de Farmàcia del Parc Taulí i sobretot a tu, M<sup>a</sup> Carmen Frías, per tot el teu suport durant aquests tres anys que vaig tenir la sort de tenir-te de tutora i a M<sup>a</sup> Carmen Solera, la meva apreciada “ R gran”.

I gràcies a M<sup>a</sup> Rosa Vidal i Silvia Santoyo pels vostres ànims en les etapes inicials. I a Isabel Llagostera, a Isabel Vallvé, a Teresa Masat i a tota “la peixera” del CAP II Osona, moltes gràcies pel vostre interès en tot plegat i per la vostra amistat (us enyoro molt!).

També vull agrair moltíssim el vostre suport moral, companys actuals de feina (i també d'alguna que altra “juerga”) de Cerdanyola, en la recta final d'aquesta particular “Sagrada Família”.

Gràcies a la meva família i als meus amics i amigues pel vostre suport i per la paciència que heu tingut durant tot el temps d'elaboració d'aquest treball (sobretot quan deia: “No puc perquè estic amb la tesi...”). Esteu dins el meu cor.

Finalment gràcies al Col·legi de Farmacèutics de la província de Barcelona, la Fundació Jordi Gol i Gurina i a la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Barcelona per creure en aquest projecte.



*“I el que compta és l’esforç de cada dia,  
compartit tenaçment amb els que creuen  
que cada gest eixampla esperança,  
que cada dia no es perd per als que lluiten”*

Miquel Martí i Pol (1929-2003)

Als meus pares.  
Al Gerard i a la Gemma.  
A tota la gent que estimo.



## ÍNDEX

	Pàgina
<b>Capítol I. Introducció</b> .....	3
<b>I. a. - Els serveis d'urgència: història i situació actual</b> .....	3
<b>I. b. - La prescripció farmacèutica en els serveis d'urgència</b> .....	9
I. b. 1. - Quins són els fàrmacs que es prescriuen? .....	12
I. b. 2. - La qualitat de la prescripció en els SUM .....	13
<b>I. c. - La importància de la informació: l'adhesió al tractament farmacològic</b> .....	17
I. c. 1. - L'adhesió terapèutica .....	17
I. c. 2. - La comunicació metge-pacient: com podem millorar-la? .....	20
<b>Capítol II. Justificació</b> .....	28
<b>Capítol III. Hipòtesi i objectius</b> .....	31
<b>III. a. - Primera fase</b> .....	31
<b>III. b. - Segona fase</b> .....	32
<b>Capítol IV. Metodologia</b> .....	35
<b>IV. a. - Tipus d'estudi</b> .....	35
IV. a. 1. - Primera fase .....	35
IV. a. 2. - Segona fase .....	35
<b>IV. b. - Àmbit de l'estudi</b> .....	36
IV. b. 1. - Primera fase .....	37
IV. b. 2. - Segona fase .....	37
<b>IV. c. - Variables de mesura</b> .....	38
IV. c. 1. - Variables principals .....	38
IV. c. 2. - Variables secundàries .....	41
<b>IV. d. - Període de l'estudi</b> .....	44
IV. d. 1. - Primera fase .....	44
IV. d. 2. - Segona fase .....	44
<b>IV. e. - Procediment</b> .....	44
IV. e. 1. - Primera fase .....	44
IV. e. 2. - Segona fase .....	46
<b>IV. f. - Càlcul de la mostra</b> .....	48
IV. f. 1. - Primera fase .....	48
IV. f. 2. - Segona fase .....	48
<b>IV. g. - Selecció de centres</b> .....	49
<b>IV. h. - Selecció de pacients</b> .....	49
<b>IV. i. - Processament i anàlisi de les dades</b> .....	50
<b>IV. j. - Limitacions metodològiques de l'estudi</b> .....	51
<b>Capítol V. Resultats</b> .....	55
<b>V. a. - Primera fase</b> .....	55

V. a. 1. - Coneixement que té el metge de les al·lèrgies del pacient a medicaments i de la medicació concomitant que aquest està prenent en el moment d'acudir a urgències .....	57
V. a. 2. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit .....	61
V. a. 3. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta .....	63
V. a. 4. - Adequació de la posologia .....	66
V. a. 5. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM .....	67
V. a. 6. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM .....	68
V. a. 7. - Adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH de la CSPT ..	69
<b>V. b. - Segona fase</b> .....	71
V. b. 1. - Coneixement que té el metge de les al·lèrgies del pacient a medicaments i de la medicació concomitant que aquest està prenent en el moment d'acudir a urgències .....	74
V. b. 2. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit .....	81
V. b. 3. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta .....	85
V. b. 4. - Adequació de la posologia .....	89
V. b. 5. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM .....	90
V. b. 6. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM .....	92
<b>Capítol VI. Discussió</b> .....	94
<b>VI. a. - Limitacions</b> .....	95
<b>VI. b. - Coneixement que té el metge sobre l'historial farmacològic del pacient</b> ...	100
<b>VI. c. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit</b> .....	105
<b>VI. d. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta</b> .....	109
<b>VI. e. - Adequació de la posologia</b> .....	112
<b>VI. f. - Valoració de l'eficàcia de les intervencions</b> .....	114
<b>VI. g. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM</b> .....	116
<b>VI. h. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM</b> .....	117
<b>VI. i. - Adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH de la CSPT</b> .....	118
<b>Capítol VII. Conclusions</b> .....	121
<b>Capítol VIII. Bibliografia</b> .....	124
<b>Annexos</b> .....	143
<b>Abreviatures</b> .....	148

## CAPÍTOL I. INTRODUCCIÓ

### I. a. - Els serveis d'urgència: història i situació actual

El document de consens realitzat pel Grup de Treball Interterritorial d'Urgències Mèdiques Extrahospitalàries (Bermejo i col·l., 1994) va definir com a:

- **urgència mèdica subjectiva** tota alteració de l'estat de salut d'una persona que provoqui la sol·licitud d'una resposta ràpida al sistema sanitari (l'anàlisi d'aquesta sol·licitud és el que portarà a la classificació de la situació com a "no urgència" o "urgència objectiva"),
- **servei d'urgències mèdiques (SUM)** el conjunt de recursos materials i humans que tinguin com a finalitat primordial la recepció de les sol·licituds d'urgència subjectiva, la seva anàlisi i classificació com a no urgència o urgència objectiva i la resolució, mitjançant els dispositius adequats, de les situacions d'urgència no vital i vital.

Idealment, aquest mateix document considera que tot SUM, entre altres coses, hauria:

- d'estar integrat en un pla d'urgències mèdiques local, d'àrea o regional,
- de tenir una xarxa de comunicacions interactives,
- de comptar amb un centre amb autoritat funcional delegada per les autoritats sanitàries per coordinar les actuacions en l'atenció a les urgències mèdiques (centre de coordinació d'urgències). Aquest centre hauria de tenir com a característica òptima de funcionament, entre d'altres, l'autoritat per a la coordinació dels recursos extrahospitalaris i hospitalaris públics del seu àmbit territorial, així com dels privats vinculats mitjançant un concert al sistema sanitari públic. Aquesta coordinació s'hauria de fer mitjançant

*l'elaboració d'acords i protocols amb les estructures d'atenció primària (AP) i d'atenció especialitzada (AE).*

Aquesta estructura coincideix amb les idees exposades per Del Busto l'any 1993. Però, en realitat, el que ens trobem al nostre país són uns SUM clarament separats entre els que depenen de les gerències d'AP i els serveis d'urgències hospitalaris (SUH), dependents dels gerents dels centres hospitalaris, i sense un sistema integral d'atenció a les urgències, tal com indiquen García-Castrillo i Del Busto en el seu editorial publicat l'any 2001.

L'origen d'aquesta estructura sanitària està en el ràpid desenvolupament del sistema públic d'assistència sanitària de l'Estat espanyol dels anys 60 i 70. D'aquests anys és important el Decret 2766/67, on s'estableix que l'assistència d'urgència -a centres no hospitalaris- de les 17.00 a les 9.00 h, el diumenge o els dies festius serà feta pels serveis d'urgències d'aquelles poblacions que en tinguin. Així, hi haurà serveis d'urgència a totes les capitals de província i en aquelles localitats que tinguin un nombre de titulars de la Seguretat Social superior a 5.000.

És en aquest mateix Decret on tenim la diferenciació entre el que és un servei ordinari d'urgències (SOU) i un servei especial d'urgències (SEU):

- **SOU:** *s'establirà en les capitals de província que no superin els 90.000 titulars domiciliats i en les localitats que en tinguin entre 5.000 i 90.000. Tindrà dos metges quan tinguin adscrits fins a 10.000 titulars. De 10.000 fins a 20.000, tres metges. A partir de 20.000 s'establirà una plaça de metge per cada 10.000 titulars.*
- **SEU:** *es crearà en aquelles localitats on el nombre de titulars excedeixi de 90.000. L'organització funcional i el nombre de places de metges es*

*determinaran, en cada cas, de conformitat amb les necessitats objectives de l'assistència.*

Enlloc s'especifica que aquests SOU i SEU hagin de coordinar-se amb altres estructures de l'AP o amb els SUH.

Però de l'any 1967 ençà la situació política i jurídica ha canviat substancialment. L'any 1981, a Catalunya, els serveis de l'Insalud passen a la Generalitat de Catalunya i l'any 1985, mitjançant el Decret 84/85, es publiquen les Mesures per a la Reforma de l'Atenció Primària. En la disposició final 3a d'aquest Decret s'estableix que *els serveis d'urgència de la Seguretat Social localitzats a les àrees bàsiques de salut (ABS) es coordinaran o s'integraran, si s'escau, amb els equips d'atenció primària (EAP), en els termes i les condicions que s'estableixin per ordre.* Així, l'any 1986 es publica al Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC) l'Ordre de regulació del procediment per a la integració dels serveis d'urgència de la Seguretat Social en els equips d'atenció primària (EAP) a Catalunya.

En conseqüència, i de forma resumida, ens trobem que l'atenció continuada i d'urgències de la població adscrita a una ABS afectada per la integració d'un SOU o un SEU passarà a prestar-la l'EAP, ja que el personal del SOU o el SEU existent passarà a formar part de l'EAP i a dependre de la gerència de l'AP. A més a més, l'obligatorietat de crear un SEU a les localitats de més de 90.000 titulars s'entén que ja no és d'aplicació, per derogació implícita en la posterior normativa al respecte (Decret 84/85 i ordres que el despleguen), on la delimitació territorial és la de l'ABS i no la de la localitat.

D'aquesta manera, actualment, l'atenció continuada i d'urgència no hospitalària a Catalunya l'assumeix l'EAP, i en cas que encara persisteixi un servei

d'urgències de la Seguretat Social no integrat, sigui SEU o SOU, serà aquest el qui ho faci, segons l'Ordre de Reglament de l'EAP de l'any 1990 publicada al DOGC. Quan s'aconsegueixi la total integració dels serveis d'urgència extrahospitalaris en els EAP hi haurà una millor continuïtat assistencial en l'AP del nostre entorn, encara que, de moment, la coordinació amb els SUH queda pendent de millorar.

Segons Martín Zurro i col·l., en un article publicat l'any 2000 sobre el model d'AP del nostre país, aquesta atenció continuada i urgent en l'àmbit de l'AP hauria de ser la porta d'entrada a l'atenció urgent del sistema sanitari i no els SUH, com és ara.

En aquests moments, i seguint la tendència de les últimes dècades, ens trobem amb una sobreutilització i un ús inapropiat dels SUH. Aquesta situació, que també es dona en altres països, ha estat àmpliament analitzada al llarg del temps per diferents autors (Bliss, 1982; Balanzó i col·l., 1989; Grumbach i col·l., 1993; Naveiro i col·l., 1993; González-Grajera i col·l., 1995; Llorente i col·l., 1996; Blatchford i Capewell, 1997; Escobedo i col·l., 1997; Oterino i col·l., 1999; Cantero i col·l., 2001; Fatovich, 2002; Cooke, 2002).

Els estudis realitzats en el nostre medi van considerar que entre el 22,4% i el 54,7% de les urgències dels SUH analitzades no eren justificades (Balanzó i col·l., 1989; Iturrioz i col·l., 1992; Cantero i col·l., 2001). Aquesta variabilitat es pot explicar, en part, per la manca de consens en la definició d'adequació/inadequació de les visites i en la utilització de criteris subjectius per a la seva identificació, segons Oterino i col·l., 1999. També s'ha de tenir en compte que hi ha autors que consideren que la inadequació de les urgències

extrahospitalàries també és important (León i col·l., 1989; Melguizo i col·l., 1992), i pot arribar a ser d'un 62% segons Porta i col·l., 1986.

Els principals motius que es donen per explicar aquest ús inapropiat dels SUH són:

- **L'accés directe dels pacients als SUH:** en l'estudi de Balanzó i col·l., de l'any 1989, el 80% dels pacients que van anar al SUH ho va fer espontàniament. Llorente i col·l., l'any 1996, van trobar que el 51,1% dels pacients que anaven al SUH no hi anaven derivats per cap metge; a més a més, el 7,2% dels pacients del seu estudi van argumentar haver anat al SUH perquè no sabien on anar. Això sembla demostrar una manca d'educació sanitària sobre les prestacions que ofereixen els diferents serveis sanitaris i el paper que juguen els diferents SUM dins el sistema sanitari, tal com passa en altres països, com ara el Regne Unit (Hallam, 1994). En un estudi realitzat l'any 2002 en un SUH de Brasil, Stein i col·l. van arribar a la conclusió que els pacients que coneixen el seu metge de capçalera consulten de forma més apropiada els SUH respecte dels que no el coneixen. També és veritat que, per raons històriques i d'avenços tecnològics, existeix una cultura de supervaloració dels SUH per part de la població, fomentada també per la facilitat d'accés que tenen aquests serveis (Melguizo i col·l., 1992; Escobedo i col·l., 1997; Cairns i col·l., 1998).
- **El desconeixement de l'existència de dispositius d'atenció a la patologia urgent no hospitalaris:** Escobedo i col·l., en un estudi realitzat a Badalona l'any 1997, van trobar que el 57,5% dels pacients inclosos en el treball no sabia què era el SEU i un 29% en desconeixia la presència d'un metge de guàrdia a l'ABS. Similars resultats es van obtenir en l'estudi

realitzat per Bolívar i col·l. l'any 1997 a Mataró, on el 42% de la població usuària de la xarxa reformada de l'AP desconeixia l'existència d'atenció urgent a la seva ABS. Són estudis que vénen a confirmar la necessitat de donar més informació a la població sobre el funcionament dels SUM en el nostre medi.

- **La dotació insuficient de recursos als serveis d'urgència de l'AP:** en el seu estudi de 1997 Escobedo i col·l. van considerar que el 42,6% dels casos de patologia traumàtica atesa als SUH podien ser susceptibles de tractament extrahospitalari, ja que si els serveis d'urgència d'AP tinguessin un mínim equipament (guixos, fèrules, radiologia, etc.) podrien resoldre la major part de patologies de caràcter lleu-moderat. Diferents estudis sobre l'assistència que se subministra als serveis d'urgència extrahospitalaris (Helguera i Hormaechea, 1989; Oliver i Chapi, 1996) han mostrat que als centres amb una bona infraestructura sanitària bàsica la derivació cap a l'hospital és menor. Una millor dotació tecnològica i de recursos humans, amb programes d'incentivació i formació del personal als serveis d'urgència de l'AP, també augmentaria la confiança de la població en aquests serveis (Melguizo i col·l., 1992; Martín Zurro i col·l., 2000; Aramburu, 2001).

En definitiva, l'actual sistema d'atenció continuada i d'urgència en el nostre entorn és dividit en dos grans blocs, que són els serveis d'urgència d'AP i els SUH, amb les següents característiques:

- una sobreutilització i inadequació de l'ús dels SUH,
- manca d'informació a la població sobre els serveis d'atenció continuada i urgent de l'AP, amb una utilització no adequada d'aquests serveis,



- dotació insuficient de recursos als serveis d'atenció continuada i urgent de l'AP, amb una consegüent manca d'incentivació i formació dels professionals,
- manca d'un sistema de coordinació i d'integració entre els diferents nivells assistencials, tant entre els diferents serveis d'urgència com dels serveis d'urgència amb l'AP i l'AE.

És important considerar tots aquests problemes estructurals i d'organització en els SUM a l'hora de fer una valoració de la qualitat de la prescripció farmacèutica, perquè poden influenciar-la d'una manera negativa. La saturació i la manca de recursos fa que, en molts casos, el temps dedicat al pacient no sigui el suficient com per garantir una correcta comprensió del tractament prescrit. A més a més, la manca de coordinació entre nivells assistencials pot donar lloc que el metge d'urgències no disposi de tota la informació necessària per escollir la millor opció terapèutica.

### **I. b. - La prescripció farmacèutica en els serveis d'urgència**

L'estudi de la prescripció farmacèutica en els SUM presenta unes característiques específiques a tenir en compte, tant per les peculiaritats pròpies del sistema organitzatiu de les urgències del nostre entorn, descrites en el punt anterior, com per la pròpia idiosincràsia de la pràctica clínica de la medicina d'urgències.

S'assumeix que l'ús racional del medicament consisteix que cada pacient prengui en el moment oportú, durant el període de temps necessari, en la dosi i

forma farmacèutica adequades, el medicament que més convé a la seva situació clínica, al menor cost possible per a ell i per a la comunitat (Recio i col·l., 1996). Per tant, els factors específics a considerar que poden influir que no es produeixi un ús racional del medicament i una prescripció farmacèutica de qualitat en els SUM són:

- **Contacte esporàdic amb el pacient:** normalment els pacients són visitats d'una manera puntual i sense que hi hagi una continuïtat assistencial (Domínguez i col·l., 1996; Logan i col·l., 1996; García-Castrillo i Del Busto, 2001). A més a més, en la majoria dels casos, no es disposa d'un historial farmacoterapèutic previ del pacient (Baena i col·l., 2001; Kozer i col·l., 2002). Això pot donar peu a tenir problemes relacionats amb els medicaments (PRM) per manca d'informació farmacoterapèutica del pacient, com poden ser: el desconeixement per part del metge d'urgències de l'existència d'al·lèrgies medicamentàries o que no es tingui coneixement de si el pacient està seguint algun tipus de tractament farmacològic a casa seva en el moment de la seva visita a urgències (Kozer i col·l., 2002).
- **Situació d'angoixa per part del pacient i de pressió assistencial per part del metge:** en la relació entre el pacient i el metge d'urgències s'ha de tenir en compte que ens trobem en un entorn on existeix un alt grau d'estrès (Crane, 1997). El pacient que pateix un procés urgent té la percepció de viure una situació que pot tenir un risc vital per a ell, per tant el seu nivell d'angoixa i de desorientació, en alguns casos, és elevat (Wei i Camargo, 2000; Morales, 2001). Això influeix en la seva capacitat d'entendre i assimilar la informació que li pugui donar el metge o la resta de personal sanitari sobre la seva patologia i el tractament a seguir. En un estudi

realitzat l'any 1965 Ley i Spelman ja van veure que un nivell moderat d'angoixa es correlaciona amb una major retenció de la informació, però un nivell massa baix o massa alt d'ansietat és un desavantatge. A més a més, si pensem que el metge d'urgències en moltes ocasions ha de fer visites curtes per manca de temps, a causa de l'elevada pressió assistencial que tenen actualment els SUM, i que generalment no existeix contacte posterior entre el metge d'urgències i el pacient, ens trobem que els possibles dubtes o informacions mal assimilades no poden ser aclarits pel mateix metge d'urgències (Domínguez i col·l., 1996). Aquests possibles problemes de coneixement del tractament a seguir per part del pacient, a causa d'una comunicació no adequada amb el metge d'urgències, poden tenir com a conseqüència un mal compliment de la teràpia prescrita i poden conduir a un fracàs terapèutic (Logan i col·l., 1996; Roter i col·l., 1998) o a una iatrogènia.

- **Manca de comunicació amb altres nivells assistencials:** tal com van dir Franzi i col·l., 1997, per racionalitzar l'ús dels medicaments és necessari unificar criteris de prescripció amb tots els professionals dels diferents nivells assistencials d'una mateixa població de referència. En diferents estudis sobre la prescripció que fa el metge de capçalera i que és instaurada per altres especialistes (prescripció induïda) s'ha vist que, amb molta freqüència (el 36,9% segons Pérez i col·l., 1994), aquesta té el seu origen en els SUM, sobretot hospitalaris (Franzi i col·l., 1997). Així, quan un pacient dels SUM o d'algun altre servei hospitalari és donat d'alta, és molt probable que el seguiment del pacient el faci el seu metge de capçalera i aquest, en molts casos, no en disposa de l'informe complet sobre l'atenció

rebuda en aquests serveis i dels possibles canvis en la seva medicació (Doeleman, 1987; McGlade i col·l., 1988; Penney, 1988; Westerman i col·l., 1990; Cochrane i col·l., 1992; Arroyo i col·l., 1995; Choyce i col·l., 1996; Van der Kam i col·l., 2001). Però alhora ens trobem que, en molts casos, els metges del SUM tampoc tenen una informació completa sobre l'historial clínic i farmacoterapèutic del pacient per part del metge de capçalera, tal com s'ha dit anteriorment. Una de les solucions per poder millorar aquesta comunicació entre els professionals sanitaris seria la instauració d'un sistema d'informació integrat i informatitzat a tots els nivells assistencials (Van der Kam i col·l., 2001).

#### I. b. 1. - Quins fàrmacs són els que es prescriuen?

Existeixen diferents estudis que descriuen la prescripció farmacèutica en els SUM, sobretot a l'àmbit hospitalari. Però per entendre quin tipus de fàrmacs es prescriuen en aquests dispositius, primer s'ha de veure quines patologies són ateses amb més freqüència. En l'anàlisi que van fer Balanzó i col·l., 1989, i Escobedo i col·l., 1997, sobre la demanda dels SUH, van trobar que els diagnòstics que predominaven eren, en primer lloc, els traumatismes i processos osteoarticulars, seguits de signes i símptomes mal definits, i de malalties respiratòries, del sistema genitourinari, digestives, infeccioses i del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits.

Quant als serveis d'urgència extrahospitalaris, en els estudis realitzats per Plans i col·l., 1986, Helguera i Hormaechea, 1989, i León i col·l., 1989, també es troba que les patologies més observades van ser traumatismes, malalties de l'aparell respiratori, signes i símptomes mal definits, i malalties d'etiologia

infecciosa, genitourinàries, digestives i del sistema nerviós i dels òrgans dels sentits. Davant d'aquests resultats es pot afirmar que en els SUH i en els serveis d'urgència extrahospitalaris s'atén majoritàriament el mateix tipus de patologia, i per tant el perfil de prescripció ha de ser similar en tots dos casos.

Badía i col·l., en el seu estudi descriptiu sobre la prescripció farmacològica en un SUH realitzat l'any 2000, van veure que el grup de principis actius més receptat va ser el dels antiinflamatoris no esteroïdals (AINE), juntament amb els analgèsics/antitèrmics. També cal destacar la utilització d'antibiòtics, fàrmacs que actuen sobre l'aparell digestiu (antiulcerosos, antiemètics, etc.), inhaladors i benzodiazepines. Aquests grups farmacològics coincideixen bastant amb els que van trobar Cabeza i col·l. l'any 1996 en la seva anàlisi conjunta de la prescripció del SUH i de consultes externes d'un hospital (fàrmacs més prescrits: grup del sistema nerviós, antiinfecciosos, de l'aparell digestiu, del respiratori, del locomotor, del cardiovascular i dels òrgans dels sentits). En les urgències pediàtriques hospitalàries, Kozer i col·l., l'any 2002, van observar que els fàrmacs més prescrits van ser el paracetamol, els antibiòtics, els antiasmàtics i els antihistamínics.

Respecte a l'AP, León i col·l., l'any 1989, en un estudi sobre l'activitat assistencial a domicili d'un SEU, van veure que el 49% de la medicació prescrita va ser antitèrmics o antibiòtics.

### 1. b. 2. - La qualitat de la prescripció en els SUM

Analitzant la qualitat de la prescripció i utilització d'aquests fàrmacs en els SUM, diferents autors han detectat aspectes susceptibles de millora, encara

que s'ha de concretar que només s'han trobat treballs publicats de SUH i no de serveis d'urgència extrahospitalaris.

L'any 1975 Wingert i col·l., en el seu estudi en un SUH pediàtric, van trobar que el 90% de les prescripcions fetes en aquest servei tenien almenys un error, el més freqüent era l'interval d'administració i el càlcul de la dosi. Encara que la majoria potser no tenien rellevància clínica, els autors destacaven que una proporció elevada d'aquests errors estava lligada a la prescripció d'antibiòtics i que aquests errors podien comprometre el manteniment dels nivells terapèutics d'aquests fàrmacs.

És important observar que en l'estudi realitzat gairebé 25 anys després per Kozer i col·l., l'any 2002, en un altre SUH pediàtric, es continuen detectant els mateixos tipus de problemes. Els errors de prescripció més comuns són la dosi i la freqüència d'administració, i es presenten, principalment, en el grup de fàrmacs més prescrits, entre els quals els antibiòtics.

La valoració de la qualitat de la prescripció dels antibiòtics (ATB) en els SUH ha estat àmpliament estudiada per diferents autors (Bernstein i col·l., 1982; Siegel i Sande, 1983; Laguna i col·l., 1996; Vergeles-Blanca i col·l., 1998; Ochoa i col·l., 2001), ja que són uns fàrmacs que, tal com s'ha observat, es prescriuen amb molta freqüència. Si els ATB s'administren de manera innecessària o incorrecta poden donar lloc al desenvolupament de noves resistències o fins i tot ser potencialment perillosos per al mateix pacient, per tal com poden alterar la seva flora bacteriana i provocar reaccions al·lèrgiques o altres efectes adversos (Siegel i Sande, 1983). Una de les principals conclusions a què arriben aquests treballs és que existeixen diversos aspectes millorables en la indicació i la posologia dels tractaments amb ATB en els SUH, ja que s'han trobat criteris de

selecció d'antiinfecciosos diferents dels estàndards utilitzats, així com discrepàncies en la pauta d'administració.

Un altre aspecte de la qualitat de la prescripció en els SUH que s'ha estudiat ha estat el de les interaccions farmacològiques. Jerrard i col·l., l'any 2000, van observar que el 13% dels pacients d'urgències que prenen medicació a casa seva presentaven interaccions potencialment perilloses amb la medicació que se'ls havia administrat en el SUH o que se'ls havia prescrit per a prendre fora del centre. A part dels coneixements que puguin tenir els facultatius d'urgències sobre interaccions medicamentàries, això demostra la importància que té disposar de l'historial farmacoterapèutic del pacient per tal de fer una correcta selecció del tractament a utilitzar (Jerrard i col·l., 2000).

Pel que fa referència a altres criteris a considerar en l'elecció del fàrmac que s'ha de prescriure, hi ha dos estudis que analitzen l'ús de fàrmacs amb valor intrínsec elevat en els SUH (Cabeza i col·l., 1996; Badía i col·l., 2000). Considerant que es classifiquen com a VINE (valor intrínsec no elevat) les especialitats que no tenen una eficàcia demostrada mitjançant assaigs clínics controlats i les especialitats constituïdes per associacions irracionals de diversos principis actius, la proporció de fàrmacs amb VINE varia de l'11% al 18,4% del total de les prescripcions. Malgrat que no es pot considerar elevada, és millorable.

Fins ara la majoria de les intervencions que tenien com a objectiu millorar la qualitat de la prescripció, tant a urgències com en altres nivells, anaven dirigides al metge prescriptor i a les eines que utilitzava. En algunes ocasions s'ha vist que eren efectives però a vegades era problemàtica la seva aplicació

(com ara l'entrevista educativa personalitzada per a cada metge) i en d'altres, no han tingut un resultat adequat (Font i col·l., 1991; Amado i col·l., 1997; Figueiras i col·l., 2001). Armstrong i col·l., l'any 1996, van analitzar quins factors són els que motiven el metge a canviar el seu hàbit de prescripció. La conclusió a què van arribar és que hi actuen múltiples agents (informació en revistes de prestigi, opinions de col·legues, experiències clíniques traumàtiques, el mateix pacient, etc.) i que el canvi, al principi, és feble i necessita ser reforçat per mantenir-se al llarg del temps (per exemple amb el *feed-back* dels pacients).

De totes maneres, en conjunt, es continuen detectant aspectes susceptibles de millora en la prescripció farmacològica dels SUM; per tant, s'han de buscar nous elements que ens ajudin a millorar-la, tenint en compte que en l'ús racional del medicament, a part del metge, hi influeixen altres factors, un dels quals és el mateix pacient (Madridejos i col·l., 1991; Kimbel, 1995; Macfarlane i col·l., 2000; Mintzes i col·l., 2002).



## **I. c. - La importància de la informació: l'adhesió al tractament farmacològic**

Per aconseguir un ús racional del medicament, a part de tenir uns criteris clars i de qualitat a l'hora de seleccionar el millor tractament possible, s'ha de veure com rep el pacient la informació sobre el seu tractament farmacològic i si és assimilada, amb l'objectiu d'aconseguir una correcta adhesió a la seva teràpia.

### **I. c. 1. - L'adhesió terapèutica**

Existeixen nombrosos estudis sobre el compliment terapèutic, també anomenat observança o adhesió al tractament farmacològic, ja que el fracàs en el seguiment de les instruccions del metge per part del pacient es considera un important problema de salut, amb conseqüències considerables sobre els costos sanitaris i l'atenció al pacient (Smith, 1981; Donovan, 1997). En el cas dels SUM, en els estudis que s'han trobat, el percentatge de compliment varia entre el 22 i el 39% en pacients als quals no s'ha fet cap tipus d'intervenció per millorar la seva adhesió al tractament prescrit (Jones S. i col·l., 1988; Jones P. i col·l., 1990; Vukmir i col·l., 1993). De totes maneres, és difícil fer comparacions entre els estudis realitzats, ja que existeixen diferents mètodes de mesura del compliment, sense que cap d'ells sigui l'ideal; fins i tot el mateix concepte de què és el compliment terapèutic té diferents interpretacions (Duran i Figuerola, 1988; O'Brien i col·l., 1992; Rogers i Bullman, 1995; Donovan, 1997; Rigueira, 2001; Bonafont i Costa, 2004).

Una de les definicions antigues és aquesta de Haynes i col·l., de l'any 1979, que el consideren com *el grau en què la conducta d'una persona, en els termes*

*de presa de la medicació, seguiment de dietes i canvis en l'estil de vida, coincideix amb els consells mèdics i sanitaris.* Aquesta definició tradicional i paternalista, similar a la d'altres autors, sembla que culpabilitza el pacient i l'estigmatitza en el cas que tingui un judici propi que faci que la seva conducta difereixi de la que li "ha ordenat el metge" (Rogers i Bullman, 1995; Donovan, 1997; Bonafont i Costa, 2004).

The National Council on Patient Information and Education dels Estats Units defineix el compliment com *el seguiment del pla terapèutic desenvolupat i consensuat pel pacient i els seus professionals sanitaris* (Rogers i Bullman, 1995). Encara que aquest concepte proposa una major autonomia i participació per part del pacient, és important introduir un nou valor, dins els factors que influeixen en un bon compliment terapèutic, que és el de les creences i perspectives que té el pacient de la seva patologia i tractament (Lucena i col·l., 1990; Lassen, 1991; Rogers i Bullman, 1995; Donovan, 1997).

Així, actualment es prefereix el terme adhesió al de compliment, ja que es defineix com *el grau de coincidència del comportament d'un pacient (en relació amb els medicaments que ha de pendre, el seguiment d'una dieta o els canvis que ha de fer en el seu estil de vida) amb les recomanacions mèdiques o dels professionals de la salut que l'atenen.* Aquesta terminologia es basa en la col·laboració i participació del pacient en la presa de decisions i simbolitza que el malalt accepta el pla terapèutic (Bonafont i Costa, 2004).

Diferents autors han descrit moltes variables que intervenen en l'assoliment d'una bona adhesió terapèutica o compliment (Blackwell, 1973; Crichton i col·l., 1978; Smith, 1981; Haynes i col·l., 1987; Durán i Figuerola, 1988; O'Brien i col·l., 1992; Sáenz-Campos, 1992; Rogers i Bullman, 1995; Donovan, 1997;

O'Dogherty i col·l., 1997; Roter i col·l., 1998; Rigueira, 2001; Bonafont i Costa, 2004). Es poden resumir i agrupar de la següent manera:

- **La comunicació entre pacient i professionals sanitaris sobre el seu tractament i diagnòstic:** una bona relació metge-pacient és fonamental per aconseguir una adequada adhesió al tractament. Això implica utilitzar un estil de comunicació i de llenguatge adequats i crear un clima de satisfacció, envers l'usuari, de l'atenció rebuda.
- **Les creences i percepcions del pacient no resoltes:** disconformitat amb el diagnòstic i tractament prescrit, percepció errònia de la gravetat o importància de la seva patologia, manca de confiança en els medicaments, por dels efectes adversos i de la dependència als fàrmacs, no voler perdre el control sobre la seva pròpia salut, etc.
- **Les característiques dels professionals sanitaris:** sobreestimació del compliment dels seus pacients, pensar que la qüestió de l'adhesió al tractament és només responsabilitat del pacient, poca coordinació entre els diferents nivells assistencials o dels membres del mateix equip sanitari en donar informació sobre el tractament, entre d'altres.
- **Les característiques del pacient:** en la qüestió del compliment influeixen el fet de viure sol o en família, formar part de cultures diferents, situacions familiars complicades (divorci, pèrdua de la feina...), la pròpia personalitat del pacient, etc.; també s'ha vist que la gent gran és un grup de risc.
- **El règim terapèutic prescrit i la malaltia:** la majoria d'autors coincideixen a l'hora de considerar que, per aconseguir una millor adhesió al tractament, són preferibles els règims terapèutics poc complicats, amb el menor nombre de fàrmacs possible. També és important la durada del tractament, sobretot

en malalties cròniques amb absència de simptomatologia, com ara la hipertensió. El deteriorament cognitiu i físic que produeixen algunes patologies és un altre factor a tenir en compte.

Totes les quals són factors importants per intentar assolir una bona adhesió terapèutica, encara que sembla que hi ha un acord general a considerar la relació metge-pacient (la informació que rep el pacient, la resolució dels seus dubtes, etc.) com un dels factors de més pes a l'hora de determinar el grau de resposta del pacient al tractament i la millora del seu estat de salut (Blackwell, 1973; Waggoner i col·l., 1981; Durán i Figuerola, 1988; Clark, 1991; O'Connell i Johnson, 1992; Sáenz-Campos, 1992; Rogers i Bullman, 1995; Stewart, 1995; Mateos i Camacho, 1997; Kearley i col·l., 2001; López i col·l., 2001; Barrier i col·l., 2003; Bonafont i Costa, 2004). En la mateixa línia, la *Guia de la bona prescripció* de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), de l'any 1999, coincideix amb aquest criteri en donar aquestes tres recomanacions per millorar l'observança terapèutica del pacient:

- prescriure un tractament ben seleccionat,
- establir una bona relació metge-pacient,
- dedicar temps a donar informació, instruccions i recomanacions.

#### 1. c. 2. - La comunicació metge-pacient: com podem millorar-la?

S'han trobat diferents estudis sobre la comprensió que té el pacient de la informació, tant del seu diagnòstic com del tractament a seguir, en els SUM (Spandorfer i col·l., 1995; Domínguez i col·l., 1996; Logan i col·l., 1996; Crane, 1997; Chung i Bartfield, 2002). Com a conclusió d'aquests treballs es pot dir

que, en general, els usuaris dels SUM tenen dificultat per recordar i entendre les instruccions rebudes i que la comunicació entre el pacient i el metge s'hauria de potenciar per tal d'afavorir una adhesió al tractament prescrit.

Aquest problema de la insuficient comunicació entre els professionals sanitaris i els pacients i de la poca comprensió que tenen aquests últims de les instruccions rebudes no és exclusiu de l'àmbit dels SUM, sinó que també és comú i constant al llarg del temps en altres nivells assistencials (Ley i Spelman, 1965; Joyce i col·l., 1969; Morris, 1982; Harvey i Plumridge, 1991; Simpson i col·l., 1991; Ferraz i col·l., 1993; Alexander, 1999; López i col·l., 2001).

Els grecs clàssics ja atribuïen tres armes bàsiques als metges: les herbes, el ganivet i la paraula (Cebrià i col·l., 2000). Rebre informació és un dels drets principals del malalt i de la seva família, i, fins i tot, la responsabilitat del metge de donar informació es pot veure com una obligació moral (Quaid i col·l., 1990; Serra i Vallano, 1990). Però no és suficient ser conscient d'aquest fet, sinó que s'ha de saber quina informació és la que necessita el pacient i de quin tipus.

En el moment de l'alta d'un SUM el pacient pot rebre bàsicament dos tipus d'informació: l'oral i l'escripta. Nombrosos autors coincideixen a afirmar que són complementàries i que són necessàries totes dues (Hecht, 1976; Serra i Vallano, 1990; Harvey i Plumridge, 1991; Nightingale, 1995; Spandorfer i col·l., 1995; Buck, 1998; Halperin, 1998; Alexander, 1999; López i col·l., 2001), ja que el pacient té tendència a oblidar i d'entrada no assimila tota la informació que se li proporciona en una consulta mèdica (Ley i Spelman, 1965; Joyce i col·l., 1968; Crichton i col·l., 1978; Morris, 1982; Harvey i Plumridge, 1991). Pel que fa a la informació escrita, s'ha d'insistir que s'utilitzi un llenguatge comprensible i que pugui ser llegit per la majoria de pacients, tal com indiquen els estudis que

valoren les informacions escrites que es donen als pacients sobre el seu tractament (Eaton i Holloway, 1980; Shaughnessy, 1988; Sarale i col·l., 1993; Estey i col·l., 1994; Weiss i Coyne, 1997). Però també s'ha de tenir en compte que no tota la informació donada és llegida, no tota la informació llegida és entesa i no tota la informació entesa és acceptada i es tradueix en una bona adhesió terapèutica (Gauld, 1981). Així, perquè la informació subministrada sigui útil ha de ser la suficient (quantitat no és sinònim de qualitat) per ser entesa i acceptada per part del pacient (Halperin, 1998).

Existeixen diferents estratègies d'educació per a la salut que poden ajudar a millorar la relació amb els pacients i els seus coneixements:

- **Elaboració de fulls i altres materials informatius:** la Food and Drug Administration (FDA) recomanava que per a l'any 2000 el 75% dels pacients sortissin de la consulta mèdica amb instruccions escrites i que en un període de 10 anys aquest percentatge arribés fins al 95% (Halperin, 1998). Existeix un ampli ventall de tipus de material informatiu per als pacients, encara que el material escrit (fulls informatius) és un dels més estudiats (Gibbs i col·l., 1989, 1990; Quaid i col·l., 1990; Sarale i col·l., 1993; López i col·l., 2001), sobretot en l'àmbit dels SUM (Powers, 1988; Kozak i Yura, 1989; Krishel i Baraff, 1993; Jolly i col·l., 1995; Berger i col·l., 1998), ja que és un mitjà poc costós i el professional sanitari no ha d'invertir gaire temps en la seva implantació (s'ha de tenir en compte que les urgències són serveis on normalment hi ha molta pressió assistencial). En aquests estudis, normalment, el resultat quant a la satisfacció del pacient és positiu amb aquest tipus de material, encara que la resposta, respecte a l'augment del grau de comprensió del tractament, pot ser molt variada si no es tenen en

consideració determinats aspectes a l'hora de la seva elaboració, com ara el nivell de llenguatge utilitzat, tal com indiquen Wei i Camargo en la seva revisió de l'educació sanitària en els SUM publicada l'any 2000. Buck, l'any 1998, proposa una guia a seguir sobre aspectes que s'han de tenir en compte per elaborar material informatiu per als pacients:

- *nivell de llenguatge adequat*
- *ser concís i organitzar la informació*
- *utilitzar un estil planer*
- *presentar la informació més important al principi*
- *mida de la lletra adequada*
- *lletres negres en fons blanc o de color clar*
- *remarcar els punts més importants en negreta o subratllar-los*
- *utilitzar espais en blanc per evitar la fatiga dels ulls*
- *donar exemples quan sigui possible*
- *incloure il·lustracions que ajudin a entendre informació complexa*
- *si és necessari, definir termes mèdics*

A part del material escrit, també hi ha experiències en la realització de materials audiovisuals sobre informació de medicaments, com ara la descrita per Stitt i Trinca l'any 1979 o la més recent de Madrideojos i col·l. l'any 1991 en l'àmbit de l'AP, amb una bona acollida per part dels usuaris i una millora en la comprensió dels temes tractats, encara que manquen estudis sobre l'efectivitat d'aquests mètodes en els SUM (Wei i Camargo, 2000).

De totes maneres, i encara que és bo que s'utilitzin tots aquests materials educatius, hi ha una eina molt important que s'ha de considerar: **la recepta mèdica**. La tenen tots els pacients als quals es prescriu algun medicament i pot proporcionar informació bàsica sobre el tractament a seguir. La *Guia de la bona prescripció* de l'OMS, de l'any 1999, recomana uns mínims d'informació que s'han d'incloure en la recepta mèdica. En el nostre país el model de recepta a utilitzar és regulat pel Reial Decret 1910/1984, de 26 de setembre, publicat en el Boletín Oficial del Estado (BOE) de 29 d'octubre i desenvolupat per l'Ordre 3357, d'1 de febrer de 1990 (BOE del 9 de febrer), on es determinen els models oficials de recepta mèdica per a la prestació farmacèutica en el marc del Sistema Nacional de Salut. A Catalunya, el model que utilitza el Servei Català de la Salut (Catalut) en l'actualitat és el que es mostra en la figura 1. En aquesta recepta, obligatòriament, hi han de constar, com a dades del medicament, el nom, la forma farmacèutica, la via d'administració, la dosi per unitat (si s'escau), el nombre d'unitats per envàs, el nombre d'envasos, la posologia (nombre d'unitats per presa i dia) i la durada del tractament (*Butlletí d'Informació Terapèutica* de l'Institut Català de la Salut, 1990). Si l'ompliment de les receptes que es fan servir en el nostre medi fos correcte podria incrementar el nombre de pacients que reben per escrit informació bàsica sobre el seu tractament sense fer cap altre tipus d'intervenció, tal com conclou l'estudi de Juncosa i col·l. de l'any 1994 sobre la qualitat del tractament antibiòtic en l'AP.



**CatSalut** Servei Català de la Salut Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social

**Malaltia comuna o accident no laboral**

**Prescripció**  
(Consigneu-hi el producte. En cas de medicament, consigneu-hi la DCI o la marca, forma farmacèutica, via d'administració, dosi unitària, nombre d'unitats per envàs.)

**Dispenso**  
Nre. env.

**Posologia**  
/ presa cada h  
 en dejú  durant el menjar  
 abans del menjar  després del menjar

**Durada del tractament\*\***  
 dies  
 segons evolució clínica

**Advertiments per al farmacèutic**

**Substitueix per:**  
**Diligència del farmacèutic:**

**Signatura del farmacèutic i data**

**Validació (data, signatura i identificació del validador)**

**Pacient** (cognoms i nom, codi d'identificació personal (CIP) i domicili)  
CIP

**Metge** (dades d'identificació i signatura) **Data de prescripció**

**Farmàcia** (dades d'identificació i signatura) **Data de dispensació**

**El farmacèutic pot adquirir els medicaments prescrits a esdevenç farmàcia.  
\* Aquesta recepta caduca als deu dies. No és vàlida amb esmenes o respedides.  
\*\* Vegeu si hi ha altres informacions al volant d'instruccions per al pacient.  
El metge ha d'ensar al metge si nota efectes adverses.**

---

**CatSalut** Servei Català de la Salut Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social

**Prescripció**  
(Consigneu-hi el producte. En cas de medicament, consigneu-hi la DCI o la marca, forma farmacèutica, via d'administració, dosi unitària, nombre d'unitats per envàs.)

**Dispenso**  
Nre. env.

**Diagnòstic (si escau)**

**Instruccions per al pacient**

**Posologia**  
/ presa cada h  
 en dejú  durant el menjar  
 abans del menjar  després del menjar

**Durada del tractament\*\***  
 dies  
 segons evolució clínica

**Advertiments per al farmacèutic**

**Substitueix per:**  
**Diligència del farmacèutic:**

**Signatura del farmacèutic i data**

**La durada del tractament i la posologia depenen del quadre clínic.  
El metge ha d'ensar el metge si nota efectes adverses.  
D'acord amb la Llei orgànica 16/1989, de 12 de desembre, les dades consignades en aquesta recepta constaran en el llibre "Prescripció farmacèutica". La finalitat d'aquest llibre de tractar dades de la prescripció, dispensació i facturació al Servei Català de la Salut de la prescripció farmacèutica realitzada a les oficines de farmàcia. L'òrgan responsable d'aquest llibre és la Direcció de l'Àrea de Serveis i Qualitat del CatSalut. Poden exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició davant la DMFC del CatSalut (traç de les Corres, 151-156; 08028 Barcelona).**

**Pacient** (cognoms i nom, codi d'identificació personal (CIP) i domicili)  
CIP

**Metge** (dades d'identificació i signatura) **Data de prescripció**

**Figura 1. Model de recepta del Servei Català de la Salut per malaltia comuna o accident no laboral en règim pensionista**

- **Mètodes educatius participatius:** últimament, s'està donant més importància a la participació dels pacients tant en l'organització dels serveis sanitaris com en el desenvolupament del seu propi pla de salut (Riera i

col·l., 1996; Crawford i col·l., 2002). En el seu editorial de l'any 2000, Cebrià i col·l. observen que els mètodes educatius tradicionals tenen massa càrrega doctrinal: diuen el que s'ha de fer però sense tenir en compte el que opina el pacient. Per millorar la relació amb el pacient proposen facilitar que el pacient expressi lliurement les seves opinions, que faci preguntes, escoltar-lo, en definitiva, aplicar tècniques d'escolta empàtica o reflexiva, ja que no és el mateix donar informació a seques que educar (Barrier i col·l., 2003). En l'àmbit dels SUM, Wei i Camargo en el seu article de l'any 2000 també recomanen desenvolupar mètodes interactius d'educació del pacient on hi hagi un *feedback* que permeti assegurar que hi ha una comprensió de la informació rebuda.

- **Implicació d'altres professionals de la salut (l'atenció farmacèutica):** la responsabilitat d'informar i d'educar el pacient no és exclusiva del professional mèdic sinó que també hi estan implicats altres professionals sanitaris; concretament, el paper del farmacèutic és fonamental (Crichton i col·l., 1978; Morris i col·l., 1984; Lucena i col·l., 1990; Sáenz-Campos, 1992; Agirre i col·l., 1993; Myers, 1996; Morris i col·l., 1997). Per sort, moltes vegades, la informació que no ha rebut o no ha assimilat el pacient en la consulta mèdica pot ser completada per l'oficina de farmàcia (Crichton i col·l., 1978). Aquest treball d'informació al pacient s'engloba dins l'atenció farmacèutica, ja que aquesta s'entén com un procés que inclou, a més a més del tractament farmacoterapèutic dels pacients i de la detecció de PRM, també les activitats de promoció de la salut i d'educació del pacient. Però per poder-la realitzar correctament és imprescindible un desenvolupament de programes conjunts i de comunicació amb els altres

professionals sanitaris (Bassons, 2001). Per potenciar la relació interprofessional i utilitzar els mateixos criteris d'informació i d'educació dels pacients, diferents autors proposen la comunicació electrònica com a millor opció (Branger i col·l., 1992; Foy i col·l., 1992; Schiff i Rucker, 1998; Van der Kam i col·l., 2001). Així mateix, també es milloraria la prescripció farmacològica. De totes maneres, com en el nostre país encara no s'ha completat la informatització de tots els SUM, aquesta solució s'haurà de plantejar a més llarg termini.

En definitiva, en els SUM s'hauria de potenciar més la comunicació metge-pacient per tal d'afavorir una més bona comprensió del tractament per part del pacient i d'aquesta manera ajudar-lo a assolir una correcta adhesió a la seva teràpia. Existeixen diferents opcions per aconseguir-ho, encara que cap d'elles és la ideal. De totes formes, sigui quina sigui la mesura adoptada, el que sembla adient és buscar solucions que impliquin més el pacient i que deixi de ser un subjecte passiu en la cura de la seva pròpia salut.

## CAPÍTOL II. JUSTIFICACIÓ

Un dels objectius de l'actual model sanitari és la integració dels diferents dispositius assistencials de forma que permeti coordinar els professionals, tenir una visió global del pacient i millorar l'eficiència del sistema (Monrás, 1994; Aranaz i Buil, 1996).

Dins d'aquesta atenció global al pacient s'inclou l'atenció farmacèutica, i concretament la utilització que es fa dels medicaments. En aquest sentit, és molt important seguir uns mateixos criteris en la racionalització del seu ús, així com donar la mateixa informació tant al pacient com als diferents àmbits assistencials (Bassons, 2001).

Els principals problemes que poden derivar-se d'una prescripció de medicaments no adequada per la manca d'informació o de comunicació són, entre d'altres: duplicitats o incongruències terapèutiques, reaccions al·lèrgiques o anafilàctiques a medicaments quan l'al·lèrgia ja és coneguda, interaccions clínicament rellevants, una posologia o durada del tractament inadequada, prescripció de medicaments més costosos quan hi ha alternatives més eficients i manca de comprensió del tractament per part del pacient (Morris, 1982; Nightingale, 1995; Rogers i Bullman, 1995; Van der Kam i col·l., 2001).

Els SUM del nostre medi, tant hospitalaris com d'AP, són un dels llocs on es fa més patent aquesta manca d'integració de la informació, ja que es visita el pacient d'una manera puntual (García-Castrillo i Del Busto, 2001) i en la majoria dels casos no se'n disposa d'un historial farmacoterapèutic previ, tal com s'ha dit en el capítol anterior. A més a més, si és donat d'alta, és molt probable que el seguiment del pacient el faci el seu metge de capçalera, que, generalment, tampoc en disposa de l'informe complet sobre l'atenció rebuda en

els dispositius d'urgències (Penney, 1988; Cochrane i col·l., 1992; Choyce i col·l., 1996; Van der Kam i col·l., 2001).

Fins ara, la majoria de les intervencions que tenien com a objectiu augmentar la qualitat de la prescripció, tant a urgències com en altres nivells, anaven dirigides al metge prescriptor i a les eines que utilitzava. En algunes ocasions s'ha vist que eren efectives però en altres el resultat obtingut no va ser l'esperat (Font i col·l., 1991; Amado i col·l., 1997; Figueiras i col·l., 2001). Per tant, s'han de buscar nous elements que ens ajudin a incrementar la qualitat de prescripció, tenint en compte que, a part del metge, hi influeixen altres factors, un dels quals és el mateix pacient, tal com s'ha dit en el capítol anterior.

Així, partint de la base que el pacient juga un paper actiu en la prescripció de la seva teràpia farmacològica, és important que en sigui conscient i que estigui correctament informat per tal que la seva influència sigui beneficiosa i d'aquesta manera augmenti l'eficiència del seu tractament (Madridejos i col·l., 1991; Macfarlane i col·l., 2000; Mintzes i col·l., 2002).

Amb el present estudi de recerca el que principalment es pretén és:

- en primer lloc, veure com es dóna aquesta informació farmacològica en els serveis d'urgències del nostre entorn, per detectar aspectes que podrien ser millorables,
- i en segon lloc, proposar i valorar una mesura d'intervenció dirigida al pacient (pòsters i fulls informatius) que té com a objectiu final l'augment de la qualitat de la prescripció de medicaments.

D'aquesta manera, aquest estudi no només ens ajudarà a conèixer amb més profunditat la prescripció farmacològica als serveis d'urgència, tant d'AP com hospitalaris, sinó que, sobretot, repercutirà en el coneixement i augment de la

informació que té el pacient de la seva teràpia en aquests serveis, i també de la informació que té el metge sobre alguns aspectes de l'historial farmacològic del pacient a l'hora de valorar el tractament més adient. Si la intervenció que s'avalua es mostra eficaç es farà un estudi similar al fet primàriament en tots els dispositius d'atenció a la patologia urgent per avaluar l'impacte de l'augment de la qualitat assistencial en la mateixa àrea de referència en què es va realitzar l'estudi inicial. Si es considera adient es podria aplicar de manera general a tots els centres d'assistència com a campanya d'informació sanitària dirigida al pacient -sense que impliqui un augment de costos considerable (edició de pòsters i fulls informatius)-, la qual, a més a més, podria ajudar a incrementar l'eficiència del servei sanitari pel que fa referència a la prescripció de medicaments.

## CAPÍTOL III. HIPÒTESI I OBJECTIUS

Partint de la base de la informació descrita en els capítols anteriors, en què sembla que la prescripció farmacològica en l'àmbit de les urgències té certs aspectes a solucionar, es va plantejar la realització d'un estudi amb dues fases clarament diferenciades.

### III. a. – Primera fase

Estudi descriptiu amb l'**objectiu principal** de conèixer quins eren els aspectes a millorar en la prescripció dels SUM del nostre entorn. Aquest objectiu general es va concretar en els següents objectius específics:

- 1) Avaluar el coneixement que té el facultatiu de la història farmacològica prèvia del malalt, abans de procedir a la prescripció.
- 2) Avaluar el coneixement que té el pacient del tractament prescrit després d'haver sortit de la visita mèdica.

Així mateix, com a **objectius secundaris** es va voler determinar:

- a) Quina informació farmacològica escrita es dona al pacient mitjançant la recepta. Aquesta es considera una eina fonamental en la transmissió d'informació terapèutica, tant per als professionals sanitaris com per al pacient.
- b) El perfil de prescripció de medicaments en el conjunt dels SUM i saber el grau d'utilització de medicaments genèrics.

- c) L'adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH (només s'avalua en el centre hospitalari perquè és l'únic on es registra el motiu de l'assistència i els diagnòstics per número d'història clínica).
- d) Com a informació addicional, saber el grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM.

### **III. b. – Segona fase**

Considerant els resultats de la fase anterior, es va plantejar la realització de dos estudis quasiexperimentals al mateix temps: un de principal (estudi d'intervenció controlat sense aleatorització) i un de secundari (estudi d'intervenció abans-després respecte als resultats de la primera fase), per tal de solucionar els problemes detectats en la primera fase del projecte.

#### **1) Estudi d'intervenció controlat sense aleatorització**

**L'objectiu principal** d'aquest estudi va ser determinar si l'ús d'uns elements de comunicació que impliquessin el pacient del SUM podia contribuir a l'augment de la qualitat de la prescripció de medicaments en els dispositius d'urgències.

Concretament, els objectius específics van ser determinar aquest augment de la qualitat expressat en termes de:

- 1) Coneixement per part del metge prescriptor sobre les al·lèrgies a medicaments i la medicació concomitant que està prenent el pacient.
- 2) Coneixement per part del pacient del tractament que se li ha prescrit.



Com a **objectius secundaris** també es va voler determinar si aquesta intervenció repercutia en un increment del grau d'ompliment de la recepta de medicaments.

La hipòtesi d'aquest estudi era que si es feia una intervenció que impliqués els pacients es podia augmentar la qualitat de la informació rebuda per part del metge i el coneixement del tractament per part del pacient en els SUM.

Aquesta intervenció es va fer mitjançant uns elements de comunicació (pòsters i fulls informatius) on es feia èmfasi en la importància de la total comprensió, per part del pacient, de les instruccions a seguir sobre el tractament prescrit i de la necessitat de comunicar al metge les seves al·lèrgies farmacològiques, així com si estava prenent alguna medicació en aquell moment. Amb això s'intentava que hi hagués una major interacció metge-pacient i donar a entendre al pacient que ell també tenia coses a dir i que podia ajudar que l'atenció sanitària que se li estava donant fos de més qualitat.

## 2) Estudi d'intervenció abans-després

Aquest era un estudi secundari que tenia com a **objectiu general** veure si el fet d'informar els facultatius dels SUM dels objectius i resultats de l'estudi realitzat durant la primera fase podia repercutir en uns resultats més adequats dels aspectes avaluats.

Així, els objectius específics van ser determinar aquesta més bona adequació expressada en termes de:

- 1) Coneixement per part del metge prescriptor sobre les al·lèrgies a medicaments i la medicació concomitant que està prenent el pacient.

- 2) Coneixement per part del pacient del tractament que se li ha prescrit.
- 3) Informació escrita en la recepta de medicaments.
- 4) Adequació de la posologia en el conjunt dels SUM.

A més a més, també es va voler registrar el perfil de prescripció de medicaments i el grau de satisfacció dels usuaris de l'atenció rebuda en el SUM.

La hipòtesi d'aquest estudi secundari era que donar informació als metges sobre problemes detectats en la prescripció farmacològica del seu equip feia que aquesta tingués més bona qualitat.

Com a resum s'inclou un esquema de l'estudi realitzat amb les seves dues fases: una primera fase descriptiva i una segona fase on es valora l'eficàcia de dues intervencions (figura 2).

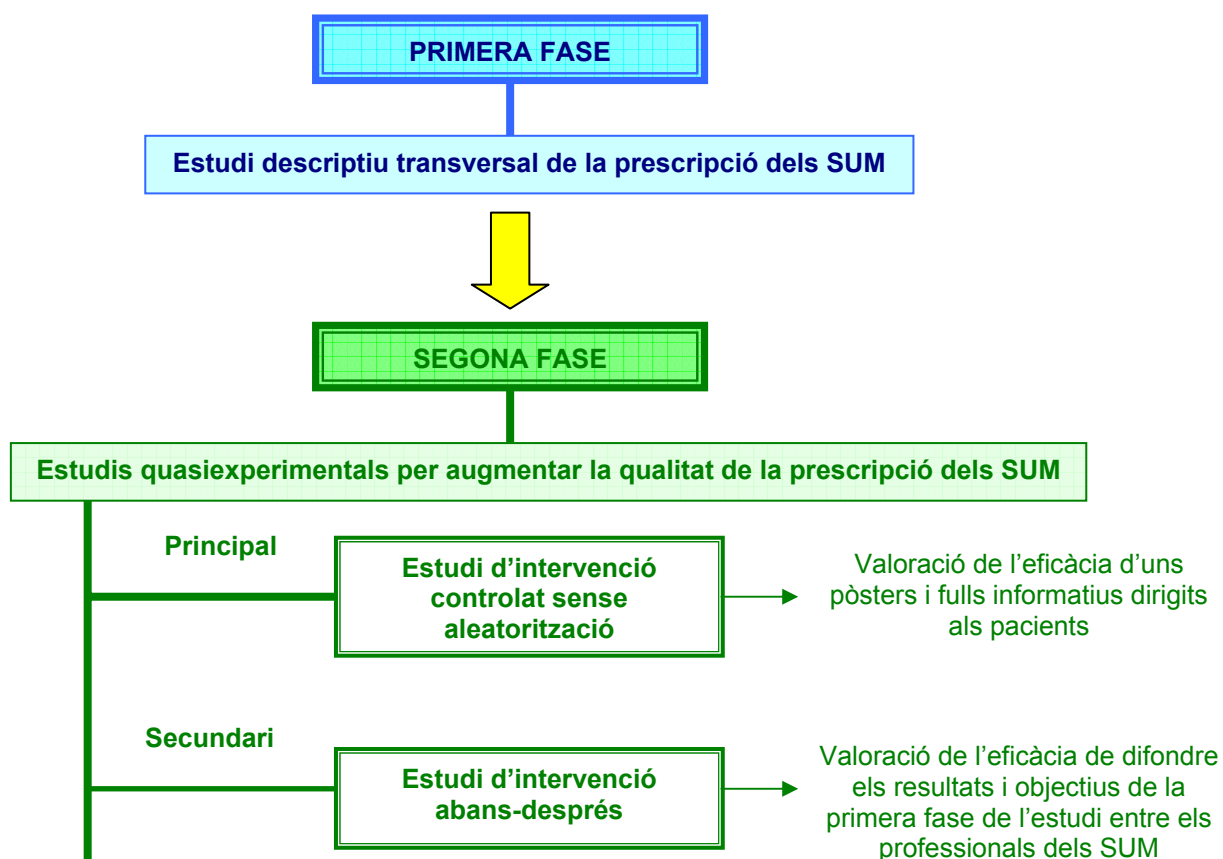


Figura 2.- Esquema global de l'estudi realitzat.

## CAPÍTOL IV. METODOLOGIA

### IV. a . - Tipus d'estudi

El treball d'investigació va constar de dues fases diferents consecutives.

#### IV. a. 1. – Primera fase

Es va realitzar un **estudi descriptiu transversal** de la informació recollida de les prescripcions mèdiques i de les enquestes fetes als pacients als dispositius d'atenció urgent.

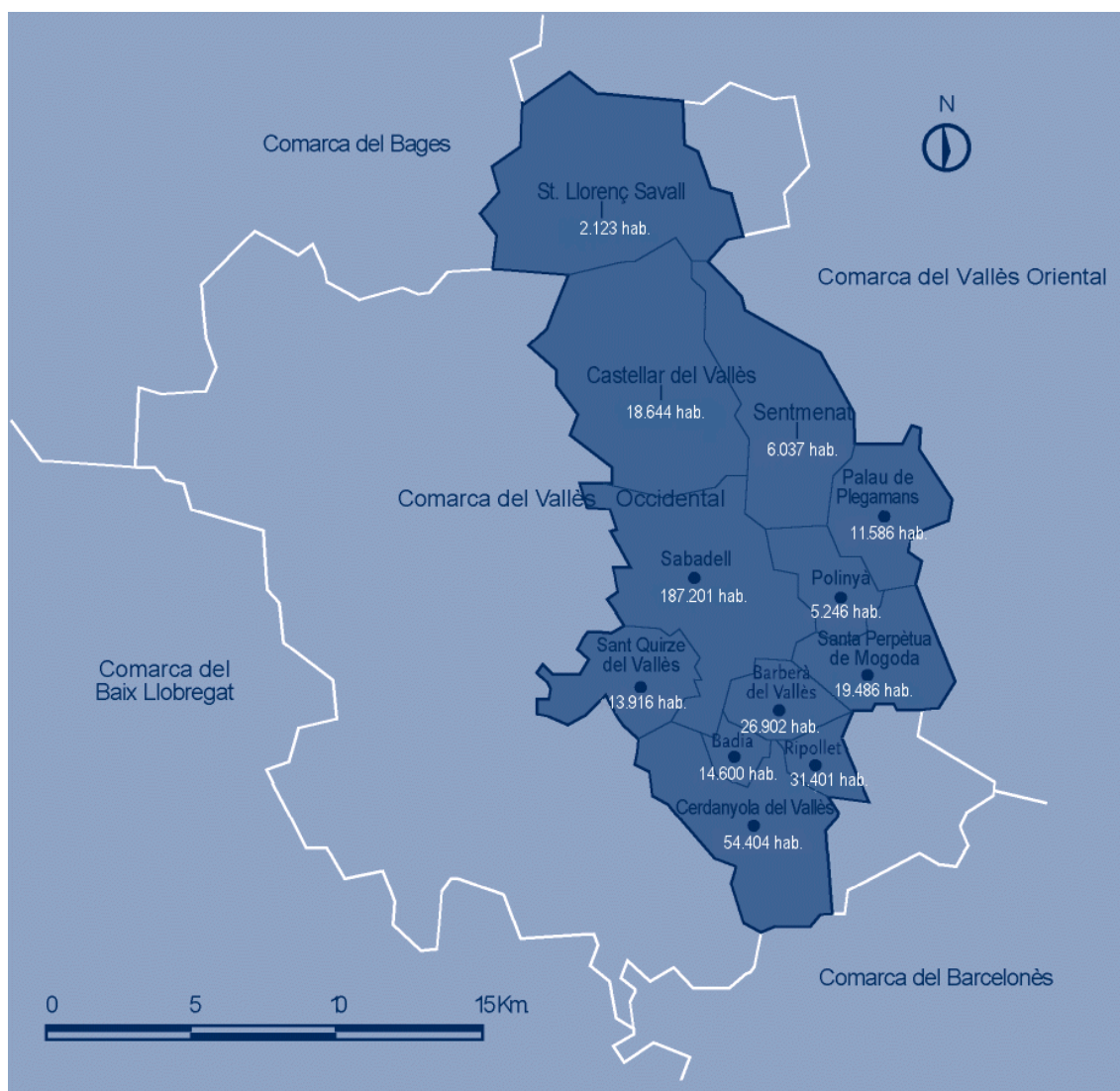
#### IV. a. 2. – Segona fase

A partir dels resultats i conclusions obtinguts en la primera fase es van dissenyar dos estudis quasiexperimentals (un de principal i un altre de secundari):

- **Estudi d'intervenció controlat sense aleatorització** (principal). El grup intervenció van ser els SUM que tenien els pòsters i els fulls informatius a l'abast dels pacients. El grup intervenció i el grup control estaven ubicats en diferents SUM però sempre dins el mateix àmbit de referència.
- **Estudi d'intervenció abans-després** (secundari). Simultàniament a l'estudi d'intervenció controlat sense aleatorització es va fer una anàlisi abans-després respecte als resultats obtinguts en la primera fase. Això es va fer perquè es van difondre els objectius i els resultats de l'estudi de la primera fase, un cop acabada, a tots els SUM participants.

#### **IV. b. - Àmbit de l'estudi**

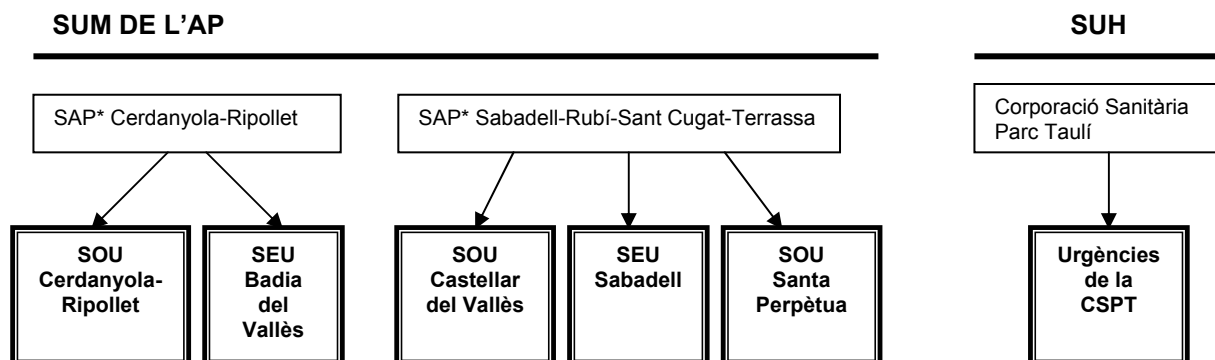
Dispositius d'atenció a la patologia urgent de l'àrea de referència de l'Hospital de Sabadell, que pertany a la Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Aquesta té una població adscrita de 365.001 habitants -segons dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya de l'any 2001 (<http://www.idescat.es>)-. En la figura 3 es pot veure els municipis que tenen com a referència la CSPT per a l'atenció hospitalària.



**Figura 3.** - Poblacions de l'àrea d'influència de la CSPT de Sabadell (<http://www.cspt.es/webcspt/>).

IV. b. 1. – Primera fase

Els SUM inclosos en la primera fase de l'estudi van ser:

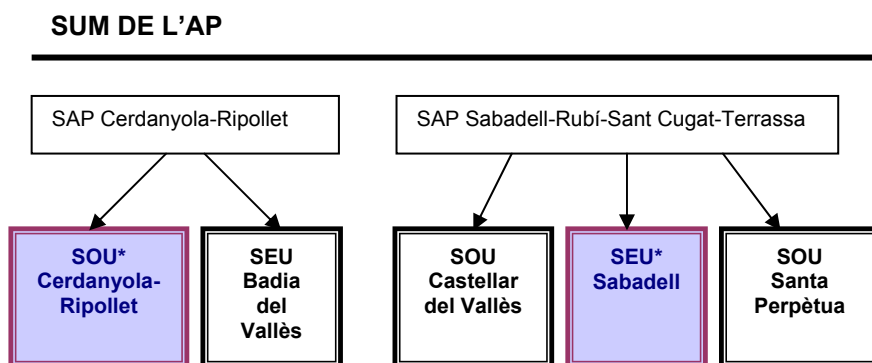


\* SAP: Servei d'Atenció Primària

Segons les dades disponibles en el moment d'iniciar l'estudi, aquests SUM van realitzar 334.486 visites mèdiques durant l'any 1997.

IV. b. 2. – Segona fase

A la segona fase de l'estudi només es van incloure els SUM no hospitalaris, és a dir, els dos SEU i els tres SOU de l'àrea de referència de l'Hospital de Sabadell que pertanyen a l'Institut Català de la Salut (ICS):



\* SUM que pertanyen al grup intervenció. La resta són grup control.

El motiu de no incloure el SUH de l'Hospital de Sabadell va ser perquè en aquest servei es vol analitzar en un futur l'impacte que pot tenir la història clínica i la prescripció informatitzada en l'augment de la qualitat de la prescripció.

#### **IV. c. - Variables de mesura**

Depenent de la variable es va agafar com a unitat d'anàlisi el pacient o cadascuna de les prescripcions que es van fer en els SUM als pacients inclosos en l'estudi. La prescripció s'entén com la realització de la recepta d'un medicament.

##### **IV. c. 1. - Variables principals**

- **Coneixement que té el metge de les al·lèrgies a medicaments de cada pacient i de la medicació concomitant que aquest està prenent en el moment d'acudir a urgències.** S'ha expressat com la proporció de pacients dels quals el metge no estava informat de si tenien o no al·lèrgies conegudes a medicaments o de la medicació concomitant que aquests prenen en el moment de la visita mèdica. És una variable combinada qualitativa amb dues categories: "estava informat" i "no estava informat". La informació d'aquesta variable es va obtenir mitjançant l'enquesta que es realitzava al pacient quan sortia de la visita i se li demanava si el metge li havia preguntat sobre les seves al·lèrgies farmacològiques, o el mateix pacient o l'acompanyant l'havien n'informat, i si estava prenent alguna medicació a casa seva.

També s'han descrit les proporcions de pacients que realment eren al·lèrgics a algun medicament o bé estaven prenent alguna medicació concomitant en el moment d'anar a urgències.

Adicionalment, s'ha descrit la proporció de pacients que van presentar perill real d'al·lèrgia si complien la prescripció i el percentatge d'aquells malalts en què es presentava realment duplictat, incongruència o interacció clínicament rellevant entre la prescripció realitzada a urgències i la medicació que de forma concomitant prenen. Es va intervenir en els casos on la iatrogènia podia ser potencialment greu.

*Definicions:*

- **Duplictat:** quan entre els medicaments concomitants que està prenent el pacient hi ha un fàrmac idèntic al prescrit pel metge del SUM i el malalt no és conscient que ha d'aturar la seva administració.
- **Incongruència:** quan entre la medicació que està prenent el pacient hi ha un fàrmac diferent del prescrit pel metge del SUM però copia o duplica l'acció d'aquest últim i pot provocar toxicitat per una sobredosi relativa.
- **Interacció clínicament rellevant:** quan entre la medicació que el pacient està prenent hi ha un medicament que pot presentar interacció, amb conseqüències adverses, si es pren juntament amb el medicament prescrit a urgències. S'ha classificat com a rellevant quan així ho especificava alguna de les referències de la bibliografia consultada (Seymour i Routledge, 1998; Quinn i Day, 1995; Honorato i col·l., 1999; Martindale, 1999; Consejo General de Colegios Oficiales de

Farmacéuticos, 2000 i 2003; Martínez i col·l., 2000; Drugdex®, 2000 i 2003; Anònim, 2003; Juurlink i col·l., 2003).

- **Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit.**

Es va mesurar el coneixement de quatre aspectes de la prescripció de medicaments d'acord amb la *Guia de la bona prescripció* de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), De Vries i col·l., 1999, que són:

- La freqüència d'administració
- La quantitat d'unitats que s'ha d'administrar cada cop
- La durada del tractament
- Les instruccions de com s'ha d'administrar

S'ha expressat com la proporció de prescripcions en què el pacient coneixia la totalitat dels aspectes a avaluar. És una variable qualitativa que presenta dues categories, que són: "coneix tots els aspectes del tractament" i "no coneix tots els aspectes del tractament". També es va avaluar cadascun dels aspectes en particular. Aquesta informació es va obtenir quan es preguntava al pacient o l'acompanyant sobre aquests quatre aspectes del tractament que se li havia prescrit.

Quan es tractava de medicaments d'ús tòpic no es va avaluar el coneixement de la quantitat d'unitats que s'havia de prendre el pacient. D'altra banda, pel que fa referència a les instruccions i advertiments de com s'havia d'administrar, només es van avaluar els medicaments d'administració per via oral la ingesta amb aliments dels quals, en dejú o a una hora determinada, fos rellevant d'acord amb alguna de les referències de la bibliografia consultada (Centro de información de medicamentos del



Complejo Hospitalario Juan Canalejo, 1996; Delgado i col·l., 1997; Fraga i col·l., 1997; Montoro i col·l., 1999; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2000 i 2003; Drugdex®, 2000 i 2003). També es van considerar els col·liris i pomades d'ús oftàlmic que contenen antibiòtics, pel que fa referència a com s'han de prendre, perquè podia ser important saber si l'administració del medicament s'havia de fer en un ull o en tots dos, encara que un d'ells estigués asimptomàtic.

#### IV. c. 2. - Variables secundàries

- **Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta.** Es van avaluar els mateixos aspectes, i de la mateixa forma que en la valoració de la variable anterior, sobre el coneixement que tenia el malalt del tractament prescrit, però tenint sols en compte els aspectes de la prescripció que estaven escrits en la recepta sense tenir en compte el coneixement real del malalt. La variable s'ha expressat de manera anàloga a l'anterior (proporció de prescripcions en què consten per escrit els aspectes a avaluar). Les categories són: "consten tots els aspectes del tractament" i "no consten". Alhora es va mirar la presència o absència per escrit de cadascun dels quatre aspectes avaluats.
- **Adequació de la posologia.** Variable qualitativa amb dues categories: "correcte" o "incorrecte". Es va considerar com a correcte si la dosi i l'interval de dosificació estaven dins els límits expressats en els patrons de referència utilitzats (Martindale, 1999; Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 2000 i 2003; Drugdex®, 2000 i 2003). Per tal de

valorar la posologia de cada medicament prescrit es va tenir en compte la posologia escrita o, en el seu defecte, la posologia que el metge va dir (en cas de fer-ho) al pacient. L'omissió escrita i verbal es va considerar com a incorrecte. No es van valorar les prescripcions il·legibles amb referència a la posologia. S'ha expressat en forma de proporcions de les dues categories en les prescripcions avaluades.

- **Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM.** S'ha representat una distribució de freqüències de prescripció dels grups terapèutics més utilitzats. La classificació dels grups terapèutics ha estat d'acord amb la del *Catàleg* del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). La unitat bàsica de mesura ha estat la prescripció. També s'ha determinat la mitjana de prescripcions per malaltatès i la proporció d'especialitats farmacèutiques genèriques (EFG) prescrites.
- **Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM.** Per tal d'obtenir aquesta informació es va demanar als pacients o els acompanyants que valoressin d'una manera general l'atenció rebuda al SUM. La variable de mesura ha estat qualitativa i presenta quatre categories: "excel·lent", "bona", "regular" i "dolenta". A l'hora de presentar els resultats, les quatre categories s'han ajuntat en dos grups: bona valoració de l'atenció rebuda, amb la suma de les categories "excel·lent" i "bona", i valoració dolenta de l'atenció rebuda, amb la suma de les

categories “regular” i “dolenta”. S’ha expressat en forma de proporcions. La unitat d’anàlisi ha estat el pacient.

- **Adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH de la CSPT.** Només en el cas del SUH de la CSPT es va poder registrar, en la primera fase de l’estudi, les patologies o els motius de prescripció de les receptes dels pacients atesos en aquest servei, així com una altra informació complementària com podia ser els antecedents patològics d’interès. El procediment general va ser el mateix que en els altres centres. Addicionalment, i després de la realització de les enquestes, es va consultar els informes clínics d’alta d’aquests pacients que estaven disponibles a l’arxiu de l’hospital. Per classificar en grans grups les indicacions de les prescripcions i la patologia associada registrada a l’informe d’alta es va seguir l’ICD9 (International Classification of Diseases), pel que fa a les tres primeres xifres, i es van subclassificar aquells grups de més prevalença. Es va mesurar la distribució de freqüències dels grups de patologia atesa. D’altra banda, es va valorar si el motiu de prescripció era entre les indicacions del medicament, seguint com a referència el *Catàleg 2000* del CGCOF o alguna de les altres fonts de referència quan era necessari (*Manual de diagnóstico y terapéutica médica*, 1994; Gilbert i col·l., 1999; Martindale, 1999; Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 1999; Drugdex®, 2000 ). Així, la variable de mesura va ser la proporció de prescripcions per a les quals la indicació figurava en algun dels patrons de referència definits. Aquesta variable és qualitativa i presenta dues

categories, que s'expressen com a “consta” entre les indicacions del medicaments i “no consta”.

#### **IV. d. - Període de l'estudi**

##### IV. d. 1. – Primera fase

*Primer període de l'estudi:* recollida de dades durant **nou mesos** (de novembre de 1999 a juliol de 2000).

##### IV. d. 2. – Segona fase

*Segon període de l'estudi:* recollida de dades durant **set mesos** (d'octubre de 2002 a abril de 2003).

#### **IV. e. - Procediment**

##### IV.e .1. – Primera fase

Es van realitzar **enquestes als pacients** que rebien atenció mèdica en els SUM inclosos en l'estudi. L'enquesta estava predefinida, tal com es mostra a l'annex I, amb la majoria de preguntes tancades, i constava de diferents parts:

- Dades d'identificació de l'enquesta i del SUM
- Dades d'identificació del pacient
- Dades clíniques: només es registraven en el cas dels pacients del SUH
- Dades farmacològiques
- Dades del coneixement del pacient i de la informació escrita subministrada sobre el tractament prescrit al SUM

- Percepció del pacient del tracte rebut al SUM

*Estudi pilot:*

Es va realitzar un estudi pilot de 145 enquestes per verificar la idoneïtat del full de recollida de dades. Com a conseqüència d'aquest estudi es van incorporar a l'enquesta qüestions amb la finalitat de recollir informació sobre les al·lèrgies conegudes a medicaments.

*Com es van fer les enquestes:*

Les entrevistes es van realitzar de forma correlativa en els diferents centres seguint el següent ordre:

- SOU Cerdanyola-Ripollet
- SEU Badia
- SOU Castellar
- SEU Sabadell
- SOU Santa Perpètua
- Urgències de la CSPT

Es va escollir qualsevol dia de la setmana per anar a cada lloc de forma que no fos sempre el mateix dia ni el mateix horari per a cada SUM. El nombre de dies per anar a cada centre, disset, i el nombre d'hores de realització de les enquestes, dues, va ser el mateix. La franja horària va oscil·lar entre les 18 i les 23 hores i, només els diumenges, entre les 11 i les 14 hores. A tots els SUM hi va anar un mateix enquestador. Els metges dels diferents dispositius coneixien la realització d'aquest estudi però no en sabien l'objectiu ni el contingut de l'enquesta.

Per a la valoració de les respostes es va considerar pacient-acompanyant com una unitat, excepte quan el primer tenia menys de 14 anys (edat pediàtrica) o presentava dificultats psicofísiques per respondre (edat avançada, desconeixement de l'idioma, sordesa, etc.), en aquests casos es tenia en compte l'acompanyant.

#### IV. e. 2. – Segona fase

Es van fer dues intervencions:

*Primera intervenció: es donen a conèixer els resultats de la primera fase*

Partint dels resultats obtinguts en la primera fase se'n va fer una difusió (a principi de l'any 2001) entre els responsables de tots els SUM inclosos en l'estudi.

*Segona intervenció: difusió de pòsters i fulls dirigida als pacients dels centres del grup intervenció al cap d'un any*

Entre el 2002 i el 2003 es va realitzar aquesta intervenció en alguns dels SUM d'AP inclosos en la fase inicial (va quedar exclòs de l'estudi el SUH de la CSPT).

La intervenció va consistir en la difusió d'uns pòsters i fulls, amb igual disseny, en català i en castellà (annex II). La seva elaboració va anar a càrrec d'una empresa publicitària amb l'objectiu que el missatge i el disseny fossin prou atractius i entenedors perquè arribessin al major nombre possible de persones.

**Els tres missatges** que es volien transmetre als usuaris dels SUM mitjançant aquests pòsters i fulls eren:

- **Que informessin el metge sobre si tenien alguna al·lèrgia a medicaments**
- **Que comentessin al metge si estaven prenent alguna medicació a casa seva**
- **Que si els quedava algun dubte sobre el tractament farmacològic prescrit al SUM ho preguntessin**

Els pòsters es van penjar a llocs ben visibles de les sales d'espera i els fulls es van deixar al costat de les cadires de les mateixes sales d'espera dels SUM del grup intervenció.

#### *Recollida d'informació*

Es van realitzar **enquestes als pacients** seguint el mateix sistema i criteris de la primera fase de l'estudi. El model d'enquesta va variar en afegir-hi la pregunta de si havien llegit el cartell o el full o no, i si l'havien entès (annex III).

En aquesta fase, tant els metges del grup intervenció com del grup control coneixien l'objecte de l'estudi inicial i els seus resultats, encara que els del grup control no sabien que, en la fase actual, s'estava realitzant una intervenció en els altres centres.

El nombre de dies que l'enquestador (el mateix que el de la fase inicial) va anar als centres va ser de catorze a cadascun, i cada dia s'hi va estar dues hores.

La franja horària va ser la mateixa que la de la fase anterior.

## **IV. f. - Càlcul de la mostra**

### **IV. f. 1. – Primera fase**

La realització d'un estudi pilot de 145 enquestes va permetre fer una estimació de la proporció de pacients dels quals el metge no estava informat sobre la medicació concomitant que prenen (sigui perquè el malalt no li ho va dir o perquè el metge no li ho va preguntar). Es va estimar que en el 40% de pacients es presentava aquesta condició. Es va prendre aquesta proporció com a guia per a determinar el nombre d'enquestes a realitzar com a mínim a cada centre, acceptant una variabilitat del 10% i un error alfa de 0,05. Això va donar un mínim de 93 enquestes a realitzar a cada centre. Tota la informació recollida en l'estudi pilot es va incorporar a l'estudi definitiu.

### **IV. f. 2. – Segona fase**

Per al càlcul orientatiu de la mostra d'aquesta segona fase, es va partir de les dades de la primera fase, on aproximadament d'un 50% dels malalts el metge no estava informat sobre la medicació concomitant que prenen. Considerant com a rellevant una disminució del 15% en aquesta variable i assumint un error beta de 0,1 i un error alfa de 0,05 (distribució bilateral), es va calcular una mostra d'almenys 227 enquestes en cadascun dels dos grups, control i intervenció (Programa EPIDAT, 1998).



#### **IV. g. - Selecció de centres**

La selecció del grup control i del grup intervenció, en la segona fase de l'estudi, es va fer de manera arbitrària, tenint en compte que:

- L'estructura d'un SOU i d'un SEU poden no ser coincidents
- Els SOU i SEU de l'estudi depenen de dos serveis d'atenció primària (SAP) diferents (SAP Cerdanyola-Ripollet i SAP Sabadell-Rubí-Sant Cugat-Terrassa)
- En la primera fase el SEU de Sabadell va ser el SUM no hospitalari amb més nombre de pacients

Així, es va considerar que el SEU de Sabadell havia d'estar dins el **grup intervenció**. I per tal que hi hagués un SOU d'un altre SAP en el mateix grup, es va seleccionar el SOU de Cerdanyola-Ripollet. D'aquesta manera en el **grup control** van quedar el SEU de Badia, el SOU de Castellar i el SOU de Santa Perpètua.

#### **IV. h. - Selecció de pacients**

Tant a la primera fase de l'estudi com a la segona es van incloure tots els pacients que sortien de la visita mèdica durant les dues hores en què es realitzaven les enquestes, hi donaven el seu consentiment i complien els següents criteris d'inclusió:

- Pacients als quals s'havia prescrit un o més medicaments en els SUM
- Pacients amb capacitat suficient (o en el seu defecte l'acompanyant) per respondre l'enquesta

Se'n van excloure els pacients que només anaven al SUM a buscar receptes de la Seguretat Social de tractaments prescrits per altres metges.

No es va fer una selecció aleatòria dels pacients a enquestar, ja que en l'estudi inicial es va veure que era molt difícil portar a la pràctica aquesta selecció en els centres d'urgències amb els mitjans de què es disposava.

#### **IV. i. - Processament i anàlisi de les dades**

El registre de la informació recollida es va fer amb el programa de base de dades Acces. Per a la posterior anàlisi de les dades es van utilitzar els programes Excel i SPSS. Totes les variables de mesura són qualitatives i s'han expressat com a freqüències absolutes i com a percentatges amb el seu interval de confiança (IC95%) mitjançant l'aproximació normal. Addicionalment, l'edat de la mostra estudiada es descriu amb la mitjana, desviació típica, màxim i mínim.

Per valorar si hi havia diferències estadísticament significatives entre els diferents centres i també entre el grup intervenció i el grup control s'ha realitzat la prova de  $\chi^2$ .

En la segona fase de l'estudi, l'anàlisi de les variables en els dos grups (control i intervenció), per tal d'esbrinar si les intervencions realitzades tenien algun efecte, s'ha fet de la següent manera:

- Anàlisi abans-després: mitjançant la prova estadística de  $\chi^2$  s'ha mirat si les diferències entre el primer període i el segon període dels resultats globals de les diferents variables eren estadísticament significatives.

- Anàlisi de les diferències entre grups (control i intervenció): aplicant també la prova de  $\chi^2$ , tant en el primer període com en el segon.
- Si en les dues anàlisis anteriors hi havia diferències estadísticament significatives, s'ha aplicat la prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone. Aquesta prova el que contrasta és si la millora o empitjorament de resultats del grup intervenció és diferent de la del grup control, tenint en compte el punt de partida, que són els resultats del primer període de l'estudi.

En tots els casos s'ha considerat estadísticament significatiu  $p < 0,05$ .

#### **IV. j. - Limitacions metodològiques de l'estudi**

- **En la segona fase, estudi sense aleatorització, tant dels centres d'urgències com dels pacients:** en el cas dels centres no es va considerar adient la seva aleatorització per tal com els SEU i SOU són serveis d'urgències amb estructures diferents i que poden dependre de serveis d'atenció primària (SAP) també diferents. Per tant, interessava que en el grup intervenció hi hagués, com a mínim, un SEU i un SOU de diferents SAP. Pel que fa a l'aleatorització dels pacients enquestats, ja es va veure en l'estudi pilot que era molt difícil portar-la a la pràctica, considerant per una part els recursos de què es disposava (un sol enquestador) i per una altra, l'especial organització dels SUM.
- **El coneixement per part dels metges de la presència de l'enquestador (efecte Hawthorne):** aquest fet podia provocar un biaix perquè el metge se

sentia indirectament observat i podia modificar la seva conducta envers el pacient. Tanmateix, aquest problema es va considerar de menor importància que l'anterior, quant a l'avaluació dels pòsters i els fulls informatius, perquè s'analitzaven diferències de resultats i aquest possible biaix es produïa tant el grup control com en el grup intervenció.

- **No és un estudi amb cegament:** en la segona fase de l'estudi, a diferència de la primera, el metge coneixia l'objectiu de l'estudi i les variables que es registraven.
- **Els pacients del grup control i del grup intervenció són a diferents SUM:** pel tipus d'intervenció (es penjen els pòsters i es deixen els fulls en les sales d'espera del SUM) era impossible que en un mateix centre hi pogués haver pacients del grup control i del grup intervenció.
- **No s'ha registrat el nombre de pacients elegibles ni aquells que no complien els criteris d'inclusió:** es desconeix el nombre de pacients potencialment elegibles i que no es van enquestar i els que no complien els criteris, com ara els que havien anat al SUM només per buscar receptes de la Seguretat Social i no s'havien visitat al centre. Això tindria repercussió si es volgués calcular l'impacte de les mesures d'intervenció.
- **Absència de dades socioculturals dels pacients inclosos en l'estudi:** el nivell sociocultural del pacient és una variable que, *a priori*, sembla que pot influir en la seva capacitat de retenció de la informació que li pot donar el metge, i per tant influir en els resultats de l'estudi. Es va considerar que registrar tots els ítems necessaris per realitzar una correcta valoració sociocultural complicava molt l'enquesta a realitzar als pacients i la seva posterior anàlisi, a més a més del consegüent perill que alguns pacients

s'ofenguessin amb determinades preguntes sobre aquesta qüestió. De totes maneres es va considerar, com a criteri d'inclusió, que els pacients tinguessin capacitat suficient (o en el seu defecte l'acompanyant) per respondre l'enquesta, és a dir, com a mínim havien de saber llegir la recepta.

- **El coneixement que té el metge sobre l'historial farmacoterapèutic del pacient es dedueix a partir de la informació que dóna el mateix pacient:** és a dir, es va confiar en la memòria del pacient per recordar si el metge li havia preguntat, o ell mateix l'havia informat, sobre les seves al·lèrgies farmacològiques i sobre la seva medicació concomitant. Aquestes dades no van ser contrastades amb el metge.
- **Entre el primer període de recollida de dades i el segon període van passar dos anys:** això implica que, durant aquest temps, es podien haver produït algunes circumstàncies que podien influir en els resultats de l'estudi abans-després, com podria ser el canvi de plantilla de metges dels SUM o canvis en el tipus de població de l'àrea de referència de l'estudi. Quant a la qüestió dels metges s'ha pogut comprovar que no hi va haver grans canvis de plantilla.
- **La pressió assistencial del SUM i l'estat del pacient poden influir en la valoració de l'eficàcia dels pòsters i els fulls informatius:** quan el SUM té molt poca pressió assistencial, el pacient normalment és atès d'una manera immediata i per tant pot no tenir temps per llegir cap informació que hi hagi a la sala d'espera. D'igual manera, s'ha de pensar que el pacient en estat greu tampoc té temps per llegir res ni pot estar en condicions de fer-ho.

- **La mateixa persona és l'enquestador i l'investigador:** només es va disposar d'una persona per anar a fer les enquestes a tots els centres, per al grup control i per al grup intervenció, tant en el primer període de l'estudi com en el segon. A més a més, aquesta persona era l'investigador. Aquest fet pot produir un biaix en el moment de registrar les dades.

## CAPÍTOL V. RESULTATS

### V. a. – Primera fase

Dels 893 pacients disponibles se'n van excloure dos a causa de problemes de capacitat de comprensió de l'idioma per ser estrangers (tant el pacient com l'acompanyant). No es van comptar els pacients que només anaven al dispositiu a buscar receptes de medicaments. Així, es van avaluar **891 enquestes i 1.258 prescripcions** de medicaments realitzades als pacients atesos als dispositius d'urgències de l'àrea de referència de la CSPT en un període de nou mesos. En la taula 1 es descriuen les dades demogràfiques que es van recollir dels pacients. D'aquesta manera es pot veure el nombre de pacients enquestats a cada centre així com la seva distribució segons sexe i grups d'edat. No es van observar diferències estadísticament significatives entre els diferents SUM respecte al sexe. L'edat mitjana dels pacients va ser de  $28 \pm 19$  anys (mínim: 0 anys, màxim: 83 anys). Quan s'analitzen els grups d'edat, es presenten diferències estadísticament significatives en la seva distribució ( $p < 0,001$ ). Cal destacar una proporció més elevada de població pediàtrica atesa al SUH de la CSPT. Aquest centre és l'únic que té urgències específiques de pediatria.

## a) Sexe

	HOMES		DONES		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
SABADELL	78	46,7	89	53,3	167	18,7
CSPT	118	52,7	106	47,3	224	25,1
CERDANYOLA	58	42,0	80	58,0	138	15,5
CASTELLAR	50	56,8	38	43,2	88	9,9
STA. PERPÈTUA	72	53,3	63	46,7	135	15,2
BADIA	62	44,6	77	55,4	139	15,6
<b>TOTAL</b>	<b>438</b>	<b>49,2</b>	<b>453</b>	<b>50,8</b>	<b>891</b>	<b>100</b>

## b) Edat

	0-15 ANYS			16-64 ANYS			>64 ANYS			TOTAL
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	23	13,8	8,5-19,0	133	79,6	73,5-85,7	11	6,6	2,8-10,3	167
CSPT	104	46,4	39,9-53,0	99	44,2	37,7-50,7	21	9,4	5,6-13,2	224
CERDANYOLA	26	18,8	12,3-25,4	107	77,6	70,6-84,5	5	3,6	0,5-6,7	138
CASTELLAR	26	29,5	20,0-39,1	57	64,8	54,8-74,8	5	5,7	0,8-10,5	88
STA. PERPÈTUA	39	28,9	21,2-36,5	93	68,9	61,1-76,7	3	2,2	0,0-4,7	135
BADIA	27	19,4	12,8-26,0	111	79,9	73,2-86,5	1	0,7	0,0-2,1	139
<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>27,5</b>	<b>24,6-30,4</b>	<b>600</b>	<b>67,3</b>	<b>64,3-70,4</b>	<b>46</b>	<b>5,2</b>	<b>3,7-6,6</b>	<b>891</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>N.S.</b>			

**Taula 1.-** Dades demogràfiques de la població estudiada classificada pels diferents SUM segons sexe (a) i edat (b). n= nombre de pacients enquestats. La classificació per edats en els diferents dispositius divideix la població atesa en els 3 grups d'edat a dalt expressats. %= percentatge dels pacients enquestats al centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu. En l'apartat a) no s'han trobat diferències estadísticament significatives.

A continuació es descriuen els resultats de les diferents **variables de mesura**:



V. a. 1. - Coneixement que té el metge de les al·lèrgies del pacient a medicaments i de la medicació concomitant que aquest està prenent en el moment d'acudir a urgències

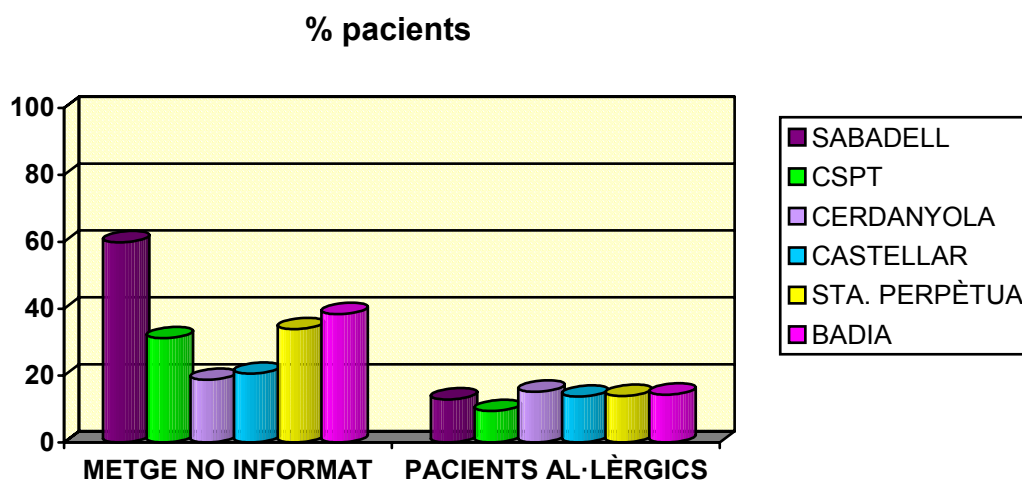
- ***Informació prèvia que té el metge sobre les al·lèrgies conegudes als medicaments***

Es van realitzar enquestes a 746 pacients sobre al·lèrgies conegudes a algun medicament. A la taula 2 i a la figura 4 es visualitza la proporció de pacients als quals, segons ells, el metge va ometre la pregunta sobre si eren al·lèrgics a algun medicament i ells tampoc ho van comentar, així com la proporció de malalts que realment ho eren. Cal destacar que en el 34,8% dels pacients enquestats, el metge no va preguntar sobre al·lèrgies conegudes a algun medicament i el pacient tampoc va informar-lo prèviament (sempre segons informació expressada pel pacient). D'altra banda, el 12,7 % dels 746 pacients enquestats era realment al·lèrgic a algun medicament. També es van detectar diferències entre els diferents centres que no van ser degudes a l'atzar. Dels 95 pacients que es van registrar com a al·lèrgics a un medicament, el 27,4% (26 pacients) no va ser preguntat sobre cap al·lèrgia coneguda (figura 5). Com a conseqüència d'això, es va prescriure un medicament a tres pacients al qual eren al·lèrgics (dues prescripcions de penicil·lines i una d'una quinolona).

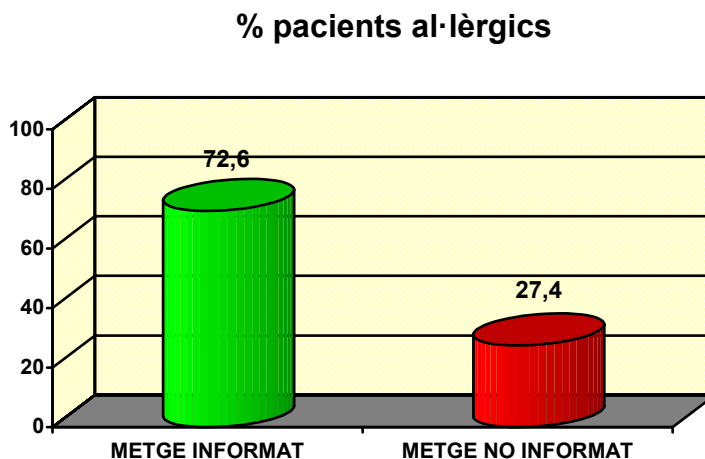
### Informació sobre al·lèrgies conegudes

	METGE NO INFORMAT			PACIENT AL·LÈRGIC			TOTAL PACIENTS
	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	79	59,8	51,5-68,2	17	12,9	7,2-18,6	132
CSPT	63	31,2	24,8-37,6	19	9,4	5,4-13,4	202
CERDANYOLA	21	18,7	11,5-26,0	17	15,2	8,5-21,8	112
CASTELLAR	15	20,5	11,3-29,8	10	13,7	5,8-21,6	73
STA. PERPÈTUA	39	33,9	25,3-42,6	16	13,9	7,6-20,2	115
BADIA	43	38,4	29,4-47,4	16	14,3	7,8-20,8	112
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>	<b>34,8</b>	<b>31,4-38,3</b>	<b>95</b>	<b>12,7</b>	<b>10,3-15,1</b>	<b>746</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			<b>N.S.</b>			

**Taula 2.-** Distribució de les freqüències sobre el nombre de pacients atesos al diferents centres als quals el metge no va preguntar sobre al·lèrgies conegudes a algun medicament i ells tampoc li van referir aquesta informació (metge no informat). També s'hi expressen les freqüències de pacients que eren realment al·lèrgics a algun medicament. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.



**Figura 4.-** Distribució als diferents dispositius d'urgències de la proporció de pacients dels quals el metge no estava informat sobre possibles al·lèrgies. S'hi representa també la proporció real de pacients que van manifestar ser al·lèrgics a algun medicament.



**Figura 5.-** Pacients que van manifestar ser al·lèrgics a algun medicament (n= 95). Proporció d'aquests dels quals el metge no n'estava informat.

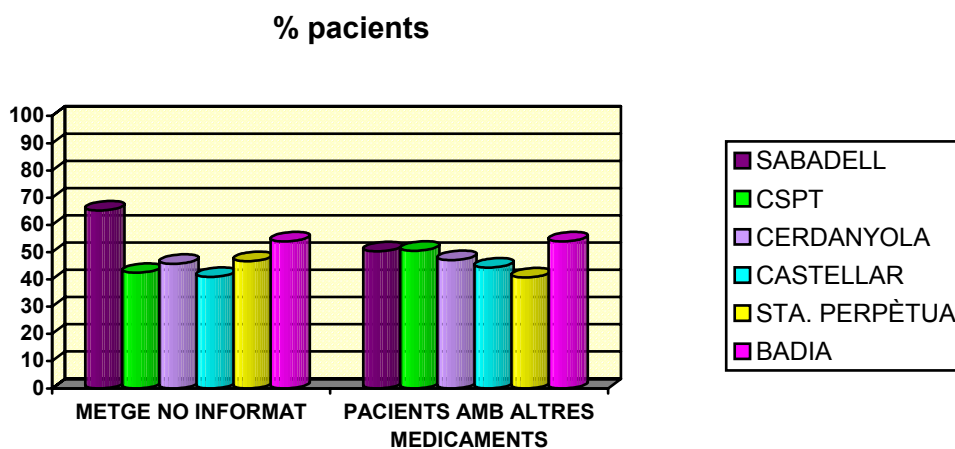
- ***Informació prèvia que té el metge sobre medicació concomitant que pren el malalt en el moment de la visita***

El 48,4% dels 891 pacients enquestats va reconèixer que estava prenent alguna medicació en el moment de ser visitat en els SUM. A la taula 3 i a la figura 6 es descriu aquesta proporció distribuïda segons aquests centres d'atenció, juntament amb la proporció de pacients als quals el metge no va preguntar si prenién alguna medicació en el moment de la visita (ni ells li ho van comunicar). No es van observar diferències estadísticament significatives entre els diferents centres en relació amb la proporció de pacients que prenién medicació concomitant. Cal destacar que en el 49,5% dels casos es va donar la situació que el metge no va preguntar sobre la medicació que estava prenent el malalt ni aquest últim li ho va comunicar. En aquest darrer punt sí que es van trobar diferències estadísticament significatives entre l'atenció dels diferents centres.

### Informació sobre medicació concomitant

	METGE NO INFORMAT SOBRE MEDICACIÓ CONCOMITANT			PACIENTS QUE PRENIEN ALTRES MEDICAMENTS			TOTAL PACIENTS
	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	109	65,3	58,1-72,5	84	50,3	42,7-57,9	167
CSPT	95	42,4	35,9-48,9	113	50,5	43,9-57,0	224
CERDANYOLA	63	45,7	37,3-54,0	65	47,1	38,8-55,4	138
CASTELLAR	36	40,9	30,6-51,2	39	44,3	33,9-54,7	88
STA. PERPÈTUA	63	46,7	38,3-55,1	55	40,7	32,5-49,0	135
BADIA	75	54,0	45,7-62,2	75	54,0	45,7-62,2	139
<b>TOTAL</b>	<b>441</b>	<b>49,5</b>	<b>46,2-52,8</b>	<b>431</b>	<b>48,4</b>	<b>45,1-51,7</b>	<b>891</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			<b>N.S.</b>			

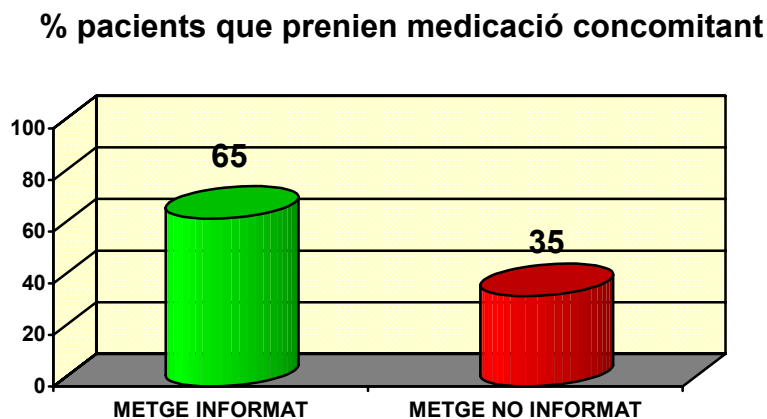
**Taula 3.-** Distribució de les freqüències del nombre de pacients atesos als diferents centres als quals el metge no va preguntar si estaven prenent alguna medicació i ells tampoc li van referir aquesta informació. També s'hi expressen les freqüències de pacients que estaven prenent realment algun medicament en aquells moments. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.



**Figura 6.-** Distribució per als diferents dispositius d'urgències de la proporció de pacients dels quals el metge no estava informat sobre si prenen de forma concomitant altres fàrmacs. S'hi representa també la proporció real de pacients que van manifestar prendre algun medicament de forma concomitant.

Si considerem els 431 pacients que prenen alguna medicació en el moment de la visita, la mitjana del nombre de medicaments per malalt era d'1,58. El metge desconeixia aquest fet en 151 pacients (35%) (figura 7). En conseqüència, en aquest grup de pacients es va detectar un 10,7% d'incongruències o duplicitats

(16 casos) i un 3,3% (5 casos) d'interaccions que podien ser clínicament rellevants d'acord amb algun dels estàndards de la bibliografia.



**Figura 7.** - Pacients que van manifestar que prenen algun medicament de forma concomitant (n= 431). Proporció d'aquests dels quals el metge no n'estava informat.

#### V. a. 2. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit

Es va avaluar el coneixement que tenien els 891 pacients sobre la posologia de la prescripció que s'havia fet a cadascun d'ells en el SUM (en total 1.258 prescripcions). En la taula 4 i en la figura 8 es representen les dades. Només en el 46,4% de les prescripcions el pacient sabia tota la pauta de tractament. Cal destacar que en el 34,2% de les prescripcions els pacients no saben com s'havia de prendre el medicament quan realment era rellevant saber-ho. Així mateix, en el 27% de les prescripcions els pacients desconeixien la durada del tractament. D'acord amb la manera com es va recollir la informació, aquest desconeixement no sols era degut a l'omissió escrita de la pauta terapèutica, sinó que, a més a més, hi havia una ommissió verbal de la pauta a seguir o bé un oblit per part del pacient per no escriure la pauta. S'han observat diferències estadísticament significatives entre els diferents centres en cadascun dels aspectes avaluats excepte en el de la durada del tractament.

## Coneixement de la posologia per part del pacient

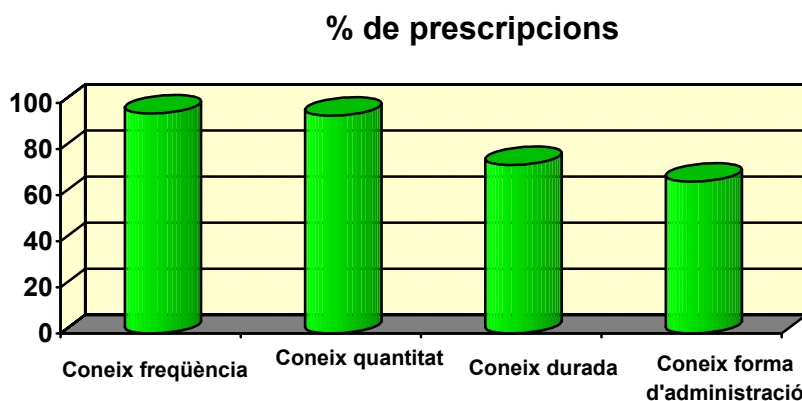
a)

	Ho coneix tot			TOTAL PRESCRIPCIONS
	n	%	IC95	
SABADELL	126	49,6	43,5-55,8	254
CSPT	123	37,9	32,6-43,1	325
CERDANYOLA	68	38,0	30,9-45,1	179
CASTELLAR	63	52,1	43,2-61,0	121
STA. PERPÈTUA	111	57,8	50,8-64,8	192
BADIA	93	49,7	42,6-56,9	187
<b>TOTAL</b>	<b>584</b>	<b>46,4</b>	<b>43,7-49,2</b>	<b>1.258</b>

b)

	No coneix freqüència			No coneix quantitat que s'ha de prendre			No coneix durada del tractament			No coneix forma d'administració			TOTAL PRES
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	2	0,8	0,0-1,9	8	3,2	1,0-5,3	61	24,0	18,8-29,3	81	31,9	26,2-37,6	254
CSPT	29	8,9	5,8-12,0	30	9,2	6,1-12,4	100	30,8	25,8-35,8	138	42,5	37,1-47,8	325
CERDANYOLA	14	7,8	3,9-11,8	14	7,8	3,9-11,8	53	29,6	22,9-36,3	72	40,2	33,0-47,4	179
CASTELLAR	3	2,5	0,0-5,2	3	2,5	0,0-5,2	31	25,6	17,8-33,4	31	25,6	17,8-33,4	121
STA. PERPÈTUA	9	4,7	1,7-7,7	14	7,3	3,6-11,0	38	19,8	14,2-25,4	52	27,1	20,8-33,4	192
BADIA	1	0,5	0,0-1,6	2	1,1	0,0-2,5	56	30,0	23,4-36,5	56	30,0	23,4-36,5	187
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>4,6</b>	<b>3,5-5,8</b>	<b>71</b>	<b>5,6</b>	<b>4,4-6,9</b>	<b>339</b>	<b>27,0</b>	<b>24,5-29,4</b>	<b>430</b>	<b>34,2</b>	<b>31,6-36,8</b>	<b>1.258</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>N.S.</b>			<b>&lt;0,001</b>			

**Taula 4.-** Grau de coneixement de la informació farmacològica per part del pacient. a) Es valora la comprensió per part dels pacients en funció del coneixement de la totalitat dels següents aspectes: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan és rellevant. b) Es valora la comprensió de la informació farmacològica per part del pacient de cadascun dels anteriors aspectes. TOTAL PRES= nombre total de prescripcions. %= percentatge respecte al total de prescripcions. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu. En l'apartat a) no hi havia diferències significatives entre els centres.



**Figura 8.-** Grau de coneixement de la informació farmacològica per part del pacient. Es valora la comprensió per part dels pacients dels següents aspectes: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan és rellevant. n= 1.258 prescripcions.

### V. a. 3. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta

En la taula 5 i en la figura 9 es valora la informació registrada a la recepta d'acord amb els aspectes citats anteriorment en els diferents SUM. Només en l'11% de les receptes constava tota la informació de forma escrita, considerant com a correctes els casos en els quals l'omissió de la dosi o com s'havia de prendre no tenia rellevància.

Cal destacar que en el 79,3% de les receptes no constava la durada del tractament, i en el 47,9% de les receptes no constava com s'havia de prendre el medicament quan realment aquesta informació era rellevant. Així mateix, en el 17,8% de les receptes no estava escrita la freqüència d'administració.

Es van trobar diferències estadísticament significatives entre els diferents centres en cadascun dels aspectes avaluats.

## Informació escrita en la recepta

a)

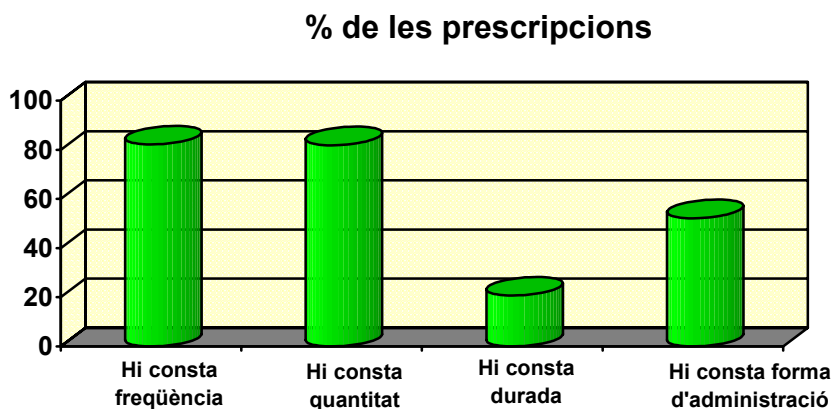
	Hi consta tot			No hi consta res (*)			TOTAL PRES
	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	20	7,9	4,6-11,2	12	4,7	2,1-7,3	254
CSPT	24	7,4	4,5-10,2	26	8,0	5,1-10,9	325
CERDANYOLA	33	18,4	12,7-24,1	29	16,2	10,8-21,6	179
CASTELLAR	15	12,4	6,5-18,3	1	0,8	0,0-2,4	121
STA. PERPÈTUA	33	17,2	11,8-22,5	8	4,2	1,3-7,0	192
BADIA	13	7,0	3,3-10,6	23	12,3	7,6-17,0	187
<b>TOTAL</b>	<b>138</b>	<b>11,0</b>	<b>9,2-12,7</b>	<b>99</b>	<b>7,9</b>	<b>6,4-9,4</b>	<b>1.258</b>

b)

	No hi consta freqüència			No hi consta quantitat a administrar			No hi consta durada del tractament			No hi consta forma d'administració			TOTAL PRES
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	
SABADELL	45	17,7	13,0-22,4	48	18,9	14,1-23,7	208	81,9	77,2-86,6	105	41,3	35,3-47,4	254
CSPT	47	14,5	10,6-18,3	44	13,5	9,8-17,3	270	83,1	79,0-87,2	186	57,2	51,8-62,6	325
CERDANYOLA	55	30,7	24,0-37,5	53	29,6	22,9-36,3	121	67,6	60,7-74,5	94	52,5	45,2-59,8	179
CASTELLAR	12	9,9	4,6-15,2	10	8,3	3,4-13,2	98	81,0	74,0-88,0	55	45,5	36,6-54,3	121
STA. PERPÈTUA	24	12,5	7,8-17,2	29	15,1	10,0-20,2	143	74,5	68,3-80,6	82	42,7	35,7-49,7	192
BADIA	41	21,9	16,0-27,9	44	23,5	17,4-29,6	158	84,5	79,3-89,7	80	42,8	35,7-49,9	187
<b>TOTAL</b>	<b>224</b>	<b>17,8</b>	<b>15,7-19,9</b>	<b>228</b>	<b>18,1</b>	<b>16,0-20,3</b>	<b>998</b>	<b>79,3</b>	<b>77,1-81,6</b>	<b>602</b>	<b>47,9</b>	<b>45,1-50,6</b>	<b>1.258</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>&lt;0,001</b>			<b>0,001</b>			

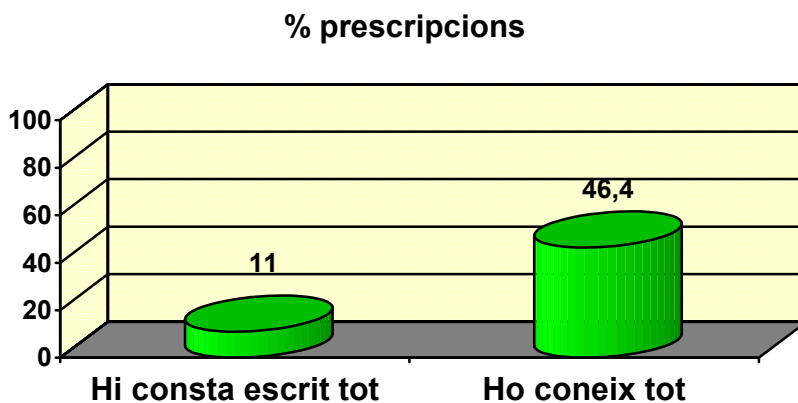
**Taula 5.-** Adequació del registre d'informació farmacològica escrita pel metge a la recepta. a) Es valora si hi consten o no la totalitat dels següents aspectes de la prescripció: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan es rellevant. (\*) S'entén que només hi consta el nom del medicament. b) Es valora si existeix registre de la informació farmacològica escrita en la recepta en funció de la presència o l'absència de cadascun dels anteriors aspectes. En 5 prescripcions fins i tot el nom del medicament és il·legible. TOTAL PRES= totalitat de les prescripcions. %= percentatge respecte al total de prescripcions. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu. En l'apartat a) no hi havia diferències significatives entre els centres.





**Figura 9.-** Adequació del registre d'informació farmacològica escrita pel metge a la recepta. Es valora si hi consten els següents aspectes de la prescripció: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan es rellevants. n= 1.258 prescripcions.

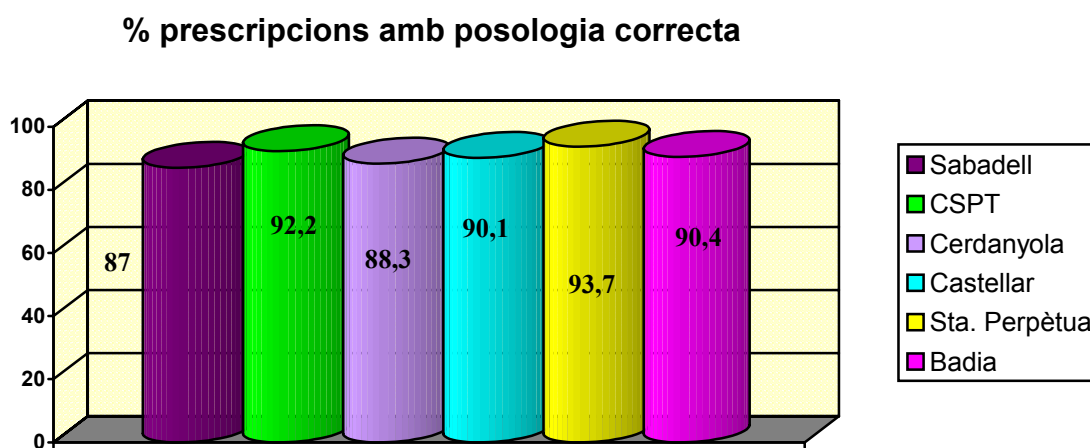
En la figura 10 es visualitza que la manca d'informació escrita queda compensada parcialment pel coneixement del tractament que ha obtingut el pacient en la visita mèdica.



**Figura 10.-** Proporció de prescripcions en què consta la totalitat dels aspectes avaluats comparada amb la proporció de prescripcions en què el pacient coneixia la totalitat dels mateixos aspectes avaluats. n= 1.258 prescripcions.

#### V. a. 4. - Adequació de la posologia

Pel que fa referència a l'adequació de la posologia, es van poder valorar 1.252 prescripcions de medicaments (en sis casos la posologia era il·legible). En la figura 11 es pot veure el grau de concordança entre la posologia prescrita i la que determinen els límits dels estàndards de referència utilitzats. Així, es va trobar que, de forma global, en el 90,3 % dels casos aquesta posologia prescrita estava dins dels límits descrits.

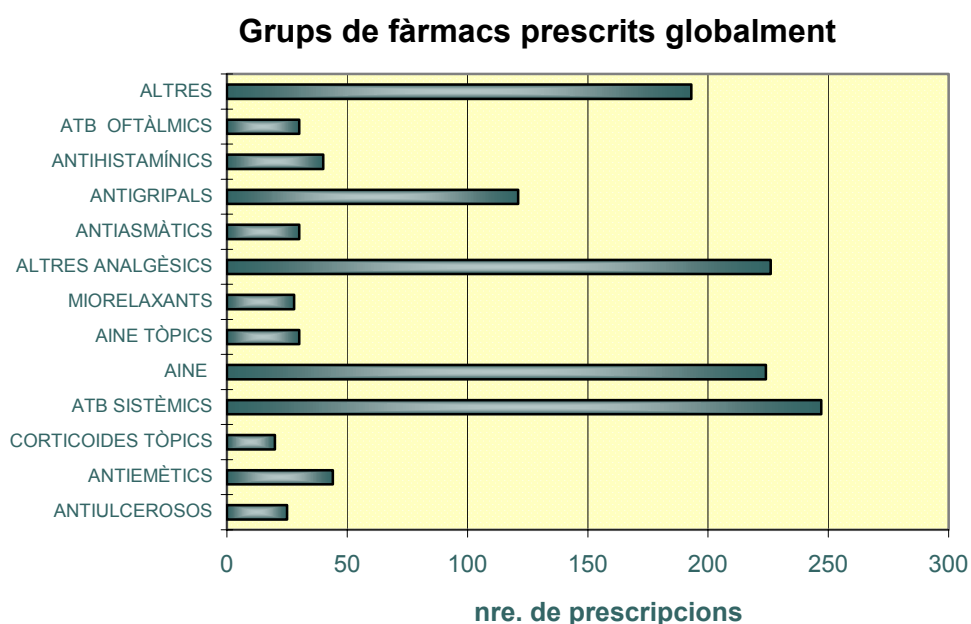


**Figura 11.-** Adequació de la pauta posològica. n total= 1.252 prescripcions. La mitjana global va ser del 90,3%.

Entre les prescripcions on la posologia no coincidia amb els estàndards de referència cal destacar: les dosis pediàtriques, especialment en el cas dels ATB (31 prescripcions), la pauta d'analgèsics segons necessitat sense especificar cap altra informació (22 prescripcions) i la freqüència d'administració dels antiinfecciosos d'ús oftàlmic, que era d'interval massa perllongat (12 prescripcions).

### V. a. 5. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM

Es van avaluar 1.258 prescripcions de medicaments que corresponien als 891 pacients inclosos en l'estudi, amb una mitjana d'1,4 prescripcions per pacient. Cinc prescripcions van ser completament il·legibles. En la figura 12 s'observen els principals grups farmacològics prescrits.



GRUP FARMACOLÒGIC	DESCRIPCIÓ	CODI CGCOF
ALTRES	Tots els altres grups no descrits	
ATB OFTÀLMICS	Antiinfecciosos d'ús oftàlmic	S01A
ANTIHISTAMÍNICS	Antihistamínics d'ús sistèmic	R06A
ANTIGRIPALS	Medicaments antigripals i antitussígens	R05
ANTIASMÀTICS	Broncodilatadors i altres antiasmàtics	R03A
ALTRES ANALGÈSICS	Analgèsics no opioides	N02B
MIORELAXANTS	Miorelaxants d'acció central	M03B
AINE TÒPICS	Antiinflamatoris no esteroïdals d'ús tòpic	M02A
AINE	Antiinflamatoris no esteroïdals d'ús sistèmic	M01A
ATB SISTÈMICS	Antibiòtics d'ús sistèmic	J01
CORTICOIDES TÒPICS	Corticoides d'ús tòpic	D07
ANTIEMÈTICS	Antiemètics	A04A
ANTIULCEROSOS	Antiulcerosos, antiàcids i antiflatulents	A02

**Figura 12.-** Grups farmacològics prescrits en els dispositius d'urgències. Els codis de classificació descrits corresponen als de la classificació farmacoterapèutica del catàleg d'especialitats farmacèutiques del CGCOF de l'any 2000.

Es pot veure com els antibiòtics (ATB) són el grup farmacològic més prescrit (19,8%), juntament amb els AINE (17,8%) i els analgèsics no opioides (18%). Aquestes proporcions són similars entre els centres excepte al SUH de la CSPT, on la proporció de prescripció d'AINE està en primer lloc (24,9% de les prescripcions). Dins dels antibiòtics, les penicil·lines va ser el subgrup predominant (11,5% de les prescripcions), seguit dels macròlids (5,6%) i les cefalosporines (2,4%). Cal dir també que la prescripció d'ATB no va ser homogènia a tots els centres. Així, en el SEU de Sabadell van ser els macròlids els ATB més prescrits (13,4% de les prescripcions) i en la CSPT va haver-hi una proporció de prescripció de cefalosporines (4% de les prescripcions) superior a la dels altres centres (0-3,3%).

També es van detectar, entre les prescripcions avaluades, quatre casos d'incongruències (associació de metamizol amb un AINE i prescripció conjunta de dos mucolítics, acetilcisteïna i ambroxol) i cinc casos d'interaccions que podien tenir rellevància clínica: administració conjunta d'antiàcids amb ranitidina i famotidina, associació de cisaprida amb un anticolinèrgic i interacció d'omeprazole i diazepam.

De les 1.258 prescripcions només l'1,35 % en van ser de medicaments EFG.

#### V. a. 6. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM

Dels 891 pacients enquestats, 890 en van respondre a la pregunta d'aquest apartat. En la taula 6 observem la valoració que van fer els pacients dels diferents centres. Cal destacar que el 91% dels pacients tenien una percepció

positiva de l'atenció que se'ls va donar, encara que hi ha diferències estadísticament significatives entre els diferents centres.

### Grau de satisfacció dels pacients sobre l'atenció rebuda en els dispositius d'urgències

	BONA VALORACIÓ			TOTAL PACIENTS
	n	%	IC95	
SABADELL	140	84,3	78,8-89,9	166
CSPT	200	89,3	85,2-93,3	224
CERDANYOLA	121	87,7	82,2-93,2	138
CASTELLAR	86	97,7	94,6-100,8	88
STA. PERPÈTUA	130	96,3	93,11-99,5	135
BADIA	133	95,7	92,3-99,1	139
<b>TOTAL</b>	<b>810</b>	<b>91,0</b>	<b>89,1-92,9</b>	<b>890</b>
<b>P</b>	<b>&lt;0,001</b>			

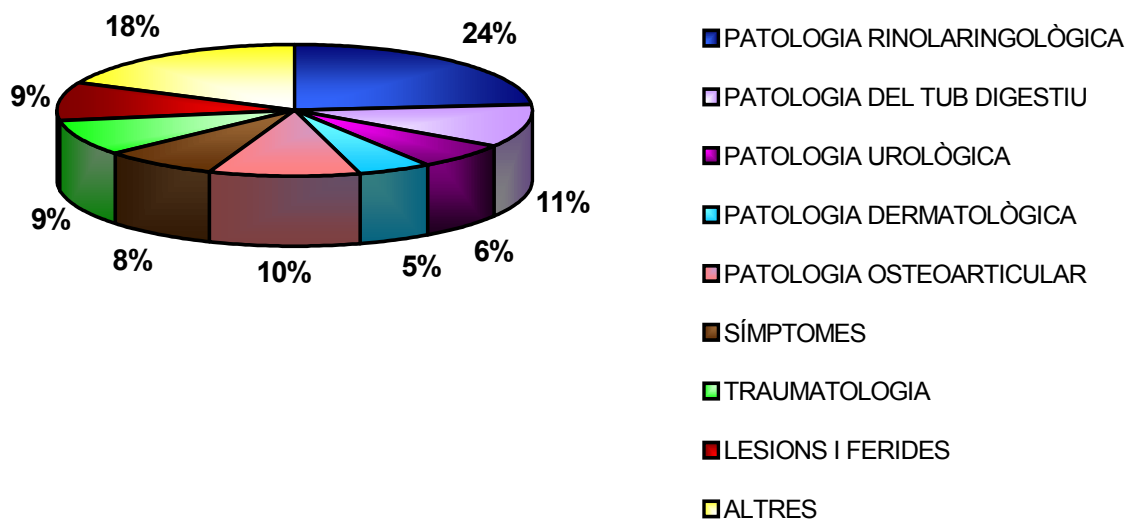
**Taula 6.-** Consideració dels pacients sobre l'atenció rebuda en els SUM. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%.

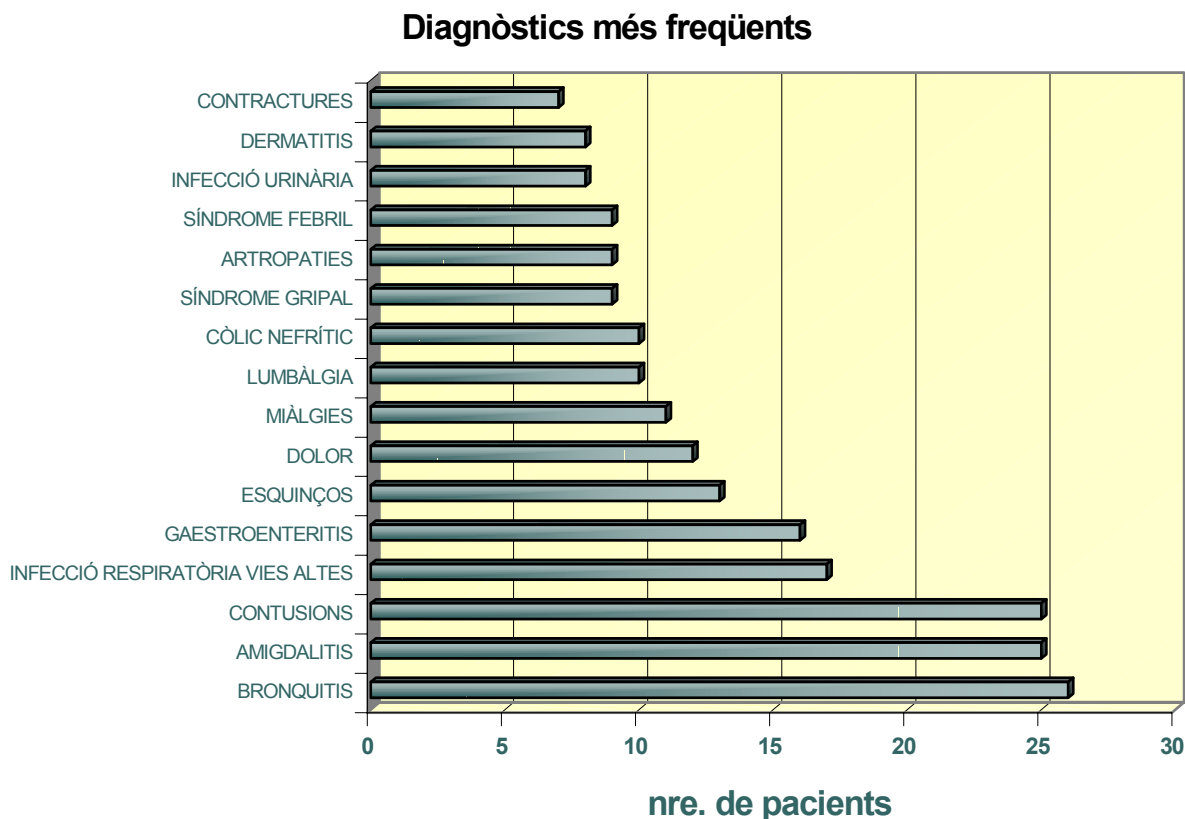
#### V. a. 7. - Adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH de la CSPT

Es van enquestar 224 pacients corresponents a la CSPT, que van generar 325 prescripcions de medicaments. No obstant això, només es va poder revisar l'informe d'alta de 218 malalts, i 319 prescripcions pel que fa a la indicació. En la figura 13 es descriuen les patologies més freqüents que van ser motiu d'atenció urgent. En el 94% de les prescripcions la indicació del medicament era als estàndards consultats. Entre les indicacions discordants amb els estàndards cal destacar: utilització de ceftibutèn en el tractament de les faringoamigdalitis (6 prescripcions), associació de misoprostol més diclofenac

en traumatismes aguts sense antecedents de patologia digestiva ni altres factors de risc d'úlceres gastroduodenal (3 prescripcions), atropina més papaverina en el tractament de laringitis (2 prescripcions), antibiòtics sistèmics en síndrome gripal (1 prescripció), ciprofloxacina en infecció baixa del tracte urinari (1 prescripció), amoxicil·lina en un quist sacre (1 prescripció), omeprazole associat a codeïna més paracetamol en una lumbociàtica en persona jove sense antecedents de patologia digestiva (1 prescripció) i estreptoquinasa més estreptodornasa en faringitis aguda (1 prescripció). La prescripció d'ATB és la indicació més afectada, ja que el 19,1% d'aquestes prescripcions (9 de 47) tenien la indicació fora dels estàndards consultats.

### Grups de patologies diagnosticades





**Figura 13.-** Distribució dels diagnòstics més freqüents a urgències de la Corporació Sanitària Parc Taulí, classificada per grups de patologia i per diagnòstics.

### **V. b. – Segona fase**

Durant els set mesos que va durar el segon període de recollida de dades es van enquestar un total de **566 pacients** i es van analitzar **833 prescripcions** corresponents a aquests. En la taula 7 es descriuen les dades demogràfiques. En aquesta fase, es donen els resultats del primer i del segon període de l'estudi, però sense incloure el SUH de la CSPT en cap dels dos. Per a l'anàlisi de dades, els centres són agrupats en grup intervenció i en grup control, encara que en el primer període no es va fer cap intervenció.

## a) Sexe

	HOMES				DONES				TOTAL			
	1r període		2n període		1r període		2n període		1r període		2n període	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
GRUP INTERVENCIÓ	136	44,6	102	42,0	169	55,4	141	58,0	305	45,7	243	42,9
GRUP CONTROL	184	50,8	153	47,4	178	49,2	170	52,6	362	54,3	323	57,1
TOTAL	320	48,0	255	45,0	347	52,0	311	55,0	667	100	566	100

## b) Edat

	0-15 ANYS						16-64 ANYS						> 64 ANYS						TOTAL					
	1r període		2n període		1r període		2n període		1r període		2n període		1r període		2n període		1r període	2n període						
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%				
GRUP INTERVENCIÓ	49	16,1	11,9-20,2	44	18,1	13,3-22,9	240	78,7	74,1-83,3	186	76,5	71,2-81,9	16	5,2	2,7-7,7	13	5,4	2,5-8,2	305	50,8	47,4-54,2	243	42,9	39,6-46,2
GRUP CONTROL	92	25,4	20,9-29,9	75	23,2	18,6-27,8	261	72,1	67,5-76,7	235	72,8	67,9-77,6	9	2,5	0,9-4,1	13	4,0	1,9-6,2	362	57,1	54,3-60,9	323	57,1	54,3-60,9
TOTAL	141	21,1	18,0-24,2	119	21,0	17,7-24,4	501	75,1	71,8-78,4	421	74,4	70,8-78,0	25	3,8	2,3-5,2	26	4,6	2,9-6,3	667	100	100	566	100	100
P entre grups	0,003				N.S.		0,05				N.S.		N.S.				N.S.				N.S.			
P entre períodes			N.S.				N.S.				N.S.				N.S.				N.S.					

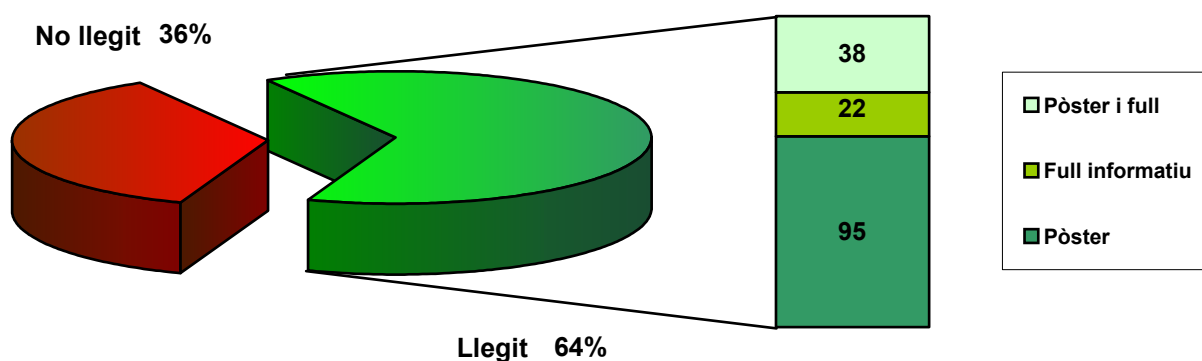
**Taula 7.-** Dades demogràfiques de la població estudiada classificada pel grup intervenció i pel grup control segons sexe (a) i edat (b), separades per període d'estudi. n= nombre de pacients enquestats. La classificació per edats en els diferents dispositius divideix la població atesa en els tres grups d'edat a dalt expressats. %= percentatge de pacients enquestats al centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu. En l'apartat a) no s'observen diferències estadísticament significatives.



No es van observar diferències estadísticament significatives respecte al sexe. L'edat mitjana dels pacients, en el segon període, va ser de  $31 \pm 18$  anys (mínim: 1 any, màxim: 86 anys), sense que hi hagués diferències significatives en la distribució per grups d'edat entre el grup intervenció i el grup control, en aquest segon període de l'estudi, i entre el primer i segon període de l'estudi (taula 7).

Analitzant si els pacients del grup intervenció del segon període havien llegit el pòster o els fulls, s'ha vist que majoritàriament sí que ho van fer (64%), tal com mostra la figura 14, i d'aquests, només un no en va entendre la totalitat del missatge. El 62,5% dels pacients que no havien llegit el pòster o els fulls (55 pacients de 88) va donar com a motiu la falta de temps en no haver hagut d'esperar per ser visitats. En la figura 14 també es pot veure que el pòster va tenir més impacte que els fulls.

#### Pacients del grup intervenció que llegiren el pòster o els fulls informatius



**Figura 14.-** Distribució dels pacients del grup d'intervenció del segon període de l'estudi segons que van llegir o no els elements de comunicació. n= 243 pacients.

A continuació es descriuen els resultats de les diferents **variables de mesura**:

V. b. 1. - Coneixement que té el metge de les al·lèrgies del pacient a medicaments i de la medicació concomitant que aquest està prenent en el moment d'acudir a urgències

- ***Informació prèvia que té el metge sobre les al·lèrgies conegudes als medicaments***

**Anàlisi de les diferències entre grups (intervenció i control)**

No s'ha observat diferències estadísticament significatives, en el segon període de l'estudi, entre el grup intervenció i el grup control, en la proporció de casos en què el metge no estava informat de si el pacient era o no al·lèrgic a algun medicament (taula 8), tant per al total dels malalts enquestats com per als que realment eren al·lèrgics a algun medicament. Fins i tot, fent l'anàlisi només amb el subgrup de pacients que han llegit i entès el pòster o els fulls, respecte als pacients del grup control (taula 9), tampoc s'ha observat una millora significativa en aquesta variable.

Respecte a la comparació dels grups, s'ha de tenir en compte que no hi ha diferències significatives en la proporció del nombre de pacients al·lèrgics enquestats entre el grup intervenció i el grup control, tant en el primer com en el segon període de l'estudi.

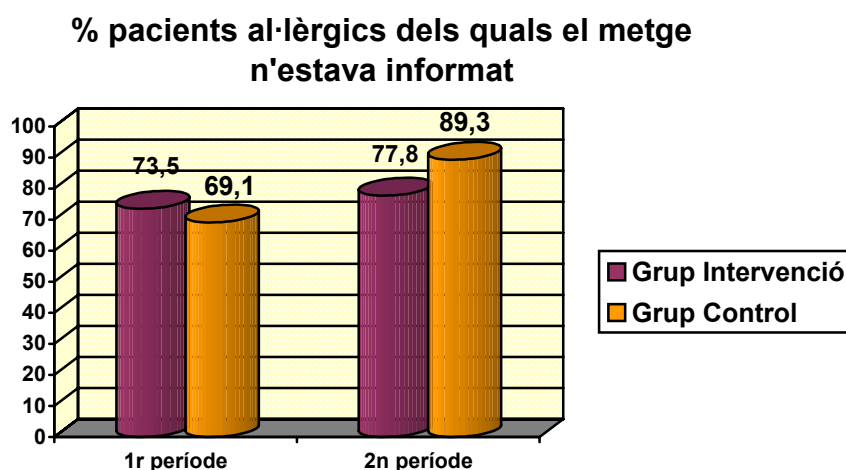
**Anàlisi abans-després**

En canvi, en la comparació de la proporció de metges no informats sobre les al·lèrgies a medicaments, entre el primer i el segon període, sí que es

pot veure una disminució estadísticament significativa d'aquesta proporció en el segon període (taula 8 i figura 15). En el primer període la proporció de metges no informats sobre les al·lèrgies és 1,54 vegades superior a la del segon període. Durant el segon període, a diferència del primer, no hi va haver cap cas en què es rezeptés un fàrmac al qual fos al·lèrgic el pacient. La proporció de pacients al·lèrgics en el segon període de l'estudi va ser significativament menor respecte al primer.

### **Prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone**

Davant d'aquests resultats, s'ha analitzat si la millora respecte al primer període era més significativa en el grup intervenció que en el grup control. En el segon període, el grup intervenció té un 14,2% menys, respecte al primer període, de metges no informats sobre les al·lèrgies. La millora del grup control ha estat de l'11,2%. La diferència d'aquestes dues millores no ha estat estadísticament significativa.



**Figura 15.-** Pacients que van manifestar ser al·lèrgics a algun medicament, tant en el 1r període de l'estudi (n= 76), com en el 2n període (n= 55). Són classificats segons que pertanyen al grup intervenció (n 1r període= 34; n 2n període= 27) o al grup control (n 1r període= 42; n 2n període= 28). Proporció d'aquests dels quals el metge n'estava informat.

### Informació sobre al·lèrgies conegudes

	METGE NO INFORMAT					PACIENT AL·LÈRGIC					TOTAL PACIENTS			
	1r període		2n període			1r període		2n període			1r període	2n període		
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n			
<b>GRUP INTERVENCIÓ</b>	100	41,0	34,8-47,2	65	26,8	21,2-32,3	34	13,9	9,6-18,3	27	11,1	7,2-15,1	244	243
<b>GRUP CONTROL</b>	97	32,3	27,0-37,6	68	21,1	16,6-25,5	42	14,0	10,1-17,9	28	8,7	5,6-11,7	300	323
<b>TOTAL</b>	197	36,2	32,2-40,3	133	23,5	20,0-27,0	76	14,0	11,1-16,9	55	9,7	7,3-12,2	544	566
<b>P entre grups</b>	0,037					N.S.					N.S.			
<b>P entre períodes</b>	<0,001					0,028								

**Taula 8.-** Distribució de les freqüències del nombre de pacients atesos als diferents centres als quals el metge no va preguntar sobre al·lèrgies conegudes a algun medicament i ells tampoc li van referir aquesta informació (metge no informat). També s'hi expressen les freqüències de pacients que eren realment al·lèrgics a algun medicament. Les dades són classificades per grup intervenció i per grup control i separades per període d'estudi. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.

**Taula 9.-** Distribució de les freqüències del nombre de pacients atesos als diferents centres als quals el metge no va preguntar sobre al·lèrgies conegudes a algun medicament i ells tampoc li van referir aquesta informació (metge no informat). També s'hi expressen les freqüències de pacients que eren realment al·lèrgics a algun medicament. En aquest cas les dades són classificades per pacients del grup intervenció que van llegir i entendre el pòster o el full, i pel grup control. Són dades del segon període de l'estudi. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.

	METGE NO INFORMAT			PACIENT AL·LÈRGIC			TOTAL PACIENTS	
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
	<b>PACIENTS QUE HAN ENTÈS EL PÒSTER O EL FULL</b>	45	29,2	22,0-36,4	19	12,3	7,1-17,5	154
<b>GRUP CONTROL</b>	68	21,1	16,6-25,5	28	8,7	5,6-11,7	323	323
<b>P</b>	N.S.			N.S.				

- ***Informació prèvia que té el metge sobre medicació concomitant que pren el malalt en el moment de la visita***

La proporció de pacients que reconeixien que estaven prenent alguna medicació en el moment de ser visitats en els SUM és similar entre el grup intervenció i el grup control, i entre el primer i el segon període de l'estudi (taula 10).

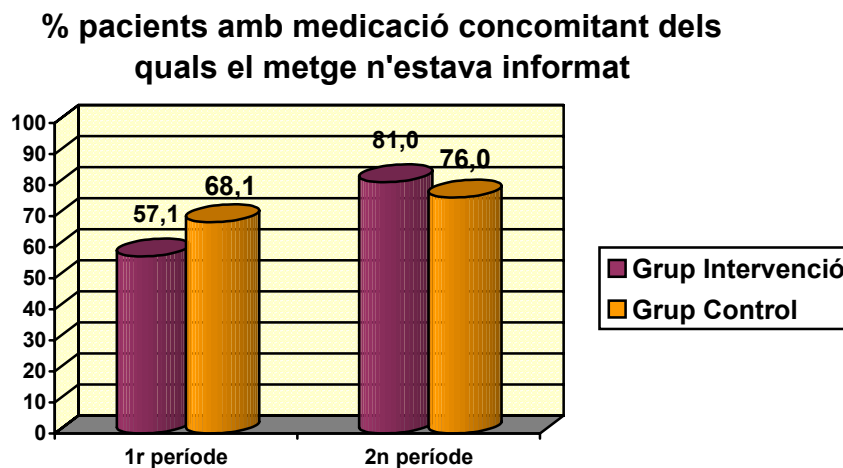
**Anàlisi de les diferències entre grups (intervenció i control)**

En aquesta mateixa taula es pot observar que no hi ha diferències estadísticament significatives, en el segon període, entre el grup intervenció i el grup control quant a si el metge estava informat sobre si el pacient prenia medicació concomitant (sigui perquè no li ho va preguntar o perquè el pacient no li ho va comunicar). També passa el mateix si només agafem els pacients que reconeixien que prenién algun medicament quan van anar al SUM. En la taula 11, l'anàlisi amb el subgrup de pacients que han llegit i entès el pòster o el full respecte als pacients del grup control tampoc mostra una millora significativa d'aquesta variable en aquest subgrup de pacients en referència amb el grup control.

**Anàlisi abans-després**

Quan fem la comparació entre el primer i el segon període de l'estudi es pot veure una disminució estadísticament significativa del 18,3%, en el segon període respecte al primer, de la proporció de pacients dels quals el metge no estava informat de si prenién o no medicació concomitant (taula 10). Analitzant només els pacients que reconeixien que prenién medicació concomitant, la proporció de pacients dels quals el metge no

estava informat d'aquest fet és 1,71 vegades superior en el primer període que el segon. En la figura 16 es pot observar que el metge estava més ben informat en el segon període.



**Figura 16.-** Pacients que van manifestar que prenen altres medicaments a casa seva en el moment d'anar al SUM, tant en el 1r període de l'estudi (n= 318) com en el 2n (n= 259). Són classificats segons que pertanyen al grup intervenció (n 1r període= 149; n 2n període= 105) o al grup control (n 1r període= 169; n 2n període= 154). Proporció d'aquests dels quals el metge n'estava informat.

### Prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i

#### Tarone

En aquest cas el grup intervenció té una disminució de la proporció de metges no informats respecte al primer període del 25,5%, enfront d'una disminució d'aquest ítem del grup control del 12,5%. La diferència d'aquestes millores és significativa ( $p= 0,024$ ). En la figura 16 es pot observar que això produeix una inversió de tendència entre ambdós períodes sobre el grup on el metge està més informat.

En el grup de pacients que prenen medicació concomitant, la proporció d'incongruències o duplicitats i d'interaccions va ser inferior en el segon període de l'estudi (3,1%) respecte al primer (4,9%).

El nombre de fàrmacs concomitants per pacient va ser similar en ambdós períodes (primer període: 1,43 sense la CSPT; segon període: 1,52) i entre el grup intervenció i el grup control.

## Informació sobre medicació concomitant

	METGE NO INFORMAT						PACIENT QUE PREN ALTRES MEDICAMENTS						TOTAL PACIENTS	
	1r període			2n període			1r període			2n període			1r període	2n període
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
<b>GRUP INTERVENCIÓ</b>	172	56,4	50,8-62,0	75	30,9	25,1-36,7	149	48,9	43,2-54,5	105	43,2	37,0-49,9	305	243
<b>GRUP CONTROL</b>	174	48,1	42,9-53,2	115	35,6	30,4-40,8	169	46,7	41,6-51,8	154	47,7	42,2-53,1	362	323
<b>TOTAL</b>	346	51,9	48,1-55,7	190	33,6	29,7-37,5	318	47,7	43,9-51,5	259	45,8	41,7-49,9	667	566
<b>P entre grups</b>	0,032			N.S.			N.S.			N.S.				
<b>P entre períodes</b>	<0,001						N.S.							

**Taula 10.-** Distribució de les freqüències del nombre de pacients atesos als diferents centres als quals el metge no va preguntar si estaven prenent alguna medicació i ells tampoc li van referir aquesta informació (metge no informat). També s'hi expressen les freqüències de pacients que estaven prenent realment algun medicament en aquells moments. Les dades són classificades per grup intervenció i per grup control i separades per període d'estudi. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.

**Taula 11.-** Distribució de les freqüències del nombre de pacients atesos als diferents centres als quals el metge no va preguntar si estaven prenent alguna medicació i ells tampoc li van referir aquesta informació (metge no informat). També s'hi expressen les freqüències de pacients que estaven prenent realment algun medicament en aquells moments. En aquest cas les dades són classificades per pacients del grup d'intervenció que van llegir i entendre el pòster o el full, i pel grup control. Són dades del segon període de l'estudi. n= nombre de pacients enquestats en els diferents centres. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S.= no significatiu.

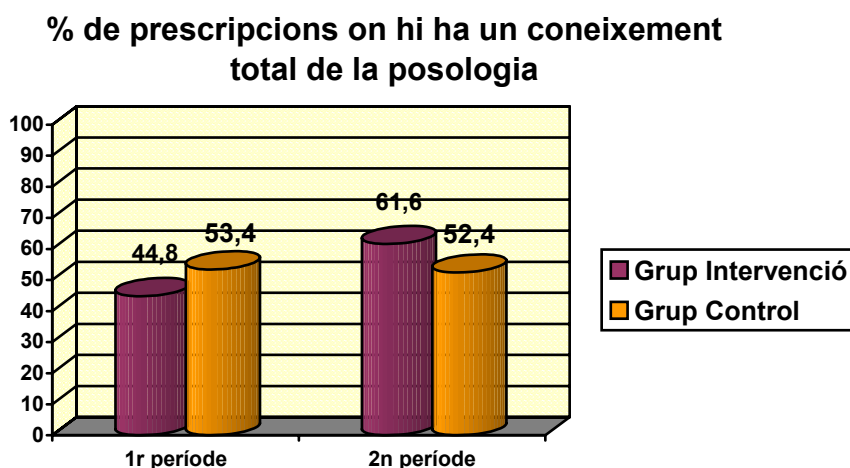
	METGE NO INFORMAT			PACIENT QUE PREN ALTRES MEDICAMENTS			TOTAL	
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
	<b>PACIENTS QUE HAN ENTÈS EL PÒSTER O EL FULL</b>	45	29,2	22,0-36,4	75	48,7	40,8-56,6	154
<b>GRUP CONTROL</b>	115	35,6	30,4-40,8	154	47,7	42,2-53,1	323	323
<b>P</b>	N.S.			N.S.				



## V. b. 2. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit

### **Anàlisi de les diferències entre grups (intervenció i control)**

En la variable global del coneixement de tots els aspectes de la posologia del medicament receptat (taula 12 i figura 17), s'observa, en el segon període de l'estudi, un resultat significativament millor en el grup intervenció que en el grup control (9,2% superior). Igualment, s'observa una millora estadísticament significativa respecte al grup control quan es fa l'anàlisi amb el subgrup de pacients que han llegit i entès el pòster o el full (taula 13). Quan s'analitza cada ítem de la posologia per separat (taula 12 i taula 13), es pot veure que en l'únic on hi ha un millor resultat estadísticament significatiu respecte al grup control és en el coneixement de la durada del tractament (en el grup control el desconeixement de la durada del tractament és 1,8 vegades superior al del grup intervenció). També és així si la comparació és només amb el subgrup de pacients que han llegit i entès el pòster o el full.



**Figura 17.-** Grau de coneixement global de la informació farmacològica per part del pacient. Es valora la comprensió per part dels pacients dels següents aspectes: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan és rellevant. n grup intervenció 1r període= 433 prescripcions; n grup control 1r període= 500 prescripcions; n grup intervenció 2n període= 333 prescripcions; n grup control 2n període= 500 prescripcions.

### **Anàlisi abans-després**

Quan s'analitza la variable global de si el pacient coneixia tots els aspectes de la posologia del medicament prescrit (taula 12 i figura 17), s'ha trobat una millora estadísticament significativa del percentatge de prescripcions en què es produïa aquest fet (un increment del 6,7% de les prescripcions en què el pacient ho coneixia tot, respecte al primer període). Si s'observa cada aspecte de la posologia per separat (taula 12), l'únic que té una millora significativa respecte al període anterior és el coneixement de la durada del tractament (disminució d'un 8,4% de les prescripcions en què el pacient desconexia aquest ítem).

### **Prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone**

La millora del coneixement global de la posologia, respecte al primer període, ha estat més significativa en el grup intervenció que en el grup control ( $p < 0,001$ ), ja que en el grup intervenció s'han incrementat un 16,8% les prescripcions en què el pacient coneixia totes les dades, i en el grup control fins i tot ha disminuït un 1% el resultat del segon període respecte al primer (taula 12 i figura 17).

Pel que fa a cada aspecte de la posologia per separat, només en el cas de la durada del tractament la millora del coneixement d'aquest ítem ha estat més important en el cas del grup intervenció que en el grup control ( $p = 0,002$ ): ha passat a una disminució del desconeixement de la durada del tractament del 14,9% de les prescripcions en el cas del grup intervenció, enfront d'una disminució del 4% del grup control.

## Coneixement de la posologia per part del pacient

	HO CONEIX TOT						TOTAL PRESCRIPCIONS	
	1r període			2n període			1r període	2n període
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
GRUP INTERVENCIÓ	194	44,8	40,1-49,5	205	61,6	56,3-66,8	433	333
GRUP CONTROL	267	53,4	49,0-57,8	262	52,4	48,0-56,8	500	500
<b>TOTAL</b>	<b>461</b>	<b>49,4</b>	<b>46,2-52,6</b>	<b>467</b>	<b>56,1</b>	<b>52,7-59,4</b>	<b>933</b>	<b>833</b>
P entre grups	0,008							
P entre períodes	0,006							

	No coneix freqüència						No coneix quantitat que s'ha de prendre						No coneix durada del tractament						No coneix forma d'administració						TOTAL PRES	
	1r període			2n període			1r període			2n període			1r període			2n període			1r període			2n període			1r	2n
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
GRUP INTERVENCIÓ	16	3,7	1,9-5,5	8	2,4	0,8-4,0	22	5,1	3,0-7,1	10	3,0	1,2-4,8	114	26,3	22,2-30,5	38	11,4	8,0-14,8	153	35,3	30,8-39,8	97	29,1	24,2-34,0	433	333
GRUP CONTROL	13	2,6	1,2-4,0	17	3,4	1,8-5,0	19	3,8	2,1-5,5	24	4,8	2,9-6,7	125	25,0	21,2-28,8	105	21,0	17,4-24,6	139	27,8	23,9-31,7	147	29,4	25,4-33,4	500	500
<b>TOTAL</b>	<b>29</b>	<b>3,1</b>	<b>2,0-4,2</b>	<b>25</b>	<b>3,0</b>	<b>1,8-4,2</b>	<b>41</b>	<b>4,4</b>	<b>3,1-5,7</b>	<b>34</b>	<b>4,1</b>	<b>2,7-5,4</b>	<b>239</b>	<b>25,6</b>	<b>22,8-28,4</b>	<b>143</b>	<b>17,2</b>	<b>14,6-19,7</b>	<b>292</b>	<b>31,3</b>	<b>28,3-34,3</b>	<b>244</b>	<b>29,3</b>	<b>26,2-32,4</b>	<b>933</b>	<b>833</b>
P entre grups	N.S.						N.S.						N.S.						0,013							
P entre períodes	N.S.						N.S.						<0,001						N.S.							

**Taula 12-** Grau de coneixement de la informació farmacològica per part del pacient. a) Es valora la comprensió de la informació farmacològica per part del pacient en funció del coneixement de la totalitat dels següents aspectes: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan és rellevant. b) Es valora la comprensió per part dels pacients dels anteriors aspectes per separat. Les dades són classificades per grup d'intervenció i per grup control i separades per període d'estudi. TOTAL PRES = nombre total de prescripcions. 1r P = primer període de l'estudi. 2n P = segon període de l'estudi. N.S. = no significatiu. n = nombre de prescripcions. % = percentatge respecte al total de prescripcions. IC95 = interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%.

### Coneixement de la posologia per part del pacient que ha llegit i entès el pòster o el full

a)

	HO CONEIX TOT			TOTAL PRESCRIPCIONS	
	n	%	IC95	n	n
PACIENTS QUE HAN ENTÈS EL PÒSTER O EL FULL	131	61,8	55,25-68,3		212
GRUP CONTROL	262	52,4	48,0-56,8		500
P	0,021				

b)

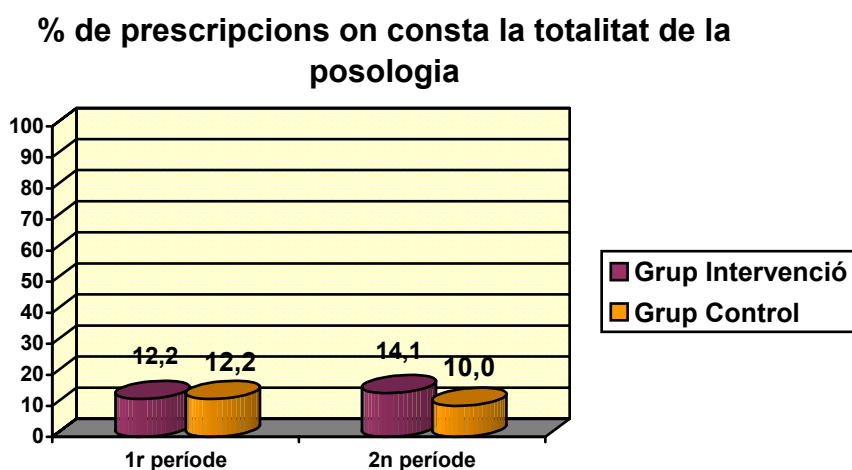
	No coneix freqüència			No coneix quantitat que s'ha de prendre			No coneix durada de tractament			No coneix forma d'administració			TOTAL PRESCRIPCIONS	
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
PACIENTS QUE HAN ENTÈS EL PÒSTER O EL FULL	6	2,8	0,6-5,1	6	2,8	0,6-5,1	22	10,4	6,3-14,5	61	28,8	22,7-34,9		212
GRUP CONTROL	17	3,4	1,8-5,0	24	4,8	2,9-6,7	105	21,0	17,4-24,6	147	29,4	25,4-33,4		500
P	N.S.			N.S.			0,001			N.S.				

**Taula 13-** Grau de coneixement de la informació farmacològica per part del pacient. a) Es valora la comprensió de la informació farmacològica per part del pacient en funció del coneixement de la totalitat dels següents aspectes: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan és rellevant. b) Es valora la comprensió per part dels pacients dels anteriors aspectes per separat. En aquest cas les dades són classificades per pacients del grup intervenció que van llegir i entendre el pòster o el full, i pel grup control. Són dades del segon període de l'estudi. n= nombre de prescripcions. %= percentatge respecte al total de prescripcions. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%. N.S= no significatiu.

### V. b. 3. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta

#### **Anàlisi de les diferències entre grups (intervenció i control)**

En la taula 14 es pot observar que no existeixen diferències significatives entre el grup intervenció i el grup control, en el segon període de l'estudi, quant a la variable global de si consten escrites en la recepta totes les dades de posologia del medicament prescrit (figura 18). Analitzant cada aspecte de la posologia per separat (freqüència, quantitat, durada i forma d'administració), existeixen diferències significatives entre el grup intervenció i el grup control en tots els ítems, excepte en la forma d'administració (taula 14). Cal observar que el grup intervenció obté resultats significativament pitjors en dos ítems: el de "no hi consta la freqüència" (un 15,9% més de les prescripcions) i el de "no hi consta la quantitat que s'ha de prendre" (un 13,5% més de les prescripcions). Justament al contrari que en la proporció de prescripcions on no consta la durada del tractament (un 9% significativament menor que el grup control).



**Figura 18.-** Adequació del registre d'informació farmacològica escrita pel metge a la recepta. Es valora si hi consten o no els següents aspectes de la prescripció: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan es rellevant. n grup intervenció 1r període= 433 prescripcions; n grup control 1r període= 500 prescripcions; n grup intervenció 2n període= 333 prescripcions; n grup control 2n període= 500 prescripcions.

**Anàlisi abans-després**

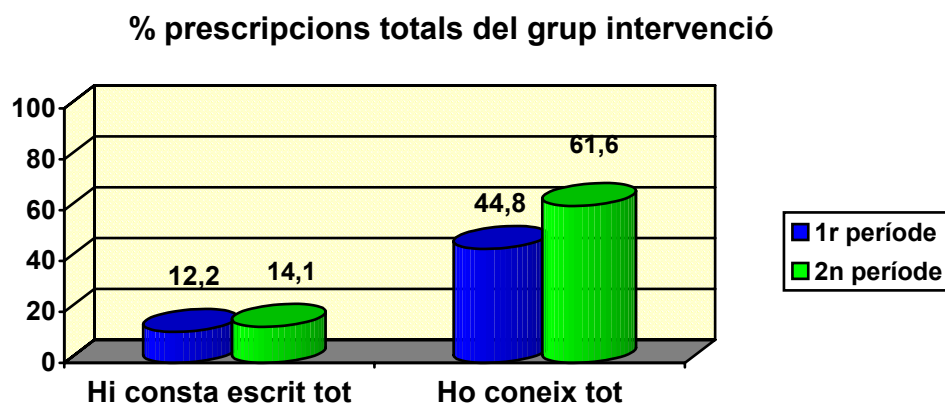
Com en l'anàlisi entre grups, no existeixen diferències estadísticament significatives entre el primer i el segon període de l'estudi pel que fa referència al percentatge de prescripcions en què constaven totes les dades de la posologia del medicament receptat (taula 14 i figura 18). Però, a més a més, si s'analitza cada aspecte de la posologia per separat, tampoc es troben diferències significatives entre ambdós períodes (taula 14).

**Prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone**

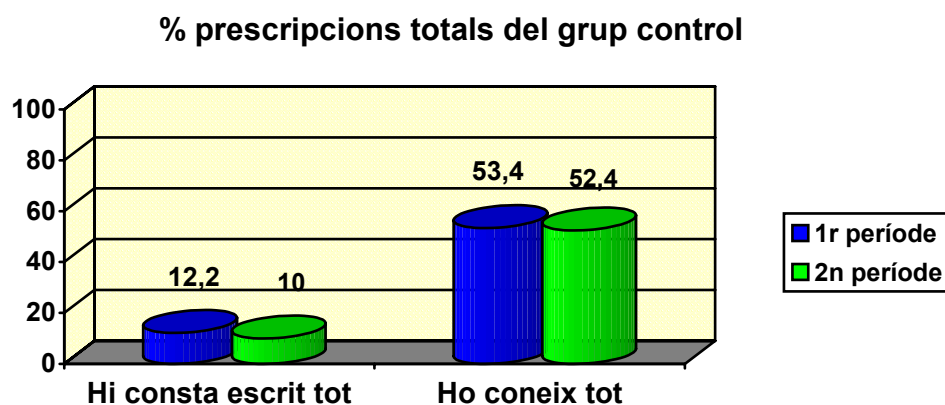
No s'han trobat diferències estadísticament significatives quan s'han comparat els resultats del grup intervenció entre ambdós períodes enfront dels resultats del grup control també entre ambdós períodes, tant per a la variable global com per a cada ítem de la posologia.

En la figura 19 es visualitza que la manca d'informació escrita queda compensada parcialment pel coneixement que ha obtingut el pacient del tractament en la visita mèdica, tant en el primer període de l'estudi com en el segon. A més a més, en el segon període de l'estudi es pot visualitzar que aquest grau de compensació és més alt en el grup intervenció que en el grup control.

**a) Grup intervenció**



**b) Grup control**



**Figura 19.-** Proporció de prescripcions en què consta la totalitat dels aspectes avaluats comparada amb la proporció de prescripcions en què el pacient coneixia la totalitat dels mateixos aspectes avaluats. a) grup intervenció (n 1r període= 433 prescripcions; n 2n període= 333 prescripcions). b) grup control (n 1r període= 500; n 2n període= 500).

## Informació escrita en la recepta

	HI CONSTA TOT						NO HI CONSTA RES (*)						TOTAL PRESCRIPCIONS			
	1r període			2n període			1r període			2n període			1r període		2n període	
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	n	n
GRUP INTERVENCIÓ	53	12,2	9,2-15,3	47	14,1	10,4-17,9	41	9,5	6,7-12,2	43	12,9	9,3-16,5	433		333	
GRUP CONTROL	61	12,2	9,3-15,1	50	10,0	7,4-12,6	32	6,4	4,3-8,5	27	5,4	3,4-7,4	500		500	
TOTAL	114	12,2	10,1-14,3	97	11,6	9,5-13,8	73	7,8	6,1-9,5	70	8,4	6,5-10,3	933		833	
P entre grups	N.S.						N.S.						N.S.			
P entre períodes	N.S.						N.S.						N.S.			

	No hi consta freqüència						No hi consta quantitat que s'ha de prendre						No hi consta durada del tractament						No hi consta forma d'administració						TOTAL PRES	
	1r període			2n període			1r període			2n període			1r període			2n període			1r període			2n període			1r	2n
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
GRUP INTERVENCIÓ	100	23,1	19,1-27,1	99	29,7	24,8-34,6	101	23,3	19,3-27,3	93	27,9	23,1-32,7	329	76,0	72,0-80,0	329	71,8	66,9-76,6	199	46,0	41,3-50,7	164	49,3	43,9-54,6	433	333
GRUP CONTROL	77	15,4	12,2-18,6	69	13,8	10,8-16,8	83	16,6	13,3-19,9	72	14,4	11,3-17,5	399	79,8	76,3-83,3	404	80,8	77,4-84,3	217	43,4	39,1-47,7	233	46,6	42,2-51,0	500	500
TOTAL	177	19,0	16,5-21,5	168	20,2	17,4-22,9	184	19,7	17,2-22,3	165	19,8	17,1-22,5	728	78,0	75,4-80,7	643	77,2	74,3-80,0	416	44,6	41,4-47,8	397	47,7	44,3-51,1	933	833
P entre grups	0,003						<0,001						0,010						N.S.						N.S.	
P entre períodes	N.S.						N.S.						N.S.						N.S.						N.S.	

**Taula 14.-** Adequació del registre d'informació farmacològica escrita pel metge a la recepta. a) Es valora si hi consten o no els següents aspectes de la prescripció: freqüència d'administració, quantitat a administrar, durada del tractament i forma d'administració quan es rellevant. (\*) S'entén que només hi consta el nom del medicament. b) Es valora si existeix registre escrit en la recepta de cadascun dels anteriors aspectes. En quatre prescripcions fins i tot el nom del medicament era il·legible. Les dades són classificades per grup intervenció i per grup control i separades per període d'estudi. TOTAL PRES = nombre total de prescripcions. 1r P= primer període de l'estudi. 2n P= segon període de l'estudi. N.S.= no significatiu. n= nombre de prescripcions. %= percentatge respecte al total de prescripcions. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%.



#### V. b. 4. - Adequació de la posologia

Pel que fa a la posologia, en el segon període de l'estudi es van valorar 827 prescripcions de medicaments (en sis casos no s'entenen les dades posològiques). En la figura 20 es pot observar que el grau de concordança entre la posologia prescrita i la que determinen els límits dels estàndards de referència utilitzats, en el primer període de l'estudi (sense incloure-hi la CSPT) i en el segon, és molt similar.

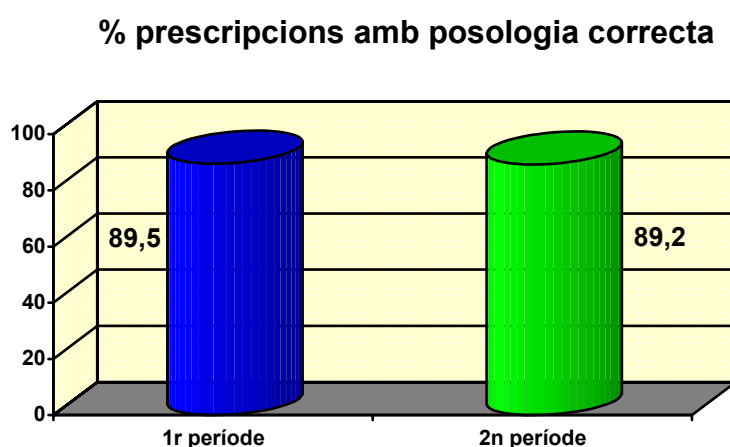
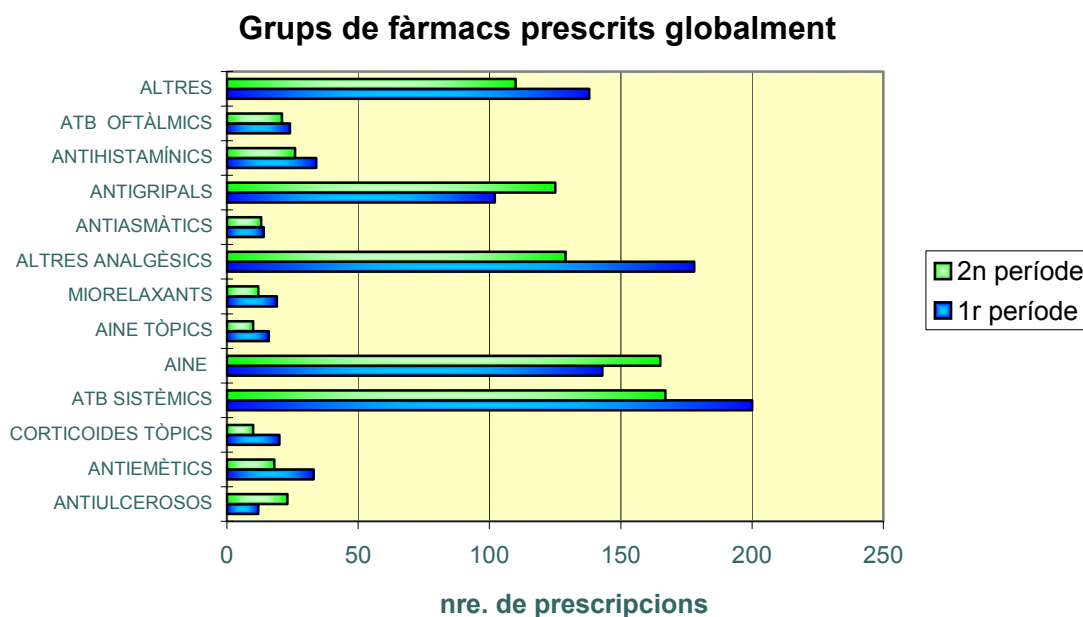


Figura 20.- Adequació de la pauta posològica. n 1r període= 931; n 2n període= 827.

La posologia que majoritàriament no coincidia amb els estàndards de referència, en el segon període de l'estudi, és pràcticament la mateixa que es va trobar en el primer període: dosis pediàtriques, especialment en el cas dels ATB (15 prescripcions), pauta d'analgèsics segons necessitat, sense especificar cap altra informació (13 prescripcions), i intervals de dosificació d'ATB oftàlmics massa perllongats (13 prescripcions).

**V. b. 5. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM**

En el segon període de l'estudi es van avaluar 833 prescripcions de medicaments que corresponien als 566 pacients inclosos en l'estudi, amb una mitjana d'1,47 prescripcions per pacient (en el primer període va ser d'1,39 sense la CSPT). Quatre prescripcions van ser completament il·legibles.



GRUP FARMACOLÒGIC	DESCRIPCIÓ	CODI CGCOF
ALTRES	Tots els altres grups no descrits	
ATB OFTÀLMICS	Antiinfecciosos d'ús oftàlmic	S01A
ANTIHISTAMÍNICS	Antihistamínics d'ús sistèmic	R06A
ANTIGRIPALS	Medicaments antigripals i antitussígens	R05
ANTIASMÀTICS	Broncodilatadors i altres antiasmàtics	R03A
ALTRES ANALGÈSICS	Analgèsics no opioïdes	N02B
MIORELAXANTS	Miorelaxants d'acció central	M03B
AINE TÒPICS	Antiinflamatoris no esteroïdals d'ús tòpic	M02A
AINE	Antiinflamatoris no esteroïdals d'ús sistèmic	M01A
ATB SISTÈMICS	Antibiòtics d'ús sistèmic	J01
CORTICOIDES TÒPICS	Corticoïdes d'ús tòpic	D07
ANTIEMÈTICS	Antiemètics	A04A
ANTIULCEROSOS	Antiulcerosos, antiàcids i antiflatulents	A02

**Figura 21.-** Grups farmacològics prescrits en els dispositius d'urgències. Els codis de classificació descrits corresponen als de la classificació farmacoterapèutica del catàleg d'especialitats farmacèutiques del CGCOF de l'any 2000. n 1r període= 931; n 2n període= 829.

En el segon període de l'estudi els tres grups farmacològics més prescrits coincideixen amb els del primer període (figura 21): ATB (20,1%), AINE (19,9%) i analgèsics no opioides (15,6%). Com a diferència s'hauria de destacar l'increment de la proporció de prescripcions del grup dels antigripals (en el segon període és el 15,1%, quasi igual a la dels analgèsics). Analitzant el grup dels ATB, com a fàrmacs més prescrits, les penicil·lines, en el segon període, continuen sent el subgrup predominant (10,9% de les prescripcions totals), seguit dels macròlids (6,8%) i de les cefalosporines (1,5%).

Entre les prescripcions avaluades en el segon període s'han trobat sis casos d'incongruències (associació de piroxicam o metamizol amb un altre AINE i prescripció conjunta de dos mucolítics, carbocisteïna i acetilcisteïna) i dos casos d'interaccions amb potencial rellevància clínica: l'associació d'un anticolinèrgic amb metoclopramida i l'administració conjunta d'un antiàcid de sals d'alumini i de magnesi amb norfloxacina.

Cal destacar l'increment de la proporció de prescripcions d'EFG del segon període de l'estudi (7,3% de prescripcions respecte a l'1,35% prescrit en el primer període).

### V. b. 6. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM

En la taula 15 es pot observar la valoració que han fet els pacients sobre l'atenció rebuda en els SUM.

#### **Anàlisi de les diferències entre grups (intervenció i control)**

Hi ha una millor percepció del tracte rebut en els centres del grup control que en els del grup intervenció: un 5,6% més de pacients tenen una bona opinió en el grup control respecte al grup intervenció, durant el segon període de l'estudi.

#### **Anàlisi abans-després**

La bona valoració del tracte rebut en els SUM ha disminuït d'una manera significativa en el segon període de l'estudi respecte al primer (3,6% menys).

#### **Prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone**

La disminució del percentatge de pacients que tenen una bona valoració del tracte rebut és més significativa ( $p= 0,02$ ) en el cas del grup control (un 6% menys) que en el grup intervenció (un 1% menys), encara que, com s'ha vist anteriorment, els pacients del grup control continuen fent una millor valoració.

Tanmateix, la percepció global és bona en tots els casos (al voltant del 90%).

## Grau de satisfacció dels pacients sobre l'atenció rebuda en els dispositius d'urgències

	BONA VALORACIÓ						TOTAL PACIENTS	
	1r període			2n període			1r període	2n període
	n	%	IC95	n	%	IC95	n	n
<b>GRUP INTERVENCIÓ</b>	261	85,9	81,9-89,8	206	84,8	80,3-89,3	304	243
<b>GRUP CONTROL</b>	349	96,4	94,5-98,3	292	90,4	87,2-93,6	362	323
<b>TOTAL</b>	610	91,6	89,5-93,7	498	88,0	85,3-90,7	666	566
<b>P entre grups</b>	<0,001			0,041				
<b>P entre període</b>	0,036							

**Taula 15.-** Consideració dels pacients sobre l'atenció rebuda en els SUM. Les dades són classificades per grup intervenció i per grup control i separades per període d'estudi. TOTAL= nombre total de pacients. %= percentatge respecte al total de pacients enquestats a cada centre. IC95= interval de confiança de la proporció amb una probabilitat del 95%.

## CAPÍTOL VI. DISCUSSIÓ

Els resultats de la primera fase del present treball indiquen, entre altres coses, un elevat grau de desconeixement de la història farmacològica del malalt per part del metge, un coneixement deficient de la pauta terapèutica per part del pacient, així com un compliment escrit de la recepta mèdica millorable d'acord amb els estàndards de bona prescripció, en els SUM de l'àrea de referència de la CSPT.

En la segona fase de l'estudi tots aquests resultats han millorat excepte el del compliment escrit de la recepta, que s'ha mantingut més o menys igual. S'ha de tenir en compte que en aquesta segona fase es van realitzar dos tipus d'intervenció:

- primer es va informar a tots els metges dels SUM dels resultats de la primera fase i de l'objectiu de l'estudi,
- i després, en dos dels SUM inclosos en l'estudi es van difondre uns pòsters i fulls informatius, dirigits fonamentalment als pacients, on s'insistia en la importància que informessin el metge sobre les seves al·lèrgies a medicaments i si estaven prenent algun fàrmac, a més a més que preguntessin sobre el tractament prescrit en el SUM en cas que tinguessin algun dubte. Addicionalment, aquests missatges també servien de recordatori al metge.

Atribuir els resultats més bons de la segona fase exclusivament a les intervencions realitzades és agosarat si no es consideren les limitacions de l'estudi i si no s'analitzen en profunditat els resultats i altres factors aliens que poden haver-hi influït.

### **VI. a. - Limitacions**

- **El grup control i el grup intervenció no són homogenis**, ja que no tenen el mateix punt de partida en la majoria de les variables estudiades (resultats de la primera fase). Aquest problema s'hauria minimitzat si s'haguessin aleatoritzat els centres i els pacients inclosos en la segona fase de l'estudi. No es va considerar adient aleatoritzar els centres perquè es va prioritzar l'estratificació per tipus de SUM. En el cas de l'aleatorització dels pacients ja es va veure en l'estudi pilot que, amb els mitjans de què es disposava (un sol enquestador al centre), no era factible dur-la a la pràctica.

També s'hauria pogut minimitzar si s'haguessin pogut fer el grup control i el grup intervenció en un mateix centre. Això tampoc es va poder fer perquè els centres tenien una única sala d'espera i per tant era impossible separar els pacients que podien veure el pòster o els fulls informatius dels que pertanyien al grup control, que no els havien de poder llegir.

De totes maneres, aquestes diferències en el punt de partida s'han tingut en compte a l'hora d'analitzar els resultats obtinguts (prova d'homogeneïtat de la raó d'avantatges de Breslow-Day i Tarone).

A més a més, no s'observen diferències estadísticament significatives en la distribució per sexes, tant entre el grup control i el grup intervenció com entre la primera i la segona fase de l'estudi. La diferent distribució de la població pediàtrica que es produeix en la primera fase de l'estudi entre els SUM no es considera rellevant a l'hora d'analitzar els resultats de les variables principals, ja que en aquests casos normalment era l'acompanyant adult el que contestava l'enquesta. A més a més, Logan i col·l., en l'estudi

que van fer l'any 1996 en un SUH sobre el coneixement que tenien els pacients respecte al seu tractament, no van trobar correlació estadísticament significativa entre la raça, el sexe i l'edat i el coneixement del tractament instaurat. L'edat mitjana d'aproximadament 30 anys del present treball coincideix amb la de l'estudi multicentre de les urgències en hospitals generals bàsics de Catalunya realitzat per Balanzó i col·l. l'any 1989.

- **No s'ha registrat el nivell sociocultural.** Domínguez i col·l., 1996, i Logan i col·l., 1996, no van trobar correlació estadísticament significativa entre el nivell d'estudis i el coneixement del tractament instaurat en els pacients dels SUM, encara que sí que hi havia relació amb la capacitat de llegir les instruccions donades pel metge (Logan i col·l., 1996). El fet de no registrar el nivell sociocultural s'ha de considerar una limitació, però en tenir com a criteri d'inclusió el fet de ser capaç de llegir les instruccions donades (la recepta), en certa manera ja s'està tenint en compte aquest factor.
- **Efecte Hawthorne.** El metge coneixia la presència de l'enquestador i això podia fer que modifiqués la seva conducta envers el pacient. En aquest estudi no sembla que es produeixi aquest efecte d'una manera important, ja que, per exemple la variable del grau d'ompliment de la recepta continua sent baixa, tant en la primera fase de l'estudi com en la segona, fins i tot sabent que és un ítem que registra l'enquestador. En la comparació entre el grup control i el grup intervenció, en analitzar les diferències aquest



problema es minimitza, ja que, en cas de produir-se, ho fa tant en el grup control com en el grup intervenció.

- **No és un estudi amb cegament.** En la segona fase de l'estudi, a diferència de la primera, el metge en coneixia l'objectiu i les variables que es registraven, ja que aquesta informació formava part de la intervenció realitzada per poder fer l'estudi abans-després. Això fa que la millora de resultats de les diferents variables en la segona fase de l'estudi no es pugui atribuir exclusivament a la difusió dels resultats de la primera fase.
  - **La font d'informació principal és el mateix pacient, mitjançant l'enquesta, i no és contrastada amb cap altra.** Així, el desconeixement que té el metge de l'historial farmacològic es dedueix a partir de les dades que dóna el pacient i no es comprova posteriorment amb el metge. Tampoc es confirma si realment és o no al·lèrgic a un determinat medicament o si està prenent en aquell moment medicació concomitant i, si és així, quina és. Moltes vegades, el pacient està prenent medicaments que no considera que ho siguin (antiàcids, contraceptius, analgèsics, etc.). L'únic que és contrastat amb la recepta és el tractament prescrit.
- Malgrat la limitació que suposava obtenir la informació de forma indirecta (declaració del pacient), es considera que es reflectia acceptablement la realitat, ja que les preguntes eren molt concretes sobre un fet i no valoraven una opinió o percepció del malalt.

- **No s'ha recollit cap informació sobre els pacients potencialment elegibles i els que anaven al dispositiu d'urgències només a buscar receptes de medicaments.** Això és perquè no es va tenir accés al registre de la població atesa durant el temps en què es feien les enquestes ni tampoc es va poder saber el motiu de la consulta (a excepció del SUH de la CSPT). No es creu que això qüestionï la validesa externa del treball perquè els pacients que només anaven a buscar receptes no s'haurien de considerar visites d'urgències. Tampoc es va registrar el nombre de pacients que no van voler fer l'enquesta. Tot això pot tenir repercussió a l'hora de calcular l'impacte de les mesures d'intervenció.

Aquest factor s'hauria pogut resoldre amb la presència d'una altra persona que hagués ajudat l'enquestador a registrar els pacients elegibles i els exclosos.

- **Entre el primer període de recollida de dades i el segon període passen dos anys.** Això pot fer que hi hagi altres factors, a part de les dues intervencions, que hagin influït en la millora dels resultats entre ambdós períodes, com ara una millora de l'educació sanitària dels pacients. D'altra banda, el fet que passi un temps important entre que s'informa els metges sobre els resultats de la primera fase i que es torna a fer una segona recollida de dades no és dolent, perquè, considerant altres factors que poden haver-hi influït, pot ajudar a veure si aquesta intervenció pot tenir un efecte a més llarg termini.

- **La pressió assistencial del SUM i l'estat del pacient poden influir en la valoració de l'eficàcia dels pòsters i els fulls informatius:** quan el SUM tenia molt poca pressió assistencial, s'ha vist que el pacient era atès immediatament i per tant no tenia temps de llegir cap informació que hi hagués a la sala d'espera. D'igual manera, s'ha de pensar que el pacient en estat greu tampoc està en condicions de llegir res ni de contestar cap enquesta. Això pot produir un biaix a l'hora de mesurar l'impacte de la intervenció. El fet que el 64% dels pacients llegissin el pòster o els fulls informatius i que no hi hagués diferències en analitzar la totalitat del grup *versus* el subgrup de pacients que van llegir el pòster o els fulls fa pensar que aquesta limitació no s'ha produït d'una manera significativa.
- **L'enquestador també era l'investigador.** L'enquestador va ser el mateix per al grup intervenció i per al grup control, tant en el primer període de l'estudi com en el segon. I a més a més era l'investigador. Això pot produir un biaix a l'hora de registrar la informació (tendència a valorar de manera més positiva el grup intervenció). Aquest problema s'ha intentat minimitzar mitjançant la realització d'una enquesta molt estructurada.

## **VI. b. - Coneixement que té el metge sobre l'historial farmacològic del pacient**

Es va considerar molt important analitzar aquesta variable, ja que el metge d'urgències realitza la visita de forma puntual al malalt i molt probablement no el coneix (Domínguez i col·l., 1996; Logan i col·l., 1996; Baena i col·l., 2001; García-Castrillo i Del Busto, 2001; Kozer i col·l., 2002). Per tant, és cabdal que el metge pregunti sobre possibles al·lèrgies als medicaments i sobre la medicació que pot estar prenent en aquell moment el pacient, com a pas previ per fer una correcta prescripció i evitar possibles PRM.

### ***Informació prèvia que té el metge sobre les al·lèrgies conegudes als medicaments***

#### *Qüestions a considerar:*

- Durant la primera fase es va veure que en un percentatge important de pacients (34,8%) el metge no estava informat de si eren al·lèrgics o no a algun medicament. Com a conseqüència d'això, en tres casos es va prescriure algun fàrmac del mateix grup al qual eren al·lèrgics.
- En la segona fase de l'estudi es va observar un augment important en el percentatge de pacients dels quals el metge estava informat sobre aquesta qüestió, tot i que es considera que hauria de incrementar encara més, ja que el resultat òptim seria que, en tots els casos, el metge estigués informat sobre les al·lèrgies del seu pacient. De totes maneres, es dona el cas que,

en aquesta segona fase, no es va prescriure a cap pacient cap medicament d'un grup al qual fos al·lèrgic.

- Pel que fa a l'eficàcia dels pòsters i els fulls informatius, no es va observar que en el grup intervenció la millora fos més significativa que en el grup control.
- Tanmateix, s'ha de tenir en compte que, per qüestions de l'atzar, la proporció de pacients al·lèrgics a algun fàrmac va disminuir d'una manera significativa en el segon període de l'estudi respecte al primer.

#### *Valoració:*

Els resultats indiquen que, actualment, el metge del SUM està més informat sobre les al·lèrgies a medicaments dels seus pacients que fa uns tres anys. Segurament, el fet d'haver informat els facultatius dels SUM sobre la importància de tenir aquesta informació i de les conseqüències que porta el desconeixement de si un pacient és al·lèrgic o no a algun fàrmac (en la primera fase, a banda d'haver fet difusió dels resultats de l'estudi, pel que fa als tres pacients als quals es va prescriure un medicament al qual eren al·lèrgics es va comunicar immediatament al metge aquesta circumstància per tal que canviés la seva prescripció), a més a més de saber els objectius de l'estudi i de la informació que recull l'enquestador, ha ajudat a obtenir un canvi d'actitud per part del metge per tal que estigui més informat sobre les al·lèrgies.

El fet que el percentatge de pacients al·lèrgics sigui menor en el segon període de l'estudi i que el subgrup de pacients al·lèrgics respecte al total de pacients enquestats sigui petit, podria haver influït a emascarar un possible efecte

positiu dels pòsters i els fulls informatius. S'ha de considerar que és la població al·lèrgica la que té interès a informar-ne el metge. S'hauria de fer un estudi amb una mostra més gran de pacients per poder valorar l'eficàcia d'aquesta intervenció en l'augment de la informació que té el metge sobre les al·lèrgies farmacològiques dels seus pacients.

***Informació prèvia que té el metge sobre la medicació concomitant que pren el malalt en el moment de la visita***

*Qüestions a considerar:*

- Quant a la informació que té el metge de la medicació concomitant, en la primera fase es va observar que el grau de desconeixement de la medicació concomitant per part del metge encara era més important que el de les al·lèrgies (quasi del 50% dels pacients el metge desconeixia si estaven prenent medicació concomitant i, en cas afirmatiu, quina era). El percentatge de PRM detectats com a conseqüència d'aquesta manca d'informació va ser similar al que van trobar Jerrard i col·l. l'any 2000 en el seu estudi sobre les interaccions que es produeixen entre la medicació prescrita en un SUM i la medicació concomitant que ja pren el malalt (en el 13% de les prescripcions del SUM podia haver-hi algun problema amb la medicació concomitant del pacient).
- Es va observar una disminució clara, en la segona fase de l'estudi, de la proporció de pacients dels quals el metge desconeixia que estaven prenent medicació concomitant (18,3% inferior). A causa d'aquesta millora de la

informació, la proporció de PRM (incongruències, duplicitats o interaccions) en el subgrup de pacients que prenen medicació concomitant va ser menor en el segon període de l'estudi.

- L'increment del grau d'informació que tenia el metge sobre la medicació concomitant va ser més rellevant en el grup intervenció que en el grup control.
- En aquest aspecte, la proporció de pacients que prenen medicació concomitant va ser similar en les dues fases de l'estudi i també entre el grup intervenció i el grup control. El percentatge de pacients que prenen medicació concomitant va ser superior al dels que declaraven ser al·lèrgics a algun medicament (entre el 46-48% dels pacients enquestats).

#### *Valoració:*

També es pot dir, a l'igual de les al·lèrgies a medicaments, que de manera global el metge del SUM ha incrementat la seva informació sobre la medicació concomitant del seu pacient respecte a la primera fase de l'estudi. És probable que el fet de donar a conèixer els resultats de la primera fase i els objectius de l'estudi als facultatius hagi influït en aquesta millora, ja que és un factor important informar el metge per tal de contribuir a un augment de la qualitat de la prescripció i a la racionalització de la utilització dels medicaments, tal com indicaren Amado i col·l. l'any 1997. De totes maneres, no s'ha d'oblidar la limitació que representa que el facultatiu conegués la presència de l'enquestador i els objectius de l'estudi, ja que això pot haver condicionat la seva actuació.

També cal analitzar la important millora de resultats del grup intervenció enfront del grup control tenint en compte el punt de partida (resultats de la primera fase de l'estudi). Si observem només els resultats de la segona fase de l'estudi no hi ha diferències significatives entre el grup intervenció i el grup control, però l'augment del grau de coneixement de la medicació concomitant per part del metge del grup intervenció, respecte a la primera fase de l'estudi, és més rellevant en aquest grup que en el grup control, i aquesta diferència és significativa (test de Breslow-Day i Tarone).

Wei i Camargo, l'any 2000, ja comentaven que el fet d'educar el pacient del SUM pot millorar els seus resultats en salut. De fet, en els últims anys s'estan veient nombrosos articles sobre la importància d'implicar el pacient en el maneig de la seva pròpia salut, encara que, tal com van dir Crawford i col·l. l'any 2002, manca evidència sobre si això es tradueix en una millora de la utilització dels serveis sanitaris, en la qualitat d'aquests serveis i en la satisfacció del pacient o de la seva salut. A més a més, s'ha de tenir en compte que la presència del cartell pot actuar com a recordatori per al metge, i això no s'ha de considerar com una limitació, sinó que és un valor afegit a l'efecte que pot tenir aquesta intervenció.

En el present estudi s'ha vist que, malgrat l'angoixa que pot arribar a tenir (Wei i Camargo, 2000; Morales, 2001), el pacient del SUM majoritàriament llegeix i entén els cartells i els fulls (sobretot els cartells) dissenyats i dirigits principalment a ell perquè s'hi impliqui, i així el metge tingui més informació sobre les seves al·lèrgies a medicaments i sobre la seva medicació



concomitant. La menor prevalença de pacients al·lèrgics respecte a la de pacients que prenen medicació concomitant podria explicar que en aquest últim grup es visualitzés l'efecte positiu de la intervenció dels cartells i els fulls informatius, i que no s'ha pogut observar en el cas dels pacients al·lèrgics.

Tanmateix, s'ha de considerar que si el metge del SUM tingués una informació completa sobre l'historial clínic i farmacoterapèutic del pacient, molts d'aquests problemes de desconeixement pràcticament desapareixerien. Una de les solucions que es podrien aplicar seria la instauració d'un sistema d'informació integrat i informatitzat a tots els nivells assistencials, tal com van dir Van der Kam i col·l. l'any 2001. De fet, tant la CSPT amb el programa de "Salut en Xarxa" com l'ICS amb el sistema de la història clínica informatitzada (ECAP) estan treballant en aquesta línia.

#### **VI. c. - Coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit**

Una correcta comprensió del tractament prescrit no sempre garanteix un bon grau de compliment terapèutic, però sí que sembla bàsic que per assolir un òptim grau d'adhesió terapèutica s'ha de tenir un coneixement adequat del tractament prescrit (Logan i col·l., 1996; López i col·l., 2001).

En l'àmbit dels SUM, diferents estudis han vist que, en general, els usuaris d'aquests serveis tenen dificultat per recordar i entendre les instruccions rebudes sobre el seu diagnòstic i el tractament a seguir (Spandorfer i col·l.,

1995; Domínguez i col·l., 1996; Logan i col·l., 1996; Crane, 1997; Chung i Bartfield, 2002).

Per tot això, es va considerar adient analitzar i provar d'augmentar el grau de coneixement dels pacients sobre el tractament prescrit en els SUM del present treball.

#### *Qüestions a considerar:*

- En la primera fase de l'estudi, en menys de la meitat de les prescripcions el pacient sabia tota la pauta del tractament; la manera com s'havia d'administrar el medicament era el que més desconeixia, seguit de la durada del tractament. Aquests resultats coincideixen amb el que comenten altres autors sobre el poc coneixement que tenen els pacients del tractament prescrit al poc temps de sortir de la consulta mèdica (Joyce i col·l., 1969; Morris, 1982; Harvey i Plumridge, 1991; Ferraz i col·l., 1993; Crane, 1997; Domínguez i col·l., 1996; Logan i col·l., 1996; López i col·l., 2001; Chung i Bartfield, 2002).
- En la segona fase de l'estudi hi va haver un increment global significatiu, respecte a la primera fase de l'estudi, del nombre de prescripcions en què el pacient coneixia tota la posologia del fàrmac prescrit del 6,7%.
- Tanmateix, cal observar que aquesta millora és deguda exclusivament als millors resultats del grup intervenció (increment del 16,8% de les prescripcions en què hi ha un coneixement total de la posologia), ja que el grup control pràcticament es manté igual respecte a la primera fase de l'estudi.

- Si bé es pot considerar que podria incrementar encara més el nivell de comprensió, sí que es pot dir que és un augment important que indica, bàsicament, que s'ha aconseguit un major interès per part del pacient en la seva teràpia.
- Segons els resultats de la primera fase de l'estudi, els dos ítems que més influïen en el desconeixement global que tenia el pacient de la posologia eren la durada del tractament i com s'havia d'administrar el medicament. En la segona fase de l'estudi el coneixement que més ha millorat ha estat la durada del tractament, sobretot en el grup intervenció, amb una disminució del 14,9% de les prescripcions en què es desconeixia aquest aspecte enfront d'una disminució del 4% del grup control. I això es repeteix en el subgrup de població que ha llegit i entès el pòster o el full informatiu.

#### *Valoració:*

En aquest cas sembla que el fet que els metges coneguessin els resultats de la primera fase, els objectius de l'estudi i la presència de l'enquestador no ha influït d'una manera significativa en l'augment de la comprensió que té el pacient de la pauta del tractament prescrit. Però, en canvi, l'existència d'un material educatiu, amb la insistència de la importància d'entendre bé el tractament receptat, sembla que ha pogut ajudar a incrementar el coneixement del pacient sobre el seu tractament farmacològic, sigui perquè el mateix malalt hi ha posat més interès o perquè això va conscienciar més el metge (els cartells i els fulls també servien de recordatori al metge). És important haver

aconseguit aquesta millora en la comprensió del tractament perquè això podria influir en un augment de l'adhesió terapèutica.

El fet que, dels dos ítems que més desconeixien els pacients, només s'ha aconseguit incrementar el grau de coneixement de la durada del tractament en el grup intervenció pot ser degut que millorar la informació que dóna el metge sobre com s'administra un fàrmac, perquè el pacient en tingui coneixement, és més complicat que sobre la durada del tractament, ja que en molts casos existeix controvèrsia sobre la seva rellevància.

Ahora, cal dir que el pacient té altres fonts d'informació que el poden ajudar en el seu coneixement de la posologia del tractament prescrit en el SUM, com ara les oficines de farmàcia, el seu metge de capçalera o els prospectes dels medicaments (Crichton i col·l., 1978; Gascón, 1990; Domínguez i col·l., 1996; Mateos i Camacho, 1997; Chung i Bartfield, 2002), que no s'han estudiat en el present treball.

També és interessant observar que aquest increment en la comprensió del tractament en la segona fase de l'estudi s'ha produït sense una millora global de l'ompliment de les receptes, és a dir, sense un augment de la informació escrita que s'ha donat al pacient, tal com s'analitza en el següent punt. Això vol dir que aquesta millora de la comprensió del tractament s'ha degut a una més bona comunicació metge-pacient. Encara que, tal com s'analitza en el següent punt, hi ha algun aspecte de la posologia (concretament la durada del

tractament) en què s'ha incrementat la comprensió del pacient i això ha coincidit també amb una major presència d'aquesta dada en la recepta.

#### **VI. d. - Informació farmacològica escrita donada al pacient mitjançant la recepta**

Partint de la hipòtesi que la recepta és una eina útil per a transmetre informació farmacològica, tant al mateix pacient com als professionals sanitaris, és important que hi hagi un mínim de dades escrites sobre la pauta posològica per tal d'aconseguir-ne un bon coneixement per part del pacient, i d'aquesta manera intentar augmentar el seu compliment terapèutic (Wingert i col·l., 1975). No obstant això, l'últim punt és bastant controvertit, ja que hi ha alguns autors que no ho consideren així, com ara Cabezas i col·l., que en l'estudi que van publicar l'any 1989 van veure que la recepta personalitzada en els tractaments d'antibiòtics orals de curta durada no millorava el compliment. De totes maneres, consideren que s'ha de valorar la seva eficàcia en els casos en què no es disposa de temps per donar una correcta informació oral al pacient (cosa que pot passar en un SUM amb molta pressió assistencial) o quan els tractaments són més complexos.

#### *Qüestions a considerar:*

- En la primera fase de l'estudi es va trobar que només en l'11% de les receptes hi constava tota la informació sobre posologia, fins i tot considerant

com a correcta l'omissió d'una dada en els casos que no fos rellevant (vegeu metodologia). La durada del tractament i com s'havia d'administrar van ser els dos aspectes de la posologia que menys constaven en les receptes. Aquest resultat es pot considerar similar al de l'estudi de Gascón de l'any 1990, on es va veure que únicament el 9% de les receptes que arribaven a una oficina de farmàcia tenia dades escrites sobre posologia. Pel que fa als ítems de la posologia que més s'ometien en les receptes, els resultats del present treball difereixen dels que van obtenir Wingert i col·l. l'any 1975 en un SUM pediàtric, on les hores en què s'havia d'administrar el medicament era el que menys constava en la recepta, però hi coincideixen que les instruccions de com administrar-lo era el segon ítem que més s'ometia (en el 38,1% de les receptes). En canvi, Arroyo i col·l., en l'estudi de l'any 1995, van trobar que la durada del tractament era la informació que menys donaven els especialistes, resultat que coincideix amb el present estudi.

- En aquest cas no s'ha observat una millora de resultats en la segona fase de l'estudi (no hi ha diferències significatives entre ambdós períodes), tant per a l'aspecte global de si hi consten totes les dades de posologia com per a cadascun dels diferents ítems per separat. Fins i tot la durada del tractament, que tenia un valor d'ompliment en la recepta molt baix, continua pràcticament igual (en el 77,2% de les receptes del segon període de l'estudi no hi consta, enfront del 78% del primer sense la CSPT).
- En la variable global de si hi consten totes les dades, tampoc hi ha diferències entre el grup intervenció i el grup control, cosa esperada ja que el missatge dels pòsters i els fulls no tenia com objectiu incrementar

aquesta variable de l'ompliment de les receptes. L'únic ítem de la posologia que té una major presència en les receptes en el grup intervenció respecte al grup control, en el segon període de l'estudi, és la durada del tractament, precisament l'aspecte que més ha incrementat quant a coneixement per part del pacient.

#### *Valoració:*

S'ha vist que el fet d'haver informat el metge sobre aquesta qüestió no ha ajudat que el facultatiu incrementés l'ompliment de les receptes que prescriu al pacient. Aquest resultat està en la línia que apunten altres autors, en què, per tal de millorar la informació que consta en la recepta, s'ha de donar eines al metge prescriptor que li facilitin aquesta tasca, com ara la informatització. De fet, sembla que aquesta prescripció informatitzada amb accés a una base de dades sobre els medicaments disponibles en el mercat, que doni la informació farmacològica que el metge necessita, que permeti una gran flexibilitat i que faciliti la prescripció, podria augmentar notablement la qualitat de la informació i alguns aspectes de la utilització dels medicaments (Wingert i col·l., 1975; Grams i col·l., 1996; Schiff i Rucker, 1998; Kozer i col·l., 2002). Precisament, tant l'ICS com la CSPT estan treballant per tal d'aconseguir aquesta informatització dels consultoris dels SUM.

També és important observar que, tal com s'ha dit anteriorment, la manca d'informació escrita queda compensada parcialment pel coneixement que ha obtingut el pacient del tractament en la visita mèdica. No obstant això, és

convenient no confiar només en la informació oral que es dona al pacient i en la seva memòria per tal que tingui un correcte coneixement del seu tractament. Analitzant els resultats de la durada del tractament es pot pensar que un major interès per part del pacient en la seva teràpia ha pogut fer que preguntés més al metge i que això provoqués un major registre d'aquesta informació. Tal com s'ha vist anteriorment augmentar el registre de l'altre ítem que té pitjors resultats (la forma d'administració) pot resultar més complicat si no existeixen elements de suport a la prescripció (prescripció informatitzada). Tot això és important perquè la informació escrita pot actuar com a suport en cas de dubte i podria ajudar a obtenir-ne un bon coneixement, com indiquen altres autors (Hecht, 1976; Morris i Halperin, 1979; Serra i Vallano, 1990; Harvey i Plumridge, 1991; Nightingale, 1995; Spandorfer i col·l. 1995; Buck, 1998; Halperin, 1998; Alexander, 1999; López i col·l., 2001).

Així, malgrat que s'ha incrementat el nivell de coneixement del pacient, s'hauria d'investigar si un compliment de les receptes complet i adequat pot contribuir a assolir uns nivells encara més alts de comprensió del tractament prescrit en els pacients dels SUM, és a dir, s'hauria d'acabar de definir el paper de la recepta en la comprensió del tractament per part del pacient.

#### **VI. e. - Adequació de la posologia**

Es va poder observar que, en general, la pauta posològica coincidia bastant amb els estàndards definits (al voltant del 89% de les prescripcions), tant en el primer període de l'estudi com en el segon. A més a més, les principals



discrepàncies es mantenen pràcticament iguals al llarg del temps: la pauta d'analgèsics segons necessitat sense especificar cap altra informació, la freqüència d'administració massa perllongada dels col·liris que contenen ATB i una dosi excessiva en tractaments d'ATB sistèmics en pediatria.

De totes maneres cal dir que, com a limitació a l'hora de valorar l'adequació de la posologia, no es disposava de la indicació per la qual havien estat prescrits aquests fàrmacs, excepte en el cas del SUH de la CSPT durant el primer període de l'estudi.

En intentar comparar aquests resultats amb els d'altres treballs s'ha vist que aquest aspecte s'ha estudiat molt poc en l'àmbit dels SUM (principalment en SUM d'AP). Els resultats dels estudis de Wingert i col·l., de l'any 1975, de Selbst i col·l., de l'any 1999, i de Kozer i col·l., de l'any 2002, en SUH pediàtrics coincideixen bastant amb el present treball, ja que un dels principals problemes que van trobar va ser els errors en la dosi pediàtrica, sobretot dels ATB.

Tanmateix, en estudis realitzats en SUH no específicament pediàtrics, el grup farmacològic més estudiat ha estat el dels ATB i el problema més freqüentment descrit ha estat la durada del tractament (Laguna i col·l., 1996; Vergeles i col·l., 1998). La mitjana d'edat dels pacients d'aquests estudis és superior a la del present treball.

Es coincideix en la conclusió de diferents estudis (Wingert i col·l., 1975; Kozer i col·l., 2002) en considerar que la informatització podria minimitzar aquest tipus

de problemes en la prescripció, ja que s'ha vist que haver informat els facultatius sobre aquest tema no va fer canviar el seu hàbit de prescripció.

### **VI. f. - Valoració de l'eficàcia de les intervencions**

Les intervencions realitzades en el present estudi tenien com a finalitat principal incrementar: el coneixement del metge sobre l'historial farmacològic del pacient, el coneixement que té el malalt sobre el tractament que se li ha prescrit i la informació escrita donada al pacient mitjançant la recepta i l'adequació de la posologia.

#### **Difusió dels pòsters i els fulls informatius**

Pel que fa referència a la intervenció principal, la difusió de pòsters i fulls informatius dirigits bàsicament als pacients es considera una bona mesura per augmentar la implicació del pacient del SUM de l'AP en la seva teràpia farmacològica, sobretot a l'hora de fomentar un bon coneixement del tractament prescrit, ja que són serveis mèdics on l'educació del pacient és bastant complicada (se'l visita d'una manera puntual).

Malgrat que, en un principi, es podria pensar que el pacient del SUM majoritàriament no podria llegir els pòsters o els fulls pel seu estat físic o perquè no tindria temps de fer-ho, s'ha vist que això no és així. La majoria de patologies ateses en els SUM de l'AP permeten aquesta lectura i la pressió assistencial que tenen normalment aquests serveis dóna temps perquè el pacient estigui en la sala d'espera i pugui veure aquesta informació.

També s'ha de considerar que l'eficàcia d'aquesta intervenció depèn molt de com es dona aquesta informació (disseny dels pòsters i els fulls) i de l'accés que hi tingui el pacient (lloc on es penjen els pòsters i es deixen els fulls). En aquest estudi la comprensió dels pòsters i els fulls va ser quasi total (només una persona no va entendre la totalitat del missatge). Això vol dir que el disseny i el missatge d'aquests elements de comunicació van ser atractius i compresos per part dels pacients. D'aquí la importància que l'elaboració d'aquests pòsters i fulls fos a càrrec d'experts en comunicació i publicitat. El fet que la majoria de pacients enquestats els llegissin fa pensar que el lloc on es van posar era l'adequat. De totes maneres els pòsters es van llegir més que els fulls, segurament perquè aquests últims no estaven tan a la vista com els primers, que es penjaven a prop de la porta del consultori mèdic.

S'ha de considerar que els resultats positius d'aquesta intervenció a l'hora d'augmentar la comprensió que té el pacient del seu tractament farmacològic podrien ser extrapolables a altres tipus de consultes mèdiques, tant de l'àmbit hospitalari com de l'AP.

### **Donar informació al metge sobre els problemes detectats en la prescripció**

Davant dels resultats obtinguts, es podria considerar que aquesta intervenció secundària podria pal·liar la manca d'informació que té el metge del SUM de l'historial farmacològic del pacient.

Tanmateix, la valoració d'aquesta intervenció és complicada, ja que en aquest cas el fet que el metge en la segona fase de l'estudi en conegui l'objectiu pot influir que canviï la seva actitud enfront del pacient quan l'enquestador està en el centre.

Per aquest motiu es considera que hi pot haver altres mitjans d'ajuda a la prescripció més objectius i pràctics, com podria ser l'accés a la història clínica informatitzada i la informatització de la prescripció, que podrien pal·liar aquesta manca d'informació d'una manera més fiable. L'eficàcia d'aquests altres mitjans és el que es voldria analitzar en un futur.

Fins aquí s'han analitzat les intervencions realitzades i els resultats de les variables sobre les quals repercutien principalment. A continuació es comentaran els resultats de les altres variables més descriptives.

#### **VI. g. - Perfil de prescripció de medicaments als diferents SUM**

Pel que fa a la descripció del perfil de medicaments que es prescriuen als SUM s'ha vist que els ATB, els AINE i els analgèsics no opioides, per aquest ordre, van ser els grups farmacològics més prescrits (al voltant del 55% de totes les prescripcions). Aquest perfil va ser tant per al primer com per al segon període de l'estudi. També va ser per a tots els SUM de l'AP, però no així per al SUH de la CSPT, en què van ser els AINE, per davant dels ATB, el grup més prescrit; un fet que pot ser degut que és l'únic centre que disposa d'urgències específiques de traumatologia.

No es va poder fer valoracions de la indicació d'aquests fàrmacs, excepte en el cas del SUH del Parc Taulí, on es disposava del motiu de la visita i la informació dels diagnòstics (es comenta més endavant).

Aquests resultats són similars als de l'estudi descriptiu sobre els fàrmacs que es prescriuen en un SEU realitzat per León i col·l. l'any 1989, i als dels estudis de Cabeza i col·l. de l'any 1996 i de Franzi i col·l. de l'any 1997 sobre la prescripció induïda. En canvi, en l'estudi de Badia i col·l. d'un SUH l'any 2000, la proporció d'ATB prescrits és molt més baixa (només en el 8% de les prescripcions). Aquesta diferència es podria explicar perquè, en aquest estudi de Badia i col·l., la recollida de dades només es va fer durant una setmana i moltes vegades els ATB presenten pics de prescripció en determinades èpoques de l'any.

Cal destacar l'increment de prescripció d'EFG del segon període de l'estudi respecte al primer degut, segurament, a la política global de potenciació de la utilització de les EFG que es fa en tots els nivells assistencials.

#### **VI. h. - Grau de satisfacció dels usuaris per l'atenció rebuda en els SUM**

Es pot dir que els malalts van considerar d'una forma global que l'atenció rebuda en els SUM va ser correcta, tant en el primer període de l'estudi com en el segon. Aquesta bona valoració coincideix amb la d'altres treballs sobre la satisfacció dels pacients atesos en els SUM (Krishel i Baraff, 1993; Cuñado i col·l., 1999; López Madurga i col·l., 1999).

Aquest punt és un indicador més de la qualitat assistencial, que no està únicament relacionat amb l'aspecte farmacològic, ja que hi ha molts altres factors que poden condicionar aquesta percepció de la qualitat assistencial, com ara la comoditat de les instal·lacions, l'organització del servei o la informació rebuda en el SUM (Krishel i Baraff, 1993; Cuñado i col·l., 1999; López Madurga i col·l., 1999). Haver posat a disposició dels usuaris dels SUM del grup intervenció els pòsters i els fulls informatius no sembla que hagi influït en una més bona percepció de l'atenció rebuda.

#### **VI. i. - Adequació de les indicacions dels tractaments prescrits al SUH de la CSPT**

En el SUH de la CSPT el grup de patologies ateses que va prevaler va ser el de tipus rinolaringològic (24% del casos), seguit de les patologies del tub digestiu i de les osteoarticulars. Aquest resultat és similar al d'altres estudis en què les patologies respiratòries són les majoritàries en els SUM, encara que en el present estudi la prevalença de traumatismes (en el 9% dels pacients) és inferior a la d'altres treballs sobre SUH (Balanzó i col·l., 1989; Llorente i col·l., 1996; Escobedo i col·l., 1997). Això podria ser perquè, en el moment en què es va fer l'estudi, en la CSPT estaven separats físicament el servei on es visitaven les urgències i el servei on s'atenien les emergències. En el present estudi només es va recollir informació del servei d'urgències.

En molts casos, es va veure que es tractava de patologia que podia ser atesa a l'assistència primària, com per exemple l'amigdalitis o la síndrome gripal.

Aquesta consideració coincideix amb la de l'estudi de Laguna i col·l. de l'any 1996 i la del d'Escobedo i col·l. de l'any 1997.

Per aquest motiu, seria convenient insistir en l'educació de la població a l'hora d'utilitzar el SUH quan realment és necessari i a dotar d'una bona infraestructura els SUM de l'AP per tal de contribuir a pal·liar el col·lapse que habitualment tenen les urgències hospitalàries (Helguera i Hormaechea, 1989; Melguizo i col·l., 1992; Oliver i Chapi, 1996; Martín Zurro i col·l., 2000; Aramburu, 2001).

En el 94% de les prescripcions, la seva indicació figurava en els estàndards consultats. Entre les indicacions que es van trobar inadequades cal remarcar la prescripció d'ATB, amb el 19,1% de les prescripcions d'aquest grup farmacològic fora dels estàndards (9 prescripcions de 47). Aquest resultat és inferior al d'altres estudis en què la inadequació de la prescripció d'ATB sobrepassa, majoritàriament, el 25% (Bernstein i col·l., 1982; Siegel i Sande, 1983; Laguna i col·l., 1996; Vergeles i col·l., 1998; Ochoa i col·l., 2001). Aquesta diferència pot ser deguda que aquests estudis són més concrets en l'examen de la patologia infecciosa i tenen una més bona qualitat de la font d'informació, juntament amb criteris d'indicació més acurats.

També s'ha de tenir en compte que la font que s'ha emprat per a valorar les indicacions d'ús de medicaments en el present estudi (informe del full d'urgències) pot donar una informació limitada i que, en el cas dels ATB, sovint es consideren altres criteris per a la prescripció que, majoritàriament, no es recullen en aquest informe (diagnòstic etiològic, resposta prèvia del malalt, patró de resistència local dels microorganismes, etc.). Això pot haver dut a una

estimació menys matisada de l'adequació de la prescripció d'aquest grup de medicaments.

Malgrat que aquesta no és una variable principal de l'estudi, aquesta inadequació en l'ús dels ATB és important tenir-la en compte perquè, com s'ha vist abans, els ATB són el grup farmacològic majoritari en la prescripció dels SUM. La informatització dels consultoris amb la introducció de tractaments tipus, segons la patologia, podria ajudar a facilitar una correcta selecció de medicaments segons la indicació.

En definitiva, amb els resultats del present treball es considera que s'ha donat una visió més àmplia sobre alguns aspectes de la prescripció dels SUM del nostre entorn, d'alguns dels quals no es tenia constància que s'haguessin estudiat anteriorment. Això ha permès detectar aspectes susceptibles de millora.

Per intentar solucionar-los s'han estudiat diferents estratègies, com ara la potenciació de la implicació del pacient en la seva teràpia farmacològica mitjançant uns pòsters i fulls informatius. Aquesta acció sembla que ha influït d'una manera positiva en augmentar la comprensió del tractament per part del pacient i en el increment del grau de coneixement de l'historial farmacològic del malalt per part del metge, encara que en aquest últim cas, l'abast d'aquesta mesura és més limitat.

Com a línies de treball futures es proposa la informatització integrada dels SUM amb altres nivells assistencials i la informatització de la prescripció, de les quals s'haurà de veure la seva eficiència i si és factible implantar-les de manera global a tots els SUM del nostre territori.



## CAPÍTOL VII. CONCLUSIONS

1. Els resultats del present treball suggereixen que cal augmentar la qualitat de l'anamnesi farmacològica en els SUM de l'àrea de referència de la CSPT, ja que s'ha documentat que sovint es prescriuen medicaments desconeixent algunes informacions bàsiques, com ara els antecedents d'al·lèrgia o si el pacient estava prenent o no altres medicaments. La proporció de PRM en aquests pacients ha estat superior en la primera fase de l'estudi, en què el desconeixement del metge sobre aquests aspectes és més acusat.
2. Mitjançant la difusió de pòsters i fulls informatius, amb un missatge clar i entenedor, dirigits bàsicament als pacients, es pot incrementar la informació que té el metge del SUM de l'historial farmacològic del pacient (especialment sobre la medicació concomitant), encara que s'ha de tenir en compte que és més fiable obtenir aquesta informació de la documentació clínica que tenen els malalts que no confiar únicament en la memòria del mateix pacient.
3. El malalt, en la majoria dels casos, no coneix tota la informació necessària per seguir correctament la teràpia prescrita immediatament després d'haver sortit de la consulta mèdica del SUM. De totes maneres, s'ha de considerar que això pot quedar compensat per altres fonts d'informació que pot tenir el pacient, com ara l'oficina de farmàcia o el seu metge de capçalera.

4. En el present estudi, els cartells i els fulls informatius s'han mostrat efectius en solucionar aquest problema de la poca comprensió que té el pacient sobre el tractament prescrit en els SUM i han ajudat a fomentar que el malalt tingui un paper més actiu en la seva teràpia.
5. L'ompliment de les receptes en els SUM de l'àrea d'influència de la CSPT és deficient i no s'ha aconseguit augmentar d'una manera rellevant amb les intervencions realitzades. Es proposa com a alternativa la utilització d'aplicacions informàtiques de suport a la prescripció.
6. També s'ha observat que, en algunes prescripcions, la posologia no coincidia amb els estàndards de referència utilitzats (els ATB i els analgèsics van ser els més afectats) i aquestes discrepàncies es mantenien pràcticament iguals en ambdós períodes de l'estudi.
7. La intervenció que consistia a informar d'una manera puntual el metge sobre els problemes detectats en la prescripció del SUM té un efecte limitat, a llarg termini, pel que fa a la solució global de tots aquests problemes detectats.
8. El present treball ha constatat que els ATB són el grup farmacològic més freqüentment prescrit, juntament amb els AINE i els analgèsics no opioides, i que la prescripció d'EFG ha anat augmentant al llarg dels anys en els SUM de l'àrea d'influència de la CSPT. És important destacar que, en l'avaluació feta específicament al SUH de la CSPT, en alguns casos les indicacions

motiu de la prescripció estaven lluny de les recomanacions considerades estàndard, i això passava especialment en el cas dels ATB.

9. En l'anàlisi del SUH de la CSPT s'ha vist que moltes de les patologies ateses en aquest servei eren susceptibles de ser visitades en els SUM de l'AP. Es considera convenient potenciar els SUM de l'AP i educar la gent perquè prengui consciència de la seva utilització, com una mesura més per intentar pal·liar l'actual col·lapse que pateixen els SUH.
10. Malgrat tots aquests problemes en la prescripció farmacològica en els SUM, els pacients tenen una bona apreciació de l'atenció que hi han rebut.
11. Caldria, com a estratègies de treball futures, investigar l'efectivitat de la difusió global a tots els SUM dels pòsters i els fulls informatius i si això es tradueix en un grau més alt d'adhesió terapèutica per part del pacient. També és important potenciar la informatització (sistema integrat amb tots els nivells assistencials i programa de suport a la prescripció) dels SUM i investigar si això contribueix a un increment de la qualitat de la prescripció farmacològica d'aquests serveis.

Barcelona, 21 de juny de 2004

Roser Vallès i Fernández

**CAPÍTOL VIII. BIBLIOGRAFIA****A**

- Agirre MC, Ortiz de Zárate JA, García de Vicuña B, Gorostiza I, Ruiz J. Evaluación de la información al paciente en las farmacias. *Aten Primaria* 1993; 11: 33-37.
- Alexander RE. Patient understanding of postsurgical instruction forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1999; 87: 153-158.
- Amado E, Madridejos R, Pérez MT, Catalán A. Análisis de la prescripción en atención primaria: evaluación de un sistema de indicadores. *Aten Primaria* 1997; 20: 381-384.
- Anònim. Interacciones farmacológicas. *Med Lett (ed. esp.)* 2003; XXV: 54-56.
- Aramburu FJ. Los servicios de urgencias y la medicina general. Siglo XXI. *Emergencias* 2001; 13: 4-7.
- Aranaz JM, Buil JA. Gestión sanitaria: acerca de la coordinación entre niveles asistenciales. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 182-184.
- Armstrong D, Reyburn H, Jones R. A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour. *BMJ* 1996; 312: 949-952.
- Arroyo MP, Cano E, Ansorena R, Celay J, Cortés F, Estremera V. Prescripción delegada por especialistas en atención primaria. *Aten Primaria* 1995; 16: 538-544.

**B**

- Badía M, Ventura J, Llop J, Escarrabill J, Ramón R, Jódar R. Estudio de la prescripción farmacológica en el servicio de urgencias. *Aten Farm* 2000; 2: 412- 422.
- Baena MI, Fajardo P, Luque FM, Marín R, Arcos A, Zarzuelo A, et al. Problemas relacionados con los medicamentos en usuarios de un servicio de urgencias hospitalario: resultados de la validación de un cuestionario. *Pharm Care Esp* 2001; 3: 345-357.
- Balanzó X, Pujol R, Grupo Intercomarcal de Servicios de Medicina Interna. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos de Catalunya. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 86-90.
- Barrier PA, Li JTC, Jensen NM. Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 211-214.
- Bassons MT. La atención farmacéutica: ejemplo de colaboración interprofesional. Mesa redonda en el II Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. Barcelona, 2001. *Pharm Care Esp* 2001; 3 (Extr): 2.
- Berger P, Luskin M, Krishel S. Preventive health pamphlets in the emergency department. *J Emerg Med* 1998; 16: 691-694.
- Bermejo R, Bernal B, del Busto F, Castillo M, Cebrián M, Juárez S, et al. Asistencia extrahospitalaria a las urgencias médicas: documento de consenso. *Emergencias* 1994; 6: 2-7.
- Bernstein LR, Barriere SL, Conte JE. Utilization of antibiotics: analysis of appropriateness of use. *Ann Emerg Med* 1982; 11: 400-403.
- Blackwell B. Drug therapy. Patient compliance. *N Engl J Med* 1973; 289: 249-252.

- Blatchford O, Capewell S. Emergency medical admissions: taking stock and planning for winter. *BMJ* 1997; 315: 1322-1323.
- Bliss HA. Primary care in the emergency room: high in cost and low in quality [letter]. *N Engl J Med* 1982; 306: 998.
- Bolívar I, Teniente JM. La racionalització en la utilització de les urgències hospitalàries i les diferències existents entre la xarxa reformada i la no reformada. *Fulls Econòmics* 1997; 30: 26-28.
- Bonafont X, Costa J. Adherència al tractament farmacològic. *Butlletí d'Informació Terapèutica* 2004; 16: 9-14.
- Branger PJ, van der Wouden JC, Schudel BR, Verboog E, Duisterhout JS, van der Lei J, et al. Electronic communication between providers of primary and secondary care. *BMJ* 1992; 305: 1068-1070.
- Buck ML. Providing patients with written medication information. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 962-969.

## C

- Cabeza J, Borrero JM, Moreno FC, Aguirre T. La prescripción farmacológica en las consultas externas, centros periféricos de especialidades y servicio de urgencias del hospital. *Farm Hosp* 1996; 20: 359-364.
- Cabezas C, Martín A, Comín E, Sabrià J, Boix C, Espínola A, et al. Cumplimiento del tratamiento antibiótico en Atención Primaria de Salud. Valor de la receta personalizada. *Rev Clín Esp* 1989; 185: 366-369.
- Cairns CB, Garrison HG, Hedges JR, Schriger DL, Valenzuela TD. Development of new methods to assess the outcomes of emergency care. *Ann Emerg Med* 1998; 31: 166-171.

- Cantero J, Sánchez-Cantalejo E, Martínez J, Maeso J, Rodríguez JJ, Prieto MA, et al. Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Aten Primaria* 2001; 28: 326-332.
- Cebrià J, Bosch JM, Prados JA. ¿Cómo podríamos mejorar los resultados de nuestros consejos de salud? [editorial]. *Aten Primaria* 2000; 25: 207-208.
- Centro de Información de Medicamentos. Servicio de Farmacia. Administración oral de medicamentos: Guía práctica. La Coruña: Complejo Hospitalario Juan Canalejo-Marítimo de Oza, 1996.
- Choyce MQ, Maitra AK. Satisfaction with the accident and emergency department - a postal survey of general practitioners' views. *J Accid Emerg Med* 1996; 13: 280-282.
- Chung MK, Bartfield JM. Knowledge of prescription medications among elderly emergency department patients. *Ann Emerg Med* 2002; 39: 605-608.
- Clark LT. Improving compliance and increasing control of hypertension: needs of special hypertensive populations. *Am Heart J* 1991; 121: 664-669.
- Cochrane RA, Mandal AR, Ledger-Scott M, Walker R. Changes in drug treatment after discharge from hospital in geriatric patients. *BMJ* 1992; 305: 694-696.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2000.
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Catálogo de Especialidades Farmacéuticas. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2003.

- Cooke M. Emergency medicine. Whole system is responsible for solving overcrowding of departments [letter]. *BMJ* 2002; 325: 389.
- Crane JA. Patient comprehension of doctor-patient communication on discharge from the emergency department. *J Emerg Med* 1997; 15: 1-7.
- Crawford MJ, Rutter D, Manley C, Weaver T, Bhui K, Fulop N, et al. Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ* 2002; 325: 1263-1267.
- Crichton EF, Smith DL, Demanuele F. Patient recall of medication information. *Drug Intell Clin Pharm* 1978; 12: 591-599.
- Cuñado A, Rial C, Lanero B, Moreno J, García F. Influencia de la reforma de las instalaciones en la satisfacción de los pacientes en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias* 1999; 11: 352-360.

## D

- Decret 84/1985, de 21 de març, de mesures per a la reforma de l'atenció primària de salut a Catalunya. (DOGC 527, de 10 d'abril de 1985.)
- Decreto 2766/1967, de 16 de noviembre, por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social. Artículos 32 y 46. (BOE 284, de 28 de noviembre de 1967.)
- Del Busto FM. Mecanismos de coordinación entre urgencias hospitalarias y extrahospitalarias. *Mapfre Medicina* 1993; 4 (Supl. I): 28-30.
- Delgado O, Puigventós F, Serra J. Administración de medicamentos por vía oral. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 426-435.
- De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescription. OMS (adaptació en català). Barcelona: Edide; 1999.



- Doeleman F. Improving communication between general practioners and specialists. *Fam Pract* 1987; 4: 176-182.
- Domínguez D, Cervera E, Disdier MT, Hernández M, Martín MC, Rodríguez J. ¿Cómo se informa a los pacientes en un servicio de urgencias hospitalario? *Aten Primaria* 1996; 17: 280-283.
- Donovan JL. El poder de decisión del paciente: el ingrediente que falta en la investigación sobre cumplimiento. *Series Divulgativas SEFAP*, doc. 2: 1-9 (International Journal of Technology Assessment in Health Care, 1997).
- Durán JA, Figuerola J. Cumplimiento de la medicación: características, factores que lo determinan y recomendaciones para mejorarlo. *Med Clin (Barc)* 1988; 90: 338-343.
- Drugdex® Drug evaluations. Micromedex® Healthcare series Vol. 115; 2000. Online.
- Drugdex® Drug evaluations. Micromedex® Healthcare series Vol. 118; 2003. Online.

## E

- Eaton ML, Holloway RL. Patient comprehension of written drug information. *Am J Hosp Pharm* 1980; 37: 240-243.
- Escobedo F, González L, Salarichs M, Manzano A, López I, Martín JA, Albaladejo C. Evaluación de las urgencias hospitalarias desde un área básica de salud (ABS). *Aten Primaria* 1997; 19: 169-175.
- Estey A, Musseau A, Keehn L. Patient's understanding of health information: a multihospital comparison. *Patient Educ Couns* 1994; 24: 73-78.

## F

- Fatovich DM. Emergency medicine. *BMJ* 2002; 324: 958-962.

- Ferraz MB, Berlin J, Paiva JGA, Atra E. Do arthritis patients understand their prescriptions? [letter]. *Lancet* 1993; 341: 833-834.
- Figueiras A, Sastre I, Tato F, Rodríguez C, Lado E, Caamano F, et al. One-to-one versus group sessions to improve prescription in primary care. *Med Care* 2001; 39: 158-167.
- Font M, Madrideojos R, Catalán A, Jiménez J, Argimón JM, Huguet M. Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo. *Med Clin (Barc)* 1991; 96: 201-205.
- Foy JL, Eastman RC, Nealon RC, Bowen PM, Pengelly ML, Drass JA, et al. Automated therapeutic drug monitoring in an ambulatory care endocrine clinic. *Ann Pharmacother* 1992; 26: 675-678.
- Fraga MD, Pintor MR, Bermejo MT, de Juana P, García B. Guía para la administración de medicamentos. Madrid: Editorial Libro del Año, SL; 1997.
- Franzi A, Placencia ML, Rodríguez L. Estudio de la prescripción inducida de las áreas básicas de salud de la Dirección de Atención Primaria Sabadell. *Aten Primaria* 1997; 20: 408-414.

## G

- García-Castrillo L, Del Busto F. Modelo de atención integral a las urgencias [editorial]. *Emergencias* 2001; 13: 153-154.
- Gascon MP. Estudio de la demanda de atención farmacéutica por parte de los usuarios de una farmacia. *El Farmacéutico* 1990; (91): 71-74.
- Gauld VA. Written advice: compliance and recall. *J R Coll Gen Pract* 1981; 31: 553-556.

- Gibbs S, Waters WE, George CF. The benefits of prescription information leaflets (2). *Br J Clin Pharmacol* 1989; 28: 345-351.
- Gibbs S, Waters WE, George CF. Communicating information to patients about medicine. *J R Soc Med* 1990; 83: 292-297.
- Gilbert DN, Moellering RC, Sande MA. The Sanford Guide to Antimicrobial Therapy. USA: Editorial Bord; 1999.
- González-Grajera B, Mendoza R, Hinojosa J, Buitrago F. Adecuación de las derivaciones médicas a un servicio de urgencias hospitalario. *Aten Primaria* 1995; 16: 433-436.
- Grams RR, Zhang D, Yue B. A primary care application of an integrated computer-based pharmacy system. *J Med Syst* 1996; 20: 413-422.
- Grumbach K, Keane D, Bindman A. Primary care and public emergency department overcrowding. *Am J Public Health* 1993; 83: 372-378.

## H

- Hallam L. Primary medical care outside normal working hours: review of published work. *BMJ* 1994; 308: 249-253.
- Halperin JA. Useful patient information on prescription drugs [letter]. *Ann Pharmacother* 1998; 32: 612.
- Harvey JL, Plumridge RJ. Comparative attitudes to verbal and written medication information among hospital outpatients. *DICP Ann Pharmacother* 1991; 25: 925-928.
- Haynes RB. Introduction. En: Haynes RB, Taylor DW, Sackett DL eds. *Compliance in health care*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1979: 1-7.

- Haynes RB, Wang E, Da Mota M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Educ Couns* 1987; 10: 155-166.
- Hecht A. Informing patients on prescription drugs. *FDA Consumer* 1976; 4-7.
- Helguera F, Hormaechea E. Valoración del funcionamiento y de la patología asistida en un servicio de urgencia extrahospitalario rural. *Aten Primaria* 1989; 6: 292-298.
- Honorato J, Azanza JR, Sádaba B, García E, Escolar M, Caballero E. Interacciones medicamentosas. Madrid: Jarpyo Editores; 1999.

**I**

- Institut Català de la Salut. La recepta del Servei Català de la Salut. *Butlletí d'Informació Terapèutica* 1990; 4: 45-51.
- Iturrioz P, Hernando J, Tapiz V. Características y adecuación de la demanda de atención urgente en un centro de salud [carta]. *Aten Primaria* 1992; 9: 57.

**J**

- Jerrard D, Clyne B, Broder J. Medication utilization by emergency physicians: dangerous interactions. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 523.
- Jolly BT, Scott JL, Sanford SM. Simplification of emergency department discharge instructions improves patient comprehension. *Ann Emerg Med* 1995; 26: 443-446.
- Jones PK, Jones SL, Katz J. A randomized trial to improve compliance in urinary tract infection patients in the emergency department. *Ann Emerg Med* 1990; 19: 16-20.

- Jones SL, Jones PK, Katz J. Health belief model intervention to increase compliance with emergency department patients. *Med Care* 1988; 26: 1172-1184.
- Joyce CRB, Caple G, Mason M, Rynolds E, Mathews JA. Quantitative study of doctor-patient communication. *Q J Med* 1969; (150): 183-194.
- Juncosa S, Ledesma A, Carvajal JA. Calidad del tratamiento antibiótico en la atención primaria de la comarca de Osona (Barcelona). *Med Clin (Barc)* 1994; 103: 252-257.
- Juurlink DN, Mamdani M, Kopp A, Laupacis A, Redelmeier DA. Drug-drug interactions among elderly patients hospitalized for drug toxicity. *JAMA* 2003; 289: 1652-1658.

## K

- Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 712-718.
- Kimbel K. The risk of biased patient information on prescription drugs [editorial]. *Int J Risk Safety Med* 1995; 7: v-vi.
- Kozak GS, Yura H. A comparison of teaching methods for ED discharge instruction after head injury. *J Emerg Nurs* 1989; 15: 18-22.
- Kozer E, Scolnik D, Macpherson A, Keays T, Shi K, Luk T, et al. Variables associated with medication errors in pediatric emergency medicine. *Pediatrics* 2002; 110: 737-742.
- Krishel S, Baraff LJ. Effect of emergency department information on patient satisfaction. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 568-572.

## L

- Laguna P, Moya MS, García F, Salgado R, Calabrese S. Utilización de antibióticos en un servicio de urgencias hospitalario. Calidad de la prescripción. *Rev Clín Esp* 1996; 196: 431-436.
- Lassen LC. Connections between the quality of consultations and patient compliance in general practice. *Fam Pract* 1991; 8: 154-160.
- León M, Anguera E, Moya E, Agustí E. Estudio cualitativo de la demanda de asistencia domiciliar de un Servicio Especial de Urgencias. *Aten Primaria* 1989; 6: 98-102.
- Ley P, Spelman MS. Communications in an out-patient setting. *Brit J Soc Clin Psychol* 1965; 4: 114-116.
- Llorente S, Alonso M, Buznego B. Papel de la atención primaria en la frecuentación al servicio de urgencias de un hospital comarcal. *Aten Primaria* 1996; 18: 243-247.
- Logan DP, Schwab RA, Salomone III JA, Watson WA. Patient understanding of emergency department discharge instructions. *South Med J* 1996; 89: 770-774.
- López J, Lázaro GA, Redondo S, Soto M, López F, Rodríguez FJ. ¿Comprenden los pacientes el tratamiento antibiótico prescrito? *Aten Primaria* 2001; 28: 386-390.
- López Madurga ET, Mozota J, González I, Sánchez Y, Enríquez N, Moliner J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos. *Emergencias* 1999; 11: 184-190.
- Lucena MI, Rico JC, Tarilonte MA, Andrade RJ, González-Correa JA, Sánchez de la Cuesta F. Conocimientos y actitudes de pacientes

ambulatorios frente a algunos aspectos del tratamiento farmacológico. *Rev Clín Esp* 1990; 186: 447-449.

## M

- Macfarlane J, Holmes WF, Macfarlane R. Issues at the interface between primary and secondary care in the management of common respiratory disease butlet 6: Do hospital physicians have a role in reducing antibiotic prescribing in the community? *Thorax* 2000; 55: 153-158.
- Madrideojos R, Catalán A, Font M, Huguet M. Programa audiovisual de información sobre medicamentos dirigido a los usuarios de áreas básicas de salud. *Farm Clin* 1991; 8: 594-600.
- Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Carnevali D, Medina P, Pastor C, Sánchez MD, Satué JA; 1994.
- Martín Zurro A, Ledesma A, Sans A. El modelo de atención primaria de salud: balance y perspectivas. *Aten Primaria* 2000; 25: 48-58.
- Martínez C, Medina S, Gilbert J. Interacciones de los psicofármacos. *Medicine* 2000; 8: 28-37.
- Martindale. The Complete Drug Reference. 32a ed. Massachusetts: Porfitt K; 1999.
- Mateos R, Camacho M. Incumplimiento de la prescripción médica en atención primaria, en el medio rural. *Aten Primaria* 1997; 19: 91-98.
- McGlade KJ, Bradley T, Murphy GJJ, Lundy GPP. Referrals to hospital by general practioners: a study of compliance and communication. *BMJ* 1988; 297: 1246-1248.
- Melguizo M, Pradós MA, Quesada F, Castillo R, Bailón E: Grupo de Trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria (SAMFYC).

- Ordenación de las urgencias en atención primaria. *Aten Primaria* 1992; 9: 269-275.
- Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J, et al. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' request on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ* 2002; 324: 278-279.
  - Monrás P. Alternatives dins la gestió sanitària: de la gestió d'estructures a la gestió integrada de processos assistencials. *Fulls Econòmics* 1994; 22: 17-20.
  - Montoro JB, Salgado A, Garau M, Bernal C, Riera N, Suñé MP. Interacciones fármacos-alimentos. Barcelona: Rubes Editorial, SL; 1999.
  - Morales JM. Reorientación de los servicios de urgencias hacia el paciente [editorial]. *Emergencias* 2001; 13: 1-3.
  - Morris LA. A survey of patients' receipt of prescription drug information. *Med Care* 1982; 20: 596-605.
  - Morris LA, Grossman R, Barkdoll GL, Gordon E, Soviero C. A survey of patient sources of prescription drug information. *Am J Public Health* 1984; 74: 1161- 1162.
  - Morris LA, Halperin JA. Effects of written drug information on patient knowledge and compliance: a literature review. *Am J Public Health* 1979; 69: 47-52.
  - Morris LA, Tabak ER, Gondek K. Counseling patients about prescribed medication. *Med Care* 1997; 35: 996-1007.
  - Myers MG. Patient information for prescription drugs - Consequences of misinformation. *Can J Clin Pharmacol* 1996; 3: 10-11.



**N**

- Naveiro JC, Díez M, García L, González F. Exploración de algunos factores que influyen en la frecuentación a urgencias del hospital y su ingreso. *Aten Primaria* 1993; 12: 612-614.
- Nightingale SL. Written patient information on prescription drugs. *Int J Technol Assess Health Care* 1995; 11: 399-409.

**O**

- O'Brien MK, Petrie K, Raeburn J. Adherence to medication regimens: updating a complex medical issue. *Med Care Rev* 1992; 49: 435-454.
- O'Connell MB, Johnson JF. Evaluation of medication knowledge in elderly patients. *Ann Pharmacother* 1992; 26: 919-921.
- Ochoa C, Anglada L, Eiros JM, Solís G, Vallano A, Guerra L, et al. Appropriateness of antibiotic prescriptions in community-acquired acute pediatric respiratory infections in spanish emergency rooms. *Pediatr Infect Dis J* 2001; 20: 751-758.
- O'Dogherty P, Morell E, Molero D, Martínez C, Martín C, López S. Relación de la adhesión al tratamiento médico farmacológico con factores sociales, funcionales y con el estado cognitivo en población demandante de edad avanzada. *Aten Primaria* 1997; 20: 324-328.
- Oliver A, Chapi I. Estudio de la asistencia prestada en un servicio de urgencias extrahospitalario. *Centro de Salud* 1996; 4: 232-236.
- Ordre, de 21 d'agost de 1986, de regulació del procediment per a la integració dels serveis d'urgència de la Seguretat Social en els equips d'atenció primària. (DOGC 733, de 29 d'agost de 1986.)

- Ordre, de 6 de maig de 1990, d'aprovació del Reglament marc de funcionament dels equips d'atenció primària. (*DOGC* 1309, de 25 de juny de 1990.)
- Oterino D, Peiró S, Calvo R, Sutil P, Fernández O, Pérez G, et al. Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gac Sanit* 1999; 13: 361-370.

## P

- Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *BMJ* 1988; 297: 28-29.
- Pérez ML, Moratalla G, Lubián M. Estudio de la prescripción inducida en un centro de salud. *Aten Primaria* 1994; 14: 769-774.
- Plans A, Caylà JA, Vidal A, Plana J, Riera L, Martínez I. Análisis de las prestaciones realizadas en un servicio de urgencias de asistencia primaria. *Gac Sanit (Barc)* 1986; V: 105-109.
- Porta I, Tamborero G, Nebot M, Santana B, Sans L, Alonso J, et al. Estudio de la adecuación de la demanda en dos servicios de urgencias extrahospitalarios. *Aten Primaria* 1986; 3: 205-210.
- Powers RD. Emergency department patient literacy and the readability of patient-directed materials. *Ann Emerg Med* 1988; 17: 124-126.
- Programa EPIDAT. Análisis epidemiológico de datos tabulados, versión 2.1. Abril 1998. Distribuït per l'Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

**Q**

- Quaid KA, Faden RR, Vining EP, Freeman JM. Informed consent for a prescription drug: impact of disclosed information on patient understanding and medical outcomes. *Patient Educ Couns* 1990; 15: 249-259.
- Quinn DI, Day RO. Drug interactions of clinical importance. An updated guide. *Drug Saf* 1995; 12: 393-452.

**R**

- Recio JM, Cortejoso FJ, Velasco A. Análisis de la calidad de prescripción de medicamentos en las consultas externas de un medio hospitalario. *Farm Clin* 1996; 13: 14-24.
- Riera M, Martín J, Fernández F, Aguilar MC, Domínguez J, Aguilar J. Educación para la salud (EPS). Una experiencia de intervención en el ámbito comunitario destinado a mayores. *Centro de Salud* 1996; 4: 665-668.
- Rigueira AI. Cumplimiento terapéutico: ¿qué conocemos de España? *Aten Primaria* 2001; 27: 559-568.
- Rogers PG, Bullman R. Prescription medicine compliance: a review of the baseline of knowledge - A report of the national council on patient information and education. *J Pharmacoepidemiol* 1995; 3: 3-36.
- Roter DL, Hall JA, Merisca R, Nordstrom B, Cretin D, Svarstad B. Effectiveness of interventions to improve patient compliance. A meta-analysis. *Med Care* 1998; 36: 1138-1161.

**S**

- Sáenz-Campos D. Cumplimiento terapéutico en los pacientes geriátricos. *Farmacoterapia* 1992; IX: 178-183.

- Sarale S, Bartolini M, Izquierdo E, Filinger E. Información a la madre del paciente pediátrico. *Rev O.F.I.L* 1993; 3: 316-320.
- Schiff GD, Rucker TD. Computerized prescribing. Building the electronic infrastructure for better medication usage. *JAMA* 1998; 279: 1024-1029.
- Selbst SM, Fein JA, Osterhoudt K, Ho W. Medication errors in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1999; 15: 1-4.
- Serra J, Vallano P. Información en urgencias. *Emergencias* 1990; 2: 128-130.
- Seymour RM, Routledge A. Important drug - drug interactions in the elderly. *Drugs Aging* 1998; 12: 485-494.
- Shaughnessy AF. Patients' understanding of selected pharmacy terms. *Am Pharm* 1988; NS28: 38-42.
- Siegel D, Sande MA. Patterns of antibiotic use in a busy metropolitan emergency room: Analysis of efficacy and cost-appropriateness. *West J Med* 1983; 138: 737-741.
- Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ* 1991; 303: 1385-1387.
- Smith DL. Its time has come. *Am Pharm* 1981; NS21: 14-19.
- Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Recomanacions sobre l'ús d'antimicrobians en l'atenció primària. 3a ed. Barcelona: Edide; 1999.
- Spandorfer JM, Karras DJ, Hughes LA, Caputo C. Comprehension of discharge instructions by patients in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1995; 25: 71-74.

- Stein AT, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues LC. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract* 2002; 19: 207-210.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995; 152: 1423-1433.
- Stitt RP, Trinca CE. Effect of audio-visual and written instruction on drug knowledge, understanding and compliance. *Pharmacy Management* 1979; 151: 134-142.

## V

- Van der Kam WJ, Meyboom de Jong B, Tromp ThFJ, Moorman PW, van der Lei J. Effects of electronic communication between the GP and the pharmacist. The quality of medication data on admission and after discharge. *Fam Pract* 2001; 18: 605-609.
- Vergeles-Blanca JM, Arroyo J, Hormeño R, Elías F, Cordero JA, Buitrago F. Calidad y características de la prescripción de antibióticos en un servicio hospitalario de urgencias. *Rev Esp Salud Publica* 1998; 72: 111-118.
- Vukmir RB, Kremen R, Ellis GL, DeHart DA, Plewa MC, Menegazzi J. Compliance with emergency department referral: the effect of computerized discharge instructions. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 819-823.

## W

- Waggoner DM, Jackson EB, Kern DE. Physician influence on patient compliance: a clinical trial. *Ann Emerg Med* 1981; 10: 348-352.
- Wei HG, Camargo CA. Patient education in the emergency department. *Acad Emerg Med* 2000; 7: 710-717.

- Weiss BD, Coyne C. Communicating with patients who cannot read. *N Engl J Med* 1997; 337: 272-274.
- Westerman RF, Hull FM, Bezemer PD, Gort G. A study of communication between general practitioners and specialists. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 445-449.
- Wingert WA, Chan LS, Stewart K, Lawrence L, Portnoy B. A study of the quality of prescriptions issued in a busy pediatric emergency room. *Public Health Rep* 1975; 90: 402-408.

## ANNEXOS

### Annex I

## FULL DE RECOLLIDA DE DADES DELS TRACTAMENTS A URGÈNCIES

### Dades d'identificació enquesta

**Centre d'urgències:**

1. Sab. 2. Taulí 3. Cerd-Rip. 4. Cast. 5. Sta. Per. 6. Badia

**Data:****Horari:** 1. Matí 2. Tarda**Núm. identificació enquesta:**

### Dades d'identificació pacient

**Data naixement:****Sexe:** 1. Home 2. Dona**Contesta:** 1. Pacient 2. Familiar/tutor**NHC:**

### Dades clíniques

**- Orientació diagnòstica** (codificació segons ICD9)**- Altres patologies de base** (codificació segons ICD9)

- 1.
- 2.
- 3.

### Dades farmacològiques

**Medicació prescrita a urgències** (classificació anatomicoterapèutica segons Catàleg d'Especialitats Farmacèutiques. CGCOF). **Especialitats farmacèutiques/posologia:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

**- Té al·lèrgia a alguna medicació?** 1. NO 2. Sí

Quina? \_\_\_\_\_

**- Li ha preguntat el metge si té al·lèrgia a fàrmacs o vosté li ha informat que és al·lèrgic, en cas de ser-ho?** 1. NO 2. Sí**- Pren alguna medicació a casa seva?**

1. NO
2. Habitual (tct. crònic)
3. Ocasional

En cas de resposta 2 o 3, quina? (classificació anatomicoterapèutica segons Catàleg d'Especialitats Farmacèutiques. CGCOF). Especialitats farmacèutiques:

1. No recorda

2. Ho recorda. Escriure quines: \_\_\_\_\_

- **Li ha preguntat el metge què prenia a casa?** 1. NO 2. Sí

En cas de prendre medicaments a casa i resposta 1, ha dit vostè al metge que prenia medicació?

1. NO 2. Sí

Si ha contestat Sí en un dels dos casos, li ha dit el metge que deixi de prendre'n?

1. NO 2. Sí 3. N/S

### Avaluació del coneixement del pacient sobre el tractament prescrit a urgències

	FARM 1	FARM 2	FARM 3	FARM 4	FARM 5	FARM 6
<b>Quants cops al dia ha de prendre el medicament?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure posologia						
<b>Quants comp, cull, gts, inh... ha de prendre cada cop?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure quants						
<b>Com ho ha de prendre?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure com (amb menjar, líquids...)						
<b>Quant temps l'ha de prendre?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure la durada del tractament						

- **Què li ha semblat el tracte rebut a urgències?**

1. No contesta

2. Excel·lent

3. Bo


4. Regular

5. Malament



## Annex II


## DISSENY DEL PÒSTER I EL FULL INFORMATIU



**Atenció. No marxis  
d'aquí sense:**

- Avisar el metge si tens alguna al·lèrgia
- Informar-lo si estàs seguint algun tractament mèdic
- Assegurar-te que entens bé el tractament

En una recepta, el teu paper és **vital.**



Institut Català  
de la Salut

**Annex III****FULL DE RECOLLIDA DE DADES DELS TRACTAMENTS A URGÈNCIES****Dades d'identificació enquesta****Centre d'urgències:**

1. Sab. 2. Taulí 3. Cerd-Rip. 4. Cast. 5. Sta. Per. 6. Badia

**Data:****Horari:** 1. Matí 2. Tarda**Núm. identificació enquesta:****Dades d'identificació pacient****Data naixement:****Sexe:** 1. Home 2. Dona**Contesta:** 1. Pacient 2. Familiar/tutor**NHC:****Dades farmacològiques****Medicació prescrita a urgències** (classificació anatomicoterapèutica segons Catàleg d'Especialitats Farmacèutiques. CGCOF). **Especialitats farmacèutiques/posologia:**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

- **Té al·lèrgia a alguna medicació?** 1. NO 2. SÍ

Quina? \_\_\_\_\_

- **Li ha preguntat el metge si té al·lèrgia a fàrmacs o vostè li ha informat que és al·lèrgic, en cas de ser-ho?** 1. NO 2. SÍ- **Pren alguna medicació a casa seva?**

1. NO 2. Habitual (tct. crònic) 3. Ocasional

En cas de resposta 2 o 3, quina? (classificació anatomicoterapèutica segons Catàleg d'Especialitats Farmacèutiques. CGCOF). Especialitats farmacèutiques:

3. No recorda

4. Ho recorda. Escriure quines: \_\_\_\_\_

- **Li ha preguntat el metge què prenia a casa?** 1. NO 2. SÍ

En cas de prendre medicaments a casa i resposta 1, ha dit vostè al metge que prenia medicació?

1. NO 2. SÍ

Si ha contestat SÍ en un dels dos casos, li ha dit el metge que deixi de prendre'n?

1. NO            2. SÍ            3. N/S

### Avaluació del coneixement del pacient sobre el tractament prescrit a urgències

	FARM 1	FARM 2	FARM 3	FARM 4	FARM 5	FARM 6
<b>Quants cops al dia ha de prendre el medicament?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure posologia						
<b>Quants comp, cull, gts, inh... ha de prendre cada cop?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure quants						
<b>Com ho ha de prendre?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure com (amb menjar, líquids...)						
<b>Quant temps l'ha de prendre?</b>						
1. Hi ha informació escrita						
2. No ho sap						
3. Ho sap. Escriure la durada del tractament						

### - Què li ha semblat el tracte rebut a urgències?

1. No contesta            2. Excel·lent            3. Bo            4. Regular            5. Malament

### - Ha llegit el cartell o el full?

1. NO    2. SÍ (C o F)

### - En cas de resposta SÍ, l'ha entès?

1. NO    2. SÍ    3. Només alguna cosa

### - En cas de resposta NO, per què?

## **ABREVIATURES**

**ABS:** àrea bàsica de salut

**AE:** atenció especialitzada

**AINE:** antiinflamatori no esteroïdal

**AP:** atenció primària

**ATB:** antibiòtic

**BOE:** Boletín Oficial del Estado

**CGCOF:** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

**CSPT:** Corporació Sanitària Parc Taulí

**DOGC:** Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

**EAP:** equip d'atenció primària

**EFG:** especialitat farmacèutica genèrica

**FDA:** Food and Drug Administration

**ICS:** Institut Català de la Salut

**OMS:** Organització Mundial de la Salut

**PRM:** problema relacionat amb els medicaments

**SAP:** servei d'atenció primària

**SEU:** servei especial d'urgències

**SOU:** servei ordinari d'urgències

**SUH:** servei d'urgències hospitalari

**SUM:** servei d'urgències mèdiques

**VINE:** valor intrínsec no elevat