



UNIVERSITAT_{DE}
BARCELONA

**Creació d'un instrument de verificació i guiatge
per millorar la qualitat informativa
en la comunicació farmacoterapèutica**

Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons

Laia Robert i Sabaté



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution 4.0. Spain License.**

UNIVERSITAT DE BARCELONA
FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

**CREACIÓ D'UN INSTRUMENT DE VERIFICACIÓ I GUIATGE PER
MILLORAR LA QUALITAT INFORMATIVA EN LA COMUNICACIÓ
FARMACOTERAPÈUTICA**

Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons

Laia Robert i Sabaté
2020

Director : Dr. Manel Palencia-Lefler Ors
Co-director : Dr. Juan Carlos Juárez Giménez

UNIVERSITAT DE BARCELONA

FACULTAT DE FARMÀCIA I CIÈNCIES DE L'ALIMENTACIÓ

Recerca, Desenvolupament i Control de Medicaments

**CREACIÓ D'UN INSTRUMENT DE VERIFICACIÓ I GUIATGE PER
MILLORAR LA QUALITAT INFORMATIVA EN LA COMUNICACIÓ
FARMACOTERAPÈUTICA ESCRITA**

Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons


Memòria presentada per Laia Robert i Sabaté per optar al títol de
Doctor per la Universitat de Barcelona



Manel Palencia-Lefler Ors
Director de la tesi



Juan Carlos Juárez Giménez
Co-Director de la tesi



Laia Robert i Sabaté
Doctorant



Marian March Pujol
Tutora

Laia Robert i Sabaté

2020

Not having the information you need when you need it leaves you wanting.

Not knowing where to look for that information leaves you powerless.

In a society where information is king, none of us can afford that.

Lois Horowitz, autor of “Knowing Where to Look: The Ultimate Guide to Research”

No disposar de la informació quan la necessites et fa quedar amb les ganes.

No saber on buscar la informació et deixa impotent.

En una societat on la informació és la reina, ningú es pot permetre això.

Lois Horowitz, autora del llibre “Knowing Where to Look: The Ultimate Guide to Research”

ÍNDEX

Agraïments.....	V
Aportacions.....	VII
Resum.....	VIII
Abstract.....	X
Abreviatures.....	XII
Índex de Figures.....	XV
Índex de Taules.....	XVII
INTRODUCCIÓ.....	3
1. L'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT.....	13
1.1. NIVELLS D'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT DE LA POBLACIÓ.....	15
1.2. CONSEQÜÈNCIES D'UNS NIVELLS BAIXOS D'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT DE LA POBLACIÓ.....	16
1.3. EINES PER AVALUAR L'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT.....	18
1.4. L'ALFABETITZACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA.....	21
2. LA INFORMACIÓ ESCRITA SOBRE MEDICAMENTS DIRIGIDA A LA CIUTADANIA.....	25
2.1. FONTS D'INFORMACIÓ DE MEDICAMENTS OFICIALS.....	25
2.2. FONTS D'INFORMACIÓ DE MEDICAMENTS EXTRA-OFICIALS.....	32
3. AVALUACIÓ DE LA LLEGIBILITAT D'UN TEXT.....	41
3.1. LLEGIBILITAT I COMPRESIBILITAT.....	41
3.2. FÓRMULES PER ANALITZAR LA LLEGIBILITAT D'UN TEXT EN ANGLÈS.....	42
3.3. FÓRMULES PER ANALITZAR LA LLEGIBILITAT D'UN TEXT EN ESPANYOL I EN CATALÀ.....	44
4. AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE LA INFORMACIÓ SOBRE SALUT.....	49
4.1. AVALUACIÓ DE LA QUALITAT A TRAVÉS DE LES GUIES DE BONA PRÀCTICA.....	49
4.2. INSTRUMENTS VALIDATS PER AVALUAR MATERIAL ESCRIT.....	51
4.2.1. <i>Suitability Assessment of Materials (SAM)</i>	51
4.2.2. <i>Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT)</i>	52
4.2.3. <i>Ensuring Quality Information for Patients (EQIP)</i>	52
4.2.4. <i>DISCERN</i>	54
4.2.5. <i>Altres eines més minoritàries</i>	54
4.2.6. <i>Mètodes específics per avaluar els prospectes dels medicaments</i>	55
4.3. ACREDITACIONS EXTERNES, CODIS DE CONDUCTA I SEGELLS DE QUALITAT A INTERNET.....	56

5. HIPÒTESIS I OBJECTIUS.....	63
5.1. HIPÒTESIS.....	63
5.2. OBJECTIU GENERAL.....	63
5.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS.....	63
6. METODOLOGIA I DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA.....	67
6.1. LLEGIBILITAT I QUALITAT DE LA INFORMACIÓ DE MEDICAMENTS DIRIGIDA A LA CIUTADANIA D'UNA WEB INSTITUCIONAL.....	67
6.1.1. Contextualització.....	67
6.1.2. Selecció del material.....	68
6.1.3. Procediment de treball.....	73
6.2. LLEGIBILITAT I QUALITAT DE LA INFORMACIÓ ESCRITA SOBRE ELS MEDICAMENTS I NECESSITATS D'INFORMACIÓ REALS DE LA CIUTADANIA. CAS PRÀCTIC AMB ELS INHIBIDORS DE LA BOMBA DE PROTONS.....	75
6.2.1. Contextualització.....	75
6.2.2. Inhibidors de la bomba de protons.....	79
6.2.2.1. Característiques farmacològiques i indicacions.....	79
6.2.2.2. Perfil de seguretat.....	80
6.2.2.3 Consum i prescripció inadequada.....	83
6.2.2.4. Deprescripció.....	85
6.2.2.5. Selecció com a cas pràctic.....	86
6.2.3. Anàlisi de la qualitat i la llegibilitat.....	87
6.2.3.1. Selecció i classificació del material.....	87
6.2.3.2. Procediment de treball.....	96
6.2.3.3. Estadística.....	96
6.2.4. Necessitats d'informació dels pacients.....	97
6.2.4.1. Disseny, àmbit d'actuació, període d'estudi, població, recollida de dades, consideracions ètiques i material utilitzat.....	97
6.2.4.2. Consideracions i observacions.....	99
7. RESULTATS.....	105
7.1. LLEGIBILITAT I QUALITAT DE LA INFORMACIÓ DE MEDICAMENTS DIRIGIDA A LA CIUTADANIA D'UNA WEB INSTITUCIONAL.....	105
7.1.1. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat.....	105
7.1.2. Resultats globals de l'anàlisi de la qualitat.....	107
7.1.3. Resultats de l'anàlisi de la concordança.....	108
7.1.4. Resultats de l'anàlisi de la fiabilitat i correlació.....	112
7.2. LLEGIBILITAT I QUALITAT DE LA INFORMACIÓ ESCRITA SOBRE ELS MEDICAMENTS I NECESSITATS REALS DE LA CIUTADANIA. CAS PRÀCTIC AMB ELS FÀRMACS INHIBIDORS DE LA BOMBA DE PROTONS.....	115
7.2.1 Resultats de l'anàlisi descriptiva de la llegibilitat.....	115
7.2.2. Resultats de l'anàlisi bivariada de la llegibilitat.....	117

7.2.3. Resultats de l'anàlisi descriptiu de la qualitat.....	123
7.2.4. Resultats de l'anàlisi de la fiabilitat i correlació de les escales.....	129
7.2.5. Resultats de l'anàlisi bivariada de la qualitat.....	131
7.2.6. Resultats de les necessitats d'informació dels pacients.....	145
8. DISCUSSIÓ GLOBAL.....	159
9. NOU INSTRUMENT: els 10 ítems claus en la informació farmacoterapèutica.....	173
10. CONCLUSIÓ.....	185
BIBLIOGRAFIA.....	193
ANNEX 1: ESCALES UTILITZADES (EQIP, DISCERN, HON).....	223
ANNEX 2: FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT.....	269
ANNEX 3: Consentiment informat.....	272
ANNEX 4: Guió entrevista.....	273
ANNEX 5: Aprovacions dels Comitès Ètics d'Investigació.....	278

Agraïments

El meu garbuix d'idees inicial de fa uns anys sobre la qualitat de les notícies que parlen de medicaments ha evolucionat i s'ha concretat quedant reflectit, finalment, en aquest treball de tesi doctoral. Aquest és el fruit de tota la feina feta en aquests darrers anys on he compaginat el treball de camp amb la meua activitat professional com a farmacèutica del Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (CedimCat).

Estic enormement agraïda als meus directors, el Dr. Juan Carlos Juárez per introduir-me a la informació de medicaments pràcticament quan vaig acabar la carrera fa més d'una dècada; i en especial al Dr. Manel Palencia-Lefler qui amb les seves tutories mensuals, la seva perseverança, paciència i exigència m'ha ajudat a passar de l'abstracte al concret i sobretot a introduir-me al món de la comunicació, permetent-me barrejar la farmacoteràpia i la comunicació. *Manel trobaré a faltar les trobades al teu despatx sempre precedides per uns minuts de política de país.*

Vull agrair l'ajuda incondicional de la Carme Solera, l'Àngels Pellicer, l'Amelia Troncoso, l'Ester Amado, la Noemí Guillen i la Marta Lestón, farmacèutiques d'atenció primària, per facilitar-me l'accés al "seus" CAP i en definitiva a tots els professionals sanitaris dels centres on he estat en aquest darrer any. També des d'aquí voldria donar les gràcies a la metgessa Natalia Lopez i al Josep Payà, el documentalista de la biblioteca de l'UPF, pel seu incansable suport.

Una de les coses que per a mi ha estat més gratificant d'aquest treball és tornar a estar en contacte directe amb els pacients, amb els ciutadans, en definitiva amb la gent. Feia temps que no estava a primera línia i ja no recordava tot el que t'aporta en l'àmbit personal. Gràcies a tots els entrevistats, pel seu temps i per les seves enriquidores converses, i en especial al senyor nonagenari que tímidament em va regalar un clauer de fusta de boix fet per ell mateix. Un bonic record que perdurarà en el temps.

Per altra banda, aquest treball no hauria estat possible sense la flexibilitat que m'ha ofert el fet de treballar al CedimCat. Per tant, una part del meu agraïment

també va dirigit al seu director, al Josep Monterde, i a la seva primera coordinadora, la Cristina Roure. En definitiva, gràcies per l'aprenentatge professional que m'heu transmès. Però sense cap mena de dubte, si he arribat fins aquí, és gràcies a la incansable motivació i suport de la Laura Diego, l'actual coordinadora del CedimCat. Sense la seva empenta i insistència constant no ho hauria pas fet. *Gràcies, Laura pel teu optimisme, el teu perfeccionisme, la passió a la feina que fas, per ensenyar-me, formar-me i alhora ajudar-me en els moments difícils. És un plaer haver treballat plegades, és un plaer ser amigues.*

En l'última etapa del treball m'ha sigut de gran ajuda compartir taula per dinar i converses amb la Blanca i la Mar de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears. I des d'aquí també vull fer arribar la meva màxima gratitud a l'Arnau, qui amb la seva paciència i amb la seva frase màgica "*sortirà, ja ho veuràs*" m'ha animat incondicionalment davant cada obstacle que m'ha sorgit en tot aquest llarg procés.

La llista d'agraïments d'aquest treball és llarga però no s'haguera dut a terme sense l'educació en el treball i l'esforç transmès pels meus pares, en Josep i la Maria Rosa que, amb una bona combinació d'optimisme i positivisme per part d'ell, i d'afectuositat i autoexigència per part d'ella, m'han ajudat a tirar endavant. *Gràcies Papes per tot i per tant.* I les meves últimes línies d'agraïment o de disculpa, depèn de l'objectiu amb el qual es miri, van dirigides a la resta de la família Robert-Sabaté, als meus germans, Esteve i Pitús, i a la Blanca, la Rut, l'Ignasi, el Pol, el Miquel, el Gil, la Mariona i la Jua, a qui espero retornar el temps d'oci "robat" amb més estones boniques de companyonia a la Pobla.

Els últims canvis i retocs d'aquesta tesi doctoral s'han realitzat durant el confinament per la pandèmia de la COVID-19. Desitjo que ben aviat pugui dipositar aquesta tesi perquè serà un sinònim d'un retorn a una "relativa normalitat".

Aportacions

- Robert Sabaté, L. i Diego, L. 2020. Are we offering patients the right medicines information? A retrospective evaluation of readability and quality in online patient drug information. *European Journal of Hospital Pharmacy*. Publicat Online First: 17 Febrer 2020. doi: 10.1136/ejhpharm-2019-002099
- Robert Sabaté, L., Palencia-Lefler, M. i Juárez, J.C. 2020. Calidad de la información farmacoterapéutica dirigida a pacientes. *Caso práctico con los inhibidores de la bomba de protones. El Farmacéutico-Hospitales*, 2020; 218. (en premsa)

Resum

La comunicació en salut i la millora de l'alfabetització per a la salut són aspectes clau en les polítiques sanitàries. L'èxit d'un tractament farmacològic no només depèn de l'eficàcia del medicament sinó també del coneixement que el pacient té sobre aquest medicament i del seu grau d'alfabetització en salut.

Les fonts d'informació sobre medicaments que tenen els pacients avui en dia a mà són múltiples i variades però no totes elles són de qualitat i fiables. Actualment els actors implicats en la comunicació i disseminació d'informació sobre medicaments, ja siguin organitzacions sanitàries, professionals de la salut, periodistes, experts en comunicació o qualsevol persona a títol individual, són múltiples, però tots ells comparteixen la responsabilitat de garantir i proporcionar una bona informació sobre els medicaments.

L'objectiu d'aquest treball és crear una metodologia que permeti avaluar i millorar la qualitat informativa dels temes relacionats amb els medicaments i la farmacoteràpia que contribueixi a millorar el grau d'alfabetització en salut de la societat i que pugui ser utilitzada pels diferents agents implicats en la comunicació farmacoterapèutica

Per fer-ho, s'ha fet primerament un estudi sobre la llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d'una web institucional. I posteriorment s'ha realitzat un segon estudi sobre la llegibilitat i la qualitat de la informació escrita sobre els medicaments i necessitats reals de la ciutadania, a partir d'un pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons. En aquest segon estudi s'ha fet una aproximació de tota aquella informació escrita que pot rebre un pacient sobre els IBP, ja sigui el prospecte, les fonts oficials o de referència, les notícies de premsa o la informació provinent de la cerca a internet. També s'ha volgut conèixer les necessitats d'informació sobre els medicaments a través d'entrevistes personals a pacients que prenen algun dels principis actius dels IBP.

S'ha observat que, malgrat que els resultats en llegibilitat són positius, el marge de millora en termes de qualitat dels documents no considerats de referència –com ara la informació d'internet o les notícies de premsa– és ampli. Per altra banda, la informació que més interessa als pacients que prenen tractaments crònics, com el cas dels que prenen IBP, són els aspectes de seguretat i eficàcia.

A més a més, aquests pacients consideren que els prospectes contenen massa informació, són pesats de llegir i massa llargs.

A partir dels dos estudis sobre la llegibilitat i la qualitat de la informació escrita sobre medicaments on s'hi inclouen les entrevistes *ad hoc* i una sòlida revisió bibliogràfica, es proposa un nou instrument que permet verificar la qualitat de la informació escrita sobre medicaments i alhora ser una guia per l'elaboració d'aquesta informació. Aquest instrument inclou deu ítems clau: "beneficis", "riscos", "alternatives terapèutiques", "efectes sobre la qualitat de vida", "evidència científica", "bibliografia i fonts complementàries", "informació de suport", "autoria", "data de publicació" i "llenguatge planer". D'aquesta manera, els agents implicats en la comunicació farmacoterapèutica tindran una nova eina per controlar i millorar la qualitat de la seva informació escrita.

Abstract

Health communication and improving health literacy are key issues in healthcare policies. Treatment benefits and success depend not only on the efficacy of the drug, but also on the patient's knowledge about medicines and his or her level of health literacy.

Nowadays, sources of medicines information available to patients are many and varied, but not all of them are of high quality and reliable. Currently, many actors can communicate and disseminate information about medicines, for example healthcare professionals, journalists, healthcare organizations, communication experts or anyone on an individual basis. All of them share the responsibility to guarantee and provide accurate medicines information.

The aim of this work is to create a methodology to evaluate and improve the informative quality of subjects related to medicines and pharmacotherapy. This methodology will help to improve the degree of health literacy from the society and it is intended to be used by different agents involved in pharmacotherapeutic communication.

To accomplish this, quality and readability of written information about medicines published on an institutional website has been analyzed. A second study of the quality and readability of all the written information that a patient may receive about a group of drugs of widespread use such as PPI (leaflet, official or sources of reference, news and internet information) has been carried out. In this second study, patients taken PPI have also been interviewed in order to know their information's needs about drugs.

Although results in readability are positive, the margin for improvement in quality of the documents not classified as reference one's (internet information, news .) is wide. What matters most to patients is drug safety and drug effectiveness and they think that medicine's' leaflets have too much information, are long and not easy to read.

From data of the two performed studies and from a solid literature review, it is proposed a new instrument that will allow to verify the quality of written information about medicines, and at the same time, to guide through the elaboration process. This instrument consists of 10 items: benefits, risks, therapeutic alternatives, effects on quality of life, scientific evidence, bibliography

and complementary sources, supporting information, authorship, publication date and plain language. With this instrument, agents involved in the pharmacotherapeutic communication will have a new tool to control and improve the quality of their written information.

Abreviatures

AEMPS: Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris

AHRQ: Agency for Healthcare Research and Quality

AINE: antiinflamatoris no esteroïdal

AMA: American Medical Association

antiH2: fàrmacs antagonistes al receptor de la histamina-2

BALD: Baker Able Leaflet Design

BMA: British Medical Association

CAP: Centre d'Atenció Primària

CatSalut: Servei català de la Salut

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CedimCat: Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya

CEI: Comitè Ètic d'Investigació

Cevime: Centre Basc d'Informació de Medicaments

CI: consentiment informat

CIM: centre d'informació de medicaments

CIRF: Consumer Information Rating Form

CST: Consorci Sanitari de Terrassa

CUAP: Centre d'Urgències d'Atenció Primària

DDD: dosis diàries definides

DHD: dosi per habitant i dia

EFG: especialitat farmacèutica genèrica

E-HEALS: Health Literacy Scale

EHII: European Health Information Initiative

ELF: Evaluative Linguistic Framework

EQIP: Ensuring Quality Information for Patients

ESO: Educació Secundària Obligatòria

ETR: Easy to Read Materials

FIP: full informatiu al pacient

HALS: Health Activities Literacy Scale

HON: Health On The Net

IBP: inhibidors de la bomba de protons

ICC: coeficient de correlació intra-classe

ICS: Institut Català de la Salut

IDIAPJGol: Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'atenció primària de salut Jordi Gol i Gurina

IPDAS: International Patient Decision Aids Standards

MART: Medical Achievement Reading Test

MIDAS: Medication Information Design Assessment Scale

M-POHL: Measuring Population and Organizational Health Literacy

NHS: National Health Service, servei de salut del Regne Unit.

NVS: Newest Vital Sign

PIA: Patient Information Awards

OMS: Organització Mundial de la Salut

OJD: Oficina de Justificación de la Difusión sobre el control del tiraje y difusión de distintos medios de comunicación de España

PAWS: Programa de Acreditación de Páginas Web Sanitarias

PEMAT: Patient Education Materials Assessment Tool

PHLAT-Spanish: Health Literacy Activities Test

RAIN: Readability Assessment Instrument

REALM: Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine

SAHLSA: Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults

SAM: Suitability Assessment of Materials

SILS: Single Item Literacy Screener

SMOG: Simplified Measure of Gobbledygook

TIC: tecnologies de la informació i la comunicació

TOFHLA: Test of Functional Health Literacy in Adults

UK: United Kingdom, Regne Unit.

URAC: Utilization Review Accreditation Comission

Índex de Figures

Figura 1. Diagrama de flux de la informació escrita sobre medicaments dirigida a la ciutadania	78
Figura 2. Gràfic de Bland-Altman de l'escala EQUIP	111
Figura 3. Gràfic de Bland-Altman de l'escala DISCERN	112
Figura 4. Gràfic de dispersió l'investigador 1.....	114
Figura 5. Gràfic de dispersió de l'investigador 2	114
Figura 6. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció de la font	118
Figura 7. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció del tipus de document	120
Figura 8. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció de l'idioma	122
Figura 9. Matriu Scatter Plot entre EQUIP, DISCERN i HON	130
Figura 10. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQUIP en funció del tipus de la font	132
Figura 11. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQUIP en funció del tipus de document	134
Figura 12. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQUIP en funció del tipus de l'idioma	135
Figura 13. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció de la font	137
Figura 14. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció del tipus de document.....	139
Figura 15. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció de l'idioma	140

Figura 16. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats dels criteris HON en funció de la font	142
Figura 17. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats dels criteris HON en funció del tipus de document.....	143
Figura 18. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats dels criteris HON en funció de l'idioma	144
Figura 19. 10 ítems clau en la informació farmacoterapèutica	175

Índex de Taules

Taula 1. Estudis on s'ha avaluat els efectes d'un alfabetització en salut limitat en l'ús de medicaments.....	22
Taula 2. Material inclòs en l'anàlisi de qualitat i llegibilitat.....	69
Taula 3. Relació del material inclòs en l'anàlisi de qualitat i llegibilitat.....	90
Taula 4. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat dels 61 documents en funció dels diferents segments de dificultat que proporciona l'eina INFLESZ	106
Taula 5. Resultats globals de l'anàlisi de llegibilitat	106
Taula 6. Resultats globals de l'escala EQIP	107
Taula 7. Resultats globals de l'escala DISCERN	107
Taula 8. Percentatge d'acord i valors Kappa de cada pregunta de l'escala DISCERN.....	109
Taula 9. Percentatge d'acord i valors Kappa de cada pregunta de l'escala EQIP.....	110
Taula 10. Coeficient de correlació intra-classe	111
Taula 11. Valors d'alfa de Cronbach de cada escala en funció dels resultats obtinguts de cada un dels investigadors	112
Taula 12. Coeficients de correlació	113
Taula 13. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat dels diferents documents en funció dels diferents segments de dificultat que proporciona l'eina INFLESZ.....	116
Taula 14. Resultats globals de l'anàlisi de llegibilitat.....	116
Taula 15. Resultats de l'índex INFLESZ en funció de la font	117
Taula 16. Resultats de l'índex INFLESZ en funció del tipus de document	119
Taula 17. Resultats de l'índex INFLESZ en funció de l'idioma	121
Taula 18. Resultats globals de l'escala EQIP	123
Taula 19. Freqüències absolutes i relatives dels resultats de l'escala EQIP	124
Taula 20. Resultats globals de l'escala DISCERN agrupats per cada pregunta o ítem	125

Taula 21. Freqüències absolutes i relatives dels resultats de cada pregunta de l'escala DISCERN	126
Taula 22. Resultats globals dels criteris HON	127
Taula 23. Freqüències absolutes i relatives dels resultats dels 8 criteris HON..	127
Taula 24. Alfa de Cronbach de cada escala utilitzada.....	129
Taula 25. Coeficients de correlació de Pearson entre EQIP, DISCERN i HON.	130
Taula 26. Resultats de l'escala EQIP agrupats en funció de la font	131
Taula 27. Resultats de l'escala EQIP en funció del tipus de document	133
Taula 28. Resultats de l'escala EQIP en funció de l'idioma utilitzat	134
Taula 29. Resultats de l'escala DISCERN agrupats en funció de la font	136
Taula 30. Resultats de l'escala DISCERN en funció del tipus de document	138
Taula 31. Resultats de l'escala DISCERN en funció de l'idioma utilitzat	139
Taula 32. Resultats dels criteris HON agrupats en funció de la font	141
Taula 33. Resultats dels criteris HON en funció del tipus de document	143
Taula 34. Resultats dels criteris HON en funció de l'idioma utilitzat	144
Taula 35. Edat dels pacients.....	145
Taula 36. Gènere.....	145
Taula 37. Lloc de residència.....	145
Taula 38. CAP.....	145
Taula 39. Nivell d'estudis.....	146
Taula 40. Ocupació actual.....	146
Taula 41. Prescripció d'IBP.....	147
Taula 42. Malaltia o indicació terapèutica de l'IBP.....	147
Taula 43. Informació sobre si coneixen i entenen la malaltia per la que prenen l'IBP.....	148
Taula 44. Temps aproximat que fa que pren l'IBP.....	148
Taula 45. Lectura del prospecte dels medicaments.....	149

Taula 46. Comprensió del prospecte.....	149
Taula 47. Quina informació es consulta al prospecte.....	150
Taula 48. Utilitat dels prospectes.....	150
Taula 49. Opinió dels prospectes.....	151
Taula 50. Millores dels prospectes.....	151
Taula 51. Preocupacions sobre el medicament/tractament.....	152
Taula 52. Dubtes o necessitats d'informació.....	153
Taula 53. Referent en cas de dubtes o necessitats d'informació sobre els medicaments.....	153
Taula 54. Cerca d'informació sobre medicaments a internet.....	154
Taula 55. Facilitat en trobar informació sobre medicaments a internet.....	155
Taula 56. Taula 56. Comprensió de la informació que es busca a internet sobre els medicaments.....	155
Taula 57. Fiabilitat de la informació que hi ha a internet sobre els medicaments i tractaments farmacològics?.....	156

INTRODUCCIÓ

INTRODUCCIÓ

La comunicació (del llatí *communicatio*, *-ōnis*) és l'acció conscient d'intercanviar i transmetre un missatge entre dos o més participants i així establir una relació i interacció social. La comunicació és el centre del que som com a éssers humans. És a dir, ens connectem, interactuem, intercanviem informació i idees a través de la comunicació, una acció intrínseca de l'humanitat com a éssers socials (Fundació Enciclopèdia Catalana, 2019; Real Academia Española, 2019; Rimal, 2009).

La comunicació s'ha caracteritzat des d'un punt de vista de transmissió de la informació on compleix una funció instrumental com per exemple el fet d'ajudar a adquirir coneixements. Però la comunicació també s'ha caracteritzat des d'un punt de vista ritualista on reflecteix als humans com a membres d'una comunitat social (Rimal, 2009).

La comunicació és un procés cíclic, dinàmic i canviant on la informació es transportada contínuament. Aquesta informació es transmet d'un emissor a un receptor i així successivament. La reacció dels receptors i la possibilitat de canviar el següent missatge confereix a la comunicació aquest caràcter dinàmic i canviant. Tant el receptor com el remitent són persones a les quals la seva intel·ligència, valors, creences i bagatge cultural afectaran en la seva manera de comunicar (Mikanowicz i Gmeiner, 2015). Els factors contextuals poden ser la comunitat on es viu, la família, les influències socials, l'edat, l'educació i els diferents objectius i actituds específiques de cada un.

S'han desenvolupat diferents models per definir i entendre la complexitat del procés de comunicació i com els diferents actors implicats estan interconnectats entre sí. Alguns exemples d'aquests models són: Shannon Weaver, SMCR o de Berlo, Leary o el model interaccionalista-simbòlic (Mikanowicz i Gmeiner, 2015). El model de Shannon-Weaver és un dels primers models que es va desenvolupar. Es tracta d'un model lineal on la comunicació es representada com un sistema on una font selecciona la informació que és transformada en un missatge. Aquest missatge es transmet per un senyal a través d'un canal a un receptor. El receptor interpreta el missatge i l'envia a una destinació concreta. En aquest model, el soroll indica aquells possibles factors que poden destorbar

o influenciar els missatges durant la transmissió. Una de les principals limitacions d'aquest model és que no indica la relació entre la font i el receptor i alhora, al tractar-se d'un model lineal, implica que la comunicació és unidireccional i no té un *feedback* que reguli el flux de la informació. El model de Berlo o SMCr (Source, Message, Channel and Receiver) representa un procés que es produeix quan una font redacta els missatges basats en les habilitats de comunicació, les actituds, el coneixement i el sistema sociocultural. Aquests missatges es transmeten a través de diferents canals i finalment un receptor els interpreta en funció de les seves habilitats per comunicar, actituds, coneixements i nivell sociocultural. La principal fortalesa d'aquest model és com representa la complexitat del procés. Però cal tenir en compte que tampoc inclou cap sistema de retroalimentació o *feedback*.

A la societat actual, la comunicació s'ha convertit en un pal de paller. Per una banda, és una eina essencial de qualsevol activitat i, per l'altra, permet establir una projecció dins la societat. En aquest sentit, tothom informa i comunica, des de persones a títol individual a col·lectius o comunitats, des d'empreses a centres d'investigació, a l'escriptor que vol vendre un llibre a la indústria farmacèutica amb la informació sobre els seus medicaments. Així doncs, la comunicació forma part del nostre dia a dia i en una societat en la qual els ciutadans exigeixen, cada vegada més, explicacions dels fets, la informació i la comunicació han esdevingut indispensables (Semir, 2010). El filòsof i antropòleg Georges Kutukdjian argumenta que, en el context històric, cultural, social i científic actual, l'ètica ha de ser l'essència per comunicar i cal que es basi en la veritat, la transparència i la confiança, característiques a vegades difícils de complir (Kutukdjian, 1998). Aquesta consideració és aplicable a tots els camps de la comunicació i transmissió d'informació però molt especialment en la comunicació del coneixement científic, mèdic i de la salut, en general.

La comunicació en salut, ja sigui interpersonal o de comunicació de masses, està focalitzada en millorar la salut individual i poblacional (World Health Organization, 1998). A la dècada dels seixanta es van definir diferents àrees de comunicació en salut: la comunicació de nova informació científica, la comunicació entre diferents membres dels equips sanitaris, la comunicació entre professional i pacients, la comunicació entre i dins les agències de salut, i la transmissió

d'informació als mitjans de masses (Cassata, 1980). Més recentment, s'han definit altres aspectes que s'engloben dins aquest terme i s'hi inclouen l'educació, el periodisme sobre salut, la comunicació interpersonal, les campanyes de promoció als mitjans de comunicació, la comunicació de les organitzacions sanitàries, la comunicació dels riscos, la comunicació social i el màrqueting social. Els formats utilitzats són múltiples i variats, des de campanyes massives i multimèdia fins a comunicacions tradicionals i específiques de cada cultura, com ara un conte o una cançó (Ishikawa i Kiuchi, 2010).

Els principis bàsics per a una comunicació en salut efectiva són: la precisió (*el missatge és vàlid, sense errades de contingut, interpretació o judici*), la disponibilitat (*el missatge és accessible per a l'audiència*), l'equilibri (*el contingut és adequat i conté informació sobre els potencials beneficis i riscos i alhora reconeix diferents perspectives vàlides sobre el tema*), la coherència (*el contingut és consistent internament i amb la informació d'altres fonts*), la competència cultural (*té en compte les característiques dels diferents grups poblacionals, nivells d'educació i discapacitat*), basada en l'evidència (*la informació es fonamenta en una revisió i una anàlisi rigorosa de la informació científica*), d'abast a la població (*la informació arriba al nombre màxim de persones de la població diana*), la fiabilitat (*el contingut és creïble*), la repetició (*la informació és transmet de forma continuada per reforçar el missatge*), l'adequació en el temps (*el contingut es transmet en un moment determinat o quan l'audiència és més receptiva*) i la comprensibilitat (*el llenguatge i la llegibilitat són apropiats pel públic diana*) (European Centre for disease Prevencion and Control, 2019).

La comunicació en salut participa en molts dels aspectes de la prevenció de les malalties i la promoció de la salut, i es considera rellevant en diferents dominis com les relacions professional-sanitari i pacient; l'exposició individual, la cerca i utilització d'informació sanitària, l'adherència individual a les recomanacions clíniques i règims terapèutics establerts; la construcció de campanyes amb diferents missatges a públics de salut; la disseminació i comunicació d'informació sobre riscos; l'educació dels usuaris sobre la salut; l'accés i ús dels serveis sanitaris; entre altres. Però recentment, els avenços en les TIC ha fet que la comunicació en salut estigui en constant desenvolupament i millora, i s'ha

convertit en un element clau per aconseguir un empoderament de les persones i les comunitats (Ishikawa i Kiuchi, 2010).

Durant els darrers anys l'atenció sanitària i els sistemes sanitaris de tot el món han experimentat canvis significatius per múltiples causes, com ara l'economia; els canvis polítics; l'ampli accés i interès a la informació i a la tecnologia; els esforços per millorar la qualitat o la recerca sanitària; entre d'altres. Un dels canvis més significatius és l'increment constant de la implicació dels pacients dins el sistema sanitari (Funnell, 2016). De fet, s'ha produït un canvi de paradigma passant d'una relació metge-pacient de tipus paternalista a un model participatiu de decisió compartida en què les persones hi intervenen activament (Coulter 1999).

Actualment són habituals, entre els professionals de la salut, els conceptes "empoderament dels pacients", "atenció centrada en el pacient" i "participació ciutadana", amb diferències i similituds en les seves definicions. L'"empoderament del pacient" es considera una filosofia per a les persones, proveïdors de salut, comunitats i sistemes sanitaris. Es defineix com un procés per identificar les necessitats, planificar accions i incrementar el mestratge d'aquells temes que una persona ha identificat com a importants. Es basa en la participació dels pacients com a estratègia i és recolzada per la comunicació i l'atenció centrada en la persona. Amb l'empoderament del pacient, s'ha passat d'una visita amb els professionals sanitaris, que consistia en convèncer als pacients de la importància de l'adherència al tractament, a una visita centrada en l'educació sanitària. En aquesta visita la informació es transmet per potenciar l'autonomia del pacient i proporcionar recursos per tal de poder prendre decisions informades sobre la seva salut, solucionar problemes i aconseguir uns objectius de comportament determinats (Castro et al., 2016; Funnell et al., 1991; Anderson i Funnell, 2010). "L'atenció centrada en la persona" es defineix en acceptar un ambient que aborda les necessitats dels individus des d'una perspectiva biopsicosocial. En aquesta situació, el rol dels professionals sanitaris és facilitar l'empoderament del pacient a través de la participació activa, establint relacions i compartint la presa de decisions. En això hi té un paper molt important la comunicació efectiva amb estratègies que demostrin empatia, compassió i respecte. També és essencial facilitar informació sobre salut per la presa de

decisions i assegurar una integració i coordinació de l'assistència sanitària (Castro et al., 2016 ; Marrero et al., 2013). Pel que fa a la "participació", aquesta pot ser individual o col·lectiva. La participació individual dels pacients dins el sistema sanitari inclou tant el dret com la responsabilitat d'influir en el tractament i participar en la presa de decisions compartides. Per fer això cal que els pacients estiguin informats, educats en l'autocura o maneig de la seva salut i alhora tinguin eines de suport. La participació però, també pot ser col·lectiva i això fa referència a la contribució dels pacients en la definició de l'assistència sanitària, dels serveis socials, i dels recursos i les polítiques comunitàries (Castro et al., 2016; Funnell, 2016). Al nostre entorn, la participació ciutadana és una de les actuacions que es va proposar en el Pla de Salut 2016-2020, per donar veu a les persones i construir un sistema sanitari en què la persona amb necessitats de salut estigui al centre d'aquest i se'n senti partícip (Generalitat de Catalunya, 2016).

Per tal que les persones participin en les decisions de salut és necessari que disposin d'informació comprensible, accessible i adaptada a les seves necessitats i característiques culturals i socials (Ishikawa i Kiuchi, 2010). Tradicionalment, l'educació sanitària als pacients consistia únicament en una transferència del coneixement, però actualment l'educació cal que estigui dissenyada per facilitar l'empoderament, i cal que integri aspectes emocionals, socials, conductuals i clínics de la malaltia (Anderson et al., 1991). I a més a més, les fonts principals d'informació mèdica havien estat únicament els professionals sanitaris; però l'increment d'aquest tipus d'informació sobre salut als mitjans de comunicació i l'accés a internet han posat a disposició del públic altres fonts d'informació que en cap cas es poden menystenir (Hesse et al., 2005; Passalacqua et al., 2004; Rutten et al., 2005). Conseqüentment, les habilitats personals per entendre i aplicar aquesta informació poden tenir implicacions considerables en els comportaments i resultats de salut. Aquestes habilitats estarien englobades dins el concepte més ampli com és el de l'alfabetització per a la salut.

De fet, la comunicació per a la salut té una estreta relació amb aquest concepte d'alfabetització per a la salut. Si ens centrem pròpiament en els termes salut i comunicació, es tracta de dos processos íntimament relacionats ja que la comunicació és una habilitat essencial que es desenvolupa entre tots els actors

implicats en els processos de salut i malaltia. De fet l'OMS, en el seu glossari de Promoció de la Salut, ha definit la comunicació com una habilitat essencial per a la vida, una capacitat humana que ens permet relacionar-nos, construir identitats individuals, grupals i col·lectives; compartir determinades normes, hàbits i conductes i sobretot continuar evolucionant com a societat a partir de la creació, desenvolupament i adquisició de nous coneixements i habilitats. Aquesta forma d'entendre la comunicació està en línia amb la finalitat de les accions i els programes d'alfabetització per a la salut: augmentar el coneixement, les habilitats i les capacitats de les persones per tal que puguin adoptar decisions saludables de forma autònoma. Així doncs, l'alfabetització per a la salut suposa aconseguir uns coneixements, habilitats personals i confiança que permeten adaptar mesures que millorin la salut personal i de la comunitat, mitjançant canvis en els estils de vida i les condicions personals. La comunicació, des d'una perspectiva teòrica i a través de diferents tècniques, intenta influir en les conductes individuals i col·lectives. No obstant això, cal ser prudents en la relació causa-efecte entre les accions de comunicació i els canvis conductuals. Per aquest motiu, diferents autors s'inclinen en què la comunicació és una dimensió més en els processos d'alfabetització per a la salut, una dimensió que, a partir, de diferents objectius i estratègies específiques, facilita i potencia el desenvolupament i impacte de les accions comunicatives (Basagoiti, 2012).

En relació amb l'alfabetització per a la salut, el novembre del 2016 es va publicar la Declaració de Xangai de l'OMS sobre la promoció de la salut en l'Agenda 2030 per al Desenvolupament Sostenible. En ella s'hi reforça aquest concepte com a eina essencial per a l'apoderament i l'equitat, i fa una crida pel desenvolupament, implementació i seguiment de diferents estratègies intersectorials en l'àmbit nacional i local, i per enfortir l'alfabetització per a la salut a totes les poblacions (Dietscher et al., 2019; OMS, 2016).

Als Estats Units, des del Departament de Salut i Serveis Socials, i dins el marc del projecte "Healthy People 2030" –projecte que proporciona objectius basats en l'evidència a 10 anys vista per millorar la salut dels americans–, s'ha considerat –i es considera– l'alfabetització per a la salut un dels principis bàsics i objectius a aconseguir. En aquesta línia, a escala europea, l'alfabetització per a la salut també és un punt destacat de les agendes polítiques dels estats

membres de la regió europea de l'OMS. L'Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) es va crear l'any 2018 sota el paraigües de l'European Health Information Initiative (EHII) per aportar valor en millorar l'alfabetització per a la salut. A la Declaració de Viena, l'M-POHL va fixar com a objectiu millorar l'alfabetització a la regió europea facilitant l'intercanvi d'experiències, assegurant la disponibilitat de dades comparatives d'alta qualitat i internacionals per a l'avaluació comparativa, i la capacitat de resposta de les organitzacions i els sistemes sanitaris. Per últim, aquest organisme també té la finalitat d'elaborar i suggerir recomanacions sobre polítiques basades en l'evidència i intervencions pràctiques (Dietscher et al., 2019).

En aquest sentit, l'alfabetització per a la salut forma part de les polítiques sanitàries, i preocupa que les persones amb un nivell baix d'alfabetització sanitària no puguin comprendre correctament la informació sobre salut, fins i tot quan tenen accés a aquesta informació i als serveis sanitaris. En algunes situacions, cal tenir en compte que més informació, o informació en excés, podria comportar confusió i impotència, en comptes de facilitar la presa de decisions informades. La necessitat de millorar els nivells d'alfabetització per a la salut s'ha fet més evident a mesura que les fonts d'informació sobre la salut, a les que el públic general té accés, han augmentat. En això també hi ha influït l'absència de garanties de qualitat de la informació que proporcionen moltes d'aquestes fonts (Ishikawa i Kiuchi, 2010).

Actualment ens trobem, per una banda, davant una participació cada cop més activa dels pacients dins el sistema sanitari i per l'altra, les polítiques sanitàries consideren la comunicació en salut i la millora de l'alfabetització aspectes essencials. Si a aquest dos fets s'hi suma la gran disponibilitat d'informació sobre salut que tenen els pacients a mà, és important treballar per tal que la informació sigui de qualitat, accessible, adaptada a les necessitats dels pacients i que els hi permeti prendre decisions informades amb seguretat. Així doncs, és responsabilitat de tots garantir una bona informació sobre la salut, és a dir, de tots els actors implicats en la comunicació i disseminació d'informació sanitària ja siguin organitzacions sanitàries, professionals de la salut, periodistes, experts

en comunicació o qualsevol persona a títol individual (Arora, Rousseau i Schwitzer, 2019).

Aquest treball de tesi s'emmarca en la comunicació farmacoterapèutica, concretament en la informació sobre medicaments dirigida a la ciutadania. En ell s'ha fet, en una primera part, una anàlisi de la qualitat i la llegibilitat de la informació sobre medicaments que es publica a una web institucional del nostre entorn. En la segona part s'ha acotat el camp d'estudi als fàrmacs inhibidors de la bomba de protons. Per una banda, s'ha fet també una anàlisi de la qualitat i la llegibilitat de tota aquella informació escrita que pot rebre un pacient sobre els IBP (ja sigui el prospecte, les fonts oficials o de referència, les notícies de premsa o la informació provinent de la cerca a internet) i per l'altra banda, s'ha volgut conèixer les necessitats d'informació que tenen pacients que prenen algun dels principis actius d'aquest mateix grup de fàrmacs.

Per tal de contextualitzar aquesta investigació, primerament es presenta:

- un recull dels conceptes de l'alfabetització per a la salut.
- una revisió històrica de la informació escrita sobre medicaments dirigida a la ciutadania.
- una síntesi dels conceptes de llegibilitat i comprensibilitat i les diferents eines que s'han desenvolupat per avaluar aquests termes.
- una revisió sobre l'avaluació de la qualitat de la informació sobre salut dirigida a la ciutadania.

A partir del treball de camp realitzat i la bibliografia de referència, es fa una proposta d'un nou instrument amb els ítems clau que ha d'incloure la informació escrita sobre medicaments per considerar-se de qualitat. D'aquesta manera es pretén contribuir en la millora qualitat informativa de la comunicació farmacoterapèutica.

1. L'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

- 1.1 Nivells d'alfabetització per a la salut de la població
- 1.2 Conseqüències d'uns nivells baixos d'alfabetització per a la salut de la població
- 1.3 Eines per avaluar l'alfabetització per a la salut
- 1.4 L'alfabetització farmacoterapèutica

1. L'ALFABETITZACIÓ PER A LA SALUT

El terme alfabetització (*literacy*), tradicionalment definit com la capacitat de llegir, escriure i calcular, ha estat descrit per diferents autors (UNESCO, 2018). Una de les definicions més acceptades és que l'alfabetització és un procés continu d'adquisició d'habilitats a dos nivells: un nivell mínim que consisteix en l'habilitat de llegir i escriure un text simple; i un segon nivell, que permet a una persona desenvolupar-se en societat. Això s'entén com alfabetització funcional que engloba les habilitats bàsiques de lectura i escriptura, però inclou també la comprensió crítica i totes aquelles habilitats que es requereixen a cada comunitat per a la presa de decisions i que permetin a un adult desenvolupar-se dins aquest entorn social (Suñer Soler i Santiñà Vila, 2014 ; Kickbusch, 2001). Avui en dia, s'entendria l'alfabetització com un mitjà d'identificació, comprensió, interpretació, creació i comunicació en un món cada cop més digitalitzat, basat en textos, ric en informació i en una ràpida mutació (UNESCO, 2018).

Si es relacionen els conceptes alfabetització i salut, s'ha observat que les persones amb més nivell d'estudis tenen més probabilitats, habilitats i oportunitats d'identificar problemes individuals i socials. També tenen més habilitats per ser competents en els temes relacionats amb la salut, per la qual cosa es considera que l'educació és un determinant de la salut (Suñer Soler i Santiñà Vila, 2014).

El concepte d'alfabetització per a la salut (*health literacy*) es va utilitzar per primera vegada l'any 1974 en el marc d'una conferència sobre educació per a la salut i publicat posteriorment sota el títol "*Educació per a la salut com política social*" (Simonds, 1974). A partir d'aquí, els estudis en alfabetització per a la salut es van concentrar als Estats Units i Canadà, i van enfocar el terme a nivell individual. Més recentment, el seu interès ha crescut des d'una perspectiva de salut pública, tant als Estats Units com a Europa (Paasche-Orlow, McCaffery i Wolf, 2009; Wismar, Brand i Stojanovi, 2016).

Per a Nutbeam, l'alfabetització per a la salut és un concepte que forma part de la promoció de la salut i l'entén com un terme per descriure una sèrie de resultats de les activitats d'educació per a la salut i la comunicació. Així doncs, l'educació

i comunicació per a la salut engloben diferents intervencions i activitats per millorar l'alfabetització per a la salut (Nutbeam, 2000). En aquest sentit, l'educació per a la salut no només fa referència a la transmissió d'informació si no que implica la comunicació d'informació i el desenvolupament d'habilitats personals que demostrin la viabilitat política i les possibilitats organitzatives de diverses formes d'actuació dirigides a aconseguir canvis socials, econòmics i ambientals que afavoreixin a la salut (World Health Organization, 1998).

No hi ha una definició unànime sobre el concepte d'alfabetització per a la salut ja que ha estat definit i redefinit per molts autors des de la dècada dels 70. No obstant això, a partir d'una revisió de les diferents definicions disponibles feta per Sørensen et al. (2015) es proposa la següent: “capacitat que té una persona d'accedir, comprendre, avaluar i utilitzar la informació rellevant en salut necessària per prendre decisions adequades en l'àmbit de l'atenció sanitària, la prevenció de malalties i la promoció de la salut” (Sørensen et al., 2015; Wismar, Brand i Stojanovi, 2016). Aquesta definició fa referència tant a la comprensió del que el metge diu al pacient i del contingut dels prospectes dels medicaments, com a la participació d'activitats que millorin la salut i el benestar (Piqueras, 2017). Així doncs, l'alfabetització en salut comporta coneixement, motivació i competències per poder fer judicis i prendre decisions en relació a la pròpia salut i la salut de l'entorn (Suñer Soler i Santià Vila, 2014).

El concepte d'alfabetització per a la salut està en continua adaptació. Als Estats Units, des del Departament de Salut i Serveis Socials i dins el marc del projecte “Healthy People 2030” (projecte que proporciona objectius basats en l'evidència a 10 anys vista per millorar la salut dels americans) considera l'alfabetització per a la salut un dels principis bàsics i objectius a aconseguir. Recentment, des d'aquest departament s'ha proposat una nova definició d'aquest concepte i se n'han demanat públicament i obertament comentaris i objeccions. La definició proposada és la següent: *l'alfabetització per a la salut es produeix quan una societat proporciona informació veraç i serveis sobre salut que es poden trobar, comprendre i utilitzar fàcilment per formar les seves decisions i accions*. Aquesta proposta de nova definició reflecteix l'evolució del concepte cap a un consens on l'alfabetització per a la salut no només hi intervenen les capacitats individuals

sinó també l'accessibilitat, la claredat i la funcionalitat de la informació sobre la salut i els serveis assistencials (Pleasant et al., 2016).

1.1. Nivells d'alfabetització per a la salut de la població

L'any 2003 es va avaluar l'alfabetització per a la salut de la població estatunidenca i es va observar que un 53% de la població adulta tenia un nivell mitjà d'alfabetització per a la salut i només un 12% era completament competent. Contràriament, un 22% de la població tenia un nivell elemental i un 14% el tenia baix. Per tant, per un nombre no menyspreable d'habitants pot ser un repte entendre i actuar en relació amb la informació sanitària. De fet, aquesta enquesta indica que fins i tot la població amb un nivell mitjà pot presentar dificultats en la realització de tasques relacionades amb la salut, com per exemple, determinar a partir del prospecte d'un medicament quan prendre'l en funció dels àpats. Aproximadament el 5% restant, va resultar ser analfabet (Kutner, 2006).

A Europa, la primera enquesta sobre l'alfabetització per a la salut es va realitzar l'any 2011 a través d'un qüestionari basat en tres àrees (assistència sanitària, prevenció de malalties i promoció de la salut) i en quatre etapes del processament de la informació (accés, comprensió, valoració i aplicació). Segons els resultats de l'enquesta, realitzada en 8 països, més d'un 12% dels participants va presentar un nivell d'alfabetització per a la salut inadequat i més del 35% tenia un nivell problemàtic. Hi ha variacions destacables entre països: a Bulgària hi ha un 62% de la població amb un nivell d'alfabetització per a la salut limitat, mentre que als Països Baixos només representa aproximadament un 30% dels enquestats. Si es compara l'estat espanyol amb els Països Baixos, més del 50% dels espanyols presenta una alfabetització per a la salut problemàtica; contràriament, als Països Baixos més del 70% de la població té uns coneixements suficients o excel·lents (Wismar, Brand i Stojanovi, 2016).

En general, no és fàcil saber si una persona té un grau baix d'alfabetització per a la salut simplement mirant-la o parlant amb ella, ja que moltes d'elles ho intenten amagar. Cal tenir en compte que es tracta d'una habilitat que depèn del context, i per tant, persones que es desenvolupen perfectament en un altre

entorn poden presentar problemes en l'àmbit de l'atenció sanitària. En aquest sentit, persones amb un nivell d'educació adequat poden tenir dificultats en el context de l'atenció sanitària per una manca de familiaritat. Així doncs el simple fet de ser professor universitari o un alt executiu no implica necessàriament tenir unes bones capacitats en alfabetització per a la salut (Hersh, Salzman i Snyderman, 2015). En efecte, alguns estudis mostren que els professionals sanitaris freqüentment sobreestimen els nivells d'alfabetització en salut dels seus pacients i assumeixen que la informació que aquests reben, l'entenen més del que realment fan (Rogers, Wallace i Weiss, 2006).

Persones de totes les edats, nacionalitats i nivells socio-econòmics són susceptibles de tenir un nivell d'alfabetització en salut baix. No obstant això hi ha uns grups de població amb un risc particularment elevat: edat ≥ 65 anys, poblacions minoritàries, tenir una llengua materna diferent a la que s'empra en l'educació obligatòria, tenir un nivell d'educació secundària o inferior, viure al límit o per sota del llindar de pobresa, i aquelles persones que consideren la seva salut global com a dolenta (Bazaldua et al., 2017).

1.2. Conseqüències d'uns nivells baixos d'alfabetització per a la salut de la població

Una alfabetització per a la salut inadequada o problemàtica s'ha associat a uns pitjors resultats en salut (Gardner, 2016; Hersh, Salzman i Snyderman, 2015). La bibliografia mèdica indica que els pacients amb un baix grau d'alfabetització s'associen a pitjors estats globals de salut; a problemes per comunicar-se amb els professionals sanitaris; a un coneixement limitat de l'estat de les malalties cròniques; a un major risc d'hospitalització; i són alhora més propensos a confondre's amb els medicaments (Pouliot i Vaillancourt, 2016; Youmans i Schillinger, 2003). Per tant, l'alfabetització per a la salut és un component essencial en l'actual sistema sanitari ja que influeix de manera directa en l'entorn assistencial (Institute of Medicine, 2004).

Les implicacions o conseqüències de l'alfabetització sanitària s'incrementen en un sistema d'atenció sanitària cada cop més complex i fragmentat que atorga creixents demandes als pacients per a l'autocura, la coordinació assistencial i la navegació dins el sistema sanitari. El fet que cada cop les estades hospitalàries siguin més curtes, la polifarmàcia, els múltiples proveïdors d'atenció mèdica i l'augment de la prevalença de malalties cròniques, contribueixen a incrementar el paper que els pacients tenen per gestionar la seva salut (Hersh, Salzman i Snyderman, 2015).

A partir de diferents estudis (Berkman et al., 2011; Sheridan et al., 2011; Pagán et al., 2012; Peterson et al., 2007; Howard, Gazmararian i Parker, 2005; Cho et al., 2008; Sudore et al., 2006; Sudore i Schillinger, 2009; Baker et al., 2007; Scott et al., 2002; Pignone et al., 2005; Baker et al., 2002; Williams et al., 1998; Bennett et al., 2009) a continuació es detallen algunes de les implicacions de l'alfabetització per a la salut en diferents aspectes de l'assistència sanitària:

a. Ús del sistema sanitari.

- Accés a l'assistència sanitària: resultats mixtos per a l'associació de l'alfabetització sanitària amb el nombre de visites mèdiques.
- Accés a la cobertura mèdica: una baixa alfabetització per a la salut dels pares s'ha associat a infants sense cobertura mèdica.
- Ús dels serveis d'urgències i hospitalitzacions: un increment d'accés a urgències i de les hospitalitzacions.

b. Atenció a la pròpia salut i autocura personal.

- Adherència a les recomanacions professionals: els estudis disponibles mostren resultats mixtos en funció de la mesura de l'adherència i l'estat de salut.
- Adherència a un estil de vida saludable: resultats controvertits.
- Interpretació d'informació sobre salut: dificultats en entendre les etiquetes nutricionals o les dades d'una cita mèdica.

- Ús de medicaments: dificultats en identificar medicaments, interpretar les dosis i la forma d'administració i un alt risc en interpretar malament la informació del prospecte.
- Serveis preventius: taxes més baixes de mamografies, de vacunacions de la grip i de *screenings* de càncer de colon i cervical.

c. Resultats en salut.

- Malalties cròniques: estudis amb resultats controvertits.
- Estat de salut: estat de salut globalment més baix en adults d'edat avançada.
- Salut mental: taxes més elevades de depressió.
- Mortalitat: taxes de mortalitat més elevades en adults d'edat avançada.

1.3. Eines per avaluar l'alfabetització per a la salut

Existeixen diferents instruments de mesura de l'alfabetització per a la salut que segueixen models funcionals-multivariables o predictius. Els primers són els més emprats i en són exemples els instruments REALM, TOFHLA, HALS i METER, entre d'altres. Alguns d'aquests instruments han estat dissenyats per utilitzar-los en àmbits concrets (hospitals, comunitats) o per a poblacions concretes (adults, joves, parla hispana, pacients hospitalitzats). La majoria d'ells han estat desenvolupats als Estats Units i per tant són principalment en anglès, tot i que alguns han estat traduïts al castellà. Cal tenir en compte però, els inconvenients que implica una traducció no contextualitzada a un país concret (Suñer Soler i Santià Vila, 2014).

A continuació es detallen breument alguns d'aquests instruments disponibles:

- Escala REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine): es tracta d'un taula d'ús ràpid per detectar l'alfabetització en l'àmbit de l'atenció primària, l'educació sanitària i la recerca mèdica formada per 125 paraules que s'han de reconèixer. Només es valora la capacitat de llegir i pronunciar. Té una bona fiabilitat i validesa i és una eina ben acceptada pels pacients (Davis et

- al., 1991). S'ha fet una versió abreujada, REALM-R, amb només 8 paraules i que es pot fer en només un o dos minuts (Bass, Wilson i Griffith, 2003).
- TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults): es tracta d'un test amb dues parts on es valora la capacitat dels pacients per entendre pautes numèriques i la comprensió lectora a partir de materials reals procedents de l'àmbit sanitari. Aquesta test té una bona fiabilitat i validesa i es considera el criteri de referència per mesurar l'alfabetització per a la salut. S'ha desenvolupat una versió en espanyol (no validada) i una altra per a persones amb problemes de visió. No obstant això, el temps de realització és llarg (aproximadament 22 minuts) i per aquest motiu s'han desenvolupat unes versions reduïdes (S-TOFHLA) de temps (Parker et al., 1995).
 - MART (Medical Achievement Reading Test): com el REALM, és un test de reconeixement de paraules de manera visual basat en un test de lectura d'alta fiabilitat. Els principals avantatges són la seva fiabilitat, la rapidesa en contestar i el fet que no tingui un to d'amenaça pel públic. Contràriament, avalua únicament el reconeixement de les paraules d'una manera visual però no pas pel seu significat. Cal tenir en compte que els seus criteris de validesa són limitats (Hanson-Divers, 1997).
 - NVS (Newest Vital Sign): és un test de detecció ràpida i precís disponible en anglès i espanyol. La seva fiabilitat és acceptable però la seva validesa en comparació amb el TOFHLA és baixa (Weiss et al., 2005).
 - SAHLA (Short Assessment of Health Literacy for Spanish-speaking Adults): Es tracta d'un test fàcil de fer, dissenyat per estudiar l'alfabetització en persones de parla hispana i que també es basa en el reconeixement de paraules. Presenta una bona fiabilitat però pel que fa a la validesa respecte al TOFHLA, aquesta sembla ser dubtosa (Lee et al., 2006).
 - Escala HALS (Health Activities Literacy Scale): escala desenvolupada més recentment dirigida a població adulta on es classifiquen les competències en cinc dominis: promoció de la salut, protecció de la salut, prevenció de malalties, cures i manteniment de la salut, i sistemes de navegació (Rudd, 2007).

- Instrument METER: desenvolupat com un instrument de mesura ràpida de l'alfabetització en salut on s'avaluen les paraules que es reconeixen a partir d'un llistat (Rawson et al., 2010).
- E-HEALS (Health Literacy Scale): és una escala electrònica per avaluar l'alfabetització en salut en una àmplia gamma de poblacions i contextos. Avalua coneixements, confort, destreses percebudes en el procés de cerca, avaluació i aplicació d'informació electrònica relacionada amb problemes de salut. Es tracta d'un auto-test que proporciona una valoració global de les habilitats relacionades amb la salut, aporta informació útil per a les decisions clíniques i la planificació de la promoció de la salut (Norman i Skinner, 2006).
- SILS (Single Item Literacy Screener): ideat per identificar els pacients que necessiten ajuda per llegir la informació relacionada amb la salut i permet als professionals determinar les necessitats addicionals dels pacients (Morris et al., 2006).
- PHLAT Spanish (Health Literacy Activities Test): desenvolupat per identificar pares amb un baix nivell d'alfabetització per a la salut i beneficiar-se de la millora de la informació relacionada amb la salut dels seus fills. A banda de l'alfabetització en salut, també té en compte les habilitats numèriques (Yin et al., 2012).

Tot i la gran quantitat d'eines desenvolupades per avaluar l'alfabetització per a la salut, molts experts en comunicació en salut i diferents organitzacions sanitàries com l'American Medical Association (AMA) o l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) no recomanen la valoració rutinària per identificar els pacients amb un baix nivell d'alfabetització en salut, ja que no hi ha evidència que la valoració de l'alfabetització per a la salut en la pràctica clínica comporti millors resultats (Weiss, 2007; Brega et al., 2015). No obstant això, recomanen adoptar precaucions d'alfabetització universals com ara evitar tecnicismes; focalitzar la informació en dos o tres missatges claus; parlar a poc a poc; utilitzar tècniques de teach-back; i l'ús de material escrit de suport (Weiss, 2014).

1.4. L'alfabetització farmacoterapèutica

L'ús del concepte d'alfabetització per a la salut en el context de la farmàcia i els medicaments no és nou, i ha comportat el desenvolupament d'altres termes com "alfabetització en medicaments" o "alfabetització farmacèutica". El terme alfabetització en medicaments (*medication literacy*) es va definir l'any 2005 amb l'objectiu de millorar la qualitat de la informació que es proporciona als pacients, però més recentment aquesta definició s'ha reformulat (Pouliot i Vaillancourt, 2016). Concretament, King et al. (2011) han definit el concepte d'alfabetització farmacoterapèutica com la capacitat individual d'obtenir, avaluar, calcular i comprendre informació bàsica sobre la farmacoteràpia i els serveis relacionats amb la farmàcia necessaris per prendre decisions apropiades sobre els medicaments, independentment de com es distribueixi la informació -per exemple: oral, escrita, imatges, símbols...- (King, McCaffrey i Bouldin, 2011). Així els pacients amb un grau baix d'alfabetització farmacoterapèutica i, en definitiva, amb una baixa alfabetització general per a la salut, habitualment tenen problemes per citar els noms dels medicaments, per descriure com utilitzar-los, no comprenen els tractaments prescrits ni els efectes adversos associats i, habitualment, és probable que consultin amb menys freqüència al farmacèutic/a (Pouliot i Vaillancourt, 2016). Aquestes dificultats de comprensió de la informació sobre els medicaments s'han relacionat amb interpretacions errònies de les instruccions, recomanacions, dosis i/o símptomes associats, amb una baixa adherència al tractament, amb un pitjor maneig de la malaltia, i amb problemes per identificar i distingir els seus medicaments amb els d'una altra persona (Pouliot i Vaillancourt, 2016; Warner, Menachemi i Brooks, 2006; Bazaldua et al., 2017). Aquestes situacions són susceptibles a generar errors de medicació, una situació greu que cal intentar evitar, ja que aquests errors s'han associat a problemes greus de salut, i fins i tot la mort (Warner, Menachemi i Brooks, 2006).

Els efectes de l'alfabetització per a la salut en el coneixement, la comprensió i el maneig dels medicaments han sigut motiu d'estudi. A la taula 1 s'adjunta una selecció d'aquests estudis en la que es pot tenir una visió, encara que indirecta, del possible risc d'errors de medicació en pacients amb un baix grau d'alfabetització per a la salut.

Taula 1 . Estudis on s'han avaluat els efectes d'una alfabetització en salut limitada en l'ús de medicaments. Taula adaptada de Bazaldua et al., 2017.

Estudi	Resultats
<i>Coneixement dels medicaments</i>	
Williams et al. 1995	Baixa comprensió en com prendre els medicaments: <ul style="list-style-type: none"> • Prendre amb l'estómac buit: 65% incorrecte • Número de comprimits a prendre: 70% incorrecte
Davis, Terry C et al. 2006	Disminució de la comprensió de les instruccions de les prescripcions: <ul style="list-style-type: none"> • Dos vegades més probable d'entendre malament
Davis, Terry C. et al. 2006	Increment de les interpretacions errònies de les alertes dels medicaments: <ul style="list-style-type: none"> • De tres a quatre vegades més probable de mal interpretar
Fang et al. 2006	Disminució de la comprensió del mecanisme d'acció i els efectes adversos: <ul style="list-style-type: none"> • La warfarina actua diluint la sang: 30% incorrecte • Sagnat menor coma efecte advers freqüent: 51% incorrecte
Yin et al. 2007	Disminució del coneixement sobre la dosificació en funció del pes en nens per part dels cuidadors: <ul style="list-style-type: none"> • 88,6% ho ignoren
Marks et al. 2010	Disminució del coneixement incloent nom, dosi, indicació i efectes adversos: <ul style="list-style-type: none"> • 80% presenten un coneixement sobre la medicació per sota la mitjana
Mosher et al. 2012	Disminució del coneixement (nom/indicació): <ul style="list-style-type: none"> • Alfabetització en salut baix: 32,2% noms correctes i 61,8% indicacions correctes
<i>Maneig dels medicaments</i>	
Williams, Baker, Honig et al. 1998	Disminució de l'habilitat per utilitzar correctament un inhalador amb cartutx pressuritzat: <ul style="list-style-type: none"> • 88% dels pacients amb un alfabetització en salut limitada no feien correctament la tècnica inhalatòria en comparació amb el 48% dels pacients amb un grau elevat d'alfabetització per a la salut
Davis, Terry C. et al. 2006	Disminució de la capacitat per demostrar una dosificació correcta: <ul style="list-style-type: none"> • 65% no va poder demostrar "Take two tablets by mouth twice a day"
Persell et al. 2007	Disminució de la capacitat per nombrar els medicaments: <ul style="list-style-type: none"> • 40,5% d'aquells amb un alfabetització en salut limitat versus el 68,3% dels altres pacients
Kripalani et al. 2006	Disminució de la capacitat per identificar els noms dels medicaments: <ul style="list-style-type: none"> • 10-18 vegades l'odds ratio de no ser capaç d'identificar-los

2. LA INFORMACIÓ ESCRITA SOBRE MEDICAMENTS DIRIGIDA A LA CIUTADANIA

2.1. Fonts d'informació de medicaments oficials

2.2. Fonts d'informació de medicaments extra-oficials

2.LA INFORMACIÓ ESCRITA SOBRE MEDICAMENTS DIRIGIDA A LA CIUTADANIA

2.1. Fonts d'informació de medicaments oficials

La informació sobre els medicaments ha estat definida per diferents autors dins un context de comunicació entre el professional sanitari i el pacient. En aquest sentit, s'ha definit com un sistema de coneixements i tècniques que permeten la comunicació de dades i experiències sobre medicaments per tal de promoure un ús racional d'aquests per part de la societat (García Molina i Alberola, 1984). Una altra definició acceptada fa referència al conjunt de coneixements i tècniques que permeten la transmissió de coneixements en matèria de medicaments amb la finalitat d'utilitzar la terapèutica en l'interès del pacient i la societat (Martín Herranz i Cuña Estévez, 1996). Altres autors inclouen la informació sobre medicaments com una funció bàsica de l'exercici professional farmacèutic amb un significat tant d'educador o de consell als pacients, com d'informador a altres professionals sanitaris (D'alessio, Busto i Girón, 1997; Fernández-Llimós, 1999). Per altra banda, s'han plantejat els aspectes bàsics del que es considera "Informació sobre medicaments" i el coneixement dels quals per part del pacient el capacitaran per seguir el tractament prescrit de forma efectiva i segura. Aquests aspectes bàsics són el motiu pel qual es pren el medicament; com es pren (dosi, pauta, durada); les precaucions que cal tenir en compte (interaccions dietètiques, interaccions medicamentoses, magatzem i conservació); els efectes terapèutics; i els efectes adversos (National Council on Patient Information and Education, 2007; O'neil i Poirer, 1998; Codina, 2000).

La recepta mèdica, definida pel Real Decret 1718/2010 de 17 de desembre sobre recepta mèdica i ordres de dispensació, és un document normalitzat pel qual els professionals legalment facultats prescriuen els medicaments o productes sanitaris al pacient per la seva dispensació. Suposa un mitjà fonamental per transmetre informació entre els professionals sanitaris i una garantia pel pacient. Alhora aquests documents permeten un correcte compliment terapèutic i obtenir una eficiència màxima del tractament. A banda d'això, funcionen com a suport per a la gestió i facturació de la prestació farmacèutica que reben els usuaris del Sistema Nacional de Salut. Actualment està en marxa la recepta electrònica "*que*

es una modalidad de servicio digital de apoyo a la asistencia sanitaria que permite al facultativo emitir y transmitir prescripciones por medios electrónicos, basados en las tecnologías de la información y comunicaciones, que posteriormente pueden ser objeto de dispensación” (Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 2019).

La recepta electrònica té com a objectius facilitar l'obtenció i la dispensació de medicaments de manera segura i ràpida; contribuir a una prescripció més eficient i a una utilització més racional i segura dels medicaments, i així contribuir en la sostenibilitat del sistema de salut; facilitar la cohesió dels diferents nivells assistencials i proporcionar als professionals sanitaris vies de comunicació i de suport a les seves tasques diàries mitjançant diverses eines per a la prescripció; i descarregar d'activitats burocràtiques els professionals sanitaris perquè puguin fer una gestió més eficient del temps per a tasques assistencials. A nivell de la ciutadania, la recepta electrònica proporciona un Pla de Medicació al pacient que conté tota la informació necessària per poder seguir el tractament. En el Pla de Medicació s'hi pot trobar: el nom del medicament, la dosi i la freqüència de l'administració, el temps previst de tractament, el nom del metge, la posologia, comentaris adreçats al pacient i el cost orientatiu del tractament (Generalitat de Catalunya, 2015).

A banda de la recepta mèdica i l'actual Pla de Medicació, el prospecte ha estat, tradicionalment, la font principal d'informació sobre els medicaments i el tractament dels pacients. Fa pràcticament dues generacions, la única informació sobre el medicament era una etiqueta en un envàs, però de forma gradual i regulada, aquesta informació s'ha anat incrementant fins al format actual del prospecte. A finals dels anys 70, es va començar a incloure als medicaments informació addicional sobre com utilitzar-los fora de l'àmbit sanitari. Aquesta informació es proporcionava bàsicament als medicaments inhalats o aquells que requerien unes instruccions detallades per garantir un ús segur (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, 2005; Raynor, 2018).

Als Estats Units, a finals dels 80 es va començar a treballar en desenvolupar un estil adequat per proporcionar informació en un grup de medicaments

considerats de risc com són l'isotretionina, el misoprostol i les benzodiazepines (Kessler, 1991).

A partir d'aquí, la informació sobre els medicaments es va fer més extensiva i generalitzada, i a principis dels anys 90, la Comissió Europea va publicar una Directiva sobre l'etiquetat i el prospecte dels medicaments d'ús humà (European Commission, 1992). L'objectiu principal era proporcionar a tots els usuaris informació completa i comprensible per tal que els medicaments es poguessin utilitzar amb seguretat i de forma efectiva. La seguretat de la ciutadania era la preocupació primordial i els prospectes havien de reflectir els termes de l'autorització de comercialització dels medicaments (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency, 2005). A l'estat espanyol aquesta directiva es va implementar l'any 1993 a partir de la Llei del Medicament (article 19) on es recull que a la informació dirigida al públic hi ha de constar les dades d'informació i recomanacions que es determinin per a un ús racional dels fàrmacs; i a partir del RD 2236/1993 on s'estableix una regulació sobre l'etiquetat i prospecte, separant el contingut del prospecte del de la fitxa tècnica (de caràcter més professional) i determinant la necessitat de redacció en termes clars i comprensibles pel consumidor (Gobierno de España, 1990; Gobierno de España, 2003).

A partir del 1999, els prospectes dels medicaments, amb informació sobre indicacions, advertències, precaucions, administració i efectes adversos, van esdevenir obligatoris. A més, des de l'any 2005, la llegibilitat i comprensibilitat dels prospectes cal que siguin avaluades pel públic a través d'un procés *d'user-testing* o validació amb els usuaris (Raynor, 2013; European Union, 2004).

El fet d'utilitzar un procés *d'user-testing* en els prospectes ha sigut un gran avenç en intentar adaptar la informació a les necessitats dels pacients. Aquest procés es realitza amb un grup objectiu de pacients no experts als quals se'ls hi realitza una entrevista dividida en dues parts. La primera part determina si els membres del grup poden trobar i identificar els punts claus de la informació i en la segona part, es formulen preguntes obertes sobre què ha agradat i el que no. Posteriorment s'apliquen els canvis pertinents i es valida per segon cop (Raynor, 2013).

Tot i que la implementació del procés *d'user-testing* ha comportat canvis positius en termes de llegibilitat i comprensibilitat als prospectes, la millora d'aquests és

un aspecte que està en constant estudi per tal de maximitzar els beneficis del seu ús. En aquest sentit, un informe de la Comissió Europea indica que el procés de validació amb els usuaris hauria de consistir en un cicle iteratiu d'escriure, dissenyar i validar els prospectes per tal de permetre als usuaris actuar de forma apropiada en funció de la informació inclosa en ells (Van Dijk et al., 2014). Per altra banda, tot i que no hi ha una única manera de presentar la informació escrita, sí que s'han descrit alguns principis que s'han de tenir en compte en el redactat dels prospectes (Van Dijk et al., 2014; Raynor i Dickinson, 2009; Dickinson et al., 2016):

- Escriure de forma conversacional i dirigir-se al lector de “tu”. Això facilita l'ús d'un llenguatge simple i planer.
- Utilitzar la veu activa.
- Fer servir pictogrames i gràfics però que siguin simples i comprensibles.
- Donar importància al format i al disseny per facilitar que la informació sigui atractiva i fàcil de llegir.
- Agrupar la informació per punts o vinyetes.
- Utilitzar la negreta i els encapçalaments per emfatitzar la informació.

També s'està treballant en com ordenar la informació per a què els pacients la trobin fàcilment. Alguns pacients consideren les advertències, les precaucions i els efectes adversos com una única categoria i preferirien una única secció dins el prospecte. Un altre aspecte que s'està estudiant és en utilitzar una llista de cinc a nou punts clau on es resumeixi la informació més rellevant de cada medicament (Pander Maat, Lentz i Raynor, 2015; Van Dijk et al., 2014).

Malgrat els esforços i iniciatives de les agència reguladores per millorar i treure el màxim rendiment dels prospectes, la majoria dels pacients creuen que la informació que proporcionen no compleix les seves necessitats degut a una baixa llegibilitat de la informació escrita; que la informació està descontextualitzada, no és rellevant per a ells i no s'adapta a la seva malaltia; i que sovint falta informació, com ara una comparativa amb altres alternatives terapèutiques (Fuchs, Hippus i Schaefer, 2006; March Cerdá et al., 2010; Young, Tordoff i Smith, 2017).

Els pacients necessiten informació que els sigui d'utilitat per prendre decisions sobre si el medicament és adequat per a ells, i informació per poder prendre decisions al llarg del tractament sobre l'ús dels fàrmacs i la interpretació dels símptomes (Raynor et al., 2007). Tanmateix no volen que la informació escrita sigui un substitut de la informació verbal dels professionals sanitaris (Raynor et al., 2007). En aquest sentit, un altre informe de la Comissió Europea indica que el prospecte no ha de ser l'única informació sobre el medicament, però que la informació dels medicaments s'ha d'integrar per ser part de tot el procés assistencial (Raynor et al., 2007; Van Dijk et al., 2014).

Pel que fa a la utilitat dels prospectes, la majoria dels pacients els utilitzen com una font d'informació complementària. Habitualment, quan s'utilitza un medicament per primer cop és quan més es consulten els prospectes o quan es fan més preguntes als professionals sanitaris. Els "efectes adversos" és l'apartat que més interessa a la ciutadania i el motiu més freqüent per llegir el prospecte (March Cerdá et al., 2010; Raynor, Silcock i Knapp, 2010).

Tenint en compte que les necessitats d'informació dels pacients sobre els medicaments són majors quan s'inicia un tractament farmacològic, des del Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona es va posar en marxa a finals del 2019 un projecte d'informació personalitzada al pacient en la primera dispensació del fàrmac. Una informació personalitzada proporcionada abans que l'usuari iniciï el tractament es considera cabdal per aconseguir un ús el màxim de segur i efectiu dels medicaments. Això és d'important transcendència per exemple amb els medicaments amb estret marge terapèutic i/o formes farmacèutiques complexes que poden dificultar el seu ús. Els farmacèutics, en el marc d'aquest projecte, tenen a disposició eines informatives sobre els medicaments per tal de contribuir en l'ús segur dels fàrmacs (Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona, 2019).

Tenint en compte les limitacions dels prospectes, Internet pot oferir als lectors aquella informació adaptada a les seves necessitats, sempre i quan estigui ben estructurada i estratificada. En aquest sentit, per tal de suplir les mancances de la informació a la ciutadania que ofereixen les agències reguladores amb els prospectes, s'han anat desenvolupat diferents iniciatives públiques per oferir informació independent i basada en l'evidència sobre medicaments. Algunes

d'elles han estat desenvolupades pels Centres d'Informació de Medicaments (CIM). Inicialment, els CIM, creats fa més de 50 anys, estaven focalitzats en la informació sobre medicaments per a professionals sanitaris, però el gran canvi de les TIC i la fàcil disseminació de la informació sobre salut han canviat l'escenari dels seus serveis i alguns d'ells han obert noves línies de treball amb informació dirigida a la ciutadania. (Diego, 2012) Un dels exemples de referència de CIM és la NHS UK Medicines Information pharmacist network que, a través del portal de l'NHS (<https://www.nhs.uk/medicines/>) ofereix informació sobre els medicaments seguint les seves línies editorials i polítiques farmacèutiques (Raynor, 2018).

Al nostre entorn, dos CIM de diferents administracions de salut, el Cevime (https://www.euskadi.eus/web01-a2cevime/es/contenidos/informacion/ibotika_aurkezpena/es_def/index.shtml); i el CedimCat (<https://cedimcat.info>) tenen, des de fa anys, una línia estratègica per a pacients. Tot i que no és habitual, en algun cas, s'ha creat un centre d'informació de medicaments exclusivament per oferir informació als pacients com ara el Centre d'Informació de Medicaments de Dresden, Alemanya (Goltz i Kirch, 2012). Actualment les webs de molts Departaments de Salut ofereixen informació sobre medicaments dirigida a la ciutadania seguint les seves polítiques sobre la utilització dels fàrmacs. N'és un exemple la pàgina web del Departament de Salut del govern d'Austràlia, NPS Medicine Wise (<https://www.nps.org.au/consumers>) que pretén ajudar als pacients a prendre la millor decisió sobre els medicaments i les proves mèdiques (Weekes et al., 2018). Un altre exemple més proper, és la web Canal Medicaments i Farmàcia (<http://medicaments.gencat.cat/ca/inici/>) que s'inclou en el marc de la web Canal Salut, un projecte liderat pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya per fomentar la coresponsabilitat de la ciutadania en la seva salut i promoure el bon ús del sistema sanitari. La web Canal Medicaments i Farmàcia ofereix informació científica, objectiva i actualitzada sobre medicaments, basada en l'expertesa del sistema sanitari català tant a professionals sanitaris com a la ciutadania, i on s'engloba la informació del CedimCat. En l'apartat de la ciutadania destaca la base de dades de medicaments amb la informació més rellevant de cada medicament en un llenguatge planer; l'opció a realitzar un pla

de medicació o pla horari adaptat a cada usuari; un seguit de documents sobre diferents aspectes dels medicaments; i la farmacoteràpia que pretén resoldre dubtes i transmetre informació de com utilitzar-los amb responsabilitat i seguretat. A l'apartat 8.1.1 es detalla el funcionament d'un grup de treball multidisciplinar que elabora aquests documents.

A l'entorn sanitari català, no només la web oficial del Departament de Salut ofereix informació a la ciutadania sobre salut, sinó que diferents entitats proveïdores, organismes sanitaris i societats científiques també n'ofereixen a través dels diferents formats de la web 2.0 i les xarxes socials.

Per altra banda, l'increment constant de la participació ciutadana en la salut i la tendència cap a un model de processos de "decisió compartida" ha comportat l'elaboració de material o instruments d'ajuda a la decisió compartida de qualitat per tal de donar suport i ajudar als pacients a decidir. Aquests documents es diferencien de la informació tradicional en què no s'indica què s'ha de fer sinó que s'informa de les diferents opcions disponibles i els resultats esperables de cada una d'elles. En principi, aquests documents estan dissenyats amb la finalitat que s'utilitzin a les sales d'espera, a la consulta o a casa, i alhora serveixin per discutir i prendre decisions a la consulta mèdica (Diego, 2017; Coulter i Collins, 2011). Els formats dels instruments de "decisió compartida" són variats i van des de vídeos, programes informàtics o aplicacions mòbil a fulletons o llibrets informatius (Gigerenzer i Gray, 2011).

La majoria de les eines de "decisió compartida" s'han desenvolupat als Estats Units i Canadà. Alguns exemples d'organitzacions sanitàries que en desenvolupen són la Ottawa Health Decision Center (www.ohri.ca/decisionaid); la Mayo Clinic (www.mayoclinic.com); l'AHRQ (www.ahrq.gov) o el Dartmouth Institute (https://med.dartmouth-hitchcock.org/csdm_toolkits.html).

Amb uns anys de retard, aquestes iniciatives també han arribat a Catalunya i actualment hi ha en marxa un projecte de "decisiones compartides" impulsat per l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries (<http://decisionescompartides.gencat.cat/ca/inici>).

Actualment d'instruments de "decisió compartida" n'hi ha més de 700 inventariats on s'hi inclouen els que aborden opcions farmacològiques. Aquests instruments

han estat desenvolupats seguint els estàndards de la col·laboració IPDAS -veure apartat 4.1- (Diego, 2017). Han demostrat que el seu ús, respecte a l'atenció sanitària estàndard, millora la percepció del risc i el coneixement de les opcions disponibles, redueix el conflicte decisonal i augmenta lleugerament el temps mitjà de la consulta mèdica (Stacey et al., 2014).

2.2. Fonts d'informació de medicaments extra-oficials

A banda de les fonts d'informació oficials, la realitat és que un pacient o un ciutadà té fàcilment a l'abast informació sobre medicaments de moltes altres fonts possibles. Aquestes fonts van des de les publicacions i materials audiovisuals de les especialitats farmacèutiques publicitàries (fulletons, revistes, butlletins, vídeos corporatius, vídeos publicitaris, informes escrits, memòries, entre d'altres); els prospectes dels medicaments (ja siguin especialitats farmacèutiques publicitàries o no); les fonts que promouen els professionals sanitaris; fins a altres fonts no convencionals o extra-oficials com les que generen els mitjans de comunicació o internet (Palencia-Lefler, 2011; Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2019). Així, cal destacar el paper que juguen els mitjans de comunicació com a recurs d'informació sobre salut i farmacoteràpia i l'ús indiscriminat de la consulta a través del buscador de Google, col·loquialment denominat "Dr. Google". Moltes d'aquestes fonts no considerades de referència poden presentar limitacions greus sobre la qualitat de la informació sobre salut que proporcionen.

Alguns autors consideren els mitjans de comunicació com una gran eina d'informació sobre salut en general i sobre medicaments i farmacoteràpia en particular (Vasterman, Yzermans i Dirkzwager, 2005; Redmond et al., 2010; Revuelta, 2006). De fet, es considera que els mitjans de comunicació són un vehicle per a l'educació sanitària de la ciutadania (Semir, 2010). A mitjans dels anys 90, per iniciativa de la Fundació privada Vila Casas, i desenvolupat per l'Observatori de la Comunicació Científica de la Universitat Pompeu Fabra, es va iniciar el Projecte Quiral amb l'objectiu de reflexionar sobre el paper dels mitjans de comunicació en la difusió de la informació sanitària. Com a tall d'exemple de l'interès dels mitjans del nostre entorn sobre temes relacionats amb la salut, els

resultats dels informes Quiral mostren que des del 1997 fins al 2006 es van publicar en cinc diaris –El País, El Mundo, ABC, La Vanguardia i El Periódico de Catalunya– 88.555 textos sobre salut i medicina. Tant els primers informes Quirals com els darrers centrats en una única temàtica (l'any 2018 el tema va ser “Dona, salut i comunicació”) corroboren que els mitjans de comunicació suposen una font important d'accés a la informació sobre salut (Revuelta i De Semir, 2008; Revuelta, 2006; Fundació Vila Casas, 2019).

Els mitjans influeixen de forma poderosa en l'opinió i la percepció de la salut i l'atenció sanitària de la ciutadania (Gigerenzer i Gray, 2011). Per tant cal que el periodisme científic i concretament el periodisme sobre salut sigui de qualitat, i no únicament en termes de comunicació periodística. Les notícies dels mitjans de comunicació sobre medicaments habitualment comporten informació inadequada i incompleta sobre els riscos, els beneficis i el cost dels tractaments (Moynihan et al., 2000; Cassels et al., 2003). Les dades qualitatives sobre com funciona un medicament nou s'obvien en les notícies de premsa. És freqüent que s'hi incloguin anècdotes amb pacients per descriure els beneficis potencials dels fàrmacs i la informació sobre els efectes adversos dels nous medicaments, i els pacients més susceptibles a desenvolupar-los no es detallen. Freqüentment, la magnitud dels riscos i els beneficis s'expressa en termes relatius sense tenir en compte el risc basal o el risc absolut (Gigerenzer et al., 2007). En aquest sentit, es podria considerar que molts articles periodístics semblen anuncis i no notícies sobre medicaments (Semir, 2010). En general, doncs, la qualitat de la cobertura de les notícies sobre salut relacionades amb medicaments, productes sanitaris, proves diagnòstiques i procediments mèdics és baixa (Schwitzer, 2014). Això ha generat la necessitat de crear estructures destinades a millorar la informació científica a través dels mitjans de comunicació amb l'objectiu de fer un seguiment de la cobertura de les notícies relacionades amb la salut per part de les principals agències de notícies. En destaquen, Behind the Headlines (<https://www.nhs.uk/news/>) del NHS, el Medien-doktor (<http://www.medien-doktor.de>) desenvolupat per la Universitat de Dortmund, i el projecte americà Health News Review (<https://www.healthnewsreview.org>).

Un dels exemples recents sobre els possibles efectes de les notícies en la societat és la falsa associació entre les vacunes i l'autisme (Clarke, 2011; Smith

et al., 2008; Hansen et al., 2019). Tot i que l'evidència científica ha demostrat que no hi ha cap relació entre les vacunes i l'autisme, diferents grups antivacunes, principalment als Estats Units i Anglaterra, no s'ho creuen. Les pàgines webs i xarxes socials dels moviments antivacunes estan emmascarades com a fonts d'informació fiable i plenes de "falsos" metges i científics. En aquesta atmosfera d'incertesa i desconeixement, i davant una malaltia greu com l'autisme de la qual no s'ha acabat de definir les causes principals, la majoria dels mitjans de comunicació han ofert una barreja informativa no sempre correcta, científicament parlant (Gigerenzer i Gray, 2011). Molts dels documents oferts pels mitjans de comunicació han donat la mateixa veu a les dues opcions contraposades, la científica i l'opositora, i en algunes ocasions fins i tot s'ha obviat o menystingut la informació científica i no s'ha explicat l'evidència que desmunta la relació entre les vacunes i l'autisme. A més, la por sobre si les vacunes causen autisme s'ha intensificat per la manca de comprensió pública del risc associat a l'administració de vacunes, i des dels mitjans no s'ha fet tot el possible per transmetre una informació correcta i entenedora per tal que la ciutadania pugui comprendre apropiadament els riscos. Moltes de les publicacions no expliquen que menys d'1 persona entre un milió que es vacunen amb la vacuna triple vírica (xarampió, rubèola i parotiditis) desenvolupen una reacció al·lèrgica i que el risc de no vacunar els nens contra aquestes infeccions és considerablement molt més alt (Gigerenzer i Gray, 2011).

Per altra banda, una enquesta espanyola recent indica que els metges i els farmacèutics són encara les fonts d'informació sobre salut més consultades però internet com a font d'informació on-line no para de créixer i aproximadament el 60% de les cerques a la xarxa corresponen a temes de salut. Els temes que es busquen són variats i es cerca informació tant sobre malalties i els tractaments disponibles com d'altres aspectes relacionats amb l'estil de vida com ara dieta, nutrició o exercici físic (Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, 2016; Centro Vasco de Información de Medicamentos. 2019).

Internet ha canviat la relació del ciutadà amb la informació i gestió de la seva salut i actualment cada cop els pacients són més participatius i interactius, ja sigui a través de la participació en fòrums de pacients o el consum d'informació

web de forma continuada. Aquest aspecte també mostra el paper més actiu de la ciutadania en la presa de decisions sobre la salut, especialment relacionades amb el diagnòstic, tractament i seguiment, dins el sistema sanitari. Alhora l'accés a internet i les possibilitats que ofereix la web 2.0 ha comportat un canvi en el qual el periodisme tradicional d'intermediació, entre els que tenen uns coneixements determinats i els que no, està evolucionant cap a simples proveïdors de continguts. I al mateix moment també ha evolucionat cap el que s'anomena periodisme ciutadà, on tothom pot ser receptor i emissor d'informació (Semir, 2010).

Gran part de la informació que hi ha a internet no està regulada, la seva qualitat no està garantida i cal prudència abans de prendre una decisió sobre salut basant-se únicament en aquestes dades (Brunetti i Hermes-DeSantis, 2010; Lexchin, 2000; Coleman, 2003). L'Acadèmia Nacional de Medicina (NAM) dels Estats Units antigament denominada Institut de Medicina (IOM) ha afirmat que *"Internet és una mica com el salvatge oest: té enormes quantitats de territori no regulat i ningú se'n fa càrrec"*.

Davant aquesta situació és important que els pacients sàpiguen que no tota la informació que hi ha a internet és fiable, i que aquesta informació ha de servir per millorar en comptes de substituir la relació dels pacients amb els professionals de la salut. D'aquesta manera, és important que els pacients estiguin al cas d'alguns aspectes que poden ser indicatius de la fiabilitat i la qualitat de la informació sobre salut de les pàgines web que es consulten, com ara: qui hi ha al darrere de la informació; els objectius que vol aconseguir la pàgina web; si la informació està referenciada amb bibliografia; si es tracta d'informació actualitzada; si es disposa de dades de contacte, entre altres. No obstant això, aquesta tasca no és fàcil i per facilitar la identificació d'aquelles web de salut considerades de referència, fiables i creïbles, s'han desenvolupat diferents segells de certificació generats per diferents organitzacions sanitàries i no governamentals, essent el més conegut el que atorga la HON Foundation (Més informació al punt 4.3).

Les notícies falses sobre salut, o enganys, que circulen amb facilitat per la xarxa són habituals. Una de les notícies falses relacionades amb els medicaments que ha circulat sovint és la dels antigripals i l'hemorràgia cerebral causada pel principi

actiu fenilpropalamina. En aquest cas, fins i tot l'AEMPS va haver d'emetre un comunicat sobre la seguretat dels medicaments que contenien aquest principi actiu i on s'explicava que l'hemorràgia cerebral s'havia detectat com a efecte advers quan s'utilitzava a dosis molt elevades com a supressor de la gana. Aquest comunicat també indicava que, uns anys abans que circulés aquesta falsa notícia, l'AEMPS ja havia fet una valoració del balanç benefici-risc dels medicaments que contenien fenilpropanolamina, únicament indicats al nostre entorn com antigripals, i s'havien pres mesures per garantir un ús segur d'aquests fàrmacs (AEMPS, 2008). La quantitat de situacions com aquesta, ja siguin de medicaments o de temes relacionats amb la salut en general, ha fet que s'hagin desenvolupat diferents iniciatives que intenten desmentir la informació falsa sobre salut d'internet i les xarxes socials, i així contribuir a una informació veraç i fiable a la xarxa. N'és un exemple la iniciativa Salud sin Bulos (<https://saludsinbulos.com/>) de l'agència de comunicació COM SALUD en col·laboració amb l'Associació d'Investigadors en eSalud.

A banda de les notícies falses sobre salut, el fenomen recent de les "*influencers*" i la seva capacitat de marcar tendència i introduir canvis d'hàbits de consum, també ha arribat al món dels medicaments i la farmàcia. Una de les grans *influencers*, Kim Kardashian (quasi 150 milions de seguidors en el seu perfil d'instagram l'any 2019) va publicar l'any 2015, quan estava embarassada, un post sobre els beneficis d'un medicament similar al Cariban® que contenia doxilamina i piridoxina (Diclegis®). Aquesta "influencer" va rebre 450.000 € pel post, inversió que el laboratori va recuperar ràpidament ja que, en pocs mesos, l'increment de les vendes d'aquest medicament va ser d'un 21% (Thomas, 2019). Després de la publicació del post, la FDA va advertir al laboratori que s'havien omès els efectes adversos del fàrmac (Gervais, 2015). Posteriorment, l'any 2017, la *influencer* va tornar a promoure l'ús d'aquest medicament a través d'Instagram, però en aquesta ocasió va incloure també informació sobre seguretat. Aquesta activitat promocional a través de les xarxes socials és tendència i la llista d'*influencers*, ja siguin professionals sanitaris o no, promovent l'ús de determinades marques sanitàries o laboratoris farmacèutics, és llarga. Recentment, a Espanya, la promoció d'Eridrosis® (tovalloletes d'eritromicina) per millorar l'acne, per part d'una *influencer* amb més de 1,2 milions de seguidors a

Instagram a finals del 2019 ha tingut una gran repercussió mediàtica i ha estat denunciat per diferents professionals sanitaris. En les publicacions a les xarxes s'ha comparat aquest medicament amb un cosmètic, obviant que es tracta d'un antibiòtic, que requereix recepta mèdica per a la seva dispensació i que la majoria de les guies de tractament no el recomanen per la seva escassa eficàcia en monoteràpia, i pel seu problema de resistències a antibiòtics. Aquest cas no és un cas aïllat i s'han difós molts missatges amb altres medicaments com són: l'ús de l'eritromicina per a l'acne; la mupirocina pels piercings; la clorhexidina per no haver de rentar-se les dents; la lidocaïna tòpica 5% per a la depilació làser; o les benzodiazepines per dormir; entre d'altres.

A diferència de països com els Estats Units o Nova Zelanda, a l'Estat espanyol la publicitat i promoció de medicaments únicament està permesa per a aquells medicaments que no siguin estupefaents, que no requereixin recepta mèdica i que no estiguin finançats pel sistema sanitari públic. La última guia sobre la publicitat de medicaments d'ús humà dirigida al públic del Ministeri de Sanitat, publicada el mes de juny del 2019, s'ha adaptat a l'entorn digital i especialment a les xarxes socials com a nous canals de publicitat. No obstant això, està únicament enfocada a facilitar les accions ja siguin de la indústria farmacèutica, com de l'administració sanitària, per harmonitzar la interpretació de la normativa vigent en matèria de publicitat (Generalitat de Catalunya, 2019).

En els casos detectats al nostre entorn, les recomanacions de les *influencers* es realitzen a nivell personal, sense retribució econòmica però, en qualsevol cas, cal tenir en compte que s'està vulnerant el marc normatiu ja sigui per la promoció d'un medicament que requereix recepta mèdica per dispensar-se o simplement per la incitació al consum de medicaments degut a la seva popularitat. Així doncs, els riscos de la promoció del mal ús dels medicaments per part de personatges de les xarxes socials són considerables. Es tracta de persones sense formació sanitària que recomanen medicaments a partir del "a mi em funciona" ignorant completament els riscos i implicacions sobre un mal ús dels medicaments (Robert Sabaté i Diego, 2019).

Davant aquest panorama, amb una gran quantitat d'informació sobre medicaments no sempre de qualitat i fiable, és important estimular, entre els pacients i la ciutadania, la reflexió crítica sobre la informació que rebin i dirigir-se

als professionals sanitaris o a aquella d'internet considerada de qualitat, contrastada i fiable. I per altra banda, és responsabilitat de tots els agents implicats en la divulgació i difusió d'informació farmacoterapèutica que aquesta sigui de qualitat, basada en l'evidència, fiable i adaptada a la ciutadania.

3. AVALUACIÓ DE LA LLEGIBILITAT D'UN TEXT

3.1. Llegibilitat i comprensibilitat

3.2. Fórmules per analitzar la llegibilitat d'un text en anglès

3.3. Fórmules per analitzar la llegibilitat d'un text en espanyol i en català

3. AVALUACIÓ DE LA LLEGIBILITAT D'UN TEXT

3.1. Llegibilitat i comprensibilitat

La llegibilitat es defineix com la facilitat per llegir i comprendre un text (Bagot Estopa, 2017; Gröne Oana, 2010). Si s'amplia la definició de llegibilitat, es concreta en l'aptitud d'un text per ser llegit amb facilitat i còmodament (Barrio-Cantalejo, Simón-Lorda, Melguizo et al., 2008). Això fa referència tant a elements tipogràfics com també a l'estil, la claredat de l'exposició, la manera d'escriure i el llenguatge utilitzat. Els tipus de llegibilitat més estudiats són la llegibilitat tipogràfica –que compren la mida, la forma, l'espai i el disseny de les paraules al text– i la llegibilitat lingüística. Aquest darrer tipus es desglossa en dos subtipus: la llegibilitat gramatical –que engloba l'estructura i la construcció gramatical del text– i la llegibilitat lèxica, que s'interessa pel significat de les paraules (Barrio-Cantalejo, Simón-Lorda, Melguizo et al., 2008).

Cal diferenciar la llegibilitat de la comprensibilitat d'un text. Aquesta és la qualitat d'un text respecte a la comprensió i interpretació en relació amb l'estil i el seu argument. Té en compte tant les característiques del text com les habilitats personals. Per tant, amb aquestes definicions, i dins l'àmbit de la salut, es pot considerar la comprensibilitat com un element que uneix la llegibilitat i l'alfabetització per a la salut d'un pacient (Luk i Aslani, 2011).

Les fórmules per avaluar la llegibilitat dels textos tenen com a base que són més fàcils de llegir si hi ha poques paraules, poques frases i aquestes són curtes. Des de fa dècades se n'han desenvolupat moltes, la majoria d'elles han estat creades en llengua anglesa i el seu ús està estès en l'àmbit educatiu, en la publicitat, en l'àmbit comercial industrial i també en el sanitari. Tot i que en l'entorn sanitari les fórmules de llegibilitat proporcionen una manera senzilla per estimar la dificultat de lectura d'una informació escrita relacionada amb la salut, cal tenir en compte que aquestes eines no són un mètode d'avaluació precís, i que cap d'elles permeten, amb evidència suficient, establir el grau de dificultat de comprensió d'un text relacionat amb la salut. De fet, només tenen en compte el llenguatge i no inclouen una avaluació del to, l'estructura, el format, el disseny, i si el contingut és acurat i fiable. Com a exemple, segons aquestes eines és més difícil assimilar una paraula polisil·làbica que una monosil·làbica. En aquest

sentit, en els textos mèdics el percentatge de termes polisil·làbics és elevat i alhora s'utilitzen molts símbols i moltes sigles que comptabilitzen com una única paraula. Concretament, els noms dels medicaments són habitualment polisil·làbics i, per tant, això incrementa el nivell de llegibilitat de forma errònia.

Tot i que hi ha evidència que la majoria de la població entén més un text quan les paraules i les frases són curtes i simples, també és veritat que paraules i frases llargues no tenen per què ser sempre sinònim de dificultat. En aquest sentit, la majoria dels experts recomanen utilitzar les eines de llegibilitat amb precaució i aplicar-les amb altres mètodes per avaluar la qualitat i l'accessibilitat. Per tant, es consideren eines indicatives i es recomana utilitzar-les conjuntament amb altres tècniques complementàries que avaluin per exemple la comprensibilitat semàntica, la llegibilitat tipogràfica, els tecnicismes o l'evidència científica del material (Bagot Estopa, 2017; Gröne Oana, 2010; Doack CC, Doack i Roor, 1996; Luk i Aslani, 2011).

3.2. Fórmules per analitzar la llegibilitat d'un text en anglès

S'han desenvolupat diferents fórmules per avaluar la llegibilitat, principalment als Estats Units, com ara la fórmula de Flesch-Kincaid, la fórmula de Flesch, l'eina SMOG, la fórmula FRY o la Gunning Fog, entre d'altres. En l'àmbit de la salut, les més emprades són les tres primeres (Wang et al., 2013; Luk i Aslani, 2011).

La fórmula de **Flesch-Kincaid** es va desenvolupar als anys 40, es va actualitzar als anys 70 i està disponible com una eina complementària al programa informàtic Microsoft Word. Aquesta fórmula classifica els documents en funció dels nivells escolars americans, tot i que també s'ha adaptat a la Gran Bretanya. Aquesta fórmula s'ha utilitzat en materials sobre temes de salut com ara l'asma, en la prevenció primària de malalties cardiovasculars, en el tractament farmacològic de la gota i les teràpies de disminució de l'urat, i fins i tot en l'avaluació dels prospectes dels medicaments biològics autoritzats a Europa (Bonner et al., 2019; Phua et al., 2019; Jimenez-Liñan et al., 2017; Piñero-López et al., 2016).

La fórmula **SMOG** –*Simplified Measure of Gobbledygook*– va ser desenvolupada per McLaughlin l'any 1969. S'estima que prediu la comprensió d'un material

escrit entre el 90 i el 100%.(Wallace et al., 2008) El procediment per aplicar aquesta eina i obtenir un resultat acurat és seleccionar 10 frases consecutives al principi, al mig i al final del document. S'ha utilitzat, per exemple, en la determinació de la llegibilitat de recursos pel maneig de la depressió, en l'àmbit de l'ortopèdia o la urologia, o en l'educació sexual (Rathod et al., 2019; Seewoonarain, Johnson i Barrett, 2018; Stewart et al., 2019; Corcoran i Ahmad, 2016). En el camp dels medicaments s'ha utilitzat en l'avaluació dels prospectes de medicaments biotecnològics, medicaments oculars o medicaments de venda lliure a les farmàcies (Khurana, Lee i Challa, 2003; Bradley, Singleton i Li Wan Po, 1994; Piñero-López et al., 2016).

Cutts (2008) a l'article *Writing by numbers: are readability formulas to clarity what karaoke is to song?* evidencien la manca de concordança i la gran diferència en els resultats quan s'apliquen en el mateix text la fórmula de Flesch-Kincaid i la fórmula SMOG. Aquesta diferència s'explicaria pel fet que l'SMOG té com a objectiu un 100% de comprensió mentre que la Flesch-Kincaid només d'entre un 75-80% (Cutts, 2008).

La fórmula **Fry** és un altre mètode que calcula la llegibilitat a mà i de forma visual, a partir d'un gràfic on es representa la llargada de les frases i la mitjana en el número de síl·labes. Tot i que s'ha utilitzat menys que les anteriors, hi ha experiències d'ús publicades en programes per a la deshabitació del tabac o en la informació on-line del síndrome de la bufeta hiperactiva (Rollins et al., 2018; Koo, Shee i Yap, 2017).

L'índex de **Gunning FOG** és una eina utilitzada inicialment en la literatura popular que es pot utilitzar a mà però que també està informatitzada. Els consentiments informats en cirurgia, els qüestionaris urològics o el material educacional sobre seguretat de medicaments són alguns exemples on s'ha usat aquest índex (Sonmez et al., 2017; Betschart et al., 2018; Chan, Russell i Smith, 2018).

La Lexile Score, la fórmula de RIX, la fórmula Dale-Chall, la fórmula de Coleman-Llau o la de RES són altres eines disponibles per mesurar la llegibilitat però aquestes han tingut un ús molt minoritari en l'àmbit de la salut (Luk i Aslani, 2011).

3.3. Fórmules per analitzar la llegibilitat d'un text en espanyol i en català

La primera proposta per dissenyar una eina que permet avaluar la llegibilitat dels textos en espanyol és la fórmula de lecturabilitat desenvolupada per **Fernández Huerta** el 1959 (Fernández-Huerta, 1959). Es tracta d'una adaptació de la fórmula Flesch i en les quals es van establir valors que oscil·len entre 0-100, de molt difícil a molt fàcil, segmentats en 7 trams, associats al nivell educatiu. Posteriorment, **Szigriszt Pazos** (1993) va desenvolupar la *Fórmula de Perspicuidad* a partir de la fórmula de RES en la seva tesi doctoral. En ella es va establir que un text té una llegibilitat normal si la puntuació està entre 51-65 i quan més proper a 0 sigui el resultat més difícil serà. També s'ha adaptat a l'espanyol la fórmula de Fray i se n'han desenvolupat d'altres en les quals s'obté l'adequació en funció de l'edat (Szigriszt F, 1993).

Barrio Cantalejo (2008) completa el treball de Szigriszt comparant-lo amb l'índex original de Flesch i adaptant-lo als hàbits lectors dels espanyols. El resultat va ser l'eina **INFLESZ**, (<https://legibilidad.blogspot.com/2015/01/el-programa-inflesz.html>) un programa de fàcil i ràpida aplicació, d'accés lliure, i que recull les fórmules anteriorment mencionades per calcular la llegibilitat (Barrio-Cantalejo, Simón-Lorda, Melguizo et al., 2008). En aquesta eina, el valor de 55 és el que marca el límit entre el que resulta normal i el que resulta difícil de llegir; i es classifica el material en 5 segments: molt difícil, relativament difícil, normal, bastant fàcil o molt fàcil.

Des de l'aparició d'INFLESZ han augmentat les publicacions d'anàlisis de comprensibilitat i llegibilitat de textos relacionats amb la salut en llengua espanyola. Hi ha estudis publicats utilitzant aquest programa informàtic sobre els trastorns del sol pelvià; en l'àmbit de l'otorrinolaringologia; en l'avaluació dels consentiments informats utilitzats en els hospitals del sistema sanitari públic; en material educatiu sobre la diabetes mellitus-2; o els prospectes dels medicaments (Robb et al., 2019; Nassif, Wong i Levi, 2018; Mariscal-Crespo, Coronado-Vázquez i Ramirez-Durán, 2017; Caro-Bautista et al., 2016; Ballesteros-Peña i Fernández-Aedo, 2013).

Pel que fa a eines per avaluar la llegibilitat desenvolupades en llengua catalana, en la cerca bibliogràfica realitzada no se n'ha localitzat cap. De fet, experts en Ciències del Llenguatge de la Universitat Pompeu Fabra que han dut a terme diferents estudis en la comprensió dels informes mèdics des d'una mirada lingüística, han utilitzat les eines per avaluar la llegibilitat desenvolupades en espanyol tant pels informes mèdics en castellà com pels informes en català (projecte RecerCaixa JUNTS https://www.upf.edu/es/web/medicina_comunicacio).

4. AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE LA INFORMACIÓ SOBRE SALUT

4.1. Avaluació de la qualitat a través de les guies de bona pràctica

4.2. Instruments validats per avaluar material escrit

4.3. Acreditacions externes, codis de conducta i segells de qualitat a
internet

4. AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE LA INFORMACIÓ SOBRE SALUT

Quan es parla de l'avaluació de la qualitat de la informació relacionada amb la salut s'obren dos camins per fer-ho: un de formal i un d'informal. Els mètodes formals es basen principalment en utilitzar criteris desenvolupats per una organització acreditada i els mètodes informals es basen en l'autoavaluació amb el desenvolupament de *checklists*, processos i polítiques de treball basades en bones pràctiques de treball i en les necessitats i prioritats de cada entitat. (Smith, 2010)

En el cas que s'opti pels mètodes formals per a l'avaluació d'una informació relacionada amb la salut, es pot triar entre les acreditacions externes i els segells de qualitat, l'ús d'eines validades o seguir les recomanacions d'ús de diferents guies de bones pràctiques. El ventall de les eines per avaluar la qualitat és ampli i s'estima que se n'han desenvolupat més de 500, com ara el *checklist* de l'IPDAS, els criteris HON, DISCERN o l'EQIP. Aquestes eines es poden aplicar tant a material en paper o en webs i, com totes les eines de mesura, els instruments d'avaluació de la informació als pacients han de ser vàlids (és a dir, que mesurin el que han de mesurar) i fiables (que els resultats tinguin el mínim d'errors possibles).(Elwyn et al., 2006)

4.1. Avaluació de la qualitat a través de les guies de bona pràctica

Les guies de bona pràctica no són pròpiament eines específiques per avaluar la informació dirigida a la ciutadania però proporcionen una bona orientació als productors dels materials.

Un d'aquests exemples són els criteris establerts per la Patient Information Awards (PIA) de la BMA (British Medical Association). Aquests van ser desenvolupats l'any 1997 per fomentar l'excel·lència en la producció i disseminació d'informació als pacients, i per tal que aquesta informació fos accessible, tingués un bon disseny i fos clínicament equilibrada. Consten de diferents *checklist* en funció de si es tracta de material imprès o digital. Cada material s'avalua de forma individual amb uns criteris específics establerts en els

premis i posteriorment per diferents panells d'experts es realitza un avaluació final global (British Medical Association, 2019).

La guia "Producing Patient Information. How to research, develop and produce effective information resources" de la King's Fund Guide del Regne Unit està dissenyada per donar suport a diferents professionals sanitaris per desenvolupar informació de qualitat, clara, adequada i amb impacte, per tal d'ajudar als pacients a prendre decisions informades sobre la seva salut. Concretament, proporciona informació sobre quins aspectes cal tenir en compte i com començar a produir informació, com organitzar el procés d'elaboració i, finalment, com avaluar i actualitzar la informació un cop produïda. Una de les característiques a destacar d'aquesta guia és la implicació dels pacients en el desenvolupament dels materials i, concretament, es detallen diferents opcions per tal d'incorporar els punts de vista i les necessitats dels usuaris finals (Swain, 2003).

Un altre recurs anglès, concretament del NHS, és la guia "Toolkit for producing patient information" dirigida a aquells professionals que produeixen informació escrita per a pacients, cuidadors i pel públic en general. Aquesta guia forma part d'un pla global de millora de la informació als pacients dins el sistema sanitari d'aquest país. Pretén ser una eina fàcil d'utilitzar per escriure material de qualitat. En el desenvolupament hi van participar diferents organitzacions de pacients com la Patient Information Forum o la Royal National Institute for the Blind. Està dissenyada per saber com escriure i produir la informació de malalties, tractaments, procediments mèdics, proves, cirurgies i altres serveis, ja sigui en forma de fulletons, llibrets, fulls o pòsters (Department of Health NHS, 2003).

Tal i com s'ha comentat en el capítol 2, cada cop més els pacients volen disposar de més informació i participar en la presa de decisions sobre els tractaments mèdics. En aquest sentit, s'han desenvolupat eines de decisió compartida per informar i donar suport als pacients i així poder treballar conjuntament amb els clínics per tal identificar i triar l'opció mèdica que més s'adequa a les seves necessitats i voluntats. Per garantir que aquestes eines complien uns estàndards de qualitat es va crear, l'any 2003, l'IPDAS, uns estàndards desenvolupats a partir d'un procés Delphi amb investigadors, clínics, gestors i responsables polítics i pacients de 14 països (Elwyn et al., 2009). El document final és un *checklist* que consta dels següents apartats: informació, probabilitats, valors i

preferències, guiatge en la decisió, desenvolupament, evidència, transparència, llenguatge planer i avaluació.

Tot i que no serien pròpiament unes guies, des de La Xarxa Catalana d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut, s'han desenvolupat alguns recursos breus amb els aspectes claus, les consideracions i les característiques de la informació escrita per establir una comunicació efectiva amb els pacients (Xarxa d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut, 2019).

4.2. Instruments validats per avaluar material escrit

4.2.1. Suitability Assessment of Materials (SAM)

El Suitability Assessment of Materials (SAM) és un instrument estandaritzat i fiable d'avaluació de recursos formatius relacionats amb la salut (Vallance, Taylor i Lavalley, 2008; Rees, Ford i Sheard, 2003; Doack CC, Doack i Roor, 1996) i que s'ha emprat per mesurar l'adequació de materials sobre medicaments (Luk i Aslani, 2011). Va ser desenvolupat l'any 1993 per Cecilia Doak i Jane Root dins un projecte de la Johns Hopkins School of Medicine. Tot i que ha estat desenvolupat per avaluar material imprès, també s'ha utilitzat per avaluar recursos audiovisuals. Aquest instrument avalua diferents aspectes dels materials, classificats en 6 categories: contingut, grau d'alfabetització, gràfics, disseny i tipografia, motivació i estimulació per a l'aprenentatge, i idoneïtat cultural; i proporciona una classificació final del material en "excel·lent", "adequat" i "no apte" (Doack CC, Doack i Roor, 1996).

S'ha utilitzat en temes tant diversos com l'ús de dispositius d'inhalació per a la malaltia pulmonar obstructiva crònica (Fullmann et al., 2017), en material per a l'educació sanitària sobre malalties reumàtiques (Rhee et al., 2013) o en informació sobre la hipertensió arterial i la diabetis (Howe et al., 2016). El tret diferencial d'aquest instrument és que incorpora la idoneïtat cultural i la motivació per a l'aprenentatge, que són factors que influeixen en la interpretació i la comprensió de la informació (Luk i Aslani, 2011). No obstant això, es considera una eina subjectiva i llarga, ja que el temps que es requereix per avaluar un material és de 30-45 minuts (Vallance, Taylor i Lavalley, 2008; Wang et al., 2011; Doack CC, Doack i Roor, 1996).

4.2.2 Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT)

La Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT) és un mètode sistemàtic per avaluar i comparar la comprensibilitat i la factibilitat (capacitat dels lectors d'actuar en funció de la informació) dels materials formatius dirigits als pacients ja sigui material imprès (p.ex. fulletons o material imprès de la web) o audiovisual (p.ex. vídeos o presentacions multimèdia). En aquest sentit es disposa de dues versions, una pel material imprès (PEMAT-P) i una altra pel material audiovisual (PEMAT-A/V). Aquesta eina proporciona dues puntuacions globals expressades en percentatge, una per a la comprensibilitat i una altra per a la factibilitat; calculades a partir dels valors dels diferents ítems (0=en desacord; 1=d'acord; NA=no aplicable). PEMAT s'ha desenvolupat principalment per ser utilitzada pels professionals de la salut, per tal de determinar i seleccionar materials de formació adequats i fàcils d'entendre pels pacients (Shoemaker, Wolf i Brach, 2014). Tot i que l'ús d'aquesta eina no és tant extensiu com d'altres, s'ha utilitzat en l'avaluació de material educatiu audiovisual sobre la diabetis *mellitus* (Kang i Lee, 2019); en materials informatius sobre la dieta en pacients amb malaltia renal (Lambert et al., 2017); en fulletons divulgatius sobre el melanoma (Brütting et al., 2019); en l'avaluació d'aplicacions mòbils sobre el sol pelvià; entre d'altres (Han, Grisales i Sridhar, 2019). Recentment aquest instrument també s'ha utilitzat en l'avaluació de material educacional sobre la deprescripció de fàrmacs (Fajardo et al., 2019).

4.2.3 Ensuring Quality Information for Patients (EQIP)

L'eina Ensuring Quality Information for Patients (EQIP) està dissenyada per garantir la qualitat de la informació que reben els pacients i pot ser emprada tant per professionals sanitaris, creadors d'informació i investigadors. Aquesta eina permet analitzar la qualitat de qualsevol tipus d'informació escrita sobre salut, ja sigui impresa o digital (McCool et al., 2015; Vaona et al., 2011). Es tracta d'un *checklist* validat que compleix els criteris IPDAS i les recomanacions establertes per la BMA per l'avaluació de la informació sobre salut a la ciutadania (Charvet-Berard, Chopard i Perneger, 2008). S'ha utilitzat en diferents estudis on s'ha avaluat la informació sobre diferents opcions terapèutiques, i també en

informació sobre malalties cròniques (Charvet-Berard, Chopard i Perneger, 2008; Melloul et al., 2012; Vaona et al., 2011). Inicialment es va desenvolupar en l'àmbit pediàtric i té en compte aquelles necessitats d'informació que poden ser rellevants pels pares i/o tutors (Moult, Franck i Brady, 2004).

Alguns exemples d'àmbits en els quals s'ha aplicat aquest instrument és en la informació als pacients sobre la cirurgia bariàtrica (Vetter et al., 2018), en material sobre el síndrome del túnel carpià (Frueh et al., 2015), en èczema (McCool et al., 2015), en diabetis (Vaona et al., 2011) o en la prescripció d'estatines en l'àmbit de l'atenció primària (Dormuth et al., 2012). Per altra banda, s'ha utilitzat per analitzar informació en diferents formats ja sigui informació web o material escrit (Frueh et al., 2015 ; McCool et al., 2015 ; Vetter et al., 2018).

Consta d'un qüestionari amb 20 preguntes amb tres respostes possibles: sí (1 punt), parcialment (0,5 punts) i no (0 punts). La puntuació màxima és de 20 punts (Moult, Franck i Brady, 2004). Aquest qüestionari inclou els següents aspectes: objectiu, precisió i actualització de la informació, opcions terapèutiques i els seus efectes sobre la qualitat de vida, així com també els seus avantatges, desavantatges i efectes adversos. A més, també té en compte diferents aspectes del llenguatge com la llargada de les frases o l'ús de tecnicismes i aspectes de la presentació i el disseny (Charvet-Berard, Chopard i Perneger, 2008 ; McCool et al., 2015). En funció dels resultats obtinguts, l'eina proporciona diferents accions a seguir després de l'avaluació, com ara eliminar el material perquè no es considera apropiat o fer una segona revisió en diferents terminis de temps.

Cal tenir en compte però, que aquest instrument no avalua la llegibilitat i la comprensibilitat dels textos i per tant s'han d'utilitzar altres instruments específics per fer això. Per altra banda, tampoc avalua si l'evidència en la qual es basa la informació proporcionada és correcta i precisa. Es recomana realitzar un validació externa per part d'un expert en el camp específic del que tracta el material (Moult, Franck i Brady, 2004).

4.2.4. DISCERN

DISCERN és un instrument validat dissenyat per ajudar tant als pacients com als professionals de la salut a avaluar la qualitat de la informació escrita sobre diferents opcions de tractament (Charnock et al., 1999). Es va desenvolupar a la Gran Bretanya l'any 1996 per la British Library dins el programa de desenvolupament i recerca del NHS, i va incloure contribucions a través d'un panell d'experts, proveïdors d'informació sanitària i pacients. Des de llavors s'ha utilitzat en una gran quantitat d'estudis relacionats amb la informació dirigida a la ciutadania sobre càncer, malalties cròniques i trastorns com l'anorèxia i el trastorn pel dèficit d'atenció i hiperactivitat (Hübner et al., 2013; Grewal i Alagaratnam, 2013; Perdaens i Pieters, 2011; Kaicker et al., 2010; Montoya, Llopis i Gilaberte, 2011). L'any 2008 es va fer un ampliació de l'instrument per tal d'adaptar-lo a l'avaluació de recursos online (Matsoukas et al., 2008). Aquesta escala consta de 16 preguntes amb un escala de puntuació de 1 a 5. El valor 1 indica "NO" i el 5 "SÍ". Els valors entre 2 i 4 suggereixen que alguns elements de la pregunta hi són presents però no de forma completa. Les preguntes estan distribuïdes en tres seccions. La primera secció avalua la fiabilitat del material (preguntes de la 1 a la 8); la segona avalua la qualitat de la informació sobre la selecció del tractament (preguntes de la 9 a la 15); i la última secció és una pregunta global sobre la qualitat (pregunta 16). Les puntuacions oscil·len entre 15 i 80, essent 15 un indicador de poca qualitat i 80 d'alta qualitat (Charnock et al., 1999). Un dels principals desavantatges que presenta aquest instrument és la limitació d'ús a un tipus d'informació relacionada amb la selecció de tractament. Es requereix una formació prèvia per utilitzar-lo correctament (Luk i Aslani, 2011).

4.2.5. Altres eines més minoritàries

L'eina Baker Able Leaflet Design (BALD) és un altre mètode, tot i que més minoritari, dissenyat l'any 1997 per avaluar la qualitat i el disseny de textos relacionats amb la salut i els medicaments. Es tracta d'una prova no completament objectiva ja que les puntuacions es basen en el criteri del desenvolupador. No obstant això, aquesta eina ha servit com a base pel desenvolupament posterior del mètode MIDAS per a l'avaluació específica dels

prospectes dels medicaments. L'instrument Readability Assessment Instrument (RAIN) també està dissenyat per avaluar la comprensibilitat i la presentació dels materials informatius dirigits als pacients. Té en compte 8 variables: coherència global, coherència local, unitat, adequació a l'audiència, presència de preguntes, estil de l'escriptura, il·lustracions i tipografia. No obstant això, el seu ús és minoritari pel fet que es tracta d'un instrument no validat (Luk i Aslani, 2011).

4.2.6. Mètodes específics per avaluar els prospectes dels medicaments

S'han desenvolupat diferents eines per avaluar específicament els prospectes dels medicaments. La majoria d'aquestes estan dirigides a valorar la comprensibilitat dels prospectes des del punt de vista dels pacients.

El Consumer Information Rating Form (CIRF) o formulari de classificació de la informació dirigida a consumidors, és un mètode validat per mesurar de forma ràpida (aproximadament d'uns 20 minuts de durada) les percepcions dels consumidors sobre la qualitat, utilitat i comprensibilitat de la informació que s'inclou en els prospectes. Es basa en un qüestionari de dues pàgines amb tres subescales. La primera secció aborda la comprensibilitat i consta de 5 preguntes sobre la dificultat de llegir, entendre, trobar la informació i l'ús en un futur d'aquesta informació. La segona subescala tracta de la utilitat i consta de 6 qüestions relacionades amb la quantitat i utilitat de la informació, i s'aborden els beneficis, les contraindicacions, l'ús, les precaucions, els possibles efectes adversos i les condicions de magatzem. La tercera subescala fa referència al disseny de la informació (Koo, Krass i Aslani, 2007; Krass, Svarstad i Bultman, 2002).

Un segon mètode per avaluar els prospectes és el MIDAS, de l'acrònim en anglès Medication Information Design Assessment Scale. Està format per 13 ítems relacionats amb el format, l'estil i el llenguatge, i presenta una correlació positiva no paramètrica amb el mètode CIRF (Krass, Svarstad i Bultman, 2002). Aquesta eina es va desenvolupar als Estats Units l'any 1996 dins l'Action Plan of the Steering Committee a partir de l'eina BALD, anteriorment citada (Krass, Svarstad i Bultman, 2002). L'ELF és un altre mètode específic per analitzar els prospectes dels medicaments desenvolupat a Austràlia. Té en compte tant l'estructura com la qualitat. És un mètode amb un disseny amigable que consta de 22 ítems que

aborda l'organització del text, elements retòrics, la comprensibilitat, el nivell tècnic del vocabulari emprat, la densitat del text i el format global (Hirsh et al., 2009; Mira et al., 2013).

4.3. Acreditacions externes, codis de conducta i segells de qualitat a internet

Paral·lelament a l'ús creixent d'internet com a eina de difusió d'informació sobre la salut de la ciutadania, s'han desenvolupat mètodes que permeten filtrar la qualitat de les pàgines web sanitàries, com ara els segells de qualitat. A diferència d'altres instruments, aquests presenten avantatges destacats ja que l'usuari pot reconèixer i identificar de forma visual i immediata aquelles pàgines que tenen aquests segells i indiquen que la pàgina web en qüestió compleix uns determinats principis o criteris de qualitat. N'és un exemple el segell HON. També s'han desenvolupat codis de conducta que recullen principis ètics definits per associacions sanitàries governamentals i no governamentals (universitats, professionals de la salut, entre d'altres.). Al mateix temps s'han creat acreditacions o certificacions externes que es porten a terme per entitats independents (Risk i Dzenowagis, 2001).

Al llarg dels anys s'han desenvolupat moltes eines i instruments per avaluar les pàgines web sanitàries, però moltes d'elles no han estat validades i algunes fins i tot ja no estan operatives (Gagliardi i Jadad, 2002 ; Jadad i Gagliardi, 1998).

Per tal que un programa de qualitat de les pàgines webs funcioni cal que aquest tingui uns criteris de qualitat, uns instruments creïbles i validats, i alhora uns ciutadans actius, interessats i formats en l'àmbit de la salut.

No obstant això, les iniciatives per assegurar una bona qualitat de la informació sobre salut a la xarxa tenen mancances i limitacions, essent les més importants el cost d'implementar programes creïbles d'acreditació i compliment. Per altra banda, aquestes iniciatives tampoc aborden les pàgines web sobre les pseudociències i medicines alternatives que sempre quedaran al marge de la visió ortodoxa de l'assistència sanitària (Risk i Dzenowagis, 2001).

L'associació de metges dels Estats Units treballa des de 1995 en l'elaboració d'unes directrius per guiar en el desenvolupament i manteniment de les webs

d'aquesta associació. En aquest sentit les "Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites" té en compte quatre grans àmbits: principis sobre els continguts, principis de publicitat i patrocini, principis de privacitat i confidencialitat i principis de comerç electrònic (Winker et al., 2000).

Una altra guia per avaluar recursos web sobre salut és la *Internet Health Coalition* (e-Health) la qual defineix tres grans aspectes que cal tenir en compte: ètics [honestedat, qualitat, consentiment informat, privacitat, professionalisme en atenció de salut en línia, i responsabilitat]; de la informació [velocitat, primera impressió, aparença general, navegabilitat, ús de gràfics, so, vídeo i informació, actualitat i disponibilitat d'informació extra]; i de la web [autor, accessibilitat, exactitud, confiança, oportunitat, disponibilitat, comprensibilitat, consistència, continuïtat, imatges, llegibilitat, originalitat, participació del pacient, i amenitat] (Conesa Fuentes i Aguinaga Ontoso, 2009).

A nivell europeu, la Comissió Europea va establir l'any 2002 el codi e-Europe. Aquest codi consisteix en una sèrie de criteris de qualitat per orientar a les autoritats sanitàries, associacions i altres proveïdors de salut i implementar-ho als seus llocs web segons la seva audiència i el seu entorn cultural. Aquests criteris són de caràcter obligatori per a totes les pàgines web sanitàries dels membres de la Unió Europea i són els següents: transparència i honestedat, autoritat, confidencialitat i protecció de dades, actualització de la informació, responsabilitat i accessibilitat (Commission of the European Communities, Brussels, 2002).

Un altre projecte a nivell europeu i finançat per la Unió Europea, és el MedCIRCLE, desenvolupat l'any 2002 per un consorci de tres portals web europeus sobre salut d'Espanya, Alemanya i França. Per part de l'estat espanyol es tractava de la iniciativa desenvolupada pel Col·legi de Metges de Barcelona, Web Medica Acreditada, de la qual se'n parla al segon paràgraf de la pàgina 59. MEdCIRCLE utilitza el llenguatge HIDDEL (Health Information, Disclosure, Description and Evaluation Language) que permet la incorporació de metadades que contenen informació sobre la descripció de diferents aspectes relatius a la pàgina web, com ara el nom, el correu electrònic de contacte, l'autoria o la data d'actualització (Mayer et al., 2003).

En relació amb els criteris de qualitat de la Unió Europea, dins l'OMS, el Comitè Consultiu Mundial sobre Seguretat de les Vacunes, va establir també uns criteris per a les pàgines web sanitàries amb els següents aspectes: criteris essencials de credibilitat, contingut, accessibilitat i disseny. Cal tenir en compte però, que aquests criteris fan referència únicament a webs amb informació sobre vacunes (Conesa Fuentes i Aguinaga Ontoso, 2009).

Un dels codis de conducta més conegut a nivell mundial és el segell HON promogut per l'organització suïssa The Health on the Net Foundation. Es centra en proporcionar informació fiable i creïble a les pàgines web de salut. Es va desenvolupar l'any 1996 i és el segell de qualitat més antic. Consta de vuit principis que inclouen les qualificacions dels autors, la informació complementària, la privacitat de les dades personals, la citació de les fonts bibliogràfiques, l'evidència de la informació, les dades de contacte i el finançament i les polítiques publicitàries de la pàgina web. Pretén estandarditzar la qualitat de la informació sobre la salut a internet. A les pàgines web que compleixen aquests estàndards i que passen una extensa avaluació, poden col·locar el segell a la web. Posteriorment, amb certa periodicitat, aquestes webs estan subjectes a auditories (Boyer, Selby i Appel, 1998).

Els criteris HON Code s'han utilitzat en estudis on s'avalua la qualitat de la informació mèdica a internet, conjuntament amb altres eines o instruments com ara l'EQIP o l'escala DISCERN (Jo et al., 2018; Diniz-Freitas et al., 2017; Lee et al., 2018; Janssen et al., 2019; Hallingbye i Serafini, 2011).

La Utilization Review Accreditation Commission (URAC) és una fundació sense ànim de lucre americana que promou la qualitat a partir dels diferents programes de certificació i acreditació. Ofereix un ampli rang de programes i serveis relacionats amb la qualitat, incloent programes específics educacionals i de suport a la ciutadania. Acredita diferents tipus d'organitzacions de salut, hospitals i pàgines web sanitàries. Els requisits d'aquesta acreditació consten, entre d'altres de: informació sobre finançament i polítiques de publicitat, política de protecció de dades, política editorial, autoria i conflictes d'interessos dels autors, informació basada en l'evidència, aspectes de privacitat i seguretat, aspectes ètics del lloc web (Padilla-Garrido et al., 2016; American Accreditation HealthCare Commission, 2001).

Els criteris de referència JAMA Benchmark es van publicar l'any 1997 amb l'objectiu de ser una guia per als consumidors en avaluar la qualitat de la informació mèdica *on-line*. Els criteris que han de complir la informació mèdica a internet consisteixen en quatre elements: l'autoria dels continguts [autors, col·laboradors, i les seves afiliacions i credencials], l'atribució [referències i fonts de tots els continguts], la informació general de la web [propietat, política de publicitat, patrocinis, finançament i qualsevol possible conflicte d'interès] i l'actualització dels continguts [dates de la primera publicació i dates d'actualitzacions posteriors] (Silberg, Lundberg i Musacchio, 1997).

A nivell de l'Estat espanyol destaca Web Medica Acreditada, un programa d'acreditació de webs mèdiques del Col·legi de Metges de Barcelona. Amb el segell acreditatiu es garanteix als usuaris de la web que el contingut que trobaran és de confiança i de qualitat. L'acreditació es basa en el seguiment d'un codi de conducta que conté els següents ítems: identificació [autoria, institució i responsable del web], continguts [actualització i fonts d'informació], confidencialitat [mesures de confidencialitat i dades dels usuaris], publicitat, consulta virtual [seguint el codi deontològic], control i validació [ús de forma adequada del segell de qualitat] i incompliment i responsabilitat [detecció de problemes en els serveis oferts per la web] (Mayer, 1999). També cal citar l'acreditació i el segell del Programa d'Acreditació de Pàgines Web Sanitàries (PAWS) de l'Agència de Qualitat Sanitària d'Andalusia desenvolupat l'any 2007. Aquest organisme ha publicat en els últims quatre anys dos manuals, un d'acreditació per webs sanitàries i un altre específic per a blogs. Els estàndards que inclou es classifiquen en els següents termes: drets dels usuaris [audiència prevista, usabilitat, accessibilitat i confidencialitat-privacitat], gestió de la informació [transparència i honestedat, credibilitat, política editorial, relació amb els usuaris], continguts sanitaris i prestació de serveis [atribució de continguts, actualització de la informació sanitària, prestació de serveis electrònics] i finalment el centre assistencial com a part del sistema sanitari [identitat i responsabilitat, estructura i organització de l'activitat dels centres, la ciutadania dins el sistema sanitaris i els professionals] (Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, 2019).

5. HIPÒTESIS I OBJECTIUS

5.HIPÒTESIS I OBJECTIUS

5.1. Hipòtesis

Tant el que es publica en els mitjans de comunicació com a internet són fonts fàcilment accessibles per obtenir informació sobre temes relacionats amb la salut i els tractaments farmacològics. Si la informació és de qualitat, objectiva, de fàcil lectura i adaptada a les necessitats dels receptors de la informació, aquesta influeix positivament en millorar el grau d'alfabetització farmacoterapèutica i d'empoderament de la ciutadania.

5.2.Objectiu general

Crear una metodologia que permeti avaluar i millorar la qualitat de la informació escrita sobre medicaments i farmacoteràpia que contribueixi a millorar el grau d'alfabetització en salut de la societat.

5.3. Objectius específics

- 5.3.1 Mesurar la llegibilitat i la qualitat de la informació escrita que reben els pacients sobre medicaments i farmacoteràpia des d'una web institucional.
- 5.3.2 Mesurar la llegibilitat i la qualitat de la informació escrita que reben els pacients sobre els fàrmacs IBP i el tractament de les patologies associades.
- 5.3.3 Analitzar la validesa, fiabilitat i consistència de les diferents escales utilitzades per determinar la llegibilitat i la qualitat de la informació.
- 5.3.4 Comparar la llegibilitat i la qualitat de la informació escrita que reben els pacients sobre els IBP en funció de les fonts emissores de la informació, el tipus de material.
- 5.3.5 Conèixer les necessitats d'informació sobre els medicaments que té la ciutadania, així com saber quins són els seus hàbits de consulta en cas de dubtes o problemes en relació amb els fàrmacs.

6. METODOLOGIA I DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA

6.1. Llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d'una web institucional

6.2. Llegibilitat i qualitat de la informació escrita sobre els medicaments i necessitats reals de la ciutadania. *Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons*

6. METODOLOGIA I DESENVOLUPAMENT DE LA RECERCA

6.1. Llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d'una web institucional

6.1.1. Contextualització

Dins les polítiques TIC del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya s'inclou oferir informació on-line basada en l'evidència, fiable i pràctica sobre els medicaments i la farmacoteràpia dirigida a la ciutadania. Per tal de dur a terme aquesta estratègia, es va crear un equip de professionals multidisciplinar amb metges, farmacèutics, infermers, periodistes i experts en comunicació, denominat "Grup d'informació sobre medicaments dirigida a la ciutadania".¹ Les tasques principals d'aquest equip són detectar les necessitats d'informació dels pacients, identificar nous temes d'interès i desenvolupar informació escrita sobre medicaments. Es pot trobar més informació sobre el funcionament de l'equip i els seus membres en aquest enllaç: <http://medicaments.gencat.cat/ca/ajuda/sobre-el-canal-medicaments-i-farmacia/#bloc2> en el marc de la web institucional Canal Medicaments i Farmàcia.

El tret diferencial de la metodologia de treball de l'equip és que un cop elaborats els documents i revisats per tot l'equip, el material és validat per pacients (*user-testing*). Això ha demostrat ser útil ja que es valida el document amb l'usuari final i permet fer les modificacions necessàries per millorar-lo. En l'*user-testing* s'ha fet servir un petit qüestionari i diferents entrevistes semiestructurades per tal de saber si els pacients entenen els punts claus de cada document. Habitualment s'han realitzat dos rondes de revisió amb 6-8 pacients per a cada document.

Tenint en compte aquesta nova metodologia de treball amb un equip multidisciplinar i amb la validació final per part dels pacients, s'ha avaluat la qualitat i la llegibilitat dels documents desenvolupats.

¹ Des del Centre d'Informació de Medicaments de Catalunya (CedimCat) es va promoure la creació d'aquest grup de treball. Els membres del CedimCat, Laura Diego del Río i Laia Robert i Sabaté, són part activa del grup i les persones que han portat a terme aquesta avaluació retrospectiva.

6.1.2. Selecció del material

S'han seleccionat 61 documents d'informació a la ciutadania sobre diferents medicaments i patologies publicats a la web <http://medicaments.gencat.cat/> i elaborats pel grup de treball des de l'any 2015. Aquests documents aborden diferents temes, com ara les opcions terapèutiques disponibles, aspectes de seguretat en l'ús dels medicaments, recomanacions generals o informació global sobre els fàrmacs.

S'ha realitzat una còpia del text dels diferents documents en format Microsoft Word, en format PDF i també en paper. A banda d'això, també s'ha guardat l'enllaç a la font *on-line* original. A la taula 2 es presenta tota la relació del material inclòs en l'anàlisi de qualitat i llegibilitat. S'hi pot consultar el títol del document, la data de publicació i/o actualització i l'enllaç corresponent a la web.

Taula 2. Material inclòs en l'anàlisi de qualitat i llegibilitat

	Títol del document	Data de publicació/ actualització	Enllaç
1	Com em puc deslliurar de l'acne?	4/6/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/acne/
2	Preguntes freqüents sobre el tractament farmacològic de la hiperplàsia benigna de pròstata	9/1/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/hiperplasia-benigna-prostata/
3	Què he de saber sobre el tractament de l'hepatitis C crònica?	11/12/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/hepatitis-c-cronica
4	El VIH es pot prevenir després d'una relació sexual de risc?	25/3/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/prevencio-vih-post-exposicio
5	Què són els medicaments biosimilars?	21/5/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/preguntes-freqvents/que-son-els-medicaments-biosimilars/
6	Què cal saber sobre els medicaments que s'utilitzen per prevenir la malària?	26/4/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Article/malaria-00001
7	Medicaments i risc de caigudes en gent gran	26/6/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/persones-i-medicaments/gent-gran/risc-de-caigudes
8	Els excipients comporten riscos	18/6/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/persones-i-medicaments/Els-excipients-comporten-riscos
9	El meu fill/a té mol·luscs: què puc fer?	9/5/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/el-meu-fill-a-te-molluscs-que-puc-fer/
10	Tinc problemes per dormir: què puc fer?	29/12/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/tinc-problemes-per-dormir-que-puc-fer
11	Estic embarassada i tinc nàusees i vòmits: com es poden controlar?	14/12/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/informacio-i-consells/preguntes-freqvents/estic-embarassada-i-tinc-nausees-i-vomits-com-es-poden-controlar
12	Què he de saber sobre el tractament de la sarna?	18/1/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/tractament-de-la-sarna
13	Veritats i falses creences sobre el tractament del refredat	4/12/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/tractament-refredat
14	Tractament de la malaltia d'Alzheimer	12/6/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/alzheimer
15	Malaltia pulmonar obstructiva crònica	29/5/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/tractament-de-la-malaltia-pulmonar-obstructiva-cronica-mpoc
16	Infecció d'orina en dones: quan anar al lavabo provoca molèsties	20/12/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciutadania/tractaments/infeccio-orina-dona

(Continuació taula 2)

17	Ús segur dels medicaments per al càncer que es prenen a casa	12/12/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/seguretat/us-segur-medicaments-per-al-cancer
18	Què he de saber sobre la infecció per Helicobacter pylori i el seu tractament?	21/7/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/infeccio-per-helicobacter-pylori-i-tractament
19	Tinc impotència: què puc prendre?	24/7/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/impotencia
20	Tinc la panxa inflada. Què puc fer?	9/6/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/panxa-inflada/
21	Us han de col·locar un catèter permanent (Port-a-Cath) o ja en porteu un? Si és així, conegueu el funcionament i els riscos potencials	6/3/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/us-han-de-collocar-un-cateter-permanent
22	Polls: consells per detectar-los i eliminar-los	31/1/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/polls-consells-per-detectar-los-i-eliminar-los
23	M'han prescrit levotiroxina per a l'hipotiroïdisme: què em cal saber?	8/3/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/levotiroxina/
24	Tractament farmacològic de la insuficiència cardíaca	21/3/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Article/insuficiencia-cardiaca-00001
25	Tinc dolor... Com puc alleugerir-lo?	17/2/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/tinc-dolor-com-puc-alleugerir-lo
26	Tractament de la depressió major		http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/tractament-farmacologic-de-la-depressio/
27	Quins medicaments poden prendre els infants i quines precaucions cal tenir en compte?	7/11/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/persones-i-medicaments/infancia/quins-medicaments-poden-prendre-els-infants-i-quines-precaucions-cal-tenir-en-compte/
28	Tinc incontinència urinària. Puc millorar-la amb medicaments?	2/11/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/incontinencia-urinaria/
29	Soc celiac. Puc prendre medicaments que tinguin gluten?	22/2/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Article/celiacia
30	Tinc el colesterol a més de 200, necessito tractament?	9/10/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/quan-cal-un-medicament-per-tractar-un-colesterol-elevat/
31	Les plantes medicinals són més segures que els medicaments?	6/10/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/les-plantes-medicinals-son-mes-segures-que-els-medicaments/
32	Fa dies que no vaig al lavabo, què puc fer?	13/12/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/detalls/Article/Restrenyiment-00006
33	Com i quan he de deixar de prendre un medicament amb seguretat?	17/1/18	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/com-i-quan-he-de-deixar-de-prendre-un-medicament-amb-seguretat/

(Continuació taula 2)

34	Com puc deixar de prendre els "protectors gàstrics"	16/5/19	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/com-puc-deixar-dutilitzar-els-protectors-gastrics/
35	15 preguntes freqüents sobre anticonceptius	30/6/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/prevencio/15-preguntes-freqüents-sobre-els-anticonceptius-orals/
36	Placebo. Què és i per què fa efecte?	17/5/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/placebo/
37	5 preguntes que us heu de fer per llegir notícies sobre medicaments a la premsa?	6/6/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/5-preguntes-que-us-heu-de-fer-per-llegir-noticies-sobre-medicaments-a-la-premsa/
38	Quins riscos tenen el medicaments opioides (derivats de la morfina)?	11/2/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/quins-riscos-tenen-els-medicaments-opioides-derivats-de-la-morfina/
39	Intolerància a la lactosa	13/12/17	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/persones-i-medicaments/intolerancia-a-la-lactosa/
40	Què passa si em prenc un medicament caducat?	11/2/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/com-s-han-de-prendre/que-passa-si-prenc-un-medicament-caducat/
41	Diabetis mellitus tipus 2	15/9/16	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/diabetis-mellitus-tipus-2/
42	Dabigatran	5/10/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Anticoagulants_orals_directes/Pradaxa_final.pdf
43	Rivaroxaban	5/10/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Anticoagulants_orals_directes/Xarelto_final.pdf
44	Edoxaban	5/10/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Anticoagulants_orals_directes/Lixiana_final.pdf
45	Apixaban	5/10/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Anticoagulants_orals_directes/Eliquis_final.pdf
46	Accuhaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fitxes_finals_desembre2017/ACCUHALER.pdf
47	Aerolizer	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fitxes_finals_desembre2017/AEROLIZER.pdf
48	Breezhaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fitxes_finals_desembre2017/BREEZHALER.pdf
49	Easyhaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fitxes_finals_desembre2017/EASYHALER.pdf
50	Ellipta	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fitxes_finals_desembre2017/ELLIPTA.pdf

(Continuació taula 2)

51 Forspiro	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/FORSPIRO.pdf
52 Genuair	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/GENUAIR.pdf
53 Handihaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/HANDIHALER.pdf
54 ICP	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/HANDIHALER.pdf
55 Nexthaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/NEXTHALER.pdf
56 Novolizer	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/NOVOLIZER.pdf
57 Respimat	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/RESPIMAT.pdf
58 Spiromax	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/SPIROMAX.pdf
59 Turbohaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/TURBUHALER.pdf
60 Twisthaler	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/TWISTHALER.pdf
61 Zonda	14/6/18	http://medicaments.gencat.cat/web/content/minisite/medicaments/ciudadania/tractaments/Inhaladors/fixes_finals_desembre2017/ZONDA.pdf

6.1.3. Procediment de treball

Per a l'anàlisi de la llegibilitat s'ha descarregat el programa informàtic INFLESZ i s'ha calculat el valor d'aquest índex dels 61 documents detallats a la taula 2 seleccionats per l'estudi.

INFLESZ és programa informàtic de fàcil maneig que va ser desenvolupat per Barrio Cantalejo a partir de la fórmula de Flesch l'any 2008 (Barrio-Cantalejo, Simón-Lorda, Melguizo et al., 2008). És una eina adaptada al lector mitjà espanyol que s'ha utilitzat en l'àmbit sanitari per mesurar la llegibilitat dels consentiments informats i els prospectes dels medicaments (Mariscal-Crespo, Coronado-Vázquez i Ramirez-Durán, 2017 ; Ballesteros-Peña i Fernández-Aedo, 2013).

Tot i que no hi ha una única manera per avaluar la qualitat de la informació sobre salut dirigida a la ciutadania, en aquest estudi s'ha decidit utilitzar les escales validades DISCERN i EQIP. Ambdues escales són instruments validats, s'han utilitzat àmpliament en l'àmbit de la salut i es tracta d'eines de fàcil maneig i ràpides d'emprar.

DISCERN, un instrument dissenyat per avaluar la idoneïtat de la informació mèdica sobre diferents opcions de tractament, consta de 16 preguntes i valora els següents aspectes d'un document: objectiu, rellevància, exactitud/precisió, actualització, opcions terapèutiques, efectes sobre la qualitat de vida, avantatges i efectes adversos dels tractaments. La puntuació d'aquest instrument es basa en una escala de Likert de 5 punts que oscil·la del NO (1 punt) fins al SÍ (5 punts). El número màxim de punts possible és 80 i aquest valor és el que s'associa a una qualitat excel·lent (Charnock et al., 1999).

Pel que fa a l'escala EQIP, dissenyat per avaluar la qualitat de la informació d'un material informatiu sobre salut ja sigui imprès o *on-line*, consta de 20 preguntes on s'aborden les següents dimensions: objectiu, precisió, actualització, opcions terapèutiques, efectes sobre la qualitat de vida, avantatges, inconvenients i efectes adversos. A més a més, i com a tret diferencial respecte a DISCERN, EQIP també valora aspectes relacionats amb el llenguatge (com ara l'ús de frases curtes o tecnicismes), la presentació i el disseny del material. En relació amb el sistema de puntuació, aquesta consisteix en 1 / 0,5 / o 0 punts per a les respostes "SÍ", "parcialment" i "NO", respectivament. Cal destacar que aquesta

escala inclou l'opció de resposta "no aplica" per a les situacions en les quals la pregunta queda fora de l'abast del document que s'analitza (Moult, Franck i Brady, 2004). La puntuació final s'expressa en % i classifica el material avaluat en diferents accions específiques que cal considerar:

- > 76%: bona qualitat. Document que es pot mantenir publicat i que no es recomana revisar fins després de dos o tres anys.
- 51-75%: documents viables. Requereixen una revisió en un període de dos anys.
- 26-50%: documents viables però és necessari revisar-los en un termini de 6 mesos a 1 any.
- < 25%: baixa qualitat. Es consideren documents no viables que s'ha de despublicar i treure de circulació el més aviat possible.

En l'avaluació de la qualitat del material hi han intervingut dos professionals sanitaris independents experts en avaluació i informació de medicaments. Els dos investigadors van rebre una còpia de les escales EQIP i DISCERN, una guia d'ús de cada una de les escales i tots els 61 documents a analitzar. En un primer moment, abans d'iniciar l'avaluació, els dos investigadors van acordar diferents criteris per tal de solucionar possibles ambigüitats dels documents que haguessin pogut interferir en el procés d'avaluació.

6.1.4. Estadística

L'anàlisi estadístic s'ha realitzat amb el software: SAS v9.4, SAS Institut Inc., Cary, NC, USA. Les decisions estadístiques s'han realitzat tenint com a nivell de significació el valor 0,05.

La concordança entre els resultats dels dos investigadors s'ha calculat utilitzant els coeficient Kappa i intra-classe (ICC). La fiabilitat de les escales s'ha calculat utilitzant el coeficient alfa de Cronbach. Finalment, la correlació en les puntuacions de cada instrument s'ha determinat amb el coeficient de correlació de Pearson.

6.2. Llegibilitat i qualitat de la informació escrita sobre els medicaments i necessitats d'informació reals de la ciutadania. Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons.

6.2.1. Contextualització

Després de realitzar l'avaluació retrospectiva de la llegibilitat i la qualitat dels documents de la web institucional, s'ha fet una avaluació més àmplia de la informació escrita sobre medicaments que pot rebre un pacient. S'ha partit de la base que els emissors de la informació sobre la salut són diversos i que els pacients poden rebre informació escrita sobre medicaments i farmacoteràpia des de fonts molt diverses. En aquest sentit, s'ha definit un diagrama de flux de la informació escrita que pot rebre un pacient tenint en compte el model de Berlo amb els diferents emissors, canals i missatges possibles relacionats amb la informació escrita sobre fàrmacs. Aquesta anàlisi s'ha fet a partir d'un cas pràctic amb els IBP –Inhibidors de la Bomba de Protons–. A la figura 1 es mostra aquest diagrama de flux de la informació escrita sobre medicaments dirigida a la ciutadania.

Dins les fonts emissores de la informació s'inclouen els laboratoris farmacèutics, les agències reguladores, l'administració pública, les bases de dades sobre salut de referència, els propis professionals sanitaris, i els mitjans de comunicació. Gran part d'aquesta informació escrita és en format document divulgatiu o informatiu, notícia de premsa i també en els diferents formats que ofereix internet, com ara webs professionals, blogs o fòrums de pacients. A l'estudi s'ha exclòs moltes altres possibles fonts d'informació/comunicació sobre medicaments com pot ser la televisió, la ràdio, les xarxes socials, els fòrums de pacients, la comunicació interpersonal o la publicitat de medicaments. En relació amb la publicitat de medicaments, cal tenir en compte que a l'Estat espanyol, la publicitat i promoció de medicaments únicament està permesa per a aquells medicaments que no siguin estupefaents, que no requereixen recepta mèdica per a la seva dispensació i que no estiguin finançats pel sistema sanitari públic. En aquest sentit, els IBP són fàrmacs que requereixen recepta mèdica per a la seva dispensació i per tant no es permet la seva promoció o publicitat (Generalitat de Catalunya, 2019).

Si revisem emissor per emissor, el missatge dels laboratoris farmacèutics per comunicar-se amb els pacients és a través del prospecte, el qual es transmet a través dels canals establerts per la farmàcia. Malgrat els esforços en la seva millora per adaptar-lo a les necessitats de la ciutadania, tal i com s'ha comentat en el punt 2, el prospecte farmacèutic presenta una baixa llegibilitat, conté informació descontextualitzada i els pacients no el consideren rellevant i no s'adapta a la seva malaltia. En relació amb els mitjans de comunicació, aquests en moltes ocasions obtenen la informació per redactar la notícia a través de les notes de premsa que realitzen les els centres d'investigació, les universitats o les empreses. En aquests comunicats el llenguatge científic s'ha substituït per un llenguatge més divulgatiu i ple de recursos discursius per fer la informació més desitjable i susceptible a ser convertida en una notícia de masses. S'han realitzat diferents estudis sobre la relació entre les notes de premsa i la publicació de notícies als mitjans de comunicació i en alguns d'ells s'ha observat que en moltes ocasions no s'expliciten les limitacions dels estudis, ni el finançament per part de la indústria farmacèutica, i habitualment s'utilitzen titulars que poden exagerar la percepció de la importància dels resultats. Aquest fet doncs, pot tenir un clar impacte en la qualitat de les notícies sobre medicaments i en general sobre les notícies científiques (Semir, 2010). Un altre emissor considerat fonamental en la transmissió de la informació sobre la farmacoteràpia són les administracions públiques i les agències reguladores, on hi juguen un rol cabdal molts departaments de salut governamentals que ofereixen informació sobre medicaments a la ciutadania seguint les seves polítiques d'ús i racionalització de medicaments (veure en el capítol 2). Per altra banda, els professionals sanitaris són essencials en la comunicació en salut, ja sigui des de la relació directe professional-pacient que s'estableix en un acte d'atenció sanitària, o des de la divulgació amb diferents canals de difusió. Les bases de dades de referència en salut són font de consulta habitual entre farmacèutics, metges, personal d'infermeria. Aquestes bases de dades proporcionen diferent tipus d'informació mèdica, des de revisions clíniques sobre la prevalença, el diagnòstic, el curs clínic i l'abordatge d'una malaltia, fins a informació més específica com per exemple les interaccions entre medicaments. La informació que contenen és rigorosa, fiable, està basada en l'evidència científica i és actualitzada. Algunes d'aquestes bases de dades ofereixen també informació adaptada pels pacients

de forma més sintètica i simplificada, amb un llenguatge planer i sense tecnicismes.

Tenint en compte aquest diagrama de flux, s'ha realitzat una avaluació de la qualitat i la llegibilitat de la informació escrita sobre medicaments que pot rebre un pacient del nostre entorn sanitari ja sigui en espanyol o català, i s'ha volgut conèixer les necessitats d'informació reals de la ciutadania. Tot això, enmarcat dins un cas pràctic amb els fàrmacs IBP.

Flux d'informació escrita sobre medicaments dirigida a la ciutadania

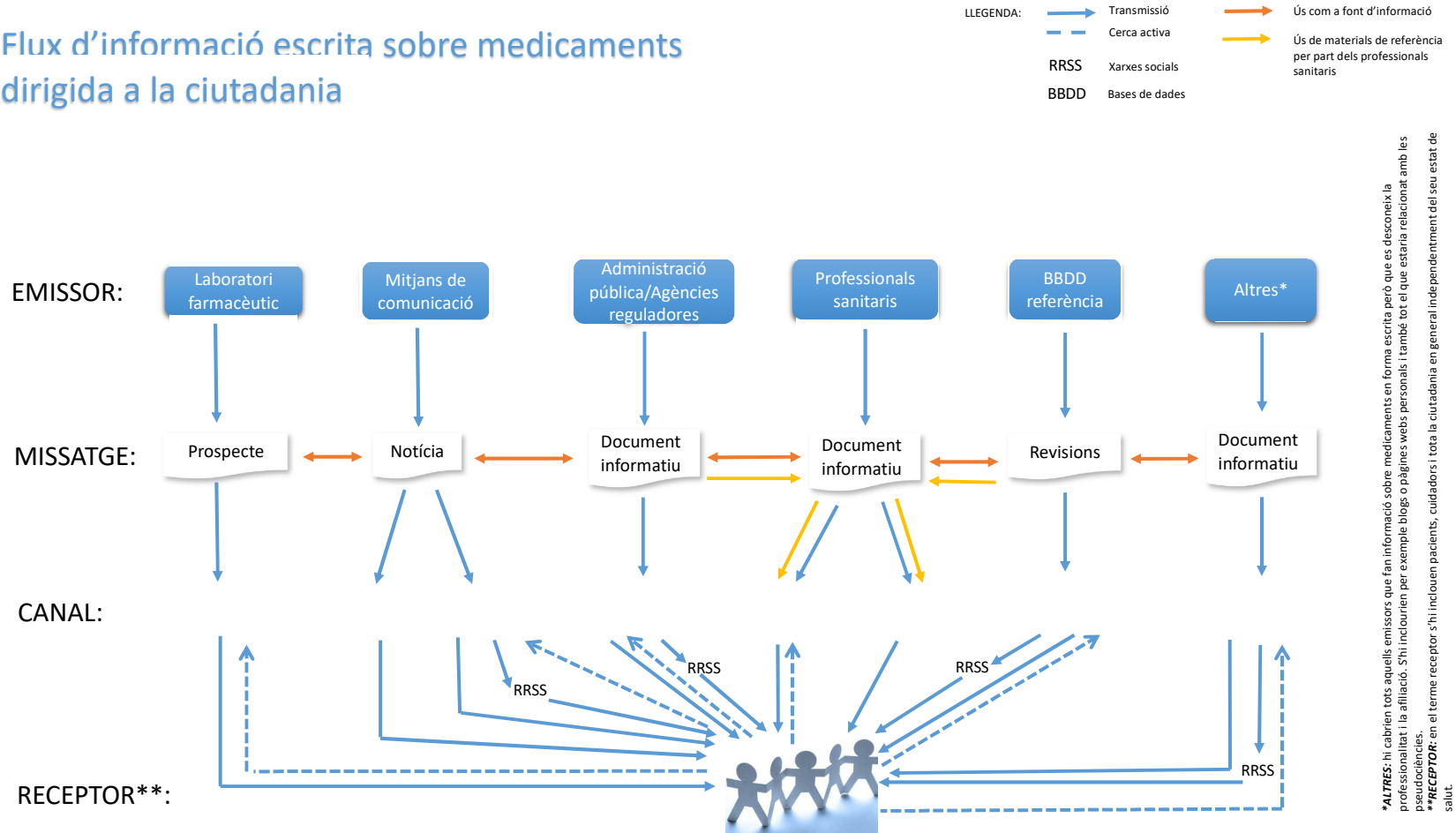


Figura 1. Diagrama del flux d'informació sobre medicaments dirigida a la ciutadania

6.2.2. Inhibidors de la bomba de protons

6.2.2.1. Característiques farmacològiques i indicacions

Els IBP es van introduir a la clínica fa més de 25 anys i s'han convertit en la base del tractament dels trastorns relacionats amb la producció d'àcid del sistema digestiu. De fet, aquest grup de fàrmacs ha desplaçat l'ús d'altres agents emprats prèviament en situacions similars, com ara els antiH₂, perquè que han demostrat tenir una capacitat superior de suprimir la producció d'àcid i han estat, en general, ben tolerats pels pacients (Strand, Kim i Peura, 2017).

Tots els IBP són derivats benzimidazòlics amb una estructura heterocíclica que inclouen una piridina i un grup benzimidazol units per un grup metilsulfinil. El prototip molecular d'aquesta estructura va ser l'omeprazole, i també va ser el primer emprat en la terapèutica. Posteriorment han anat apareixent altres derivats com el lansoprazole, el pantoprazole, el rabeprazole i els compostos estero-isomèrics com l'esomeprazole i el dexlansoprazole (no comercialitzat a l'Estat espanyol). Actualment hi ha també en desenvolupament clínic un nou principi actiu, el tenatoprazole, que s'estima que tindrà un vida mitjana més llarga en comparació amb la resta (Strand, Kim i Peura, 2017).

Les indicacions clíniques autoritzades dels IBP, segons les seves fitxes tècniques, són pràcticament les mateixes pels 5 IBP disponibles (Madrideojos 2013):

- Tractament de l'ulcus duodenal
- Prevenió de la recidiva de l'ulcus duodenal
- Tractament de l'ulcus gàstric
- Prevenió de la recidiva de l'ulcus gàstric
- En combinació amb antibiòtics per l'eradicació d'*Helicobacter pylori*
- Tractament de l'ulcus gàstric i duodenal associats a AINE
- Prevenió de l'ulcus gàstric i duodenal associats a AINE en pacients de risc (excepte rabeprazole)
- Tractament de l'esofagitis per reflux
- Control a llarg termini de la malaltia per reflux gastroesofàgic
- Tractament de la malaltia per reflux gastroesofàgic simptomàtic
- Tractament de la síndrome de Zollinger-Ellison

Aquest grup de fàrmacs actua inhibint l'ATPasa-H-K, l'últim pas de la secreció àcida gàstrica per part de les cèl·lules parietals. Tots ells tenen una estructura i un mecanisme d'acció similar i difereixen únicament en diferents paràmetres farmacocinètics. La magnitud d'aquestes diferències és petita i no s'ha establert la seva rellevància clínica (Wolfe, 2018).

Els IBP són més efectius quan les cèl·lules parietals són estimulades per secretar àcid postprandial. Aquest fet té una implicació clínica important pel que fa la pauta d'administració. La quantitat d'ATPasa-H-K present en les cèl·lules parietals és més gran després d'un dejuni perllongat. Per tant, els IBP s'han d'administrar abans del primer àpat del dia. L'administració d'un cop al dia d'un IBP durant 5 dies inhibeix la secreció d'àcid en un 66%. Tenint en compte que els IBP inhibeixen només els enzims activats presents a la membrana canalicular, la reducció de la secreció d'àcid gàstric després d'un dosi inicial probablement serà subòptima. Quan es recol·lecten més enzims inactivats en el canalicle secretor, es retorna a secretar àcid, tot i que a un nivell més reduït. Després d'una segona dosi administrada l'endemà, s'hauran recol·lectat més ATPasa-H-K i s'inhibiran i després d'una tercera dosi probablement també hi haurà més reclutament i inhibició de la secreció. Tenint en compte això, l'ús ocasional d'un IBP pres "a demanda" no proporcionaria una inhibició àcida adequada i no comporta una resposta clínica consistent i satisfactòria (Wolfe i Sachs, 2000).

Quan s'administren per via oral, els IBP cal prendre'ls entre 30 i 60 minuts abans d'esmorzar per així assegurar una inhibició màxima de l'ATPasa.

6.2.2.2. Perfil de seguretat

Tot i que els IBP són fàrmacs segurs, no estan exempts de riscos. A mesura que el seu ús es va anar estenent, s'han anat identificat, a través d'estudis observacionals, possibles efectes adversos principalment associats a un ús a llarg termini. Tot i que els estudis observacionals presenten limitacions per demostrar una relació causal, l'ampli consum entre la població fa que en la prescripció d'un IBP s'hagin de considerar aquests efectes adversos i que es

revaluï periòdicament la seva necessitat d'ús (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016). A continuació es detallen aquests efectes adversos:

- Infeccions entèriques, especialment per *Clostridium difficile*. L'ús d'IBP s'ha associat a un increment del risc d'infeccions per *Clostridium difficile*, fins i tot en absència de consum d'antibiòtics. També s'han notificat casos de salmonel·losis i campylobacteriosis (Leonard, Marshall i Moayyedi, 2007; Kwok et al., 2012).
- Hipomagnesèmia. S'ha observat que principalment en tractaments perllongats, els IBP comporten hipomagnesèmia degut a una reducció de l'absorció intestinal de magnesi (Cheungpasitporn et al., 2015; Hoorn et al., 2010). La hipomagnesèmia pot ser asimptomàtica però també pot produir símptomes com vòmits, diarrea, tetània, convulsions, tremolor, apatia i debilitat. En casos més greus s'ha associat a increments de l'interval QT (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016).
- Increment del risc de fractures òssies (especialment de maluc i vertebrals). Tot i que el mecanisme no està ben definit, s'estima que la hipoclorídria induïda pels IBP pot augmentar l'activitat osteoclàstica i per tant disminuir la densitat òssia (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016; Weinhouse, 2016; Wolfe, 2018).
- Dèficit de vitamina B12. L'ús a llarg termini dels IBP s'ha associat a una malabsorció intestinal de la vitamina B12 (Marcuard, Albernaz i Khazanie, 1994; Lam et al., 2013).
- Disminució de l'absorció de ferro. L'àcid gàstric està implicat en l'absorció de ferro i l'ús dels IBP s'ha associat a una disminució de l'absorció, tot i que en la majoria dels casos no sembla tenir significació clínica (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016).
- Hipergastrinèmia i gastritis atròfica. Després de setmanes d'iniciar un tractament amb IBP, la hipergastrèmia produïda per aquests fàrmacs pot induir, a llarg termini, una hiperplàsia de les cèl·lules enterocromafines. De moment, però, no s'ha establert un increment de risc de càncer de colon o càncer gàstric. Pel que fa a la gastritis atròfica, el risc és baix i se'n desconeixen les conseqüències clíniques (Madrirdejos, 2013; Wolfe, 2018; Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016).

- Nefritis intersticial i malaltia renal crònica. Els IBP poden causar nefritis intersticial aguda. Aquest efecte advers respon a un mecanisme autoimmune, no és dosi dependent i es poden produir recurrències o exacerbacions amb una segona exposició al mateix fàrmac o a un fàrmac similar (Sampathkumar et al., 2013; Ra i Tobe, 2004; Geevasinga et al., 2006; Muriithi et al., 2014). Per altra banda, els IBP poden comportar una malaltia renal crònica de nova aparició i també fer progressar les preexistents, tot i que es desconeix el mecanisme que hi estaria implicat (Xie et al., 2016; Lazarus et al., 2016; Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016).
- Lupus eritematós cutani i sistèmic. En diferents estudis de farmacovigilància s'han notificat casos de lupus eritematós cutani, lupus eritematós sistèmic i exacerbacions d'aquesta malaltia. La majoria dels casos de lupus eritematós cutani associat als IBP són subaguts i es produeixen després de setmanes o anys d'una teràpia continua. En canvi, s'ha observat que el lupus eritematós sistèmic es pot produir després de dies o anys d'iniciar un IBP i debuta típicament amb un *rash*. La majoria dels pacients milloren després de 4-12 setmanes d'abandonar el tractament (Aggarwal, 2016 ; Wolfe, 2018).
- Demència. Els resultats d'alguns estudis observacionals suggereixen un associació entre els IBP i un augment del risc de demència i de malaltia d'Alzheimer. Aquesta associació pot reflectir diferents biaixos tant en l'ús dels IBP com en el desenvolupament de les malalties. Per altra banda, s'han publicat també altres estudis on no s'ha observat aquesta associació. No obstant això, tenint en compte l'alta prevalença del seu ús perllongat en persones d'edat avançada, un petit increment del risc tindria un gran impacte (Haenisch et al., 2015; Gomm et al., 2016; Lochhead et al., 2017; Batchelor et al., 2017). Aquesta associació ha tingut repercussió en els mitjans de comunicació, com per exemple els documents 37 i 52 de la taula 3.
- Pneumònia. Diferents estudis observacionals suggereixen una associació entre els IBP i un augment del risc de pneumònia adquirida a la comunitat, principalment a l'inici del tractament (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016; Wolfe, 2018).
- Mortalitat. No està del tot clar si l'ús dels IBP s'associa a un increment del risc de mort (Wolfe, 2018). En un estudi observacional de cohorts amb 275.977

nous pacients amb un IBP i 73.335 nous pacients amb un antiH2 seguits una mitjana de 5,7 anys, la taxa de mort entre els que prenen IBP va ser superior als que prenen antiH2 -4,5 versus 3,3 per 100 persones-any- (Xie et al., 2017).

6.2.2.3 Consum i prescripció inadequada

Els IBP és un dels subgrups terapèutics més prescrits a l'Estat espanyol. Les dosis diàries definides (DDD) per 1.000 habitants i dia (DHD) dels IBP es van quadruplicar i van passar de 33,33 l'any 2000 fins a 112,12 l'any 2010 (Madridejos 2013). Tot i que en els darrers anys s'ha observat un lleuger descens de les DHD, segons dades proporcionades pel CatSalut aquestes continuen essent elevades, destacant els últims anys:

- DHD 2014: 107,77
- DHD 2015: 105,73
- DHD 2016: 103,20
- DHD 2017: 99,31
- DHD 2018: 97,29

Segons aquestes dades, s'observa una petita tendència de disminució del consum probablement relacionada amb les diferents mesures que s'estan aplicant dins el sistema sanitari català per fer un ús racional d'aquests medicaments. No obstant això, el consum d'IBP va representar l'any 2018 un 6% del total d'envasos dispensats i el cost anual dels tractaments amb els diferents IBP va ser de 32M d'€. Dintre dels diferents IBP, l'omeprazole és el més prescrit, representant un 5,21% respecte el total d'envasos dispensats.

Les causes d'aquest elevat consum són multifactorials. Per una banda, hi ha hagut un desplaçament del consum d'antiàcids simples cap als IBP en la pràctica ocasional, associada molts cops a alteracions dietètiques o estils de vida. I per l'altra, hi ha hagut una incorrecta utilització de la mala anomenada "protecció gàstrica". El terme "gastroprotecció" a l'atenció primària tenia com a objectiu la prevenció de les complicacions greus associades al consum d'AINE en pacients d'alt risc i en l'atenció hospitalària, la profilaxi de l'ulcus per estrès en pacients crítics. Però aquest terme s'ha ampliat indiscriminadament a "protegir" qualsevol

molèstia dispèptica per medicaments sense cap evidència sobre l'eficàcia i la seguretat d'aquesta indicació (Madrdejós, 2013).

Es disposa d'estudis, tant nacionals com internacionals, on s'estima que entre un 50 i un 70% dels tractaments són inadequats en relació amb la indicació terapèutica, la dosificació i/o la durada del tractament. Tenint en compte l'elevat consum, és important saber quina part d'aquesta població s'ajusta a una prescripció prudent i basada en l'evidència i en quins casos es tracta de tractaments inadequats on s'hauria de plantejar una desprescripció d'aquest fàrmac. En aquest sentit, alguns aspectes que es poden revisar en aquesta població són (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2014; De la Coba et al., 2016; Pokorny, 2015):

- Indicacions d'ús i vigència: un dels errors d'indicació més freqüent és la profilaxis de lesions gastroduodenals en pacients amb baix o fins i tot nul risc de gastrolesió. A més, cal tenir en compte que molts pacients reben un IBP sense una indicació clara o aquesta s'ha mantingut al llarg del temps per una patologia anterior.
- Població candidata al tractament. Els pacients d'edat avançada s'associen amb més freqüència a polimediació i comorbiditats, i es considera un col·lectiu que en moltes ocasions reben tractaments inadequats amb un IBP.
- Ús de dosis altes i tractaments perllongats innecessaris: en situacions cròniques, com la malaltia per reflux gastroesofàgic, només una minoria de pacients requereixen un tractament de llarga durada i per tant cal plantejar la possible reducció de la dosi de l'IBP o la suspensió d'aquest medicament.
- Manteniment d'una prescripció inadequada en les transicions assistencials: s'ha observat que un dels principals factors de risc per una prescripció inadequada d'un IBP és la hospitalització. Hi ha estudis que mostren que durant un ingrés hospitalari s'inicien tractaments amb IBP, no sempre adequats, que es perllonguen de manera innecessària en el moment de l'alta.
- Duplicitats en quan a la prescripció de dos principis actius del mateix grup: aquest fet es pot produir per rebre atenció en diferents nivells assistencials. La prescripció per principi actiu és recomanable per evitar-ho.

6.2.2.4. Deprescripció

El balanç benefici risc dels IBP quan estan indicats és totalment positiu. No obstant això, quan la indicació no existeix o no està clara, és prudent considerar una deprescripció (ja sigui una retirada o una disminució de la dosi) d'aquest medicament, ja que tot i que el risc d'efectes adversos és petit, cal tenir-los en consideració degut a l'elevada exposició poblacional (Prescrire, 2019).

En les situacions que es mostren a continuació es pot plantejar una deprescripció dels IBP (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016):

- Pacients asimptomàtics quan no hi ha una indicació clara pel seu ús.
- Pacients amb dosis altes de manteniment són candidats a una reducció d'aquestes dosis.
- Pacients amb malaltia per reflux gastroesofàgic o dispèpsia asimptomàtics un mínim de tres mesos.
- Pacients que han presentat úlceres gastroduodenals i que han finalitzat el tractament erradicador d'*Helicobacter pylori*.
- Pacients en els que la indicació no és actualment vigent.

Es recomana no mantenir el tractament a llarg termini amb un IBP per símptomes gastrointestinals i cal intentar retirar el fàrmac o disminuir la dosi un cop a l'any, excepte en situacions de pacients amb esòfag de Barret, esofagitis de grau D o hemorràgies gastrointestinals (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016). Una retirada brusca dels IBP s'ha associat a hipersecreció àcida de rebot i amb símptomes de dispèpsia (Welsh Medicines Resource Center (WeMeRec), 2010; Haastrup et al., 2014; Smith et al., 1999).

Tot i que no hi ha actualment evidència suficient per establir quina és la millor estratègia per retirar un IBP, es poden considerar les següents opcions (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016; Villen Romero i Troncoso Mariño, 2015):

- disminuir el 50% de la dosi total cada 1-2 setmanes fins a la suspensió. Les persones d'edat avançada poden necessitar ritmes més lents, amb disminucions del 50% de la dosi cada 4-8 setmanes.
- augmentar l'interval entre dosis i administrar la dosi en dies alterns.
- canvi a un antiH2 amb una posterior disminució de la dosi.

A banda d'aquestes estratègies, es podria considerar també utilitzar antiàcids, alginats o antiH2 (per exemple famotidina o ranitidina, aquesta última actualment no disponible a l'Estat espanyol) durant la retirada o un cop s'ha finalitzat el tractament, en funció de la simptomatologia. En el cas que els símptomes reapareguin, es recomana reiniciar el tractament amb l'IBP a la mínima dosi i freqüència eficaces (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2016).

6.2.2.5. Selecció com a cas pràctic

Per fer l'anàlisi de la qualitat de la informació escrita a la ciutadania i conèixer les necessitats reals d'informació dels pacients es va decidir acotar el treball a un únic grup de fàrmacs, concretament els IBP. Els criteris d'aquesta selecció han estat diversos. Per una banda, els IBP són uns fàrmacs amb un elevat consum i són, en general, coneguts per la ciutadania amb el fals concepte "protector d'estómac". Per altra banda, es tenia present l'impacte recent d'una notícia sobre el risc de demència de l'omeprazole que va saltar als mitjans i que va generar una alarma social amb un increment de les demandes d'informació als professionals sanitaris, i un augment de les trucades al servei 061 CatSalut Respon.

6.2.3. Anàlisi de la qualitat i la llegibilitat

6.2.3.1. Selecció i classificació del material

S'ha seleccionat un prospecte publicat a la pàgina web de l'AEMPS de cada una de les EFG dels IBP comercialitzades: omeprazole, rabeprazole, pantoprazole, esomeprazole i lansoprazole. Com a fonts informatives de referència s'ha seleccionat aquella informació de diferents bases de dades i fonts d'informació de medicaments que elaboren contingut dirigit a la ciutadania ja sigui en català o en espanyol. La selecció s'ha fet seguint els criteris i coneixements professionals de l'investigador principal. Així doncs, s'ha seleccionat material provinent de:

- la base dades de medicaments del CedimCat (https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca)
- la web institucional Canal Salut (<http://canalsalut.gencat.cat/ca/inici/>) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- la web específica sobre medicaments Canal Medicaments i Farmàcia (<http://medicaments.gencat.cat/ca/inici>) del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- la web de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (<http://aquas.gencat.cat/ca/inici>)
- la web i-Botika (<http://www.euskadi.eus/informacion-medicamentos-ibotika/>), iniciativa d'informació ciutadana sobre medicaments del Departament de Salut del Govern Basc.
- la web en espanyol medlineplus (<https://medlineplus.gov/spanish/>): biblioteca mèdica per a pacients i familiars desenvolupada per la Biblioteca Nacional de Medicina dels Estats Units.
- la base de dades mèdica UpToDate (<https://www.uptodate.com/home>)
- la revista clínica JAMA Patient Page (<https://jamanetwork.com/collections/6258/patient-information>).

El material seleccionat inclou informació tant del propi IBP com del tractament i maneig de les patologies pel qual estan indicats aquests fàrmacs.

Per a la selecció de les notícies de premsa publicades en els diaris tradicionals d'àmbit de Catalunya i estatal, s'ha utilitzat l'hemeroteca de la Facultat de Comunicació de la Universitat Pompeu Fabra (Barcelona). En el cas d'algunes publicacions es va contractar l'accés directe a l'hemeroteca del diari i en d'altres, el servei d'hemeroteca es va establir a través servei que ofereix l'hemeroteca digital MyNews. Els diaris seleccionats han estat: La Vanguardia, l'ARA, El Periódico, l'ABC, el Mundo, el País i La Razón. S'han seleccionat aquelles notícies amb informació sobre els IBP que han estat publicades durant un període de 5 anys (agost 2013- agost 2018). Les paraules de cerca emprades han estat: *omeprazole*, *esomeprazole*, *lansoprazole*, *pantoprazole*, *rabeprazole* i, de forma més genèrica, el nom del grup de fàrmacs, *IBP*. A banda d'això, i tenint en compte l'aparició dels mitjans nadius digitals i la digitalització dels mitjans de comunicació tradicionals, també s'han seleccionat les notícies publicades en els 10 mitjans digitals amb més tràfic de visites segons les dades del mes d'octubre del 2018 de l'OJD (*Oficina de Justificación de la Difusión sobre el control del tiraje y difusión de distintos medios de comunicación de España*). Durant aquest procés es van detectar algunes notícies duplicades que es van eliminar i també es van descartar aquelles notícies fora de l'àmbit de la farmacoteràpia, com ara les relacionades amb l'economia de la indústria farmacèutica.

Una de les parts importants de l'estudi és la informació sobre medicaments disponible a internet. En el cas concret de la informació sobre els IBP a la xarxa, s'ha volgut exemplificar una possible cerca a internet d'un pacient, familiar o cuidador. Per fer això, s'ha utilitzat el motor de búsqueda avançada Google, ja que es considera el cercador més popular.(Al-Ubaydli 2005) En la cerca s'ha limitat l'idioma a català o espanyol, el país, i el mateix interval de publicació que l'utilitzat en la cerca de les notícies de premsa, un període de 5 anys (agost 2013-agost 2018). Els termes de la cerca via Google també han estat: *omeprazole*, *esomeprazole*, *lansoprazole*, *pantoprazole*, *rabeprazole* i *IBP*.

Per tal d'intentar fer una cerca pura i evitar possibles biaixos, s'ha utilitzat un navegador diferent al d'ús habitual, s'ha eliminat l'historial d'exploració, el de

descàrregues, les dades de llocs web guardades i els arxius en “cache”. Un cop feta la cerca, s’ha seleccionat únicament aquella informació que apareix en la primera pàgina dels resultats. Un estudi acadèmic indica que el 91% dels buscadors a internet no passen de la pàgina 1 dels resultats de la cerca i que més del 50% no passen dels tres primers resultats de la pàgina 1 (van Deursen 2012). La cerca a internet ha comportat algun resultat que corresponia a una notícia d’algun mitjà digital i per tant només s’ha inclòs un cop. Per altra banda, s’han seleccionat els documents independentment de si la informació anava dirigida al públic general o a un professional sanitari.

S’han obtingut un total de 101 documents per a l’anàlisi, que s’ha classificat en tres grups en funció de la font de la qual provenen:

- Referència: s’hi inclouen els prospectes, la informació proporcionada per les agències reguladores o l’administració pública i la informació de bases de dades mèdiques (n=23)
- Premsa: s’hi agrupen les notícies publicades en els mitjans de comunicació del nostre entorn ja siguin en els mitjans tradicionals com en els nadius digitals (n=51)
- Internet: inclou les diferents pàgines webs obtingudes a partir de la cerca realitzada (n=27)

Una altra classificació dels documents que s’ha fet és en funció de si el tema principal està centrat en el medicament o si aquests aborden una patologia o situació clínica concreta on inclouen els IBP com a tractament. Per últim, també s’ha definit l’idioma en el qual estan escrits (català o espanyol). A la taula 3 es presenta tota la relació del material inclòs en l’anàlisi de qualitat i llegibilitat. S’hi pot consultar el títol del document, la data de publicació i/o actualització, l’origen, la classificació i l’hipervincle corresponent.

Taula 3. Relació del material inclòs en l'anàlisi de qualitat i llegibilitat

Document	Data publicació/ actualització	Origen	Classificació per l'anàlisi			Enllaç	
			Font	Tipus	Idioma		
1	Prospecte Omeprazol EFG	set-16	AEMPS	Referència	Medicament	ES	https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/64186/P_64186.html
2	Prospecte Esomeprazol EFG	maig-17	AEMPS	Referència	Medicament	ES	https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/71288/P_71288.html
3	Prospecte Lansoprazol EFG	des-18	AEMPS	Referència	Medicament	ES	https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/66145/P_66145.html
4	Prospecte Pantoprazol EFG	nov-18	AEMPS	Referència	Medicament	ES	https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/71118/FT_71118.html
5	Prospecte Rabeprazol EFG	abr-19	AEMPS	Referència	Medicament	ES	https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/72744/P_72744.html
6	Omeprazole	actualització periòdica	Cedimcat	Referència	Medicament	CAT	https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca
7	Esomeprazole	actualització periòdica	Cedimcat	Referència	Medicament	CAT	https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca
8	Lansoprazole	actualització periòdica	Cedimcat	Referència	Medicament	CAT	https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca
9	Pantoprazole	actualització periòdica	Cedimcat	Referència	Medicament	CAT	https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca
10	Rabeprazole	actualització periòdica	Cedimcat	Referència	Medicament	CAT	https://www.cedimcat.info/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=356&lang=ca
11	Omeprazoles los justos	10/4/19	I-Botika	Referència	Medicament	ES	https://www.euskadi.eus/web01-a2botika/es/contenidos/informacion/ibotika_uso_correcto_medico/es_def/index.shtml
12	Omeprazoles, quizá sea el momento de dejarlos. Consúltalo	10/4/19	I-Botika	Referència	Medicament	ES	https://www.euskadi.eus/informacion/fichas-de-informacion-sobre-medicamentos/web01-a2botika/es/
13	Dispèpsia	29/3/17	Canal Salut	Referència	Patologia/ Situació Clínica	CAT	http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/Dispepsia
14	Què he de saber sobre la infecció per Helicobacter pylori i el seu tractament?	21/7/17	Canal Medicaments i Farmàcia	Referència	Patologia/ Situació Clínica	CAT	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/tractaments/infeccio-per-helicobacter-pylori-i-tractament/
15	Com puc deixar d'utilitzar els "protectors gàstrics"?	16/5/19	Canal Medicaments i Farmàcia	Referència	Patologia/ Situació Clínica	CAT	http://medicaments.gencat.cat/ca/ciudadania/informacio-i-consells/preguntes-freqüents/com-puc-deixar-dutilitzar-els-protectors-gastrics/
16	Protectors d'estómac en malalts polimedicats	2015	AQUAS	Referència	Medicament	CAT	http://essencialsalut.gencat.cat/web/content/minisite/essencial/info-macio_pacients/pdf/Pacients_Essencial_Protectors_estomac_poli-medicats.pdf
17	Inhibidores de la bomba de protones	27/3/19	MedlinePlus	Referència	Medicament	ES	inhibidores.de.la.bomba.de.protones
18	Reflujo gastroesofágico	26/7/2019	MedlinePlus	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	https://medlineplus.gov/spanish/gerd.html
19	Infecciones por Helicobacter pylori	14/6/19	MedlinePlus	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	https://medlineplus.gov/spanish/helicobacterpyloriinfections.html

(Continuació taula 3)

20	Úlcera péptica	31/7/19	MedlinePlus	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000206.htm
21	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	18/6/14	JAMA Patients	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	https://sites.jamanetwork.com/spanish-patient-pages/2014/hoja-para-el-paciente-de-jama-140618.pdf
22	Educación para el paciente: Reflujo (enfermedad por reflujo gastroesofágico) en adultos	2019	UpToDate	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	BBDD pagament
23	Educación para el paciente: Infección por H. pylori (Conceptos Básicos)	2019	UpToDate	Referència	Patologia/ Situació Clínica	ES	BBDD pagament
24	Un "exceso de uso" de omeprazol puede tener consecuencias para la salud	27/2/17	La Vanguardia	Prensa	Medicament	ES	https://www.lavanguardia.com/vida/20170227/42353491611/medicos-alertan-exceso-uso-omeprazol-consecuencias-salud.html
25	Un estudio revela que médicos recetan omeprazol sin razón a 38 % pacientes	16/5/16	La Vanguardia	Prensa	Medicament	ES	https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20160516/401833172283/un-estudio-revela-que-medicos-recetan-omeprazol-sin-razon-a-38-pacientes.html
26	Ante los excesos navideños tu farmacéutico te ayudará	23/12/17	El Periodico	Prensa	Patologia/ Situació Clínica	ES	PDF EL Periodico
27	Manual de supervivencia para pacients hospitalarios	Desconeguda	El Periodico	Prensa	Patologia/ Situació Clínica	ES	PDF EL Periodico
28	España es el país de la UE que más omeprazol consume y donde un 30% de sus prescripciones son innecesarias	29/2/16	El Periodico	Prensa	Medicament	ES	PDF EL Periodico
29	El omeprazol no protege	15/4/18	El Periodico	Prensa	Medicament	ES	PDF EL Periodico
30	Las consecuencias del consumo inadecuado de omeprazol	5/2/18	El País	Prensa	Medicament	ES	https://elpais.com/elpais/2018/02/02/ciencia/1517569615_996884.html
31	La mitad de la población está infectada por HelicobacterPylori	11/1/17	El País	Prensa	Patologia/ Situació Clínica	ES	https://www.saludymedicina.org/post/la-mitad-de-la-poblacion-esta-infectada-por-helicobacter-pylori
32	Cómo proteger el estómago de la acidez	28/12/14	ABC	Prensa	Patologia/ Situació Clínica	ES	PDF ABC
33	Los riesgos de un uso excesivo de omeprazol	27/2/17	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/sociedad/abci-riesgos-excesivo-omeprazol-201702271411_noticia.html
34	El consumo prolongado de omeprazol duplica el riesgo de cáncer de estómago	4/11/17	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/sociedad/abci-consumo-prolongado-omeprazol-duplica-riesgo-cancer-estomago-201711040946_noticia.html
35	¿Qué es el omeprazol y por qué se prescribe «para todo»?	16/4/16	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/sociedad/abci-omeprazol-y-prescribe-para-todo-201604152001_noticia.html
36	Cuidado con el omeprazol, puede tener efectos secundarios en el riñón	15/4/16	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/salud/sanidad/abci-cuidado-omeprazol-puede-tener-efectos-secundarios-rinon-201604151343_noticia.html

(Continuació taula 3)

37	El omeprazol y 'antiácidos similares' aumentan, y mucho, el riesgo de mortalidad	4/7/17	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-omeprazol-y-antiacidos-similares-aumentan-y-mucho-riesgo-mortalidad-201707040012_noticia.html
38	Claves para evitar la acidez de estómago tras los excesos navideños	29/12/14	ABC	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.abc.es/sociedad/20141229/abci-recomendaciones-evitar-acidez-navidad-201412261935.html
39	Los 'antiácidos' más utilizados aceleran el envejecimiento de los vasos sanguíneos	11/5/16	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/salud/enfermedades/abci-antiacidos-mas-utilizados-aceleran-envejecimiento-vasos-sanguineos-201605102107_noticia.html
40	Cómo combatir el reflujo gastroesofágico	22/5/14	ABC	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.abc.es/sociedad/20140506/rc-como-combatir-reflujo-gastroesofagico-201405061650.html
41	Cuidado con el uso inadecuado de protectores gástricos	22/5/14	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/sociedad/20140421/rc-cuidado-inadecuado-protectores-gastricos-201404211324.html
42	El uso de antiácidos comunes podría aumentar el riesgos de ataques cardíacos	10/6/15	ABC	Prensa	Medicament	ES	https://www.abc.es/salud/noticias/20150610/abci-antiacidos-ataques-cardiacos-201506101803.html
43	Una bacteria cada vez más resistente	16/6/14	ABC	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.abc.es/sociedad/20140616/rc-bacteria-cada-resistente-201406161202.html
44	Alertan del riesgo de unos fármacos contra la acidez estomacal	16/11/16	La Razón	Prensa	Medicament	ES	https://www.larazon.es/atusalud/alertan-del-riesgo-de-unos-farmacos-contra-la-acidez-estomacal-FP13945132
45	El reflujo gastroesofágico sin tratamiento puede llevar al cáncer	1/11/16	La Razón	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.larazon.es/atusalud/salud/el-reflujo-gastroesofagico-sin-tratamiento-puede-llevar-al-cancer-MO13840628
46	4 pasos para facilitar la digestión	26/10/16	La Razón	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.larazon.es/atusalud/objetivo-bienestar/4-pasos-para-facilitar-la-digestion-IK13806178
47	Gastroprotectores: Un abuso continuado atrofia al estómago	25/4/16	La Razón	Prensa	Medicament	ES	https://www.larazon.es/atusalud/salud/gastroprotectores-un-abuso-continuado-atrofia-al-estomago-CO12495698
48	Si padece acidez dos o más veces por semana, acuda al médico	26/5/15	La Razón	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.larazon.es/atusalud/si-padece-acidez-dos-o-mas-veces-por-semana-acuda-al-medico-FG9833633
49	El omeprazol puede dañar el riñón	15/4/16	El Mundo	Prensa	Medicament	ES	https://www.elmundo.es/salud/2016/04/15/570f924146163fa25a8b4638.html
50	Omeprazol y otros antiulcerosos se asocian a mayor riesgo de infarto	16/6/15	El Mundo	Prensa	Medicament	ES	https://www.elmundo.es/salud/2015/06/16/557f13c5ca4741747b8b4599.html
51	El 30% del consumo de omeprazol, paracetamol e ibuprofeno es inútil	31/5/15	El Mundo	Prensa	Medicament	ES	https://www.elmundo.es/comunidad-valenciana/2015/05/31/556ada8046163f28598b4571.html
52	El peligro de abusar del omeprazol	30/6/14	El Mundo	Prensa	Medicament	ES	https://www.elmundo.es/salud/2013/12/10/52a73e9761fd3cddb698b4590.html
53	L'ICS redueix un 41% les redundàncies terapèutiques entre els pacients que prenen dos o més medicaments equivalents	27/12/16	Vilaweb	Prensa	Medicament	CAT	https://www.vilaweb.cat/noticies/lics-redueix-un-41-les-redundancies-terapeutiques-entre-els-pacients-que-prenen-dos-o-mes-medicaments-equivalents/

(Continuació taula 3)

54	El omeprazol es "seguro" si la indicación, dosis y tratamiento son "adecuados"	11/7/16	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-omeprazol-seguro-si-indicacion-dosis-tratamiento-son-adecuados-20160711125805.html
55	El omeprazol es "extremadamente seguro", según un experto	7/7/15	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-omeprazol-extremadamente-seguro-experto-20150707144530.html
56	El consumo prolongado de omeprazol duplica el riesgo de cáncer de estómago	3/11/17	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	http://www.europapress.es/00000/noticia-consumo-prolongado-omeprazol-duplica-riesgo-cancer-estomago-20171103162542.html
57	10 claves para combatir el reflujo gastroesofágico	25/8/15	EuropaPress	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.europapress.es/00000/noticia-diez-claves-combatir-reflujo-gastroesofagico-20141213092936.html
58	El uso de protectores gástricos IBP debe ser "siempre" bajo control médico	21/4/14	EuropaPress	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	http://www.europapress.es/00000/noticia-sepd-aconseja-usar-protectores-gastricos-ibp-pacientes-patologias-digestivas-siempre-control-medico-20140421115652.html
59	Medicamentos para el reflujo, relacionados con enfermedad renal crónica e insuficiencia renal	13/11/17	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-medicamentos-reflujo-relacionados-enfermedad-renal-cronica-insuficiencia-renal-20171113072336.html
60	Riesgos del abuso de antiácidos	11/6/15	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	http://www.europapress.es/00000/noticia-asocian-uso-antiacidos-comunes-riesgo-ataque-cardiaco-20150611072133.html
61	Medicamentos gástricos aumentan el riesgo de recurrencia de infección por 'Clostridium difficile'	28/3/17	EuropaPress	Prensa	Medicament	ES	http://www.europapress.es/00000/noticia-medicamentos-gastricos-aumentan-riesgo-recurrencia-infeccion-clostridium-difficile-20170328085239.html
62	Recomendaciones para evitar el reflujo gastroesofágico	26/5/15	EuropaPress	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	http://www.europapress.es/00000/noticia-perder-peso-comer-saciarse-elevar-cabecero-cama-recomendaciones-evitar-reflujo-gastroesofagico-20140506113907.html
63	El bacteri estomacal que infecta a la meitat del món s'anomena Helicobacter pylori	10/2/18	Catalunya Diari	Prensa	Patología/ Situació Clínica	CAT	https://catalunyadiari.com/societat/helicobacter-pylori-bacteria-estomacal-que-infecta-mitad-del-mundo
64	Todo lo que tienes que saber antes de tomar omeprazol	3/6/18	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20180603/saber-tomar-omeprazol/311219704_0.html
65	El omeprazol, más cuestionado aún: se asocia a más cáncer de estómago	3/11/17	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/20171103/omeprazol-cuestionado-cancer-estomago/258724609_0.html
66	El test del Omeprazol: ¿Conoces los ocho peligros de tomarlo cuando no debes?	26/12/17	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20171226/test-omeprazol-conoces-peligros-tomarlo-no-debes/270973298_0.html
67	Enfermedad hepática: el efecto menos conocido del consumo excesivo de omeprazol	10/10/17	El Español	Prensa	Patología/ Situació Clínica	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20171010/253225400_0.html
68	El alarmante mal uso del omeprazol: ni protege el estómago ni es inocuo	28/2/17	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20170227/196980825_0.html
69	Almax u Omeprazol: guía definitiva para acertar sin riesgos	7/2/18	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/20180207/almax-omeprazol-guia-definitiva-acertar-sin-riesgos/281472806_0.html
70	Tomar antiácidos como el omeprazol con frecuencia aparece un mayor riesgo de muerte	4/7/17	El Español	Prensa	Medicament	ES	https://www.elespanol.com/ciencia/salud/20170704/228727319_0.html
71	Los 8 errores más frecuentes en el uso del omeprazol	11/4/18	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.infosalus.com/farmacia/noticia-errores-mas-frecuentes-uso-omeprazol-20180411084933.html

(Continuació taula 3)

72	Omeprazol Vademecum	20/12/16	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.vademecum.es/principios-activos-omeprazol-a02bc01
73	El descontrolado e innecesario uso de omeprazol en España	19/7/19	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.alimente.elconfidencial.com/bienestar/2018-03-05/omeprazol-salud-acidez-reflujo-protector-gastrico_1519634/
74	El Omeprazol, un fármaco seguro cuyo sobreuso provoca efectos secundarios en el paciente	17/5/16	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.immedicohospitalario.es/noticia/8490/el-omeprazol-un-farmaco-seguro-cuyo-sobreuso-provoca-efectos-secundarios-en-el-paciente
75	Omeprazol-Para que se toma y efectos secundarios	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.saludemia.com/-/medicamento-omeprazol
76	Evitar errores a la hora de tomar omeprazol	23/11/16	Internet	Internet	Medicament	ES	https://famaciaterenife.com/evitar-errores-la-hora-de-tomar-omeprazol/
77	Omeprazol Wikipedia	4/8/19	Internet	Internet	Medicament	ES	https://es.wikipedia.org/wiki/Omeprazol
78	Omeprazol y riesgo cardiovascular	14/7/15	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.immedicohospitalario.es/noticia/6164/omeprazol-y-riesgo-cardiovascular
79	Omeprazol ¿Cuáles son los principales efectos secundarios?	2/7/17	Internet	Internet	Medicament	ES	https://boticariagarcia.com/efectos-secundarios-omeprazol-002
80	Omeprazol, te explicamos a fondo esta medicina	17/10/17	Internet	Internet	Medicament	ES	http://www.dciencia.es/omeprazol/
81	Omeprazol y déficit de vitamina B12	1/7/19	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.saludigestivo.es/enfermedades-digestivas-y-sintomas/omeprazol-deficit-vitamina-b12/
82	Uso adecuado del omeprazol	26/12/16	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.clinicabenidorm.com/uso-adecuado-del-omeprazol-otros-ibp/
83	Omeprazol: ¿duración excesiva del tratamiento?	27/5/14	Internet	Internet	Medicament	ES	http://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/omeprazol-duracion-excesiva-del-tratamiento
84	Pensar que el omeprazol protege al estómago es un error mayúsculo y un riesgo para la salud de la población	12/7/19	Internet*	Prensa	Medicament	ES	https://www.heraldo.es/noticias/suplementos/salud/2018/01/11/omeprazol-no-protege-estomago-automedicarse-riesgo-para-salud-1218226-1381024.html
85	Omeprazol. CUN	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/medicamentos/omeprazol
86	Omeprazol, ¿qué dice su prospecto?	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.pharma20.es/consejos-y-videoconsejos/vida-sana/omeprazol-prospecto
87	Omeprazol: los errores más frecuentes en su uso	24/4/18	Internet*	Prensa	Medicament	ES	https://www.levante-emv.com/vida-y-estilo/salud/2018/04/20/8-errores-frecuentes-omeprazol/1706871.html
88	Omeprazol	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.rijasalud.es/profesionales/urgencias/guia-para-la-administracion-de-farmacos-en-urgencias/listado-de-farmacos/594-omeprazol
89	Tinc cremor d'estómac, què faig?	16/9/14	Internet	Internet	Medicament	CAT	https://www.xeiverdaguer.com/cremor-estomac/
90	El omeprazol no vale para lo que tu crees	1/3/18	Internet	Internet	Medicament	ES	https://medicadoo.es/2018/03/01/el-omeprazol-no-vale-para-lo-que-tu-crees/
91	Els motius pels quals has de deixar de prendre omeprazol	17/10/16	Catalunya Diari	Prensa	Medicament	CAT	https://catalunyadiari.com/successos/els-motius-pels-quals-has-de-deixar-de-prendre-omeprazol-1
92	Un estudi demostra que els medicaments com l'Omeprazol són un risc per a la salut	4/7/17	Catalunya Diari	Prensa	Medicament	CAT	https://catalunyadiari.com/societat/un-estudi-demostra-que-els-medicaments-com-lomeprazol-son-un-risc-per-a-la-salut
93	Anticulcerosos	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	CAT	http://www.cotxeres.consorci.org/arxiu-pdf/3_antiulcerosos.pdf

(Continuació taula 3)

94	omeprazol, ibuprofen, i el risc dels abusos	15/4/15	Internet	Internet	Medicament	CAT	http://ciencia.ara.cat/centpeus/2015/04/15/omeprazol-ibuprofen-i-el-risc-dels-abusos/
95	XF recomana: compte amb l'omeprazol	4/7/16	Internet	Internet	Medicament	CAT	http://www.xarxafarma.com/blog/?p=8674
96	Omeprazol: el seu ús pot provocar dany neurològic	27/4/16	Internet	Internet	Medicament	CAT	http://www.xarxafarma.com/blog/?p=8419
97	Els protectors d'estómac, entre la por i el risc	12/7/17	Internet	Internet	Medicament	CAT	http://diari-sanitat.cat/protectors-destomac-por-risc/
98	Seguridad del omeprazol: ¿es adecuada la duración de los tratamientos?	2015	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.raco.cat/index.php/EC/article/view/320828
99	Omeprazol ¿Un nuevo tratamiento de la poliposis nasal?	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	ES	https://www.tesisenred.net/handle/10803/4237
100	Omeprazol. ICF	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	CAT	https://www.icf.uab.cat/assets/pdf/productes/bg/ca/bg52.92c.pdf
101	3Clics Tos crònica: prova amb omeprazol	Desconeguda	Internet	Internet	Medicament	CAT	https://www.ics.gencat.cat/3clics/main.php?page=ArticlePage&id=1077

6.2.3.2. Procediment de treball

Tenint en compte els resultats de l'estudi anterior *Llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d'una web institucional* on les escales DISCERN i EQIP han mostrat tenir una bona fiabilitat i concordança (veure apartats 7.1.3 i 7.1.4) s'ha decidit utilitzar aquests mateixos instruments.

A banda d'això, com que en aquesta anàlisi no es disposa d'un segon investigador per comparar els resultats i evitar possibles subjectivitats, s'ha decidit incloure una tercera escala per avaluar la qualitat del material. Com que el material a analitzar contenia informació sobre els IBP obtinguda a partir d'una cerca a internet, s'ha decidit aplicar els criteris del segell de qualitat que atorga a les pàgines web de salut la HON Foundation. Es tracta de 8 criteris que valoren les qualificacions dels autors, la informació complementària, la privacitat de les dades personals, les fonts bibliogràfiques de referència, l'evidència de la informació, les dades de contacte, les fonts de finançament i les polítiques publicitàries. En relació a la puntuació, si es compleix un dels criteris s'obté una puntuació de 2, si ho fa de forma parcial un 1 i si no els compleix un 0. El valor màxim corresponent al compliment total dels vuit criteris és de 16.

A partir del material seleccionat s'ha realitzat una còpia del text dels diferents documents en format Microsoft Word, en format PDF i també en paper. A banda d'això també s'ha guardat l'enllaç a la font *on-line* original. Abans de començar s'ha revisat les guies d'ús i els criteris de cada escala.

6.2.3.3. Estadística

S'han realitzat proves bivariants entre l'"índex d'INFLESZ" i les escales "EQIP", "DISCERN" i "HON" respecte a les variables "font", "tipus" i "idioma" mitjançant un model lineal o no paramètric adequat en funció del compliment dels criteris d'aplicació (t-test, anàlisi de la variància, test de Mann-Whitney-Wilcoxon o test de Kruskal-Wallis). A més, per mesurar la fiabilitat de les escales, s'ha calculat el coeficient Alfa de Chronbach i s'han calculat les correlacions entre les escales o instruments a través del coeficient de correlació de Pearson. L'anàlisi estadística s'ha realitzat amb el software: SAS v9.4, SAS Institut Inc., Cary, NC, USA. Les decisions estadístiques s'han realitzat tenint coma a nivell de significació el valor 0,05.

6.2.4. Necessitats d'informació dels pacients

Aquest estudi pretén conèixer les necessitats d'informació sobre els medicaments que té la ciutadania, així com saber quins són els seus hàbits de consulta en cas de dubtes o problemes en relació amb els fàrmacs a partir d'un cas pràctic amb els IBP.

6.2.4.1. Disseny, àmbit d'actuació, període d'estudi, població, recollida de dades, consideracions ètiques i material utilitzat

Per dur a terme aquest estudi, s'ha utilitzat l'entrevista estructurada tancada com a tècnica per a la recollida de la informació. Aquesta tècnica permetrà aprofundir en l'opinió i les necessitats d'informació sobre els medicaments dels pacients.

L'estudi s'ha realitzat en l'àmbit de l'atenció primària de Barcelona ciutat, de l'àrea metropolitana i de zones més rurals de Catalunya durant el període comprès entre maig i desembre de 2019. Concretament, els CAP on s'ha fet l'estudi han estat:

- CUAP Manso. Institut Català de la Salut. Barcelona.
- CAP Passeig Maragall. Institut Català de la Salut. Barcelona.
- CAP Sant Genís. Consorci Sanitari de Terrassa. Rubí. Barcelona.
- Equip d'Atenció Primària de Ripoll i Sant Joan de les Abadesses. Institut Català de la Salut. Girona.

La població de referència de l'estudi són els pacients que s'han visitat a l'atenció primària dels CAP anteriorment detallats. Pel que ha a la població d'estudi i els criteris d'inclusió i exclusió aquests són: pacients majors de 18 anys que s'han visitat als centres d'atenció primària i que tenien prescrit un IBP en la seva medicació activa.

La mida de la mostra inicial era de 400 pacients per aconseguir un error mostral d'entre el 4 i el 5%.

En relació amb el procés de recollida de dades de l'estudi s'ha seguit el següent procediment:

- Lloc de realització de les entrevistes: les entrevistes s'han realitzat en un espai habilitat per preservar la confidencialitat i intimitat dels pacients.
- Reclutament de pacients i circuit:
 - Informació als professionals del centre de la realització de l'estudi i petició de la seva conformitat.
 - Selecció de pacients: petició del llistat de pacients que portaven pautat algun IBP i que estiguessin programats per a alguna visita al centre durant els dies de l'estudi.
 - Distribució del llistat de pacients a cada metge/ssa o infermer/a centre.
 - Després de la visita del pacient pel seu metge/ssa o infermer/a, aquests han informat de l'existència de l'estudi i han demanat la participació voluntària.
 - El pacient ha accedit al lloc habilitat per fer l'estudi.
 - La investigadora principal ha entregat el FIP, el CI i ha estat en tot moment disponible per a la resolució de possibles dubtes.
 - El pacient ha firmat el consentiment informat.
 - S'ha realitzat l'entrevista.
 - Agraïment i comiat.

Per a la realització de l'estudi s'ha obtingut l'autorització de les Direccions de cada centre on s'ha realitzat l'estudi i s'ha obtingut l'aprovació de dos Comitès d'Ètica d'investigació dels dos organismes que gestionen els centres on s'ha realitzat l'estudi:

- Comitè d'Ètica d'Investigació amb Medicaments del Consorci Sanitari de Terrassa (CST).
- Comitè Ètic d'Investigació de la Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol) de l'ICS.

En el cas concret de l'ICS es va fer la petició inicial d'aprovació amb el CAP de Manso i posteriorment es van anar notificant les incorporacions dels altres

centres participants. A l'annex 5 es poden consultar els documents oficials amb l'aprovació dels Comitès Ètics d'Investigació.

Durant les entrevistes s'ha informat sempre als participants sobre els objectius de l'estudi i sobre les intervencions vinculades a la participació en ell. S'ha entregat el FIP on s'explica per escrit tot l'estudi, i s'ha demanat el consentiment informat al pacient i tant el pacient com l'investigador firmen el document de CI. Durant tot moment s'ha assegurat la confidencialitat i l'anonimat de les dades segons les lleis estatals vigents, tant a la fase d'execució com en les presentacions o publicacions que en deriven de l'estudi: Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i pel Reglament (UE) 2016/679 relatiu a la protecció de les persones físiques en quan al tractament de les dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

En l'annex 2, 3 i 4 s'hi pot consultar el següent material emprat en l'estudi: FIP, Document de CI i el guió de l'entrevista.

6.2.4.2. Consideracions i observacions

Les entrevistes són una tècnica de recollida de dades àmpliament utilitzada en la recerca sanitària. Es consideren efectives per conèixer les experiències personals d'una situació, procés o malaltia, i el motiu principal del seu ús és produir dades empíriques que puguin ajudar als professionals sanitaris a desenvolupar millors pràctiques sanitàries (Mitchell, 2015). Les entrevistes s'han utilitzat per obtenir informació sobre diferents situacions relacionades amb la sanitat, com per exemple en persones VIH positives i prenen decisions sobre salut i reproducció sexual (Kelly et al., 2011), sobre la gestió de la transmissió de la informació per part dels professionals sanitaris en malalties terminals (Millar, Reid i Porter, 2013) o com els familiars gestionen l'angoixa durant l'atenció al final de la vida en unitats de cures intensives (St Ledger et al., 2013). En l'àmbit de la farmàcia hi ha estudis publicats on s'ha utilitzat l'entrevista. Són exemples les entrevistes realitzades per conèixer les percepcions actuals dels professionals sanitaris sobre l'ús dels antibiòtics i les opcions d'optimització en un hospital d'aguts, per aprofundir en els motius del consum de medicaments de

venda lliure al públic (sense recepta mèdica), incloent medicació alternativa i complementària, o per exemple en la pràctica de la deprescripció de fàrmacs per conèixer les preferències dels pacients d'edat avançada i polimedicats davant possibles canvis de tractaments (Weir et al., 2018; Leontowitsch et al., 2010; Black et al., 2019).

Les entrevistes, segons el nombre de participats, poden ser de dos tipus: individuals o grupals. Les entrevistes individuals són trobades entre l'entrevistador i la persona que fa l'entrevista on es busca una interacció entre ambdues parts per conèixer el seu món, els seus pensaments i perspectives, i així poder comprendre els seus propis significats (Berenguera et al., 2014).

Segons l'estructuració de l'entrevista, aquestes es classifiquen en (Mitchell, 2015; Berenguera et al., 2014):

- Entrevista en profunditat o oberta: es segueix un estil informal i l'entrevista es guiada principalment pel participant i les preguntes van sorgint a mesura que la relació entre entrevistador i entrevistat avança. Pretén obtenir un relat de l'entrevistat des de les seves prioritats, necessitats i desitjos. Es considera d'utilitat quan es disposa de pocs coneixements sobre un tema en investigació o quan es requereix conèixer una experiència personal de forma completa i profunda. És l'entrevista que es genera en estudis observacionals.
- Entrevista semiestructurada: en aquest tipus d'entrevista els temes, i gran part de les preguntes, estan planificades abans de començar, però alhora permet la possibilitat de canviar o afegir noves preguntes en funció de com evoluciona l'entrevista o la investigació. Una de les característiques principals és que utilitza preguntes obertes (DiCicco-Bloom i Crabtree, 2006). En seria un exemple la següent pregunta: "Quin és la teva experiència sobre la comunicació del personal sanitari durant l'atenció farmacèutica rebuda?" Una entrevista semiestructurada permet al participant compartir la seva experiència dins els límits del tema en el que està interessat l'investigador. En aquest exemple la comunicació durant l'atenció farmacèutica. És el tipus d'entrevista que més freqüentment s'empra en la investigació qualitativa en salut.
- Entrevista estructurada oberta: en aquest tipus d'entrevista es disposa d'un guió preestablert i quan es desenvolupa la seqüència i la formulació de les preguntes són sempre les mateixes però les preguntes són obertes.

- Entrevista estructurada tancada: les preguntes i les respostes d'aquest tipus d'entrevista sempre són tancades. Una pregunta exemple d'aquest tipus d'entrevista seria: "Com creus que s'ha comunicat amb tu el personal sanitari durant l'atenció farmacèutica, molt bé, bastant bé o no gaire bé?". Aquesta entrevista és considerada més una enquesta i aquesta tècnica de recollida de dades s'adapta més a la metodologia quantitativa que la metodologia qualitativa i per tant, habitualment és sinònim de generació de dades quantitatives.

Els principals avantatges de les entrevistes individuals és que són flexibles i permeten una adaptació a les circumstàncies i a les persones. També donen l'oportunitat per observar a l'individu (les gesticulacions, les expressions, el comportament.). Es considera que en una entrevista individual l'obtenció de la informació és més completa i permet aprofundir més en el tema en qüestió. Pel que fa als inconvenients, la realització d'entrevistes individuals requereix disposar d'investigadors formats i amb experiència, el procediment és lent i en algunes ocasions pot tenir un cost elevat (Berenguera et al., 2014).

Inicialment, tal i com s'ha comentat la mida de la mostra de l'estudi era de 400 pacients, és a dir, que s'havien de realitzar aproximadament 400 entrevistes estructurades tancades als diferents CAP de Catalunya però davant la realitat del treball de camp es va decidir disminuir a la meitat la mostra. La idea inicial era que al ser una estructura similar a una enquesta, el desenvolupament d'aquesta seria ràpid i es podria arribar a la mostra establerta en un període curt de temps. No obstant això, durant el treball de camp, l'estudi ha sofert algunes modificacions principalment relacionades amb el temps emprat per la investigadora en cada pacient i amb el desenvolupament de l'entrevista i les relacions amb els pacients. En relació amb el temps, inicialment es va preveure que com a màxim es trigaria uns 15 minuts per a realitzar l'entrevista però la realitat és que aquest temps s'ha incrementat a 30-45 minuts en la majoria dels pacients. Pel que fa al desenvolupament de l'entrevista aquesta no s'ha realitzat de forma ràpida i precisa centrant-se en la pregunta i resposta, si no que els pacients, probablement per la situació de distensió proporcionada, s'han pogut expressar còmodament i proporcionar molta més informació que la que pròpiament es

recollia en el format de l'entrevista inicial. És a dir, que moltes de respostes han anat més enllà de fer una creu a l'opció més adequada i s'han completat amb informació més detallada i precisa sobre les necessitats, dubtes i problemes que es presenten davant dels IBP o de la medicació en general. A més a més, en moltes ocasions els pacients han aprofitat l'entrevista per preguntar i explicar altres temes relacionats amb els medicaments i els tractaments farmacològics. En aquestes situacions, la investigadora, malgrat no està dins l'objectiu de l'estudi, ha respòs amb professionalitat seguint la línia de l'ús racional dels medicaments i les recomanacions de prescripció dels seus professionals sanitaris de referència.

En qualsevol cas, aquestes situacions que s'han trobat en el desenvolupament del treball de camp han fet plantejar la idea inicial de l'estudi on l'entrevista estructurada tancada o enquesta ha evolucionat lleugerament cap a una entrevista en profunditat o oberta, o una entrevista semiestructurada oberta. És a dir, a partir d'un guió preestablert amb preguntes tancades i obertes, les preguntes obertes s'han anat desenvolupant a mesura que la relació entre l'investigadora i l'entrevistat avançaven i comportant una implicació de temps i d'expertesa tècnica més elevats per part l'investigadora. Tenint en compte aquestes característiques, ens trobem davant d'una recollida de dades quantitativa i alhora qualitativa. Això podria ser considerat un mètode mixte on les dades quantitatives es poden comprendre millor amb la informació qualitativa recollida (Creswell, Fetters i Ivankova, 2004; Wisdom i Creswell, 2013). A partir de les preguntes tancades o dades quantitatives s'ha pogut realitzar un estudi descriptiu i conèixer les característiques dels pacients i identificar les seves necessitats d'informació o dubtes relacionats amb els IBP i els medicaments en general. Però alhora, cal tenir en compte que també s'han obtingut dades relacionades amb les experiències dels propis pacients i s'ha revelat informació interessant sobre els possibles problemes relacionats amb els medicaments i les diferents reaccions que es tenen en relació amb els fàrmacs. Com a exemple d'això, s'ha recollit informació transcendent sobre l'alarmisme o la confusió que per alguns pacients generen els prospectes dels medicaments, sobre la complexitat dels textos dels prospectes i la necessitat que haurien de ser més adaptables a la situació clínica de cada pacient, i sobre l'elevat grau de confiança

que tenen els pacients amb el seu metge d'atenció primària (veure pàgines 151-153).

7.RESULTATS

7. RESULTATS

7.1. Llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d'una web institucional

7.1.1. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat

L'anàlisi de llegibilitat s'ha realitzat utilitzant l'eina INFLESZ. Aquesta eina puntuava els documents i els classifica en funció de la dificultat de lectura equiparant-ho amb el nivell d'educació (universitari, batxillerat, ESO, educació primària) i amb diferents tipus de publicacions per tenir com a referència el nivell de llegibilitat (publicacions científiques, de divulgació científica o premsa especialitzada, premsa general o esportiva, premsa del cor o novel·les d'èxit o còmics). La majoria dels 61 documents analitzats es troben en el segment de llegibilitat de *Bastant fàcil* (67,20%) o *Molt fàcil* (3,30%). No obstant això, hi ha alguns documents classificats com a *Bastants difícils*, concretament un 21,3% o *Molt difícils* en un 8,20%. A la taula 4 s'hi poden consultar els resultats de l'anàlisi de la llegibilitat en funció dels segments de llegibilitat i també l'equiparació amb el nivell d'educació i el tipus de publicacions associades a cada nivell de llegibilitat.

Globalment, els resultats de l'anàlisi de llegibilitat indiquen que el valor mitjà d'aquest índex de tots els 61 documents inclosos en l'estudi és de 71,96, fet que significa que globalment són considerats en el segment de llegibilitat de *Bastant fàcils*. A la taula 5 s'hi poden consultar aquests resultats generals.

Taula 4. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat dels 61 documents en funció dels diferents segments de dificultat que proporciona l'eina INFLESZ

Puntuació	Segment de llegibilitat	Nivell d'educació	Tipus de publicació	Freqüència	Percentatge
0-40	Molt difícil	<i>Universitari</i>	<i>Científica</i>	5	8,20%
40-50	Bastant difícil	<i>Batxillerat</i>	<i>Divulgació científica, premsa especialitzada</i>	13	21,30%
55-65	Normal	<i>ESO</i>	<i>Premsa general, premsa esportiva</i>	0	0
65-80	Bastant fàcil	<i>Educació primària</i>	<i>Premsa del cor, noveles d'èxit</i>	41	67,20%
> 80	Molt fàcil	<i>Educació primària</i>	<i>Còmics</i>	2	3,30%

Taula 5. Resultats globals de l'anàlisi de llegibilitat

N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
61	71,9659	72.45	4,7712	59.61	82.95

N: número de documents

7.1.2. Resultats globals de l'anàlisi de la qualitat

Tal i com es mostra a la taula 5, els resultats de l'escala EQIP indiquen que el valor mitjà de l'aplicació als 61 documents d'estudi ha estat d'aproximadament de 44 per ambdues investigadores. Seguint la guia d'ús de l'escala EQIP, on el valor associat a una elevada qualitat és de 80, els resultats obtinguts són baixos, fet que indica que la qualitat dels documents pot millorar i cal revisar-los en un període de 6 mesos a 1 any.

Els resultats obtinguts de l'aplicació de la taula DISCERN milloren considerablement, presentant un valor de 55,4 per la investigadora 1 i un valor de 51 per la investigadora 2, considerant-se en ambdós casos de bona qualitat. (veure taula 6)

Taula 6. Resultats globals de l'escala EQIP

Investigador	N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
1	61	44,2826	45,1612	5,8439	20,3125	52,9411
2	61	44,8366	43,9393	5,0356	22,7272	51,4705

Taula 7. Resultats globals de l'escala DISCERN

Investigador	N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
1	61	55,3606	59	9,1688	38	69
2	61	50,9016	53	10,2301	27	68

7.1.3. Resultats de l'anàlisi de la concordança

La concordança es defineix com el grau en què dos investigadors coincideixen en un mateix fenomen. Per calcular el grau d'acord de tots els ítems o les preguntes de les dues escales s'ha utilitzat el coeficient Kappa, el qual permet ajustar l'efecte de l'atzar en la proporció de concordança observada. El grau de concordança es pot interpretar de la següent manera:

- Molt dolenta $\leq 0,20$
- Dolenta = $0,20-0,39$
- Regular = $0,40-0,59$
- Bona = $0,60-0,79$
- Molt bona = $0,80-1$

A les taules 8 i 9 es mostra el valor de Kappa de cada pregunta o ítem i també el valor de kappa mitjà de DISCERN i EQIP. El grau de concordança es considera elevat tant per DISCERN com per EQIP, no obstant, el valor mitjà de kappa és considerablement més baix per DISCERN. Aquestes taules inclouen també per cada pregunta o ítem una breu definició del tema o del contingut que s'aborda en cada una d'elles com són per exemple la data de publicació, l'objectiu del document o les alternatives terapèutiques, entre d'altres.

Taula 8. Percentatge d'acord entre els investigadors i valors Kappa de cada pregunta de l'escala DISCERN²

Pregunta	"Agreement"	Kappa
Q1 Objectiu	67.2%	0.18
Q2 Compleix objectiu	85.2%	0.50
Q3 Rellevància	80.3%	0.34
Q4 Fonts d'informació	80.3%	0.70
Q5 Data	31.1%	0.89
Q6 Informació equilibrada, imparcial i honesta	88.5%	0.29
Q7 Informació complementària	83.6%	0.71
Q8 Àrees d'incertesa	19.7%	0.03
Q9 Funcionament del tractament	29.5%	0.08
Q10 Beneficis	27.9%	-0,04
Q11 Riscos	70.5%	0.67
Q12 Efectes del NO tractament	50.8%	0.27
Q13 Qualitat de vida	68.9%	0.20
Q14 Alternatives terapèutiques	73.8%	0.53
Q15 Suport per la presa de decisions	47.5%	0.28
Mitjana	76.2%	0,38

² Es poden consultar les preguntes completes (Q) de l'escala DISCERN a l'Annex 1.

Taula 9. Percentatge d'acord entre els investigadors i valors Kappa de cada pregunta de l'escala EQIP³

Pregunta	Agreement	Kappa
Q1 Presentació i contingut adequat al tema	72.1%	0.33
Q2 Llenguatge	91.8%	0.25
Q3 Longitud frases	95.1%	0.89
Q4 Tracte personal al lector	67.2%	0.40
Q5 To respectuós	100%	1.00
Q6 Disseny i presentació	98.4%	0.66
Q7 Material de suport (taules, diagrames, imatges)	47.5%	0.24
Q8 Ordre lògic	88.5%	0.16
Q9 Espai per notes	100%	1.00
Q10 Dades contacte serveis de salut	100%	1.00
Q11 Data	100%	1.00
Q12 Autors	96.7%	0.65
Q13 Implicació dels pacients	96.7%	0.93
Q14 Ús de noms genèrics	70.5%	0.29
Q15 Qualitat de vida	78.7%	0.68
Q16 Informació complementària	83.6%	0.88
Q17 Objectiu	91.8%	0.55
Q18 Beneficis	78.7%	0.44
Q19 Riscos i efectes adversos	75.4%	0.56
Q20 Alternatives terapèutiques	82.0%	0.69
Mitjana	85,70%	0,63

Per a la puntuació global, la concordança s'ha mesurat mitjançant l'ICC. L'ICC es defineix com la proporció de la variabilitat total que es deguda a la variabilitat dels investigadors i permet calcular el grau d'acord entre dos o més mètodes de mesura o observació basat en un model d'anàlisi de la variància (ANOVA) amb mesures repetides. (Bland i Altman 1986) L'ICC es pot interpretar segons aquests criteris:

- Molt dolenta $\leq 0,40$
- Dolenta = $0,40-0,59$
- Bona = $0,60-0,74$
- Molt bona = $0,75-1$

³ Es poden consultar les preguntes completes (Q) de l'escala EQIP a l'Annex 1.

Ambdós instruments (DISCERN i EQIP) presenten una elevada concordança essent l'ICC de DISCERN de 0,81 (95% IC 0,70-0,88) i de l'EQIP-ICC de 0,78, (95% IC 0,66-0,86). (Veure taula 10)

En l'EQIP la mitjana de les diferències entre els dos observadors és de -0,55 punts, amb un interval de confiança que va entre -6,6 i 5,3 punts. En DISCERN, la mitjana de les diferències entre els dos observadors és de 4,5 punts, amb un interval de confiança que va entre -6 i 15 punts. Aquests resultats també s'ha representat mitjançant gràfics de Bland-Altman (Veure figura 2 i figura 3) on les dades s'agrupen més o menys al voltant d'una línia amb un grau de dispersió que estarà determinat per l'amplitud de les diferències de resultats entre les dues investigadores.

Taula 10. Coeficient de correlació intra-classe

Escala	ICC	Lower bound	Upper bound
EQIP	0.78	0.65913	0.86159
DISCERN	0.81	0.70392	0.88073

Figura 2. Gràfic de Bland-Altman de l'escala EQIP

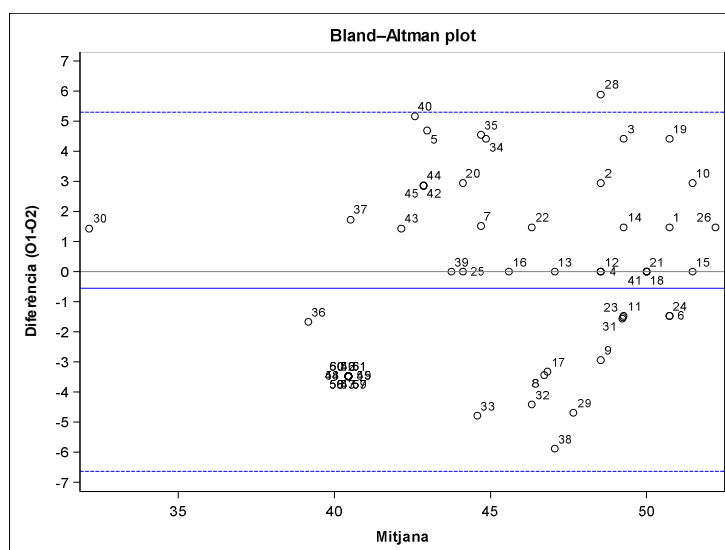
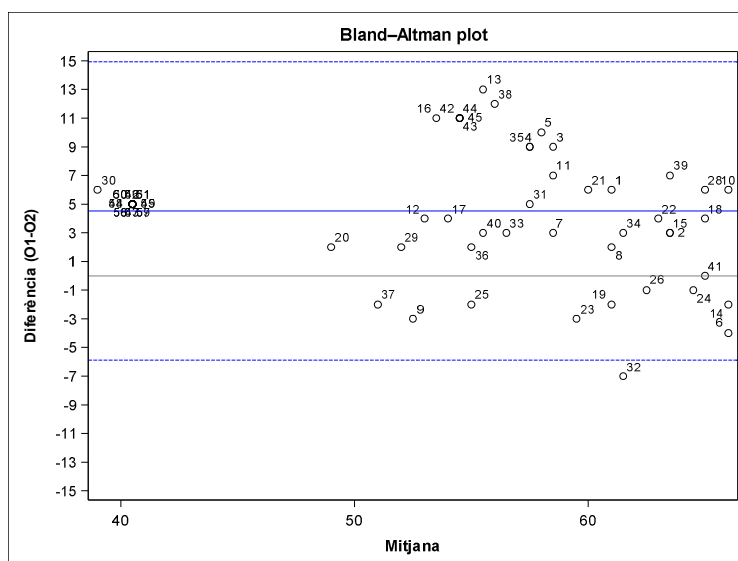


Figura 3. Gràfic de Bland-Altman de l'escala DISCERN



7.1.4. Resultats de l'anàlisi de la fiabilitat i correlació

Per avaluar la fiabilitat, la capacitat d'un instrument de mesurar de forma consistent (consistència interna) s'ha utilitzat el Coeficient Alfa de Cronbach. Quan més pròxim a 1 és el valor de l'alfa de Cronbach més elevada és la consistència interna dels instruments. Entre DISCERN i EQIP, l'escala d'avaluació de qualitat que presenta una fiabilitat més elevada per part de les dues investigadores és la DISCERN. (Veure taula 11)

Taula 11. Valors d'alfa de Cronbach de cada escala en funció dels resultats obtinguts de cada un de les investigadores

Investigadora	Cronbach Coefficient Alpha	
	EQIP	DISCERN
1	0.692277	0.779312
2	0.458186	0.791667

S'ha mesurat la correlació entre les dues escales mitjançant el coeficient de correlació de Pearson (r). Un $r=1$ indica un correlació positiva perfecta. Els

resultats mostren una associació forta entre les dues escales per ambdues investigadores. A la taula 12 s'hi pot consultar el valor de r per cada investigadora.

Taula 12. Coeficients de correlació

Coeficient de correlació de Pearson EQIP/DISCERN	
Investigadora 1	0.86547 (<.0001)
Investigadora 2	0.68778 (<.0001)

També s'ha representat la correlació mitjançant uns gràfics de dispersió per cada investigadora (Veure figura 4 i figura 5) on cada punt que es representa fa referència a cada un dels documents analitzats.

Figura 4. Gràfic de dispersió de l'investigador 1

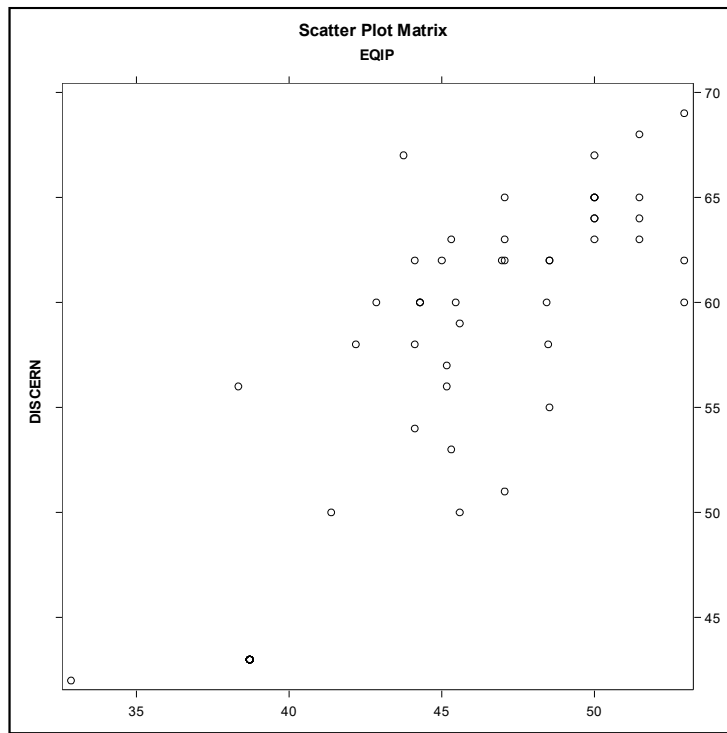
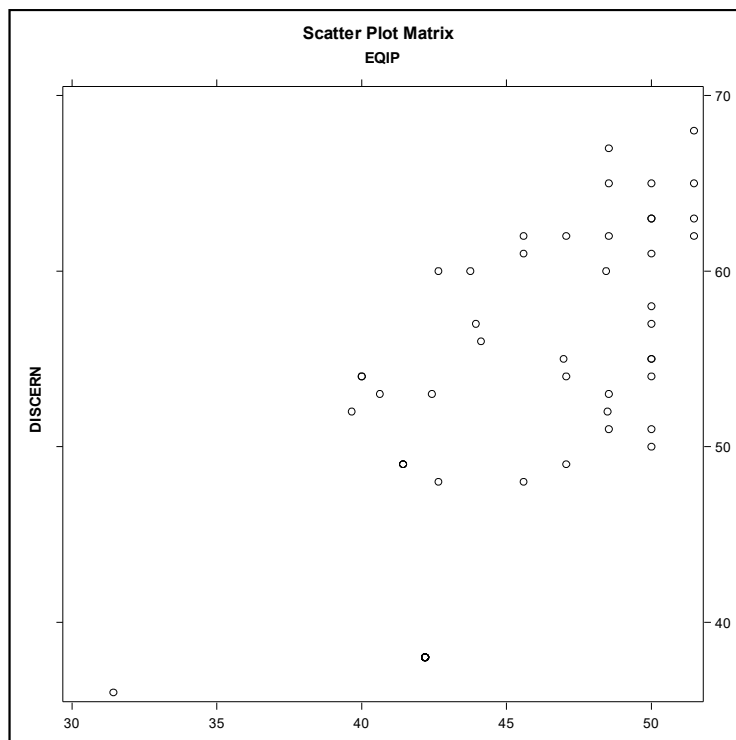


Figura 5. Gràfic de dispersió de l'investigador 2



7.2. Llegibilitat i qualitat de la informació escrita sobre els medicaments i necessitats reals de la ciutadania. *Cas pràctic amb els fàrmacs inhibidors de la bomba de protons*

7.2.1 Resultats de l'anàlisi descriptiva de la llegibilitat

L'eina INFLESZ considera que el valor 55 és el que marca el límit entre el que resulta normal de llegir i el que resulta difícil. Aquesta eina també classifica el material en 5 segments: "molt difícil", "relativament difícil", "normal", "bastant fàcil" i "molt fàcil" a banda de fer una equiparació amb el nivell d'educació (universitari, batxillerat, ESO, educació primària) i de diferents tipus de publicacions (divulgació científica, premsa especialitzada, premsa del cor, premsa esportiva, novel·les d'èxit, còmics.) Gran part del material analitzat sobre els documents relacionats amb els IBP amb INFLESZ, concretament un 58.4% presenta un valor de llegibilitat "normal" i un 14% es considera que té un nivell de llegibilitat "bastant fàcil". Tot i que només un 1% del material està en el segment "molt difícil", quasi el 25% d'aquests documents té una classificació de "bastant difícil". A la taula 13 es poden consultar els resultats d'aplicar l'índex INFLESZ als documents d'estudi

Globalment, en aquest en aquesta anàlisi, la puntuació mitjana de l'índex INFLESZ dels documents sobre els IBP seleccionats és de 58,3 amb una desviació estàndard de 38,5. (Veure taula 14)

Taula 13. Resultats de l'anàlisi de la llegibilitat dels diferents documents en funció dels diferents segments de dificultat que proporciona l'eina INFLESZ

Puntuació	Segment de llegibilitat	Nivell d'educació	Tipus de publicació	Freqüència	Percentatge
0-40	Molt difícil	<i>Universitari</i>	<i>Científica</i>	1	1.0%
40-50	Bastant difícil	<i>Batxillerat</i>	<i>Divulgació científica, premsa especialitzada</i>	25	24.8%
55-65	Normal	<i>ESO</i>	<i>Premsa general, premsa esportiva</i>	59	58.4%
65-80	Bastant fàcil	<i>Educació primària</i>	<i>Premsa del cor, novel·les d'èxit</i>	14	13.9%
> 80	Molt fàcil	<i>Educació primària</i>	<i>Còmics</i>	2	2.0%

Taula 14. Resultats globals de l'anàlisi de llegibilitat

N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
101	5.832.109	58.47	7.876.515	38.51	86.09

N: número de documents

7.2.2. Resultats de l'anàlisi bivariada de la llegibilitat

S'ha realitzat una anàlisi comparatiu de la llegibilitat per veure si s'observaven diferències en termes de llegibilitat del material en funció de la font d'origen (referència, premsa, internet), l'idioma utilitzat (català o espanyol) i el tipus de document (medicament o patologia/situació clínica). S'han realitzat proves bivariants respecte a les variables font, tipus i idioma i s'han utilitzat els models t-test, Kruskal-Wallis, Wilcoxon Test. La llegibilitat és similar en tots les documents i no s'observen diferències en funció de si el material prové d'una cerca a internet, si es tracta d'una notícia de premsa o si es considera un material amb informació de referència.

A. FONT

A la taula 15 es detalla el valor mitja del resultat de l'índex INFLESZ en funció de la font d'origen del material: referència, premsa i internet.

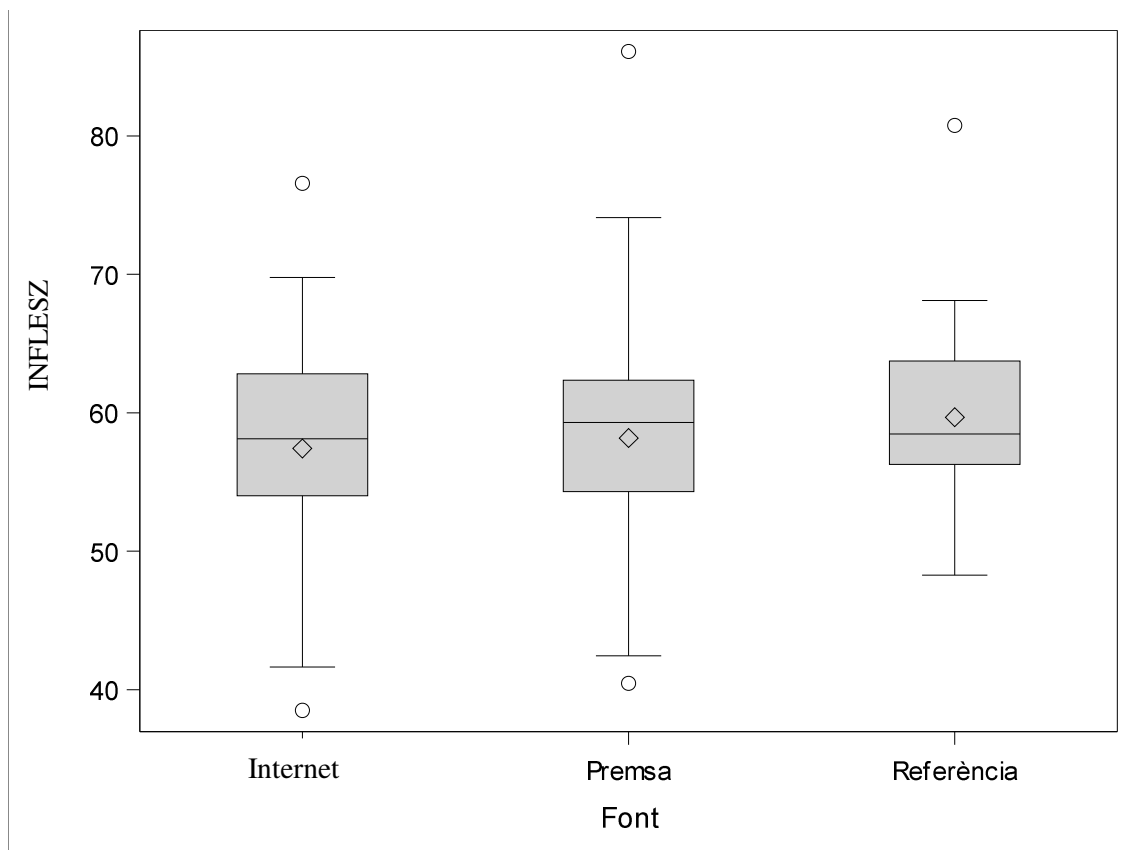
Taula 15. Resultats de l'índex INFLESZ en funció de la font

Font	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Internet	27	57.42	58.13	8.97	38.51	76.58
Premsa	51	58.18	59.30	7.80	40.46	86.09
Referència	23	59.68	58.47	6.74	48.28	80.76
Total	101	58.32	58.47	7.88	38.51	86.09

N: número de documents

Segons l'aplicació de la prova bivariant Kruskal-Wallis Test no s'han observat diferències estadísticament significatives ($p > 0,05$) en funció de la font d'on prové el material analitzat. A la figura 6 s'exemplifica gràficament la prova bivariant i en ella es poden observar totes les variables alineades (internet, premsa i referència)

Figura 6. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció de la font



Valor de p	
Kruskal-Wallis Test	0.7981

B.TIPUS DE DOCUMENT

A la taula 16 es detalla la mitjana dels resultats de l'índex INFLESZ en funció del tipus de document: medicament o patologia/situació clínica.

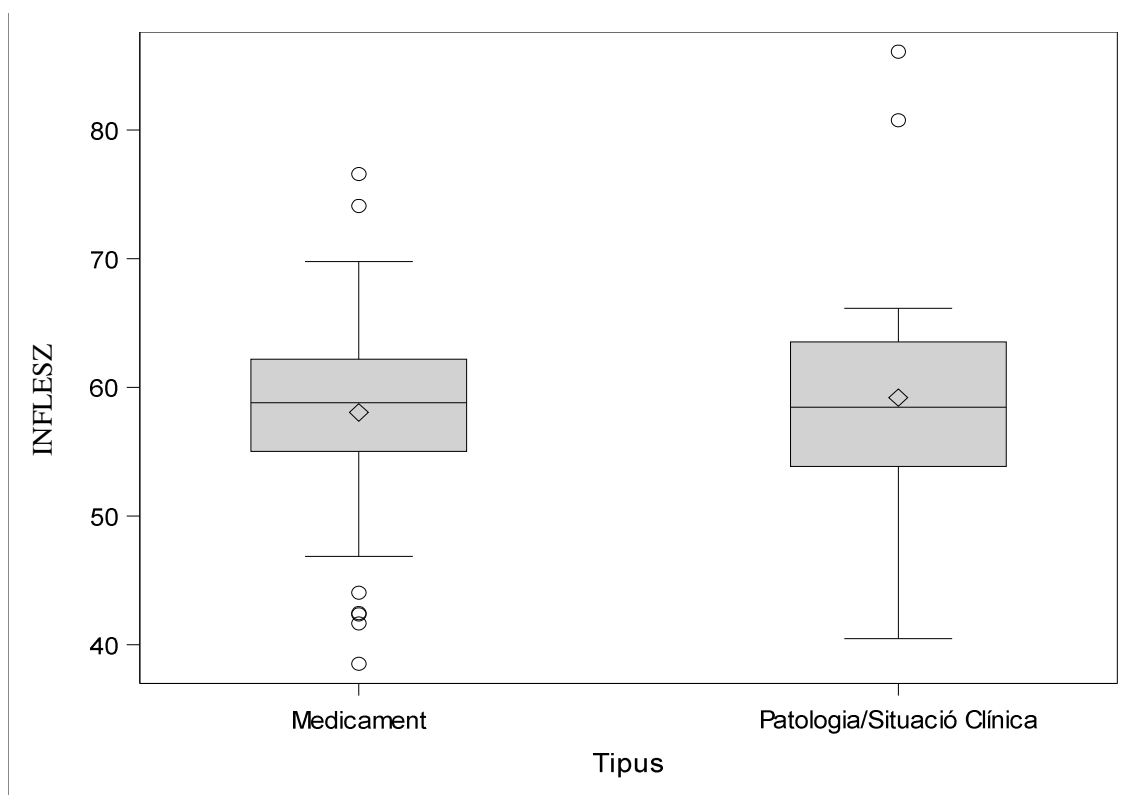
Taula 16. Resultats de l'índex INFLESZ en funció del tipus de document

Tipus	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Medicament	77	58.05	58.80	7.17	38.51	76.58
Patologia/Situació Clínica	24	59.20	58.46	9.94	40.46	86.09
Total	101	58.32	58.47	7.88	38.51	86.09

N: número de documents

Segons l'aplicació de la prova bivariant t-Test no s'han observat diferències estadísticament significatives ($p > 0,05$) en funció del tipus de document ja sigui si s'aborda el contingut proporcionant informació sobre el medicament o si s'inclou aquesta informació en l'apartat del tractament d'un document sobre una patologia i/o situació clínica. A la figura 7 es mostra gràficament que les dues variables (medicament; patologia/situació clínica) estan alineades i per tant no hi ha diferències estadísticament significatives entre elles.

Figura 7. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció del tipus de document



Valor de p
T-Test 0.6023

C. IDIOMA

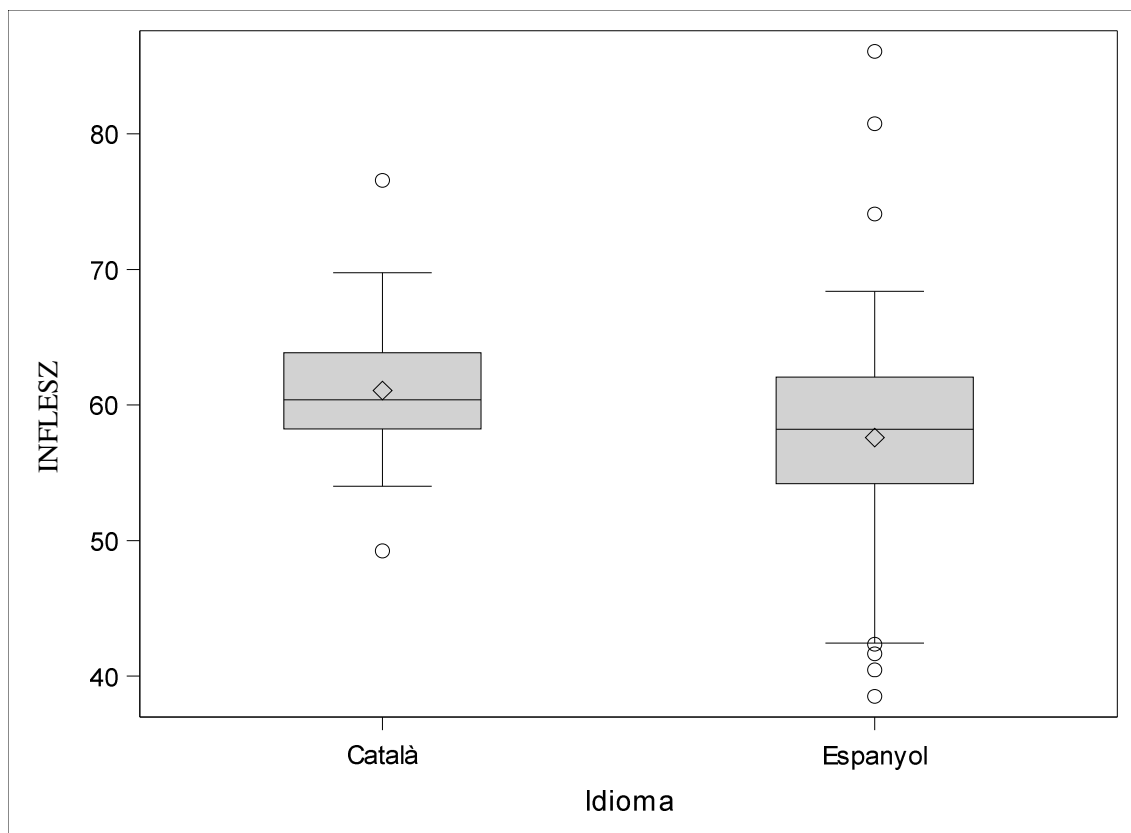
A la taula 17 es detalla la mitjana dels resultats de l'índex INFLESZ en funció del de l'idioma utilitzat,

Taula 17. Resultats de l'índex INFLESZ en funció de l'idioma

Idioma	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Català	21	61.08	60.38	5.96	49.24	76.58
Espanyol	80	57.60	58.22	8.18	38.51	86.09
Total	101	58.32	58.47	7.88	38.51	86.09

Segons l'aplicació de la prova Wilcoxon-Test no s'han observat diferències estadísticament significatives ($p > 0,05$) en funció de si el document estava escrit en català o espanyol. Així doncs, l'idioma no comporta cap diferència en els valors de llegibilitat del material inclòs a l'estudi (Veure figura 8).

Figura 8. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats d'INFLESZ en funció de l'idioma



Valor de
p
Wilcoxon Test 0.0515

7.2.3. Resultats de l'anàlisi descriptiu de la qualitat

A continuació es mostren els resultats de l'anàlisi descriptiu de l'aplicació de les escales EQIP, DISCERN i HON.

A. Resultats de l'escala EQIP

A partir de les 20 preguntes que formen l'escala EQIP s'ha calculat la puntuació total d'aquesta escala segons la següent fórmula, proposada per aquesta escala:

$$EQIP = \frac{Sí \times 1 + Parcial \times 0.5}{35 - No \text{ aplica}}$$

De mitjana els documents sobre els IBP han tingut un valor de 33,93, expressat en % (veure taula 18). Tal i com s'ha comentat anteriorment, un valor en aquesta escala inferior al 25% es considera que els documents són de baixa qualitat i, tot i que són viables, les recomanacions de la guia d'ús és que s'han de revisar i actualitzar en un termini de 6 a 12 mesos. Entre el 26 i el 50% considera que els documents són viables però cal revisar-los en un termini de 6 mesos a 1 any. (informació més ampliada sobre les puntuacions de l'escala EQIP a l'apartat 8.1.3).

Taula 18. Resultats globals de l'escala EQIP

N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
101	33.93	33.82	5.53	18.75	46.97

A continuació es presenta una taula resum amb les freqüències absolutes i relatives dels 20 ítems o preguntes que formen l'escala EQIP. En aquesta taula, i també en les taules de DISCERN i HON, s'han agrupat els ítems o preguntes per categories.

Taula 19. Freqüències absolutes i relatives dels resultats de l'escala EQIP

Classificació	Pregunta	Sí	Parcial	No	No aplica
Finalitat	Q1 Presentació i contingut adequat al tema	79 (78.2%)	22 (21.8%)		
Disseny, format i estil	Q2 Llenguatge	60 (59.4%)	23 (22.8%)	18 (17.8%)	
	Q3 Longitud frases	14 (13.9%)	84 (83.2%)	3 (3.0%)	
	Q4 Tracte personal al lector	35 (34.7%)	5 (5.0%)	60 (59.4%)	1 (1.0%)
	Q5 To respectuós	101 (100%)			
	Q6 Disseny i presentació	84 (83.2%)	13 (12.9%)	4 (4.0%)	
	Q7 Material de suport (taules, diagrames, imatges)	40 (39.6%)	23 (22.8%)	37 (36.6%)	1 (1.0%)
	Q8 Ordre lògic	77 (76.2%)	11 (10.9%)	13 (12.9%)	
	Q9 Espai per notes			12 (11.9%)	89 (88.1%)
Serveis de salut	Q10 Dades contacte serveis de salut	14 (13.9%)	12 (11.9%)	70 (69.3%)	5 (5.0%)
Actualització	Q11 Data	87 (86.1%)	1 (1.0%)	13 (12.9%)	
Autoria	Q12 Autors	94 (93.1%)	5 (5.0%)	1 (1.0%)	1 (1.0%)
Pacients	Q13 Implicació dels pacients	4 (4.0%)		85 (84.2%)	12 (11.9%)
Contingut	Q14 Ús de noms genèrics	93 (92.1%)	5 (5.0%)		3 (3.0%)
	Q15 Qualitat de vida	1 (1.0%)		82 (81.2%)	18 (17.8%)
	Q16 Informació complementària	18 (17.8%)	5 (5.0%)	76 (75.2%)	1 (1.0%)
	Q17 Objectiu	86 (85.1%)	9 (8.9%)	5 (5.0%)	1 (1.0%)
	Q18 Beneficis	29 (28.7%)	40 (39.6%)	28 (27.7%)	4 (4.0%)
	Q19 Riscos i efectes adversos	68 (67.3%)	13 (12.9%)	14 (13.9%)	6 (5.9%)
	Q20 Alternatives terapèutiques	18 (17.8%)	15 (14.9%)	50 (49.5%)	18 (17.8%)

B. Resultats de l'escala DISCERN

Tenint en compte que cada pregunta o ítem de l'escala DISCERN té un valor de 0 a 5, s'ha calculat la suma total de cada pregunta per tots els documents sobre els IBP.

Taula 20. Resultats globals de l'escala DISCERN agrupats per cada pregunta o ítem

N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
101	46.99	47	8.14	25	67

S'ha calculat la suma de les 15 preguntes o ítems de l'instrument DISCERN (Veure taula 20). De mitjana, els documents sobre els IBP han tingut un valor de 46,9. Tenint en compte que la puntuació màxima de l'escala DISCERN és 80, tot i que el valor 46,9 està per sobre la meitat, el marge de millora de la qualitat del global de documents sobre els IBP és ampli.

De la mateixa manera que amb EQIP, s'adjunta la taula resum amb les freqüències absolutes i relatives de les 15 preguntes que conformen aquesta escala. (Taula 21)

Taula 21. Freqüències absolutes i relatives dels resultats de cada pregunta de l'escala DISCERN

Classificació		Pregunta	No	Parc. No	Mig	Parc. Sí	Sí
Objectiu	Q1 Objectiu		1 (1.0%)	1 (1.0%)	9 (8.9%)	13 (12.9%)	77 (76.2%)
	Q2 Compleix objectiu			3 (3.0%)	11 (10.9%)	14 (13.9%)	73 (72.3%)
Rellevància	Q3 Rellevància		1 (1.0%)	3 (3.0%)	20 (19.8%)	34 (33.7%)	43 (42.6%)
Bibliografia	Q4 Fonts d'informació		23 (22.8%)	7 (6.9%)	20 (19.8%)	35 (34.7%)	16 (15.8%)
Actualització	Q5 Data		12 (11.9%)	1 (1.0%)			88 (87.1%)
Fiabilitat	Q6 Informació equilibrada, imparcial i honesta		1 (1.0%)	8 (7.9%)	18 (17.8%)	29 (28.7%)	45 (44.6%)
Contingut	Q7 Informació complementària		80 (79.2%)	3 (3.0%)	2 (2.0%)	3 (3.0%)	13 (12.9%)
	Q8 Àrees d'incertesa		15 (14.9%)	4 (4.0%)	38 (37.6%)	33 (32.7%)	11 (10.9%)
	Q9 Funcionament del tractament		28 (27.7%)	14 (13.9%)	6 (5.9%)	16 (15.8%)	37 (36.6%)
	Q10 Beneficis		26 (25.7%)	15 (14.9%)	4 (4.0%)	27 (26.7%)	29 (28.7%)
	Q11 Riscos		27 (26.7%)	3 (3.0%)	6 (5.9%)	20 (19.8%)	45 (44.6%)
	Q12 Efectes del NO tractament		68 (67.3%)	6 (5.9%)	16 (15.8%)	3 (3.0%)	8 (7.9%)
	Q13 Qualitat de vida		98 (97.0%)	2 (2.0%)		1 (1.0%)	
	Q14 Alternatives terapèutiques		65 (64.4%)	6 (5.9%)	3 (3.0%)	13 (12.9%)	14 (13.9%)
	Q15 Suport per la presa de decisions		32 (31.7%)	20 (19.8%)	18 (17.8%)	25 (24.8%)	6 (5.9%)

C. Resultats dels criteris HON

S'ha calculat la suma de les vuit preguntes corresponents als criteris HON. Globalment de mitjana el resultat ha estat d'11.6 d'un màxim de 16. (Veure Taula 22)

Taula 22. Resultats globals dels criteris HON

N	Mitjana	Mediana	Desv. est.	Mínim	Màxim
101	11.66	11	2.97	1	16

A continuació s'adjunta la taula resum amb les freqüències absolutes i relatives dels resultats dels 8 criteris de qualitat de HON. (Taula 23)

Taula 23. Freqüències absolutes i relatives dels resultats dels 8 criteris HON

Classificació	Pregunta	No	Parcialment	Sí
Autoria	C1 Autoria	3 (3.0%)	66 (65.3%)	32 (31.7%)
Substitució atenció sanitària	C2 Complementarietat	72 (71.3%)	10 (9.9%)	19 (18.8%)
Confidencialitat	C3 Confidencialitat	4 (4.0%)	1 (1.0%)	96 (95.0%)
Actualització i bibliografia	C4 Referències i actualització	15 (14.9%)	55 (54.5%)	31 (30.7%)
Fiabilitat	C5 Garantia	11 (10.9%)	52 (51.5%)	38 (37.6%)
Autoria	C6 Transparència dels autors	4 (4.0%)	3 (3.0%)	94 (93.1%)
Patrocinadors i publicitat	C7 Transparència del patrocini	6 (5.9%)	3 (3.0%)	92 (91.1%)
	C8 Honestetat en la política publicitària	6 (5.9%)	3 (3.0%)	92 (91.1%)

Segons els resultats de l'escala EQIP (veure taula 19) , quasi un 70% del material analitzat no conté les dades de contacte d'un servei d'atenció sanitària on un pacient pot rebre atenció mèdica o discutir algun problema derivat de la lectura del material. Un altre aspecte a destacar i que habitualment no s'ha inclòs són els efectes del tractament i/o la malaltia sobre la qualitat de vida de les persones. Segons els resultats de l'escala EQIP (veure taula 19), el 81% del material no contempla aquest ítem, i en l'escala DISCERN el percentatge de documents que tampoc l'inclouen s'incrementa fins al 90%. (veure taula 21)

Per tal que el pacient i/o la ciutadania pugui contrastar i/o comparar la informació, és important proporcionar al pacient material complementari, comprensible i d'alta qualitat sobre el tema en qüestió. Segons EQIP i DISCERN, la majoria del material estudiat no proporciona informació complementària i/o la bibliografia de referència, concretament el 75% i el 80%, respectivament.

Aproximadament el 50% dels documents sobre els IBP analitzats inclouen informació sobre els beneficis i els riscos dels tractaments farmacològics, però l'altra meitat no ho fa de forma parcial (veure taula 19 i taula 21). No obstant això, són comptades les ocasions en les quals es proporciona informació sobre les alternatives terapèutiques, ja siguin o no farmacològiques. Segons les dades de l'escala EQIP, un 50% del material no proporciona aquesta informació i un 15% ho fa parcialment. En el cas de l'escala DISCERN, els resultats són similars, un 65% dels documents no detallen les possibles alternatives terapèutiques.

Pel que fa als resultats de l'aplicació dels criteris HON, cal destacar que més d'un 70% del material no adverteix al pacient que la informació proporcionada és complementària i que en cap cas pretén substituir l'atenció sanitària. (Veure taula 23)

7.2.4. Resultats de l'anàlisi de la fiabilitat i correlació de les escales

La fiabilitat d'una escala es caracteritza per una adequada consistència interna i es pot expressar a partir del coeficient alfa de Cronbach. Tal i com es mostra a la taula 24, els instruments DISCERN i HON tenen un valor superior al 0,70 i en aquest sentit és considera que presenten una fiabilitat bona o acceptable ja que quan més pròxim a 1 és el valor de l'alfa de Cronbach més elevada és la consistència interna de les escales. No obstant això, el resultat d'aquesta mesura de fiabilitat és més baix per l'escala EQIP.

Taula 24. Alfa de Cronbach de cada escala utilitzada

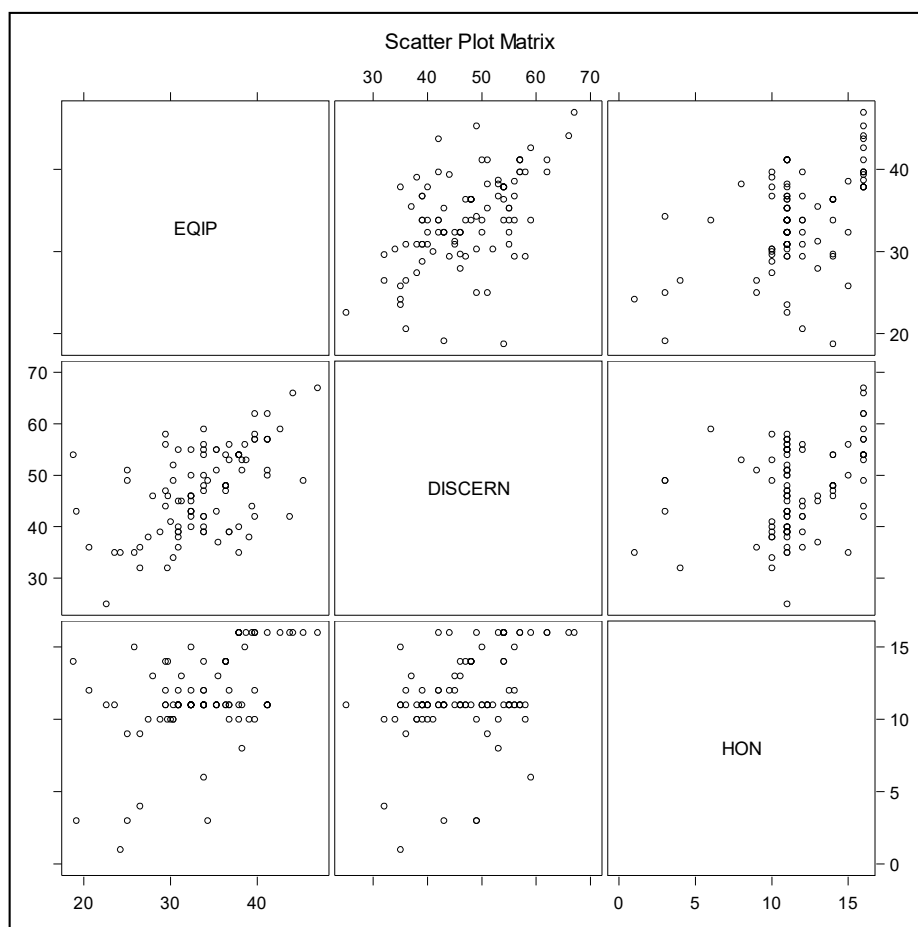
	EQIP	DISCERN	HON
alpha de Cronbach	0,55	0,71	0,82

Pel que fa a l'equivalència dels resultats entre les tres escales seleccionades, l'anàlisi de correlació indica una relació estreta entre EQIP i DISCERN amb un coeficient de Pearson (r) de 0,52 ($p < 0,001$). També s'observa una bona correlació entre EQIP i HON ($r = 0,49$; $p < 0,001$) però aquesta correlació no és tant elevada entre DISCERN i HON. A la taula 25 es poden consultar els coeficients de correlació de Pearson de cada escala. De forma més visual per exemplificar les correlacions lineals entre les diferents escales s'ha realitzat una matriu Scatter Plot. (Veure figura 9) En aquesta figura s'hi pot observar una relació lineal entre EQIP i DISCERN però no entre les altres escales.

Taula 25. Coeficients de correlació de Pearson entre EQIP, DISCERN i HON

Coeficient de Correlació de Pearson			
	EQIP	DISCERN	HON
EQIP	100.000	0.52760 (<.0001)	0.49625 (<.0001)
DISCERN	0.52760 (<.0001)	100.000	0.35779 (0.0002)
HON	0.49625 (<.0001)	0.35779 (0.0002)	100.000

Figura 9. Matriu Scatter Plot entre EQIP, DISCERN i HON



7.2.5. Resultats de l'anàlisi bivariada de la qualitat

S'ha realitzat una anàlisi comparativa de la qualitat per veure si s'observen diferències en funció de la font d'origen (referència, premsa, internet), l'idioma utilitzat (català o espanyol) i el tipus de document (medicament o patologia/situacióclínica) en les tres escales de qualitat seleccionades. S'han realitzat proves bivariants respecte a les variables font, tipus i idioma, i s'han utilitzat els models t-test, Kruskal-Wallis, i Wilcoxon Test.

A continuació es presenten els resultats per cada una de les escales:

- A. EQIP
- B. DISCERN
- C. HON.

A. EQIP

A.1. Font

A la taula 26 es detalla el valor mitjà del resultat de l'escala EQIP en funció de la font d'origen del material: referència, premsa i internet.

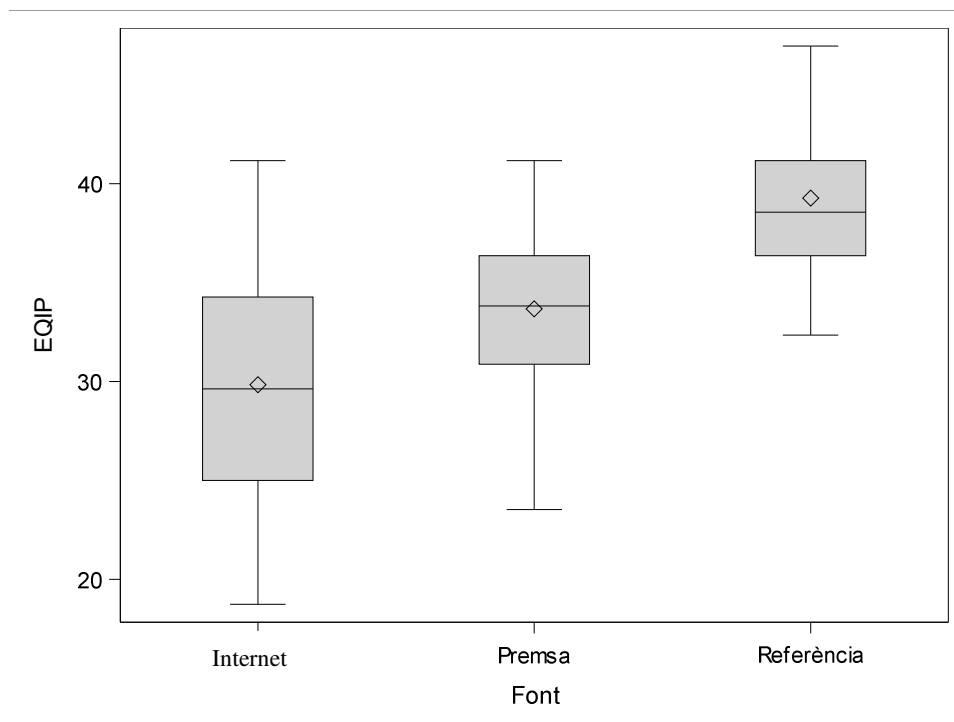
Segons l'aplicació de l'ANOVA s'observen diferències estadísticament significatives ($p < 0,0001$) en funció de la font. Així doncs els documents considerats de referència es consideren de qualitat superior segons l'escala EQIP que les notícies de premsa o els documents que provenen d'internet. A la figura 10 s'exemplifica gràficament aquesta diferència.

Taula 26. Resultats de l'escala EQIP agrupats en funció de la font

Font	N	Mitjana	Mediana	Desv..est	Min	Max
Internet	27	29.84	29.63	6.14	18.75	41.18
Premsa	51	33.69	33.82	3.78	23.53	41.18
Referència	23	39.28	38.57	3.41	32.35	46.97
Total	101	33.93	33.82	5.53	18.75	46.97

N: número de documents

Figura 10. Exemple gràfic de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQIP en funció de la font



	Valor de p
ANOVA	<.0001

A.2. Tipus de document

A la taula 27 es detalla la mitjana dels resultats de l'escala EQIP en funció de cada tipus de document: medicament o patologia/situació clínica.

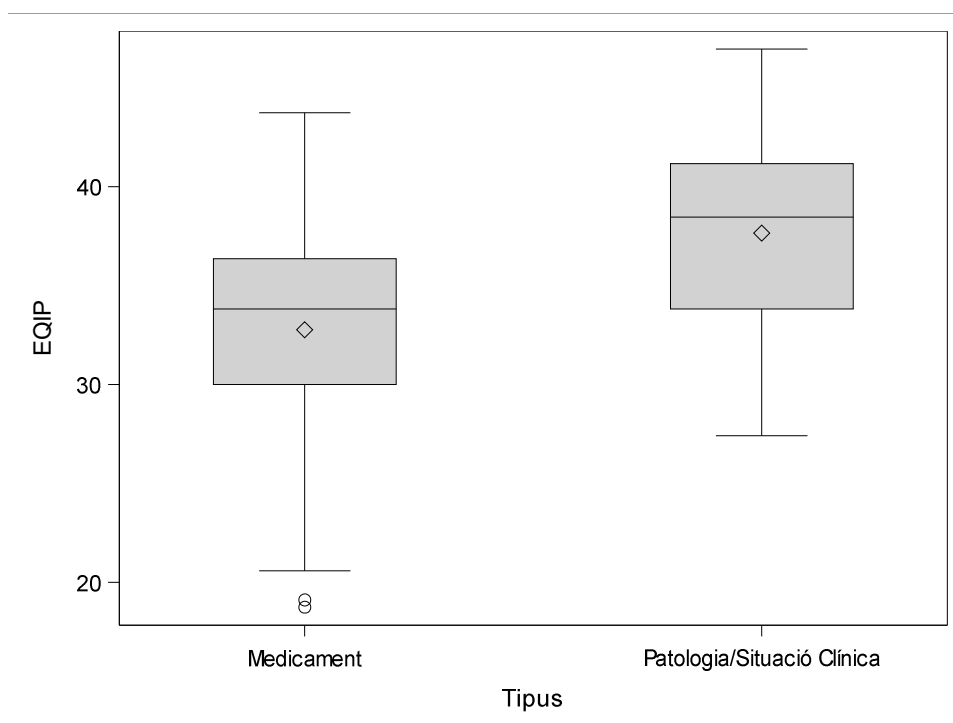
Taula 27. Resultats de l'escala EQIP en funció del tipus de document

Tipus	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Medicament	77	32.77	33.82	5.20	18.75	43.75
Patologia/Situació Clínica	24	37.66	38.47	4.97	27.42	46.97
Total	101	33.93	33.82	5.53	18.75	46.97

N: número de documents

Segons l'aplicació del t-Test s'observen diferències estadísticament significatives ($p > 0,0001$) en funció del tipus de document. Quan s'aborda un document a partir d'una patologia i situació clínica i s'inclou el medicament dins el tractament farmacològic els resultats en l'escala de qualitat EQIP són més positius que en els document on la informació està centrada pròpiament en el medicament.

Figura 11. Exemple gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQIP en funció del tipus de document



P-Value
T-Test <.0001

A.3. Idioma

A la taula 28 es detalla la mitjana dels resultats de l'escala EQIP en funció de l'idioma utilitzat ja sigui català o espanyol.

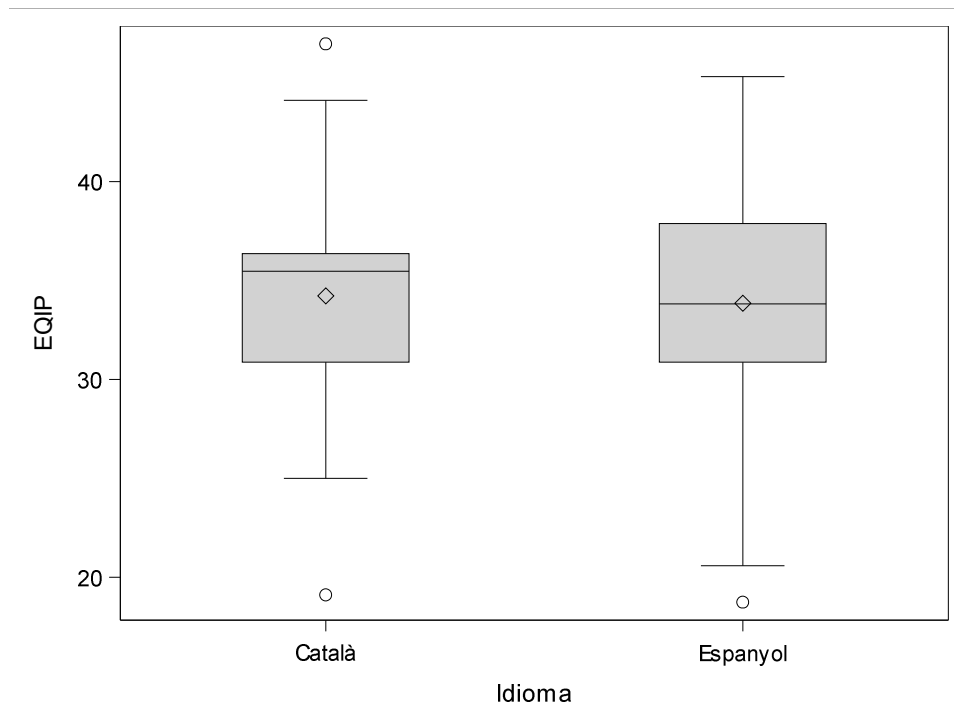
Taula 28. Resultats de l'escala EQIP en funció de l'idioma utilitzat

Idioma	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Català	21	34.23	35.48	6.33	19.12	46.97
Espanyol	80	33.85	33.82	5.35	18.75	45.31
Total	101	33.93	33.82	5.53	18.75	46.97

N: número de documents

Segons l'aplicació del t-Test no s'observen diferències estadísticament significatives en els resultats de l'aplicació de l'escala de qualitat EQIP en funció de l'idioma utilitzat, ja sigui català o espanyol. ($p=0,7808$). A la figura 12 es mostra gràficament que no s'observen diferències a l'escala EQUIP entre el català i l'espanyol.

Figura 12. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala EQIP en funció de l'idioma



valor de p

T-Test 0.7808

B. DISCERN

B.1. Font

A la taula 29 es detalla el valor mitjà del resultat de l'escala DISCERN en funció de la font del material ja sigui considerat material de referència, notícia de premsa o provingui de la cerca a internet.

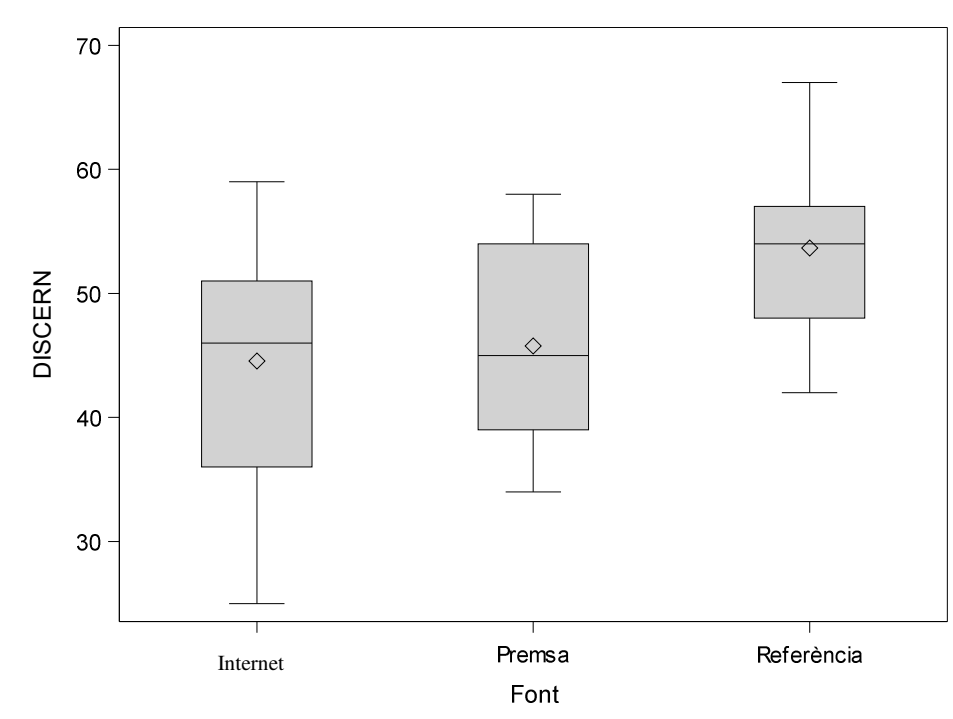
Taula 29. Resultats de l'escala DISCERN agrupats en funció de la font

Font	N	Mitjana	Mediana	Desv.es	Min	Max
Internet	27	44.56	46.00	8.78	25.00	59.00
Premsa	51	45.76	45.00	7.23	34.00	58.00
Referència	23	53.65	54.00	6.58	42.00	67.00
Total	101	47.24	48.00	8.26	25.00	67.00

N: número de documents

Segons l'aplicació del Kruskal-Wallis Test s'observen diferències estadísticament significatives ($p=0,0003$) en funció de la font d'on prové el material analitzat. Els documents considerats de referència tenen unes puntuacions més elevades en l'escala de qualitat DISCERN que les notícies de premsa o els documents de la cerca a internet. Això també queda reflectit en la gràfica de la figura 13.

Figura 13. Exemple gràfic de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció de la font



valor de
p

Kruskal-Wallis Test 0.0003

B.2. Tipus de document

A la taula 30 es detalla la mitjana dels resultats de l'escala DISCERN agrupats en funció de del tipus de document: medicament o patologia/situació clínica.

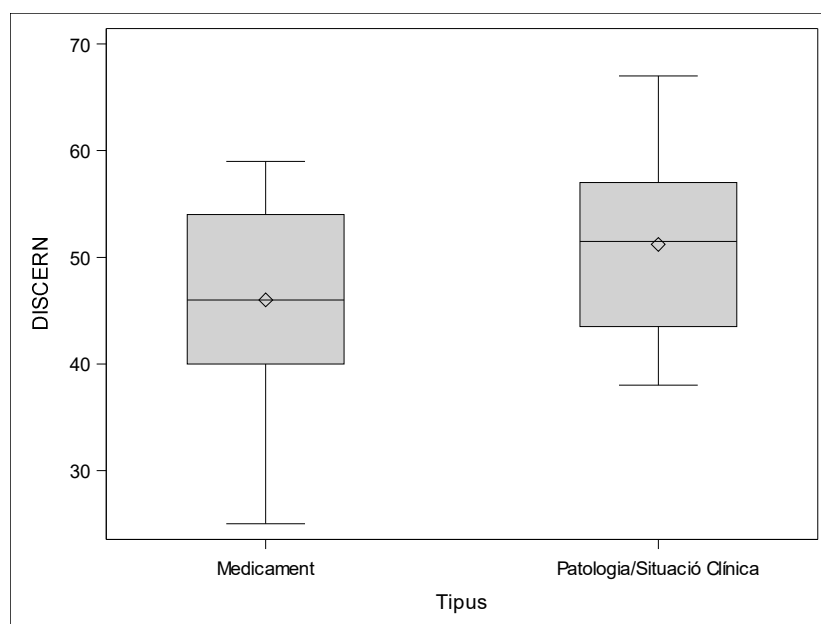
Taula 30. Resultats de l'escala DISCERN en funció del tipus de document

Tipus	N	Mitjana	Mediana	Desv.est	Min	Max
Medicament	77	46.00	46.00	7.69	25.00	59.00
Patologia/Situació Clínica	24	51.21	51.50	8.93	38.00	67.00
Total	101	47.24	48.00	8.26	25.00	67.00

N: número de documents

Segons l'aplicació del Wilcoxon Test s'observen diferències estadísticament significatives ($p > 0,0186$) en funció del tipus de document. De la mateixa manera que els resultats comparatius amb l'escala EQIP, en la DISCERN els documents classificats com a documents que aborden el tema per patologia/situació clínica presenten unes puntuacions més altes que els documents que es centren principalment en els medicaments (veure figura 14).

Figura 14. Exemple de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció del tipus de document



valor de p	
Wilcoxon Test	0.0186

B.3. Idioma

A la taula 31 es mostren els resultats de escala DISCERN agrupats en funció de l'idioma utilitzat (català o espanyol)

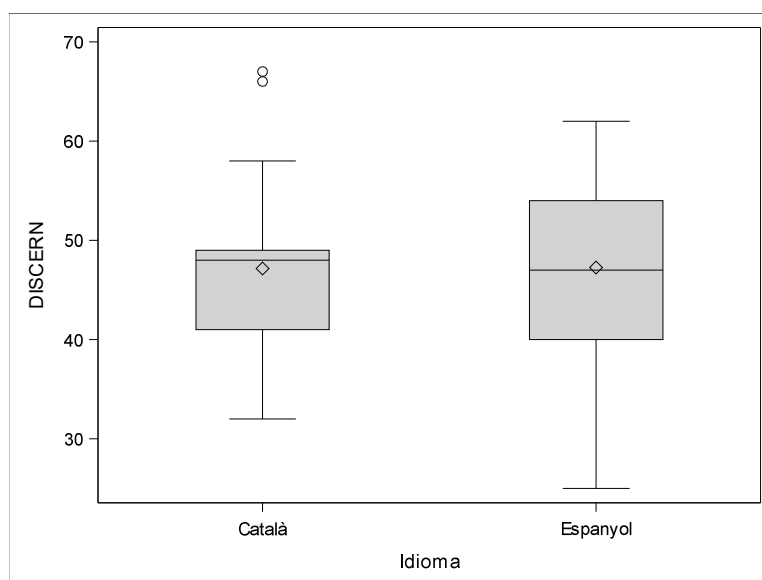
Taula 31. Resultats de l'escala DISCERN en funció de l'idioma utilitzat

Idioma	N	Mitjana	Mediana	Desv.es	Min	Max
Català	21	47.14	48.00	9.05	32.00	67.00
Espanyol	80	47.26	47.00	8.10	25.00	62.00
Total	101	47.24	48.00	8.26	25.00	67.00

N: número de documents

Segons l'aplicació del Wilcoxon-test no s'observen diferències estadísticament significatives en funció de l'idioma utilitzat. En aquest sentit, la figura 15 exemplifica que ambdues variables estan en la mateixa línia, sense diferències en els resultats de l'escala DISCERN.

Figura 15. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats de l'escala DISCERN en funció de l'idioma



valor de p	
Wilcoxon Test	0.7226

C. HON

C.1. Font

A la taula 32 es detallen els resultats de l'aplicació dels criteris HON en funció de la font del material ja sigui considerat material de referència, notícia de premsa o provingui de la cerca a internet.

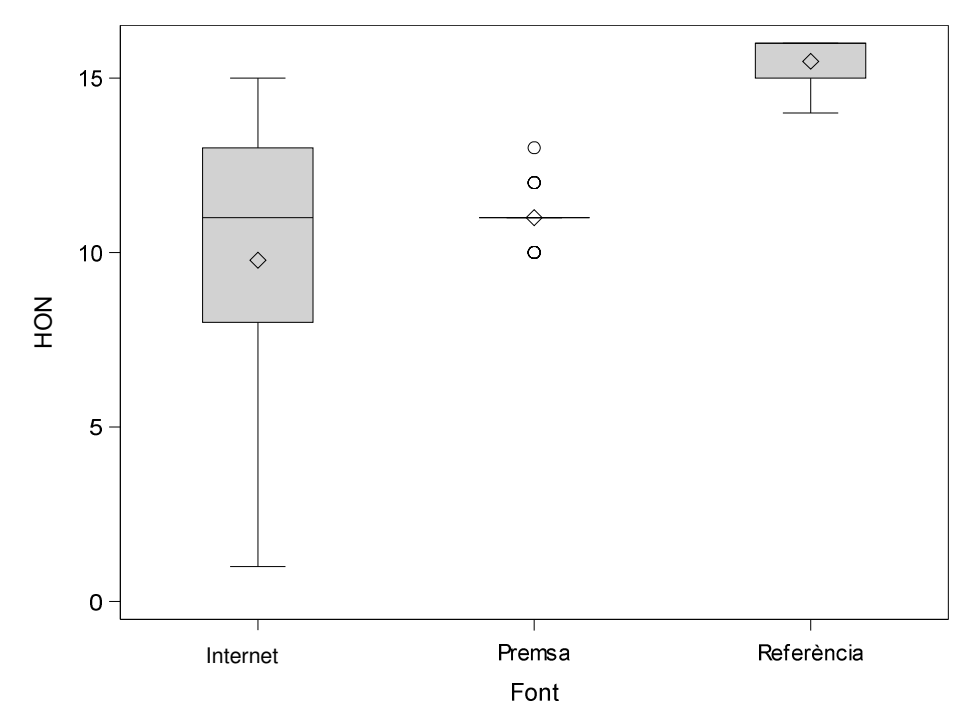
Taula 32. Resultats dels criteris HON agrupats en funció de la font

Font	N	Mitjana	Mediana	Desv.es	Min	Max
Google	27	9.78	11.00	3.96	1.00	15.00
Premsa	51	11.00	11.00	0.57	10.00	13.00
Referència	23	15.48	16.00	0.85	14.00	16.00
Total	101	11.69	11.00	2.99	1.00	16.00

N: número de documents

Segons l'aplicació del Kruskal-Wallis Test s'observen diferències estadísticament significatives ($p > 0,0001$) en funció de la font d'on prové el material analitzat. Els documents considerats de referència, de la mateixa manera que els resultats observats per EQIP i DISCERN, tenen unes puntuacions més elevades segons els criteris HON que les notícies de premsa o els documents d'internet.

Figura 16. Exemple gràfica de la prova bivariant dels resultats dels criteris HON en funció de la font



valor de p
Kruskal-Wallis Test <.0001

C.2. Tipus

A la taula 33 es detalla la mitjana dels resultats de l'aplicació dels criteris HON agrupats en funció de del tipus de document: medicament o patologia/situació clínica.

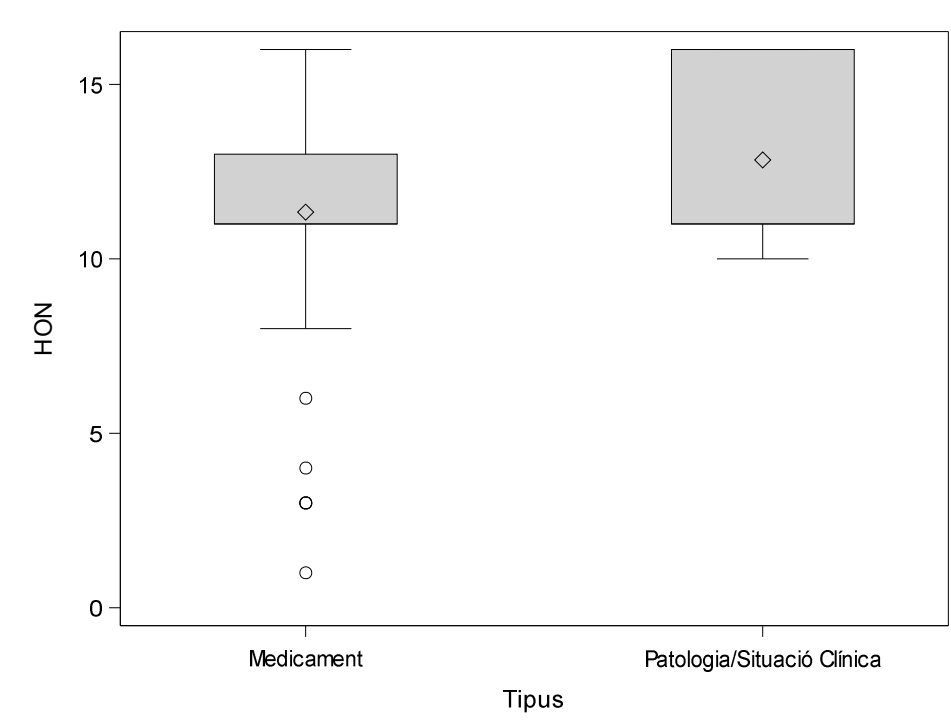
Taula 33. Resultats dels criteris HON en funció del tipus de document

Tipus	N	Mitjana	Mediana	Desv.es	Min	Max
Medicament	77	11.34	11.00	3.05	1.00	16.00
Patologia/Situació Clínica	24	12.83	11.00	2.50	10.00	16.00
Total	101	11.69	11.00	2.99	1.00	16.00

N: número de documents

A diferència dels resultats anteriors observats en EQIP i DISCERN, pels criteris HON, segons l'aplicació del Wilcoxon Test, no s'observen diferències estadísticament significatives en funció del tipus de document.

Figura 17. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels resultats dels criteris HON en funció del tipus de document



valor de p	
Wilcoxon Test	0.0995

C.3.idioma

A la taula 34 es mostren els resultats de l'aplicació dels criteris HON als documents agrupats en funció de si són en català o en espanyol

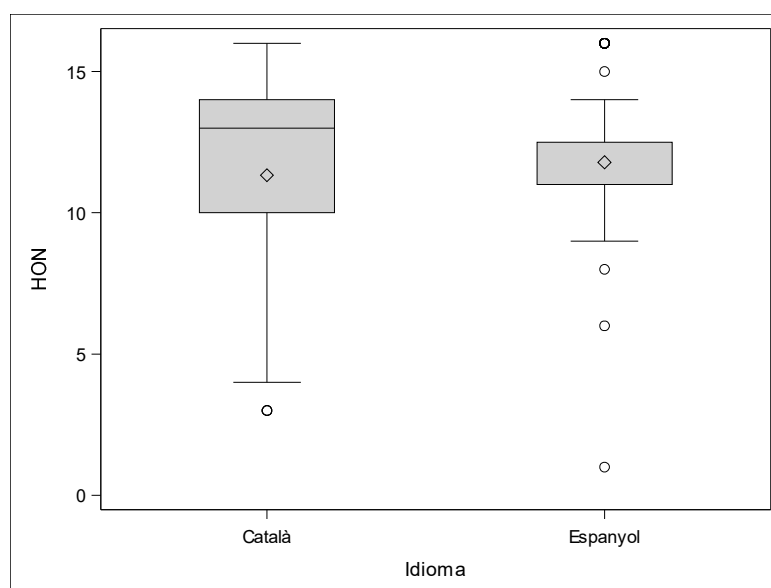
Taula 34. Resultats dels criteris HON en funció de l'idioma utilitzat

Idioma	N	Mitjana	Mediana	Desv.es	Min	Max
Català	21	11.33	13.00	4.37	3.00	16.00
Espanyol	80	11.79	11.00	2.53	1.00	16.00
Total	101	11.69	11.00	2.99	1.00	16.00

N: número de documents

L'aplicació del Wilcoxon-test indica que tampoc s'observen diferències estadísticament significatives en funció de l'idioma utilitzat, ja sigui català o espanyol (veure figura 18).

Figura 18. Exemplificació gràfica de la prova bivariant dels criteris HON en funció de l'idioma



	valor de p
Wilcoxon Test	0.4779

7.2.6. Resultats de les necessitats d'informació dels pacients

A continuació es presenten els resultats obtinguts de la realització de les entrevistes.

Quant a dades personals, la mitjana d'edat dels pacients inclosos en l'estudi és de 69,5 anys. Els pacients inclosos en l'estudi són en un 55,1% dones i en un 44,9% homes.

Taula 35. Edat dels pacients

N	NMiss	Mitjana	Mediana	Desv. est	Mínim	Màxim
207	0	69,50	72,00	11,60	24,00	92,00

N: número de pacients

Taula 36. Gènere

Gènere	N	%
Home	93	44,9
Dona	114	55,1

L'estudi s'ha realitzat a diferents CAP localitzats a diferents ciutats i municipis de Catalunya. El reclutament de pacients ha sigut més elevat a Barcelona, Ripoll i Sant Joan de les Abadesses, que corresponen als CAP de Manso, Ripoll i Sant Joan. A les taules 37 i 38 s'hi pot consultar en detall el lloc de residència dels entrevistats i el CAP que tenen assignat.

Taula 37. Lloc de residència

Lloc residència	N	%
Barcelona	82	39,6
Campdevàdol	2	1,0
Ogassa	2	1,0
Ripoll	49	23,7
Rubí	22	10,6
Sant Joan de les A.	49	23,7
Vic	1	0,5

Taula 38. CAP

Nom centre	N	%
CAP Manso	46	22,2
CAP Maragall	36	17,4
CAP Ripoll	52	25,1
CAP Sant Genís	22	10,6
Cap St Joan	51	24,6

N: número de pacients

En relació amb el nivell d'estudis, més de la meitat dels pacients han cursat l'educació primària. Hi ha un percentatge petit de pacients que no té estudis. El percentatge de pacients que ha cursat l'ESO, Batxillerat o la Formació Professionals oscil·la entre 6 i el 12%. Tal i com es mostra a la taula 39, els pacients amb un nivell d'estudis superior representa un percentatge més baix. Pel que fa a l'ocupació, les dades indiquen que el 80,2% dels pacients inclosos són pensionistes i només un 16,4% dels pacients estan en actiu (Veure taula 40).

Taula 39. Nivell d'estudis

Nivell estudis	N	%
Sense estudis	6	2,9
Educació primària	112	54,1
ESO	13	6,3
Batxillerat	25	12,1
FP de grau mitjà	21	10,1
FP de grau superior	16	7,7
Diplomatura	3	1,4
Grau universitari	7	3,4
Llicenciatura/Doctorat	4	1,9

N: número de pacients

Taula 40. Ocupació actual

Ocupació	N	%
Actiu	34	16,4
Atur	7	3,4
Pensionista	166	80,2

Pel que fa a les dades relacionades amb el medicament, el 89,4% dels pacients tenen prescrit l'omeprazole. L'ús de la resta dels principis actius dels IBP (lansoprazole, esomeprazole, pantoprazoles, rabeprazoles) és minoritari. A la taula 41 és detalla el nombre de pacients que prenen un IBP determinat i el percentatge que representen.

Taula 41. Prescripció d'IBP

IBP	N	%
Omeprazole	185	89,4
Lansoprazole	7	3,4
Pantoprazole	11	5,3
Rabeprazole	4	1,9

N: número de pacients

Davant la pregunta sobre la indicació terapèutica dels IBP que prenen, sorprèn que més de la meitat dels pacients ha respòs "altres" en aquesta pregunta. Aquesta dada podria ser indicativa que molts pacients utilitzen els IBP com a protectors d'estómacs degut a la polimediació que prenen i no únicament per al tractament o prevenció d'úlceres gàstriques o duodenals associades al consum d'AINE com s'ha indicat anteriorment a l'apartat 5.3. A la taula 42 es detallen els resultats d'aquesta pregunta on també s'hi observa que el 31,9% dels pacients pren l'IBP pel tractament i control de la malaltia per reflux gastroesofàgic.

Taula 42. Malaltia o indicació terapèutica de l'IBP

Malaltia	N	%
Tractament o prevenció de l'úlceres gàstrica o duodenal	13	6,3
Tractament per l'erradicació d'una infecció per <i>Helicobacter pylori</i>	2	1,0
Tractament i/o control de la malaltia per reflux gastroesofàgic	66	31,9
Tractament de la síndrome de Zollinger-Ellison	2	1,0
Altres	123	59,4
No ho sap	1	0,5

N: número de pacients

En relació amb la pregunta sobre si el pacient coneix i entén la malaltia o el motiu pel qual pren l'IBP, el 71% dels entrevistats ha respost que Sí, un 27,5% han

contestat que de forma parcial, i només un 1,4% ha respòs que no ho sap o no ho coneix. (Veure taula 43)

Taula 43. Informació sobre si coneixen i entenen la malaltia per la qual prenen l'IBP

Coneix malaltia	N	%
Sí	147	71,0
Parcialment	57	27,5
No	3	1,4

N: número de pacients

En relació amb el temps que fa que pren el medicament, les dades corroboren l'ús a llarg termini o de forma crònica d'aquest medicament on el 76,8% dels pacients indiquen que el prenen des de fa més de 5 anys. Només un 8,2% dels pacients ha iniciat el tractament durant l'últim mig any. (Veure taula 44)

Taula 44. Temps aproximat que fa que pren l'IBP

Temps medicació	N	%
Prescrit en els últims 6 mesos	17	8,2
Des de fa 1 any	6	2,9
Entre 2 i 4 anys	25	12,1
Fa més de 5 anys	159	76,8

N: número de pacients

En relació amb la part de l'entrevista que es pregunta sobre el prospecte i el seu ús, el 35,6% dels pacients ha indicat que sempre els llegeix i un 34,6% els llegeix només algunes vegades. És important destacar que el 23,4% dels entrevistats no llegeix mai els prospectes. A la taula 45 s'hi detallen totes les dades relacionades amb la lectura del prospecte.

Taula 45. Lectura del prospecte dels medicaments

Llegeix prospecte	N	%
Sí, sempre ho fa	73	35,6
Sí, perquè tenia dubtes	13	6,3
No, només llegeix els prospectes algunes vegades	71	34,6
No, no llegeix mai els prospectes	48	23,4

N: número de pacients

En blanc:2

La següent pregunta sobre el prospecte està relacionada amb la seva comprensió. En aquest sentit, dels entrevistats que llegeixen habitualment el prospecte, un 57% l'entén, un 41,9% l'entén de forma parcial i només un 1,2% ha indicat obertament que no l'entén. (Veure taula 46)

Taula 46. Comprensió del prospecte

Entén prospecte	N	%
Sí	49	57,0
No	1	1,2
Parcialment	36	41,9

N: número de pacients

El principal motiu de consulta dels prospectes és la informació sobre els possibles efectes adversos que el medicament pot generar. En aquest sentit un 69% dels entrevistats consulta aquesta informació de seguretat, un 30% informació sobre la indicació del medicament i un 24% consulten la dosi i l'horari en què s'ha de prendre. Només un 8% dels entrevistats busca informació sobre les possibles interaccions medicamentoses i un 2,5% busquen informació sobre la malaltia. (Veure taula 47)

Taula 47. Quina informació es consulta al prospecte

Què consulta o consultaria en el prospecte	N	%
La dosi i l'horari en què s'ha de prendre	48	24,0
Els possibles efectes adversos	138	69,0
Les possibles interaccions amb altres medicaments que pren	16	8,0
Si el medicament és adequat al que li passa	60	30,0
Informació sobre la malaltia	5	2,5

N: número de pacients
En blanc:7

Respecte a la utilitat dels prospectes que es detalla a la taula 48, un 39,3% considera que sempre els hi són d'utilitat i un 14,1% considera que sovint troben útils els prospectes. No obstant això, un 30,1% considera que només són útils a vegades i un 16,5% considera que no tenen cap utilitat.

Taula 48. Utilitat dels prospectes

Utilitat prospectes	N	%
No	34	16,5
A vegades	62	30,1
Sovint	29	14,1
Sí, sempre	81	39,3

N: número de pacients
En blanc:1

La següent pregunta de l'entrevista tracta de l'opinió global dels prospectes i en aquest sentit el 40,1% dels pacients que prenen IBP considera que hi ha massa informació, un 22,2% ha respòs que la lletra és massa petita i només un 1,9% ha indicat obertament que són difícils de consultar. (Veure taula 49) Per altra banda, un 21,3% dels pacients considera que són fàcils de consultar. Aquesta pregunta tenia un format obert i es podia respondre l'opció altres opinions". En aquí molts dels pacients entrevistats han indicat que els prospectes generen alarma i por, consideren que són pesats i massa llargs, que a vegades generen confusió i compliquen la informació de la malaltia i/o el tractament.

Taula 49. Opinió dels prospectes

Què opina dels prospectes dels medicaments?	N	%
Són massa tècnics	30	14,5
Hi ha massa informació	83	40,1
La lletra és massa petita	46	22,2
Són difícils de consultar	4	1,9
Li semblen fàcils de consultar	44	21,3
Altres opinions	54	26,1

N: número de pacients

Es va demanar als pacients que prenen IBP què caldria millorar o millorarien del prospecte. En aquest sentit, tal i com es mostra a la taula 50, un 30,2% dels pacients considera que li semblen bé tal com són però un 34,2% han indicat que haurien de ser més comprensibles i un 8,9% millorarien el disseny i el format. Com en la pregunta l'anterior, aquesta pregunta també tenia un format obert i es podia respondre l'opció "altres opinions. S'han recollit diferents opinions però les principals i en les que més pacients han coincidit són que els prospectes haurien de ser més senzills i curts, menys alarmistes i més adaptats a la situació/malaltia de cada pacient.

Taula 50. Millores dels prospectes

Què creu que caldria millorar del prospecte?	N	%
El disseny i el format	18	8,9
Hauria de ser més comprensible	69	34,2
Hauria d'incloure més informació	10	5,0
Li sembla bé tal com és	61	30,2
Altres	70	33,8

N: número de pacients

En blanc: 5

Pel que fa als dubtes o les necessitats d'informació sobre els medicaments que tenen els pacients que prenen IBP, la primera pregunta és general (veure taula 51) i aborda la preocupació principal que es pot tenir quan es pren un medicament. En concret, un 54,4% dels pacients els hi preocupa l'eficàcia del medicament, un 32% els efectes adversos que pugui provocar. I una part molt petita dels entrevistats els hi preocupa saber si estan seguint correctament el tractament o el fet que no es tracti d'un medicament natural. Com que també es va formular com a pregunta oberta, molts pacients van indicar que confien en el metge que els hi ha prescrit el medicament però també van mostrar preocupació amb la compatibilitat amb altres possibles malalties i/o al·lèrgies que puguin presentar, i el fet de prendre molts medicaments (polifarmàcia) i de forma crònica.

Taula 51. Preocupacions sobre el medicament/tractament

Què és el que més li preocupa sobre el medicament que pren	N	%
Els efectes adversos que em pugui provocar	66	32,0
La seva eficàcia	112	54,4
Si està seguint correctament el tractament	2	1,0
El fet que no es tracta d'un medicament natural	6	2,9
Altres preocupacions	59	28,5

N: número de pacients

En blanc:1

Pel que fa la pregunta sobre si es tenen dubtes o necessitats d'ampliar o disposar de més informació sobre els medicaments i/o tractaments que es segueixen, en general la majoria dels entrevistats van respondre que no en té (68%). No obstant això, un 24,8% dels entrevistats diu que sovint té dubtes sobre els medicament i/o necessita conèixer millor els medicaments que pren i un 1,5% dels entrevistats considera que sempre necessiten tenir més informació sobre els medicaments. (Veure taula 52)

Taula 52. Dubtes o necessitats d'informació

Més informació	N	%
No, mai	140	68,0
A vegades	51	24,8
Sovint	12	5,8
Sempre	3	1,5

*N: número de pacients
En blanc: 1*

Després de la pregunta sobre els dubtes o les necessitats d'informació, s'ha preguntat als pacients que prenen IBP sobre què fan en cas de dubtes o quan necessiten disposar de més informació sobre els tractaments farmacològics. A la taula 53 es detalla que el 74,3% dels pacients considera el metge o la metgessa com la persona de referència en cas de dubtes sobre el tractament farmacològic, seguit del/a farmacèutic/a en un 39,8%. Alguns pacients, aproximadament entre el 10 i el 14%, consulten o pregunten al personal d'infermeria o a un familiar i/o amic. Només un 4,4 dels entrevistats consulta el prospecte en cas d'un dubte real sobre el tractament farmacològic.

Taula 53. Referent en cas de dubtes o necessitats d'informació sobre els medicaments

Què fa quan té un dubte o necessita més informació?	N	%
Llegeix el prospecte	9	4,4
Parla amb el/la farmacèutic/a	82	39,8
Parla amb el personal d'infermeria del CAP	30	14,6
Parla amb el/la metge/ssa	153	74,3
Parla amb un familiar o amic	21	10,2
Altres	3	1,4

*N: número de pacients
En blanc: 1*

La última part de l'entrevista està focalitzada a conèixer les tendències de la població en la cerca d'informació sobre els medicaments i els tractaments farmacològics a internet.

Cal destacar que molts dels entrevistats no van contestar perquè internet no forma part del seu dia a dia, no hi tenen accés o no l'utilitzen. En relació amb

això, cal tenir en compte que la mitjana d'edat dels pacients entrevistats és de 69,5 anys.

Quant a la freqüència en la cerca d'informació a internet, un 49,1% dels entrevistats ho fa de manera esporàdica, un 4,7% ho fa sovint i el 14,2% sempre. Els pacients que han respòs que no cerquen informació a internet sobre els medicaments o els tractaments farmacològics de les seves malalties és del 32,1%. (Veure taula 54)

Taula 54. Cerca d'informació sobre medicaments a internet

Busca informació sobre els medicaments a Internet?	N	%
No, mai	34	32,1
A vegades	52	49,1
Sovint	5	4,7
Sempre	15	14,2

*N: número de pacients
En blanc: 101*

Dels pacients que busquen informació sobre medicaments a internet, taula 55, la majoria d'ells consideren que sempre o sovint és fàcil trobar la informació a la xarxa.

Taula 55. Facilitat en trobar informació sobre medicaments a internet

Considera que és fàcil trobar la informació a Internet?	N	%
No, mai	2	2,4
A vegades	6	7,3
Sovint	14	17,1
Sempre	60	73,2

*N: número de pacients
En blanc: 125*

En relació amb si entenen o no la informació que busquen sobre els medicaments, un 36,3% dels entrevistats considera que sempre entén la informació, un 27,5% que sovint l'entén. Cal destacar que un 33,8% només entén la informació a vegades. (Veure taula 56)

Taula 56. Comprensió de la informació que es busca a internet sobre els medicaments

Entén la informació que busca a Internet	N	%
No, mai	2	2,5
A vegades	27	33,8
Sovint	22	27,5
Sempre	29	36,3

*N: número de pacients
En blanc: 127*

En

127

La última pregunta de l'entrevista aborda el tema de la fiabilitat de la informació que hi ha a internet sobre els medicaments i els tractaments farmacològics. En aquest sentit, més de la meitat dels pacients entrevistats que utilitzen internet

com a font de consulta sobre els medicaments considera que la informació no és fiable. Un 41,5% d'aquests considera que a vegades pot ser fiable i només un 5,3% considera que sovint la informació és fiable.

Taula 57. Fiabilitat de la informació que hi ha a internet sobre els medicaments i tractaments farmacològics

Considera que la informació d'Internet és fiable	N	%
No, mai	50	53,2
A vegades	39	41,5
Sovint	5	5,3

*N: número de pacients
En blanc: 113*

8. DISCUSSIÓ GLOBAL

8. DISCUSSIÓ GLOBAL

En el primer estudi realitzat “*Llegibilitat i qualitat de la informació de medicaments dirigida a la ciutadania d’una web institucional*” (veure apartats 6.1 i 7.1) i amb l’objectiu específic de mesurar la llegibilitat i la qualitat d’aquesta informació, s’ha observat que la llegibilitat de més de dos tercers parts dels documents desenvolupats pel grup de treball multidisciplinar i publicats a la web institucional *Canal Medicaments i Farmàcia* es considera “fàcil” [objectiu 5.3.1]. Això indica que aquests documents són aptes i seran entesos per una persona amb un nivell d’educació primària i equivaldrien a un nivell de lectura de la premsa del cor o de novel·les d’èxit. No obstant això, una tercera part d’aquests documents encara es consideren difícils o molt difícils. Això podria ser una barrera d’accessibilitat per a alguns ciutadans (Robert Sabaté i Diego, 2020). Aquests resultats són lleugerament millors que altres estudis on s’ha avaluat la llegibilitat de diferents materials informatius sobre salut (Castillo-Ortiz et al., 2017; Bea-Muñoz, Medina-Sánchez i Flórez-García, 2015).

De tota manera, és important remarcar que les eines per avaluar la llegibilitat d’un text s’han de considerar com unes eines purament informatives ja que únicament contenen les paraules i la llargada de les frases. Per aquest motiu, es recomana utilitzar-les conjuntament amb altres tècniques complementàries que avaluin la comprensibilitat semàntica, la llegibilitat tipogràfica, els tecnicismes, la qualitat de la informació i l’evidència científica (Luk i Aslani, 2011; Bagot Estopa, 2017).

Des de la Joint Comission americana, i per tal que la comunicació sigui efectiva i centrada en el pacient, recomanen que tot la informació dirigida a la ciutadania estigui adaptada a un nivell de lectura americà de grau 5 o inferior, el que equivaldria a Catalunya a un nivell de lectura d’educació primària. D’aquesta forma s’atendrien les necessitats d’alfabetització sanitària de tots els pacients (Wilson-Stronks et al., 2010). No obstant això, s’estan duent a terme, a nivell mundial, iniciatives per fer comprensible la informació sobre salut independentment de l’edat, el bagatge cultural o l’educació. Aquests documents, denominats ETR –Easy to Read Materials– estan dirigits a persones amb dificultats lectores o problemes per processar la informació però alhora també

se'n poden beneficiar aquelles persones que prefereixen informació fàcil per llegir (National Library of Medicine, 2015). A Catalunya, aquesta iniciativa es porta a terme des de l'Associació de Lectura Fàcil i un dels projectes destacats que ha posat en marxa és la formació a professionals que redacten continguts sobre temes de salut del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya amb l'objectiu d'oferir informació acurada però senzilla i clara per a què sigui entesa per tothom (Associació Lectura Fàcil, 2019).

En l'anàlisi de la qualitat es va decidir utilitzar les escales EQIP i DISCERN ja que ambdues són eines validades i s'han utilitzat àmpliament per avaluar la informació sobre medicaments i opcions terapèutiques, tal i com s'ha especificat a l'apartat 4.2. Aquests instruments s'han desenvolupat en anglès i no s'ha trobat cap versió adaptada ni al castellà ni al català, i tampoc s'ha trobat cap eina específicament desenvolupada en aquestes llengües per analitzar la qualitat de la informació.

L'anàlisi de qualitat dels documents va ser realitzada per dos investigadores independents i ambdues van presentar una bona correlació en totes dues escales.

Amb l'ús de l'escala EQIP les dues investigadores obtenen uns resultats globals d'aproximadament 44 punts que seguint la guia d'ús d'aquesta escala indica que els resultats són de baixa qualitat i que caldria revisar-los i actualitzar-los en un període de 6 mesos a 1 any [*objectiu 5.3.1*]. No obstant això, quan s'ha aplicat l'escala DISCERN els resultats són més positius i s'obtenen unes puntuacions de 55,4 i 51 per a cada investigadora (Robert Sabaté i Diego, 2020). Aquests valors es consideren de bona qualitat [*objectiu 5.3.1*]. Malgrat aquestes diferències, els resultats indiquen que l'escala DISCERN és la que té una fiabilitat i una concordança global (calculada a partir del valor d'ICC) més bones. Aquest fet també s'ha observat en altres estudis similars (McCool et al., 2015; Jo et al., 2018).

Tot i que el valor de l'ICC és millor per l'escala DISCERN, si es mira el grau de concordança de cada pregunta o ítem de cada escala calculat a partir del valor de kappa, EQUIP presenta un grau d'acord ítem a ítem superior que DISCERN [*objectiu 5.3.3*]. Un dels motius que podria explicar aquestes diferències s'especula que podria ser el fet de com es puntua cada escala. L'escala

DISCERN es basa en una escala de 5 punts on s'obliga a l'investigador a triar un i puntuar cada ítem amb un valor de l'1 al 5, fins i tot en aquells casos on no es consideraria aplicable. En canvi, a l'escala EQIP hi ha l'opció de resposta "no aplica". Això permet a les investigadores només valorar aquelles ítems directament implicats en el text.

Durant la valoració dels resultats obtinguts, s'han detectat algunes diferències de criteri entre les dues investigadores relacionades amb el format i el disseny dels documents que haurien pogut comportar diferències en l'anàlisi de qualitat. Concretament això faria referència a la manera en com es presenta la informació dels documents seleccionats, ja sigui un disseny en PDF, maquetat i imprimible o si aquest document s'engloba dins el format estàndard *html* de la web.

Una de les limitacions més destacades d'aquesta anàlisi és que els resultats són només aplicables a un cert tipus de documents emmarcats en una web institucional i escrits en català o espanyol. Per tant, és complicat extrapolar-los a tota la informació sobre medicaments disponible on-line. No obstant això, tenint en compte els resultats de fiabilitat i l'experiència de les dues investigadores, DISCERN es consideraria l'eina d'elecció i la recomanada per avaluar la informació *on-line* sobre medicaments i opcions terapèutiques (Robert Sabaté i Diego, 2020).

Per altra banda però, en la informació de medicaments a la ciutadania, també cal tenir en compte el disseny, el format i el llenguatge (Van Dijk et al., 2014; Raynor i Dickinson, 2009; Dickinson et al., 2016). Aquests aspectes s'inclouen en els diferents ítems de l'escala EQIP i per tant no es pot menystenir aquesta escala com un eina també útil d'avaluació de la qualitat.

Un altre punt a considerar d'aquesta primera anàlisi és la metodologia de treball establerta fa cinc anys enrere amb la creació d'un grup de treball multidisciplinar. De fet, els resultats tant de l'anàlisi de la llegibilitat com de la qualitat avalen la feina feta i el procediment establert. El fet que el grup estigui format per metges, farmacèutics, personal d'infermeria, personal de l'administració pública, periodistes i experts en comunicació, es considera positiu i permet tenir una visió polièdrica del sistema sanitari. La metodologia de treball permet detectar necessitats d'informació, seleccionar temes d'interès i produir documents adaptats a les polítiques farmacèutiques actuals i a l'usuari final, ja que són

sotmesos a un procés d'*user-testing* amb pacients. La implicació dels pacients, incloent les seves necessitats i els seus punts de vista, es considera un punt essencial en l'elaboració d'informació a la ciutadania sobre salut (Swain, 2003). La validació dels documents dirigits a la ciutadania va ser desenvolupat per David Sless a Austràlia als anys 90 i consisteix en un mètode específic per saber si la gent pot trobar i entendre els punts claus d'un document amb el propòsit final de millorar-ne el seu contingut (Raynor et al., 2011).

L'objectiu del grup de treball multidisciplinar, detallat en el punt 6.1.1, és transmetre informació sobre medicaments ben escrita, sense biaixos, fiable, basada en l'evidència i fàcil d'entendre. Això, tal i com han notificat altres autors, pot contribuir a incrementar el coneixement i la comprensió de la ciutadania de temes relacionats amb els medicaments i la farmacoteràpia (Raynor, 2018; King, McCaffrey i Bouldin, 2011). Al mateix temps, pot permetre als pacients del sistema sanitari català i aquells que consultin la web institucional millorar el seu nivell d'alfabetització en salut, i concretament millorar l'alfabetització farmacoterapèutica; utilitzar els medicaments de forma segura i efectiva; prendre decisions informades sobre els medicaments i els tractaments farmacològics (Raynor, 2018; King, McCaffrey i Bouldin, 2011).

Després d'aquesta anàlisi d'avaluació de la qualitat i llegibilitat d'uns documents específicament dissenyats per informar i formar a la ciutadania, es va decidir ampliar el camp de treball i fer el segon estudi "*Llegibilitat i qualitat de la informació escrita sobre els medicaments i necessitats d'informació reals de la ciutadania. Cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons*". En aquest cas, en termes de llegibilitat, la majoria dels 101 documents inclosos en l'estudi, presenten una llegibilitat catalogada a partir de l'índex INFLESZ, com a "bastant fàcil" o "normal". Això equival a un nivell d'educació primària o de l'ESO, respectivament [objectiu 5.3.2]. A més, no s'han observat diferències estadísticament significatives en l'anàlisi comparatiu en funció de la font d'origen (informació de referència, premsa o internet), l'idioma utilitzat (català, espanyol) o el tipus de document (si s'aborda el tema per patologia/situació clínica o per medicament) [objectiu 5.3.4].

A l'Estat espanyol, s'ha realitzat algun estudi similar on s'ha avaluat la llegibilitat dels prospectes i de la informació que es pot trobar a internet. Concretament en

algun d'ells s'ha observat que la llegibilitat dels prospectes és millor que la llegibilitat de la informació provinent d'internet (Mira et al., 2013). En el cas del treball realitzat, com que els prospectes s'han inclòs en una categoria d'informació de referència on també hi ha documents de fonts d'informació dirigides a la ciutadana com ara webs institucionals o bases de dades mèdiques, aquestes diferències en termes de llegibilitat no s'han observat. No obstant això, cal tenir en compte que quan s'ha avaluat únicament la llegibilitat dels prospectes dels medicaments aprovats per l'AEMPS, el seu nivell és baix, és a dir que es consideren documents una mica difícils o difícils de llegir (Barrio-Cantalejo et al., 2008; Ballesteros-Peña i Fernández-Aedo, 2013). Ben segur, és un aspecte a millorar, ja que el nivell d'alfabetització per a la salut dels receptors de la informació dels prospectes són dispars i caldria que fossin el màxim d'accessibles per a tothom.

Tal i com s'ha comentat al principi de la discussió, les eines per avaluar la llegibilitat d'un text no tenen en compte aspectes rellevants pels pacients com ara la llegibilitat semàntica o la llegibilitat tipogràfica; ni tampoc el disseny i el format global dels documents, ja que es basen únicament en contar paraules i en la llargada de les frases.

Per tal de completar aquesta anàlisi de llegibilitat i seguint les recomanacions de diferents experts per avaluar la qualitat i l'evidència científica, (Luk i Aslani, 2011) s'ha realitzat també una anàlisi de qualitat dels 101 documents (Robert Sabaté, Palencia-Lefler i Juárez, 2020).

D'eines per avaluar la informació a la ciutadania sobre salut se n'han desenvolupat moltes. Tal i com es detalla en el capítol 4, algunes d'elles han estat dissenyades per avaluar específicament els prospectes dels medicaments, altres s'han utilitzat àmpliament en informació sobre tractaments farmacològics i altres s'han desenvolupat per avaluar i garantir la informació sobre salut a internet.

Tenint en compte la bibliografia sobre l'avaluació de la informació sobre salut i l'experiència prèvia en el primer estudi, també es va decidir utilitzar les escales DISCERN i EQIP. En aquest cas però, com que no es disposava d'un segon investigador per fer l'anàlisi i es pretenia intentar evitar biaixos de subjectivitat, a diferència de l'estudi anterior, es va decidir incloure una tercera escala de

qualitat. Concretament, com que molta de la informació analitzada provenia d'internet, es va triar els criteris de la Health on the Net Foundation (HON).

En aquesta anàlisi, l'escala que també ha presentat una millor fiabilitat per avaluar informació escrita sobre els IBP és DISCERN [objectiu 5.3.3] (Robert Sabaté, Palencia-Lefler i Juárez, 2020). Aquest fet també s'ha observat en els resultats anteriors d'aquest treball i en altres publicacions on s'ha avaluat la qualitat dels prospectes dels medicaments o informació sobre salut a internet (Mira et al., 2013; McCool et al., 2015). L'anàlisi de correlació entre DISCERN i EQIP indiquen una bona relació en els resultats i en aquest sentit, com en altres avaluacions realitzades, es poden considerar útils ambdues eines per avaluar la informació sobre salut dirigida a la ciutadania, i alhora complementàries ja que EQIP inclou aspectes relacionats amb el disseny i el llenguatge que DISCERN no contempla [objectiu 5.3.3] (McCool et al. 2015).

En relació amb l'anàlisi de fiabilitat dels criteris HON, els resultats indiquen que es tracta d'una eina d'avaluació fiable (Robert Sabaté, Palencia-Lefler i Juárez, 2020). No obstant això, a diferència d'altres estudis publicats (Jo et al. 2018), els resultats mostren únicament una bona correlació entre HON i EQIP però no amb DISCERN [objectiu 5.3.3]. Un dels motius que podria explicar aquestes diferències observades és que HON valora únicament 8 ítems de caràcter més general i no té en compte aspectes més específics, però rellevants, en l'avaluació de documents sobre opcions de tractament com ara els riscos associats o les alternatives terapèutiques disponibles.

En general, els resultats demostren que la informació escrita que poden rebre els pacients o la ciutadania sobre els IBP procedent de les fonts oficials o de referència –com ara els prospectes o les bases de dades científiques– és de millor qualitat que la informació que s'obté a partir d'una cerca a internet a través del buscador Google; o que aquella informació que es publica a les notícies de premsa [objectiu 5.3.2]. A més a més, s'ha observat que la puntuació a les escales de qualitat és superior en els documents en què s'aborda el contingut des d'una perspectiva del maneig global d'una patologia o situació clínica on s'utilitza aquest fàrmac. De fet, quan s'aborda la informació on el medicament és el guió central de la informació, la qualitat disminueix [objectiu 5.3.4] (Robert Sabaté, Palencia-Lefler i Juárez, 2020).

Pel que es té constància ara mateix, no s'ha trobat cap altre estudi similar a Catalunya o a l'Estat Espanyol. Sí que s'han realitzat avaluacions de prospectes i d'informació publicada als mitjans de comunicació o provinent d'internet però cap d'ell ha fet una avaluació global dels diferents tipus d'informació escrita que pot rebre un pacient (Mira et al., 2013; Laporte, 1988).

La cobertura per part dels mitjans de comunicació de temes relacionats amb els medicaments i els tractaments farmacològics ha estat i és motiu d'estudi per part dels professionals sanitaris (Laporte 1988; Wilson et al. 2008; Moynihan et al. 2000). Els resultats que es presenten indiquen que la qualitat de la informació és millorable i estan alineats amb altres publicacions on s'ha observat que la informació que inclouen els mitjans de comunicació sobre els fàrmacs pot ser inadequada o incompleta (Moynihan et al., 2000; Cassels et al., 2003). En relació amb internet, s'han publicat nombroses avaluacions dels continguts de salut que conté la xarxa i en línia amb els resultats obtinguts en aquest treball, la qualitat de la informació és diversa tot i que tendeix a ser baixa (Kaicker et al., 2010; Jo et al., 2018; Druce et al., 2017; Prusti et al., 2012).

Així doncs, d'acord amb això i com demostren els resultats, el marge de millora de la qualitat de la informació sobre medicaments que es publica en premsa i a internet és ampli. De fet, aquesta millora és de gran transcendència especialment en un moment on estan en augment les falses notícies relacionades amb la salut i alhora està en joc la credibilitat i la confiança dels mitjans de comunicació. En conseqüència, els professionals sanitaris i els mitjans de comunicació haurien de treballar conjuntament i aconseguir d'una banda que els professionals sanitaris siguin millors comunicadors, i per l'altre, fer que les notícies sanitàries siguin més precises i generin confiança als lectors (Arora, Rousseau i Schwitzer, 2019).

En definitiva, millorar el nivell d'alfabetització farmacoterapèutica de la població, fomentar un ús segur i efectiu dels medicaments i permetre prendre decisions sobre els tractaments farmacològics de manera informada, és responsabilitat de tots els agents implicats en la creació, difusió i divulgació de la informació sobre fàrmacs. És a dir, que hi estan implicats des de professionals sanitaris i gestors de l'administració pública fins a periodistes, experts en comunicació i tot aquell que difongui aquests tipus de continguts.

Així mateix, a partir de les dades analitzades, es fa una proposta d'un seguit de recomanacions que s'haurien d'incloure tant a les notícies sobre medicaments com al material que es publica a internet. Concretament es tracta d'aquells ítems de les escales de qualitat que en un percentatge elevat dels casos no s'han inclòs en el material analitzat provinent dels mitjans de comunicació o d'internet (veure taules 19 i 21). La voluntat final d'aquestes recomanacions és millorar la qualitat de la informació que pot rebre un pacient i contribuir a incrementar el nivell d'alfabetització per a la salut de la ciutadania. Així doncs, les recomanacions que es proposen són:

- Incloure informació complementària i bibliografia de referència, prèviament preseleccionada i filtrada, per tal que es pugui corroborar la informació proporcionada.
- Incloure informació sobre les alternatives terapèutiques disponibles ja siguin farmacològiques o no farmacològiques per tal que el pacient conegui tot el ventall de possibilitats que té a l'abast.
- Incloure, sempre que sigui possible, informació sobre els efectes del tractament i/o la malaltia sobre la qualitat de vida del pacient.
- Incloure informació de suport, informació sobre què fer en cas de dubtes, com per exemple un telèfon de contacte o una frase genèrica com la dels medicaments publicitaris de "en cas de dubtes consulti amb el seu metge o farmacèutic". Un exemple a valorar, i adequat al sistema de salut català, seria incloure el telèfon de contacte de l'atenció sanitària telefònica, 061 CatSalut Respon.
- Advertir que la informació proporcionada és complementària i que no substitueix ni pretén substituir una atenció sanitària presencial.

Malgrat els resultats i les recomanacions per millorar la qualitat de la informació dels medicaments a partir del cas concret amb els IBP, s'han identificat diferents limitacions. La primera és que encara que hi hagi una bona correlació en els resultats entre les escales EQIP i DISCERN, no es pot descartar, en part, la subjectivitat de l'investigador. La segona limitació detectada està relacionada amb la cerca del material (notícies en premsa i internet) que està emmarcada amb els filtres de cerca de Google d'idioma català i espanyol, i limitant a Espanya com a país per fer la cerca. Això impossibilita generalitzar els resultats ja que els

mitjans de comunicació són els habituals al nostre entorn i no s'ha fet una cerca a la xarxa a altres països ni en altres idiomes. La tercera limitació fa referència a que la cerca representa una instantània de temps concret i cal tenir en compte que una cerca repetida amb els mateixos termes realitzada en diferents moments de temps podria no comportar els mateixos documents inclosos a l'anàlisi.

La darrera part de l'estudi *Llegibilitat de la Informació escrita sobre els medicaments i necessitats dels de la ciutadania-Cas pràctic amb els fàrmacs Inhibidors de la Bomba de Protons* pretén conèixer les necessitats d'informació sobre els medicaments que té la ciutadania, així com saber quins són els seus hàbits de consulta en cas de dubtes o problemes en relació amb els fàrmacs.[objectiu 5.3.5].

L'elecció dels diferents centres d'atenció primària com a lloc per a reclutar pacients es va fer seguint diferents criteris a priori favorables al desenvolupament del treball. En aquest sentit, es van triar els centres per la disponibilitat d'un CEI propi per avaluar les entrevistes i tenir la seva conformitat, per la facilitat d'accés als pacients tenint en compte el gran número de visites programades a l'atenció primària, per l'opció de tenir un espai adaptat per fer les entrevistes garantint la privacitat dels pacients i perquè els IBP són fàrmacs que es prenen habitualment de forma crònica i els pacients que en prenen són seguits des de l'atenció primària. No obstant això, cal tenir en compte que aquesta elecció també ha comportat alguns inconvenients que limiten els resultats obtinguts com ara l'edat dels pacients i el consegüent poc ús d'internet com a font d'informació de medicaments.

En relació amb les dades personals dels entrevistats dels centres d'atenció primària, la mitjana d'edat observada és de 69,5 anys i el 55,1% han estat dones i el 44,9% homes. Aquestes dades són similars en les observades en l'últim informe sobre l'activitat de l'atenció primària del CatSalut de l'any 2018. Aquest informe inclou el registre de les dades d'atenció primària de diferents entitats proveïdores de serveis d'atenció primària de Catalunya i indica que el 53,4% dels pacients visitats són dones i aquestes generen el 55,9% de les visites. La mitjana de visites per pacient atès l'any 2018 va ser de 7,8 però varia de forma important en funció de l'edat i el gènere. Els homes d'entre 15 i 44 anys són els que acumulen menys visites per pacient (4,5) i a les franges d'edat superiors la

mitjana de visites es va incrementant en ambdós gèneres. Entre els 75 i 85 anys i els majors de 85 són les franges d'edat que tenen una mitjana de visites més alta i concretament els homes majors de 85 anys tenen una mitjana de visites del 16,6% (Servei Català de la Salut, 2018).

Tenint en compte els resultats i lligat amb el perfil d'edat dels pacients que es visiten a l'atenció primària, més de la meitat dels pacients inclosos en l'estudi (54,1%) havien cursat estudis d'educació primària i únicament un 3,4% tenia un grau universitari. En aquest sentit, en relació amb l'ocupació, el 80,2% eren pensionistes.

Pel que fa a les dades relacionades amb el medicament cal destacar que el 80,4% dels pacients entrevistats prenia l'omeprazole com a principi actiu dintre del grup de fàrmacs IBP. Aquestes dades segueixen la mateixa tendència observada a les es dades de consum proporcionades pel Servei Català de la Salut de l'any 2018 on l'omeprazole va ser el més prescrit, representant un 5,21% respecte el total d'envasos dispensats durant aquell any. (Veure apartat 6.2.2.3)

Davant la pregunta sobre la indicació terapèutica, un 31,9% dels pacients han respòs que utilitzen l'IBP pel tractament i/o control de la malaltia de reflux gastroesofàgic i un 6,3% pel tractament o prevenció de l'úlcer a gàstrica o duodenal. Però el que destaca en aquests resultats és que el 59,4% dels entrevistats ha respòs "altres indicacions". Aquest elevat percentatge podria ser indicatiu d'una incorrecta utilització del terme "protecció gàstrica". Tal i com s'ha comentat en l'apartat 6.2.2, el terme "gastroprotecció" a l'atenció primària tenia com a objectiu la prevenció de les complicacions greus associades al consum d'AINE en pacients d'alt risc i en l'atenció hospitalària, la profilaxis de l'ulcus per estrès en pacients crítics. Però aquest terme s'ha ampliat indiscriminadament a "protegir" qualsevol molèstia dispèptica per medicaments sense cap evidència sobre l'eficàcia i la seguretat d'aquesta indicació (Madrirdejos, 2013). Tot i que no es pot corroborar de forma directa –ja que no es disposa de la història clínica completa dels pacients i només es tenen les dades obtingudes en les entrevistes– aquests resultats s'alineen amb altres estudis estatals i internacionals on s'ha estimat que entre un 50 i un 70% dels tractaments amb IBP són inadequats en relació amb la indicació terapèutica, la dosificació i/o la

durada del tractament (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), 2014; De la Coba et al., 2016; Pokorny, 2015).

Respecte al coneixement de la malaltia per la qual es pren l'IBP, la majoria dels pacients ha respòs que coneix i entén perfectament la malaltia i això va lligat amb l'argumentació del paràgraf anterior on es relaciona l'ús dels IBP amb la gastroprotecció degut a la prescripció de molts medicaments. Pel que fa al temps que fa que es pren la medicació, les dades de l'estudi indiquen que la majoria dels pacients prenen aquests medicaments de forma crònica, des de fa més de 5 anys. Tal i com s'ha comentat al capítol 5, el balanç benefici-risc dels IBP quan estan indicats és totalment positiu. No obstant això es important recordar que no hi ha medicaments per a tota la vida i que, en termes de prescripció prudent, hi ha situacions en les quals es pot valorar deprescriure aquest grups de fàrmacs com per exemple en pacients asimptomàtics i sense una indicació clara pel seu ús; pacients amb malaltia per reflux gastroesofàgic o dispèpsia asimptomàtics durant un mínim de tres mesos; o pacients que han presentat úlceres gastroduodenals i que han finalitzat el tractament contra l'*Helicobacter pylori* (Centro Vasco de Información de Medicamentos, 2013).

En relació amb el prospecte, només un 35,6% dels entrevistats el llegeix habitualment, el 34,6% només el llegeix algunes vegades, i el 23,4% no els llegeix mai. Respecte a la utilitat dels prospectes, únicament un 39% dels pacients els considera útils. Aquests resultats han de fer reflexionar sobre el prospecte com a font d'informació de medicaments. Un 41,9% dels entrevistats considera que comprèn parcialment la informació proporcionada pel prospecte. La informació principal que es busca o en la que es para més atenció és sobre la seguretat, és a dir, els pacients principalment consulten els possibles efectes adversos que els pot ocasionar el tractament farmacològic. Els pacients consideren que al prospecte hi ha massa informació, són pesats de llegir i massa llargs. També indiquen que la lletra és massa petita i que habitualment generen alarma i/o por. Entre les opcions de millora proposades pels pacients, s'ha comentat que els prospectes haurien de ser més comprensibles, més senzills i curts, menys alarmistes i més adaptats a la situació clínica o malaltia de cada pacient. Aquests resultats concorden amb estudis previs realitzats sobre els prospectes on s'ha indicat que es consideren una font d'informació

complementària, que els efectes adversos és l'apartat més interessant pels pacients i el motiu més habitual per llegir el prospecte (March Cerdá et al., 2010; Raynor, Silcock i Knapp, 2010). En relació amb la comprensibilitat dels prospectes, altres estudis han indicat que la informació proporcionada no compleix les necessitats dels pacients degut a que presenten una baixa llegibilitat i que normalment no s'adapten a la malaltia concreta (Fuchs, Hippus i Schaefer, 2006; March Cerdá et al., 2010; Young, Tordoff i Smith, 2017). Més concretament, algunes avaluacions de la llegibilitat dels prospectes dels medicaments de més consum a l'Estat espanyol han indicat que aquests tenen una baixa llegibilitat lingüística i gramatical i que, com a conseqüència immediata, molt probablement, aquests prospectes siguin poc o difícilment entesos per la ciutadania (Barrio-Cantalejo, Simón-Lorda, March Cerdá et al., 2008).

Els pacients participants en l'estudi consideren que el que més els hi preocupa sobre el medicament que prenen és la seva eficàcia i el seu perfil de seguretat. És important destacar que molts dels pacients indiquen que tenen confiança que amb el seu metge prescriptor. Aquest fet, també queda reflectit en què són els metges els principals referents en informació de medicaments quan presenten dubtes o problemes. Els farmacèutics són els segons, després dels metges, a qui es consulta en cas de dubtes. Aquests resultats concorden amb els d'una enquesta espanyola recent on s'indica que els metges i farmacèutics són encara les fonts d'informació principals sobre salut (Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información, 2016). Diferents estudis sobre la informació de seguretat dels medicaments indiquen, per aquest ordre, que el metge (96%), el farmacèutic (76%), el prospecte (66%), el personal d'infermeria (57%) i internet (41%), són les fonts de referència dels pacients (Brounéus et al., 2012).

La última part de l'entrevista tenia com a objectiu conèixer les tendències dels pacients en la cerca d'informació sobre els medicaments i els tractaments farmacològics a internet. Cal destacar, que molts dels pacients participants no utilitzen internet probablement perquè són pacients d'edat avançada i només la meitat dels entrevistats van respondre aquesta part. Els resultats mostren que internet, tot i que no tingui un ús majoritari, s'utilitza com una font d'informació

sobre medicaments i /o de salut. Els pacients entrevistats consideren que en general és sempre fàcil trobar la informació que cerquen però un 33,8% dels que han respòs aquesta part indiquen que només entén la informació proporcionada algunes vegades. Respecte a la fiabilitat, més de la meitat dels pacients entrevistats considera que la informació no és del tot fiable.

Un cop finalitzat aquest estudi sobre les necessitats d'informació sobre els medicaments i tenint en compte la tendència en la que ha evolucionat la metodologia emprada –d'enquesta a entrevista estructurada oberta– crec que seria interessant continuar la recerca a través de les diferents tècniques de conversa que ofereix la metodologia qualitativa (gruocs focals, grups de discussió, o entrevistes en profunditat). En aquest sentit, es podria ampliar el treball de camp que permeti observar els problemes i dificultats que tenen els pacients polimedicats en gestionar la seva medicació, cercant solucions adaptades a les seves necessitats reals.

9. NOU INSTRUMENT:
*els 10 ítems claus en la
informació
farmacoterapèutica*

9. NOU INSTRUMENT: *els 10 ítems claus en la informació farmacoterapèutica*

En el sistema sanitari català és cabdal l'optimització dels recursos, tant econòmics com humans per part de tots els agents integrants, incloent el propi pacient. En aquest sistema sanitari no serveix que un pacient amb un problema de salut sigui atès en el moment adequat i de forma impecable (atenció sanitària, diagnòstic, prescripció dispensació del tractament) per part de diferents professionals sanitaris; o si el pacient per desconeixement medicament prescrit no l'utilitza correctament o no el pren. L'èxit d'un tractament farmacològic no només depèn de l'eficàcia del medicament sinó també del coneixement que el pacient tingui sobre aquest medicament. A aquesta afirmació s'hi pot afegir que una correcta alfabetització en salut té un efecte positiu sobre la informació i el coneixement dels pacients sobre els medicaments (Clavel Rojo, 2013).

Així doncs, davant un model d'atenció sanitària que tendeix a l'empoderament dels pacients, és essencial facilitar informació sobre salut per la presa de decisions i contribuir en part en millorar l'alfabetització en salut de la ciutadania. Això requereix un abordatge multifactorial, pluridisciplinar i multisectorial, i un compromís per part de tots els agents emissors d'informació sobre salut en general i sobre medicaments en concret: àmbit de l'educació sanitària, la indústria farmacèutica, els professionals sanitaris, els gestors sanitaris, els mitjans de comunicació, els pacients i els usuaris de la sanitat. Les fonts d'informació sobre medicaments actualment són múltiples i variades, i les persones implicades en l'elaboració de la informació sobre medicaments poden ser, també, variades. En aquest sentit, és responsabilitat de tots els agents implicats proporcionar una informació de qualitat i que generi confiança a la ciutadania.

A partir dels estudis realitzats en aquest treball i tenint en compte l'opinió dels pacients es presenta una metodologia de treball amb els ítems clau que hauria de tenir qualsevol tipus d'informació sobre medicaments en format escrit, ja sigui aquella que prové de les fonts oficials –com un document informatiu d'una web corporativa, una notícia de premsa– o aquella informació que es pot trobar a internet. Aquesta metodologia vol ser un guió de treball per millorar la comunicació farmacoterapèutica en format escrit i així garantir uns mínims de

qualitat en la informació que rep la ciutadania. D'alguna manera vol ajudar a difondre informació sobre els medicaments de qualitat, basada en l'evidència, realista, actualitzada i que permeti fer un bon ús dels fàrmacs, prendre decisions de manera informada sobre les opcions terapèutiques i alhora contribuir a millorar l'alfabetització farmacoterapèutica i, en definitiva, l'alfabetització per a la salut de la ciutadania.

Es pretén que aquest instrument de verificació i guiatge pugui ser utilitzat d'una forma multidisciplinària per tot aquella persona que difongui i transmeti informació relacionada amb els fàrmacs, independentment de la seva professió. I alhora pugui servir com un guió pels pacients o la ciutadania per avaluar la informació que reben sobre els medicaments, i conèixer i identificar aquells ítems que es consideren essencials en termes de qualitat. Això podrà contribuir a la lectura crítica de la informació que es rep o es busca relacionada amb els medicaments i la salut.

Per desenvolupar aquesta metodologia s'ha tingut en compte les anàlisis de llegibilitat i qualitat realitzades, l'opinió dels pacients i diferents documents i publicacions de referència en la qualitat d'informació dirigida a la ciutadania sobre medicaments i salut (Moult, Franck i Brady, 2004; Charnock et al., 1999; The Health On the Net Foundation, 2019; Moynihan, 2004; Gigerenzer i Gray, 2011).

Figura 19. 10 ítems clau en la informació farmacoterpèutica

10 ÍTEMS CLAU EN LA INFORMACIÓ FARMACOTERAPÈUTICA

1	Beneficis	Descriure com funciona el medicament i informa dels beneficis i els avantatges que comporta.
2	Riscos	Explicar els riscos, els efectes adversos i les possibles complicacions del tractament.
3	Alternatives terapèutiques	Informar de les alternatives terapèutiques ja siguin farmacològiques o no.
4	Efectes sobre la qualitat de vida	Indicar l'impacte del tractament farmacològic en el dia a dia dels pacients.
5	Evidència científica	Cal explicar el grau d'evidència científica associada a la informació.
6	Bibliografia i fonts complementàries	És important incloure la bibliografia de referència i altres fonts complementàries on contrastar informació.
7	Informació de suport	Incloure informació de suport sobre què fer en cas de dubtes, com per exemple un telèfon de contacte o una frase genèrica de "en cas de dubtes consulti amb el seu metge o farmacèutic".
8	Autoria	Cal detallar qui hi ha al darrere de la informació sobre els medicaments.
9	Data de publicació	És important que la gent sàpiga si la informació està actualitzada.
10	Llenguatge	Evitar tecnicismes i en el cas que s'emprin explicar-los. Utilitzar els noms genèrics dels medicaments.

Altres aspectes a considerar en funció del tipus de document

- Objectius del text i/o la informació
- Descripció de la temàtica
- Informació sobre la implicació dels pacients en l'elaboració i/o utilitzar un mètode d'user-testing
- To respectuós i dirigit al lector
- Llegibilitat adequada al lector
- Format (ordre, il·lustracions, diagrames)
- Disseny adequat

A continuació s'amplia la informació sobre cada ítem clau.

Beneficis

Una bona publicació sobre medicaments descriu correctament els beneficis i/o els avantatges que comporten. La informació que es proporciona ha de transmetre al lector unes expectatives realistes sobre els efectes positius dels medicaments. Cal que la informació detalli com funciona el medicament dins l'organisme i de quina manera tracta i/o afecta a la situació clínica o als símptomes pels quals s'utilitza. També es considera de vàlua no només informar de com actua si no de com de bé funciona i en quin grups de pacients s'espera uns beneficis superiors.

És important tenir en compte com s'expressen els beneficis ja que, depèn de com es detallen, poden magnificar els efectes i fer que un tractament sigui millor del que realment és. En aquest sentit, cal evitar presentar el beneficis en termes relatius i fer-ho sempre en valors absoluts.

Riscos

En relació amb els riscos associats amb els medicaments, és important descriure de forma realista aquests riscos, els efectes adversos, les complicacions i els possibles desavantatges que pot provocar el tractament, ja que és la part que més interessa a la ciutadania. Habitualment, quan es parla dels efectes adversos es tendeix a no detallar-los gaire i això és especialment important en el cas dels nous medicaments on es desconeix encara el seu perfil de seguretat a llarg termini.

Segurament, incloure tota la informació relacionada amb els efectes adversos és pràcticament impossible, i el *quid* de la qüestió és seleccionar aquells més greus o els més freqüents. En aquí també és important informar a la ciutadania de forma realista i utilitzar valors absoluts que normalment proporcionen una informació menys dramàtica i més realista.

Alternatives terapèutiques

Per tal que una informació sobre medicaments es consideri de qualitat i sigui útil pels pacients cal que, a més del medicament/tractament en qüestió, es detallin també altres possibles alternatives terapèutiques, ja siguin farmacològiques o no. També s'ha de descriure els efectes de no tractar la situació clínica per tal que el pacient/ciudadà conegui els resultats i les expectatives, i pugui decidir si utilitzar o no un tractament. Això és en anglès el denominat "watchful waiting". En l'anàlisi de la informació escrita a partir d'un cas pràctic amb els IBP, s'ha observat que més del 50% del material analitzat no proporciona aquesta informació.

Efectes sobre la qualitat de vida

Informar a la ciutadania sobre els efectes que té el medicament o tractament sobre la seva qualitat de vida es considera un ítem clau en informació de medicaments. Cal que la informació descrigui l'impacte del tractament o de les diferents teràpies en el dia a dia d'una persona. És rellevant perquè un o altre tractament pot comportar canvis considerables en l'estil de vida o efectes en el dia a dia laboral, escolar i familiar. Això és un punt clau per tal que la ciutadania pugui prendre una decisió de forma informada sobre les opcions disponibles i alhora adaptada a les seves necessitats i preferències. Alguns exemples d'aquests efectes seria informar de l'atenció necessària per part d'altres familiars, de l'alteració de l'horari escolar o laboral, o aquelles situacions que es recomana evitar, per exemple, en situacions d'alteracions de la mobilitat.

Evidència científica

Una informació sobre medicaments cal que informi sobre l'evidència científica que avala aquesta informació. Cal tenir en compte que hi ha diferents graus d'evidència científica, de menys a més fiable. No és el mateix informar sobre un medicament a partir d'estudis realitzats en animals o estudis individuals; o a partir d'assajos clínics comparatius amb altres alternatives o amb placebo; o amb una llarga durada o amb un nombre elevat de pacients inclosos. Aquests darrers tipus

són els necessaris per establir si un medicament és adequat i relativament segur per a una situació concreta.

Per exemple, en les notícies sobre els possibles nous tractaments pel càncer, es tendeix a proporcionar una informació no realista i que pot generar falses esperances ja que habitualment es proporciona informació a partir d'estudis en animals. Fins que un fàrmac és autoritzat definitivament pel tractament queden molts anys i molts estudis a realitzar per corroborar i establir la seva eficàcia i la seva seguretat. A més, cal tenir en compte que en funció dels resultats és també possible que el fàrmac no acabi sortint al mercat. En el cas de les notícies és important establir un equilibri en el qual es considera pròpiament una notícia relacionada amb la recerca clínica i la informació sobre salut que arriba a la ciutadania.

Tot i que és un tema complex de transmetre a la ciutadania és important que aquesta conegui els diferents graus d'evidència i pugui reconèixer quan per exemple s'està promovent un tractament a partir de certs estudis considerats metodològicament febles o de baixa evidència.

Una informació de medicaments basada en l'evidència científica disponible proporcionarà informació fiable, imparcial i honesta.

Bibliografia i fonts complementàries

Segons l'anàlisi de la informació sobre els IBP, la majoria del material estudiat no proporciona informació complementària i/o la bibliografia de referència. Aquest ítem es considera clau en la qualitat de la informació a la ciutadania, ja que permet contrastar i comparar la informació. Si la selecció de la bibliografia a partir de la qual s'ha elaborat el contingut és rigurosa amb estudis realitzats amb metodologia fiable, i publicats en revistes de prestigi, és una manera de compartir amb el pacient el procés d'elaboració del contingut realitzat, i alhora un exercici de transparència on la informació és avalada per altres autors. Així doncs, cal incorporar enllaços amb informació complementària per tal que els pacients puguin ampliar la informació. No obstant això, cal que aquesta informació complementària sigui avaluada prèviament pels experts que elaboren el material

i d'aquesta manera es proporcioni a la ciutadania enllaços o informació ja preseleccionada i filtrada per experts.

Informació de suport

Proporcionar unes dades de contacte o accions sobre el què fer en cas de dubtes es considera també un ítem clau en la informació sobre salut dirigida a la ciutadania. En l'anàlisi retrospectiva sobre la informació de medicaments on-line dirigida a la ciutadania (apartat 8.1), al tractar-se d'una informació institucional feta dins el marc del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, es va acordar en el si del grup de treball multidisciplinar, que sempre s'inclouria la següent frase com a informació de suport: *“la informació proporcionada en aquest article és complementària a les recomanacions del vostre metge o metgessa i en cap cas pretén substituir-les. En cas de dubte, poseu-vos en contacte amb el vostre professional de la salut de referència o truqueu al 061 CatSalut Respon”*. L'escala EQIP aborda aquest ítem en la pregunta 10 (Q10: *Does the document contain contact details for the healthcare services where the Reader can receive care or treatment for problems discussed in the document?*). Això no es repeteix en l'anàlisi de la qualitat i la llegibilitat de la informació a la ciutadania a partir d'un cas pràctic amb els IBP (apartat 8.2), on quasi un 70% del material analitzat no conté les dades de contacte d'un servei d'atenció sanitària on un pacient pot rebre atenció mèdica o discutir algun problema derivat de la lectura del material. En aquest sentit, per tal de garantir la seguretat dels pacients, es fa necessari incloure informació de suport com per exemple un telèfon de contacte o una frase genèrica de “en cas de dubtes consulti amb el seu metge o farmacèutic”. D'aquesta manera s'acompanya al pacient i se li proporciona una solució a seguir en cas de presentar problemes o dubtes.

Autoria

Conèixer qui ha desenvolupat la informació ja sigui un professional o un departament i/o institució aporta credibilitat al text. L'autoria de la informació dirigida als pacients es considera 1 dels 8 principis del codi de conducta HON i concretament especifica que: qualsevol consell mèdic o de salut suggerit en un

lloc web només serà proporcionat per metges o professionals de la salut especialitzats i qualificats, llevat que una clara declaració expressi que una part de la suggerència presentada no és d'un professional de la salut qualificat o organització no mèdica. La pregunta 12 de l'escala equip aborda aquesta qüestió (*Q12: Does the document give the name of the person or department that produced it?*) i en l'anàlisi retrospectiva de la informació de medicaments online de l'apartat 8.1, tots els documents tenen especificats els autors i s'enmarquen dins el paraigües del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. De fet, l'autoria és un dels ítems que més fàcilment poden identificar els pacients en la informació sobre medicaments escrita. Concretament en l'anàlisi de la informació escrita a partir d'un cas pràctic amb els IBP (apartat 8.2) un percentatge molt elevat dels documents detallaven l'autoria i podies saber qui l'havia elaborat.

Data de publicació

Tant per EQIP com per DISCERN i HON, la data de publicació i/o actualització del document és considerat un ítem que cal tenir en compte a l'hora d'avaluar la qualitat i la fiabilitat de la informació sobre salut a la ciutadania. La informació mèdica es desactualitza molt ràpidament i en aquest sentit és recomanable que s'inclogui la data de producció i/o actualització. Es recomana revisar la informació a partir dels quatre anys des de la seva publicació. En la informació continguda a la web oficial Canal Medicaments i Farmàcia, les dates de publicació i actualització apareixen en tots els documents i en general la informació principalment provinent d'internet analitzada a partir del cas pràctic amb els IBP també inclou la data d'elaboració (veure taules 19, 21 i 23).

Llenguatge

En relació amb el llenguatge emprat en la informació de medicaments, és important evitar tecnicismes, sigles i acrònims. En el cas que s'utilitzin cal definir-los. Es recomana utilitzar un llenguatge planer, culturalment adequat, del dia a dia, proper a la ciutadania i evitar l'ús d'argots científics. Un recurs a utilitzar és escriure de forma conversacional i dirigir-se al lector de "tu" ja que facilita l'ús

d'un llenguatge més simple i planer. Un altre aspecte a tenir en compte per millorar la llegibilitat i la comprensió de la informació de medicaments és la llargada de les frases. Concretament, és recomanable utilitzar frases curtes i simples.

10. CONCLUSIÓ

10. CONCLUSIÓ

La informació sobre medicaments forma part de les funcions bàsiques de l'exercici professional farmacèutic amb un significat educador-informador, és responsabilitat de tots els agents implicats en aquesta informació que sigui de qualitat, basada en l'evidència fiable i adaptada a les necessitats dels receptors. Dins el marc de la web institucional Canal Medicaments i Farmàcia s'ha creat una nova manera d'elaborar continguts que inclou un grup de treball multidisciplinar i alhora la validació per part dels usuaris finals o els pacients. El grup, format per metges, farmacèutics, personal d'infermeria, personal de l'administració pública, periodistes i experts en comunicació, permet tenir una visió polièdrica del sistema sanitari, i la metodologia de treball permet detectar necessitats d'informació, seleccionar temes d'interès i produir documents adaptats a les polítiques farmacèutiques actuals i, alhora, a l'usuari final. Tots els documents, un cop finalitzats, són sotmesos a un procés d'*user-testing* amb pacients. Incloure les seves necessitats i els seus punts de vista es considera un punt essencial en l'elaboració d'informació a la ciutadania sobre salut. La llegibilitat i la qualitat de la informació són dos ítems clau en l'avaluació de la informació sobre salut a la ciutadania i, en aquest sentit, els resultats de l'anàlisi realitzada indiquen que els documents elaborats pel grup de treball multidisciplinar tenen una bona llegibilitat i qualitat.

En l'anàlisi de la qualitat i la llegibilitat d'una simulació de la informació escrita que pot rebre un pacient a partir d'un cas pràctic amb els IBP s'ha observat, d'una banda que la llegibilitat té un nivell normal i es considera que la informació és fàcil de llegir, però per l'altra banda, el marge de millora de la qualitat de la informació que es publica en premsa i a internet és ampli. Els resultats demostren que la informació escrita sobre els IBP procedent de fonts oficials o de referència, com ara els prospectes o les bases de dades científiques, és de millor qualitat que la informació que s'obté a partir d'una cerca a internet a través del buscador Google o d'aquella informació que es publica a les notícies de premsa. A més a més, s'ha observat que la puntuació a les escales de qualitat és superior en els documents en què s'aborda el contingut des d'una perspectiva del maneig global d'una patologia o situació clínica on s'utilitza aquest fàrmac. A partir de les dades analitzades, tant les notícies sobre medicaments com en el material que es

publica a internet haurien d'abordar els següents aspectes per millorar en termes de qualitat: afegir sempre informació complementària i la bibliografia de referència; proporcionar informació sobre les alternatives terapèutiques; incloure informació sobre els efectes del tractament i/o la malaltia sobre la qualitat de vida; proporcionar informació de suport o informació sobre què fer en cas de dubtes; i advertir que la informació proporcionada és complementària i que no substitueix ni pretén substituir una atenció sanitària presencial.

En relació amb les escales per avaluar la qualitat de la informació a la ciutadania –EQIP, DISCERN, HON i DISCERN– aquesta última és la que presenta una millor fiabilitat i la que es recomanaria per a l'avaluació de textos relacionats amb els medicaments i les opcions terapèutiques. No obstant això, com que el disseny, el format i el llenguatge –inclosos en l'escala EQIP– també són aspectes claus en com transmetre la informació, també cal considerar aquesta escala com una eina útil d'avaluació de la qualitat. Pel que fa a la correlació entre les escales, entre DISCERN i EQIP hi ha bona relació però malgrat que HON també és una eina d'avaluació fiable, només s'ha observat una bona correlació entre HON i EQIP però no amb DISCERN. Cal tenir en compte que HON valora únicament 8 ítems de caràcter més general i no té en compte aspectes més específics però rellevants en l'avaluació de documents sobre opcions de tractament com ara els riscos associats o les alternatives terapèutiques disponibles.

Una de les principals limitacions dels dos anàlisis de llegibilitat i qualitat realitzats són els idiomes utilitzats i el país d'origen de la informació. Aquest fet dificulta generalitzar els resultats ja que la informació estudiada és principalment d'origen espanyol o redactada en espanyol o en català, i els mitjans de comunicació són els de referència a Catalunya i a l'estat espanyol. No s'ha fet una cerca a la xarxa a altres països ni en altres idiomes i cal considerar que la cerca realitzada a internet representa una instantània de temps concret i que si es repeteix amb els mateixos termes en diferents moments de temps podria no comportar els mateixos resultats.

Pel que fa a les necessitats d'informació sobre els medicaments que té la ciutadania, també a partir d'un cas pràctic de pacients que prenen IBP, en destaca que un percentatge considerable dels entrevistats no llegeix el prospecte i no els troba útils. La informació que més els hi interessa són els aspectes de

seguretat i en general consideren que als prospectes hi ha massa informació, són pesats de llegir i són massa llargs. Entre les opcions de millora proposades, els pacients han comentat que haurien de ser més comprensibles, més senzills i curts, menys alarmistes i més adaptats a la situació clínica o malaltia de cada pacient.

La revisió bibliogràfica, els anàlisis de qualitat i llegibilitat realitzats, les entrevistes als pacients i alhora considerant les múltiples fonts d'informació sobre medicaments disponibles, els diferents agents emissors possibles i el canvi de rol dels pacients dins el sistema sanitari, ha permès desenvolupar una metodologia de treball amb aquells ítems clau que ha de tenir qualsevol tipus d'informació sobre medicaments en format escrit, ja sigui aquella que prové de les fonts oficials com un document informatiu d'una web corporativa, una notícia de premsa o aquella informació que es pot trobar fàcilment a internet. Els ítems clau són: beneficis, riscos, alternatives terapèutiques, efectes sobre la qualitat de vida, evidència científica, bibliografia i fonts complementàries, informació de suport, autoria, data de publicació i llenguatge planer. Les properes passes a realitzar per continuar el desenvolupament i l'aplicació d'aquest instrument de verificació i guiatge són varies. Es demanarà l'opinió a tres grups ben diferenciats: periodistes científics i experts en temes de salut, professionals sanitaris i pacients i també es realitzarà una validació ampliant el tipus d'informació sobre medicaments en format escrit.

És cabdal que els responsables de difondre informació de medicaments proporcionin informació sobre els medicaments de qualitat, basada en l'evidència, realista, actualitzada i que permeti fer un bon ús dels fàrmacs, prendre decisions de manera informada sobre les opcions terapèutiques i alhora contribuir a millorar l'alfabetització farmacoterapèutica i, en definitiva, l'alfabetització per a la salut de la ciutadania. Així doncs, aquest instrument de verificació i guiatge és una orientació de treball per millorar la comunicació farmacoterapèutica en format escrit que garanteix uns mínims de qualitat en la informació que rep la ciutadania.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

AEMPS. 2008. Fenilpropanolamina. Nota informativa. 2008/3 [en línia]. [Consulta: 13 agost 2019]. Disponible a: https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2008/NI_2008-03_fenilpropanolamina.htm.

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. 2019. Certificación de Webs y blogs sanitarios [en línia]. [Consulta: 28 maig 2019]. Disponible a: <https://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/certificacion-acsa/certificacion-de-webs-y-blogs-sanitarios/>.

Aggarwal, N. 2016. Drug-Induced Subacute Cutaneous Lupus Erythematosus Associated with Proton Pump Inhibitors. *Drugs - Real World Outcomes*. Vol. 3, núm. 2, p. 145-154.

Al-Ubaydli, M. 2005. Using search engines to find online medical information. *PLoS medicine*. Vol. 2, núm. 9, p. e228.

American Accreditation HealthCare Commission. 2001. URAC progressing with web site accreditation. *Hospital Peer Review*. Vol. 26, núm. 5, p. 67-68, 62.

Anderson, R.M. et al. 1991. Learning to Empower Patients: Results of Professional Education Program for Diabetes Educators. *Diabetes Care*. Vol. 14, núm. 7, p. 584-590.

Anderson, R.M. i Funnell, M.M. 2010. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient education and counseling*. Vol. 79, núm. 3, p. 277-282.

Arora, V.M., Rousseau, D. i Schwitzer, G. 2019. Why Bolstering Trust in Journalism Could Help Strengthen Trust in Medicine. *JAMA*. Vol. 321, núm. 22, p. 2159.

Associació Lectura Fàcil. 2019. [en línia]. [Consulta: 17 maig 2019]. Disponible a: <http://www.lecturafacil.net/>.

Bagot Estopa, R. 2017. Terminologia per a la normalització i terminologia per a la internacionalització. Actes de la XIII Jornada Realiter. Realiter. Barcelona:

Institut d'Estudis Catalans; TERMCAT, Universitat Politècnica de Catalunya [en premsa].

Baker, D.W. et al. 2002. Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*. Vol. 92, núm. 8, p. 1278-1283.

Baker, D.W. et al. 2007. Health Literacy and Mortality Among Elderly Persons. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 167, núm. 14, p. 1503.

Ballesteros-Peña, S. i Fernández-Aedo, I. 2013. [Legibility analysis of drug package leaflets using Flesch-Sszigriszt index and Inflesz score]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 36, núm. 3, p. 397-406.

Barrio-Cantalejo, IM, Simón-Lorda, P, March Cerdá, J. et al. 2008. Legibilidad gramatical de los prospectos de los medicamentos de más consumo y facturación en España en 2005. *Revista Española de Salud Pública*. Vol. 82, núm. 5, p. 559-566.

Barrio-Cantalejo, IM, Simón-Lorda, P, Melguizo, M. et al. 2008. Validación de la Escala INFLESZ para evaluar la legibilidad de los textos dirigidos a pacientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 31, núm. 2, p. 135-152.

Basagoiti, I. 2012. Alfabetización en salud. De la información a la acción [en línia]. Valencia: ITACA-TSB. [Consulta: 8 desembre 2019]. Disponible a: <http://www.salupedia.org/alfabetizacion/>.

Bass, P.F., Wilson, J.F. i Griffith, C.H. 2003. A shortened instrument for literacy screening. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 18, núm. 12, p. 1036-1038.

Batchelor, R. et al. 2017. Dementia, cognitive impairment and proton pump inhibitor therapy: A systematic review. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*. Vol. 32, núm. 8, p. 1426-1435.

Bazaldua OV, Davidson DA, Zurek A, Kripalani S. 2017. Health Literacy and Medication Use. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, Matzke GR, Wells BG, Posey L. eds. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*, 10e New York, NY: McGraw-Hill; [en línia]. [Consulta: 1 març 2017]. Disponible a: <http://accesspharmacy.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1861§ionid=146212356>. Accessed March 04, 2020.

Bea-Muñoz, M., Medina-Sánchez, M. i Flórez-García, M.T. 2015. [Readability and internet accessibility of informative documents for spinal cord injury patients in Spanish]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. Vol. 38, núm. 2, p. 255-262.

Bennett, I.M. et al. 2009. The Contribution of Health Literacy to Disparities in Self-Rated Health Status and Preventive Health Behaviors in Older Adults. *The Annals of Family Medicine*. Vol. 7, núm. 3, p. 204-211.

Berenguera, A. et al. 2014. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària [en línia]. [Consulta: 1 abril 2020]. Disponible a: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>.

Berkman, N.D. et al. 2011. Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine*. Vol. 155, núm. 2, p. 97.

Betschart, P. et al. 2018. Readability assessment of commonly used urological questionnaires. *Investigative and Clinical Urology*. Vol. 59, núm. 5, p. 297.

Black, E.K. et al. 2019. Health Care Providers' Perceptions of Antimicrobial Use and Stewardship at Acute Care Hospitals in Nova Scotia. *The Canadian journal of hospital pharmacy*. Vol. 72, núm. 4, p. 263-270.

Bland, J.M. i Altman, D.G. 1986. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*. Vol. 1, núm. 8476, p. 307-310.

Bonner, C. et al. 2019. Online decision aids for primary cardiovascular disease prevention: systematic search, evaluation of quality and suitability for low health literacy patients. *BMJ Open*. Vol. 9, núm. 3, p. e025173.

Boyer, C., Selby, M. i Appel, R.D. 1998. The Health On the Net Code of Conduct for medical and health web sites. *Studies in Health Technology and Informatics*. Vol. 52 Pt 2, p. 1163-1166.

Bradley, B., Singleton, M. i Li Wan Po, A. 1994. Readability of patient information leaflets on over-the-counter (OTC) medicines. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*. Vol. 19, núm. 1, p. 7-15.

Brega, A. et al. 2015. AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit, Second Edition. AHRQ Publication No. 15-0023-EF [en línia]. Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality. [Consulta: 6 novembre 2018]. Disponible a: https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/healthlittoolkit2_4.pdf.

British Medical Association. 2019. Patient Information Award (PIA) [en línia]. [Consulta: 10 maig 2019]. Disponible a: <https://www.bma.org.uk/library/patient-information-awards>.

Brounéus, F. et al. 2012. Drug safety awareness in New Zealand: public knowledge and preferred sources for information. *Journal of Primary Health Care*. Vol. 4, núm. 4, p. 288-293.

Brunetti, L. i Hermes-DeSantis, E. 2010. The Internet as a Drug Information Resource. *US Pharmacist. The Pharmacist's Resource for Clinical Excellence*. 2010. [en línia]. [Consulta: 13 agost 2019]. Disponible a: <https://www.uspharmacist.com/article/the-internet-as-a-drug-information-resource#tbl1>.

Brütting, J. et al. 2019. Quality, Readability, and Understandability of German Booklets Addressing Melanoma Patients. *Journal of Cancer Education*. Vol. 34, núm. 4, p. 760-767.

Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH). 2014. Proton Pump Inhibitor Cessation Programs: A Review of the Clinical Effectiveness, Cost-effectiveness, and Guidelines [en línia]. [Consulta: 8 desembre 2019]. Disponible a: https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/jan-2015/RC0584_PPI_Cessation_Final.pdf.

Caro-Bautista, J. et al. 2016. Adaptación cultural al español y validación psicométrica del Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Atención Primaria*. Vol. 48, núm. 7, p. 458-467.

Cassata, D.M. 1980. Health Communication Theory and Research: A Definitional Overview. *Annals of the International Communication Association*. Vol. 4, núm. 1, p. 583-589.

Cassels, A. et al. 2003. Drugs in the news: an analysis of Canadian newspaper coverage of new prescription drugs. *CMAJ*. Vol. 168, núm. 9, p. 1133-1137.

Castillo-Ortiz, J.D. et al. 2017. Legibilidad, relevancia y calidad de la información en español en la Web para pacientes con artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*. Vol. 13, núm. 3, p. 139-144.

Castro, E.M. et al. 2016. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. Vol. 99, núm. 12, p. 1923-1939.

Centro Vasco de Información de Medicamentos. 2013. No hay medicamentos para toda la vida. *INFAC*. Vol. 21, núm. 2.

Centro Vasco de Información de Medicamentos. 2016. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): recomendaciones de uso. *INFAC*. Vol. 24, núm. 8.

Centro Vasco de Información de Medicamentos. 2019. Internet: Fuentes de información de salud para la ciudadanía. *INFAC*. Vol. 27, núm.9.

Chan, H.W., Russell, A.M. i Smith, M.Y. 2018. What is the quality of drug safety information for patients: An analysis of REMS educational materials. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Vol. 27, núm. 9, p. 969-978.

Charnock, D. et al. 1999. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and community Health*. Vol. 53, núm. 2, p. 105-111.

Charvet-Berard, A.I., Chopard, P. i Perneger, T.V. 2008. Measuring quality of patient information documents with an expanded EQIP scale. *Patient Education and Counseling*. Vol. 70, núm. 3, p. 407-411.

Cheungpasitporn, W. et al. 2015. Proton pump inhibitors linked to hypomagnesemia: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Renal failure*. Vol. 37, núm. 7, p. 1237-1241.

- Cho, Y.I. et al. 2008. Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*. Vol. 66, núm. 8, p. 1809-1816.
- Clarke, C.E. 2011. A case of conflicting norms? Mobilizing and accountability information in newspaper coverage of the autism–vaccine controversy. *Public Understanding of Science*. Vol. 20, núm. 5, p. 609-626.
- Clavel Rojo, A. 2013. Conocimiento del paciente acerca de la medicación prescrita: influencia de las fuentes de información y legibilidad de los prospectos. Universidad de Murcia.
- Codina, C. 2000. Educación sanitaria: Información al paciente sobre los medicamentos. Barcelona: Fundación Dr. Antonio Esteve.
- Col·legi Oficial de Farmacèutics de Barcelona. 2019. Nou projecte centrat en l'atenció farmacèutica davant primeres dispensacions [en línia]. [Consulta: 14 desembre 2019]. Disponible a: <https://blog.cofb.cat/nou-projecte-centrat-latencio-farmaceutica-davant-primeres-dispensacions/>.
- Coleman, B. 2003. Producing an information leaflet to help patients access high quality drug information on the Internet: a local study. *Health Information and Libraries Journal*. Vol. 20, núm. 3, p. 160-171.
- Commission of the European Communities, Brussels. 2002. eEurope 2002: Quality Criteria for Health related Websites. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 4, núm. 3, p. E15.
- Conesa Fuentes, M.C. i Aguinaga Ontoso, E. 2009. Evaluación de la calidad de las páginas web con información sanitaria: una revisión bibliográfica. *BiD: textos universitaris de biblioteconomia i documentació*. núm. 23.
- Corcoran, N. i Ahmad, F. 2016. The readability and suitability of sexual health promotion leaflets. *Patient Education and Counseling*. Vol. 99, núm. 2, p. 284-286.
- Coulter, A. 1999. Paternalism or partnership? *BMJ*. Vol. 319, núm. 7212, p. 719-720.
- Coulter, A. i Collins, A. 2011. Making shared decision-making a reality : no decision about me, without me [en línia]. King's Fund. [Consulta: 12 juny 2019].

Disponible a: <https://www.kingsfund.org.uk/publications/making-shared-decision-making-reality>.

Creswell, J.W., Fetters, M.D. i Ivankova, N. V. 2004. Designing a mixed methods study in primary care. *Annals of Family Medicine*. Vol. 2, núm. 1, p. 7-12.

Cutts, M. 2008. Writing by numbers: are readability formulas to clarify what karaoke is to song? Plain Language Commission. UK. [en línia]. [Consulta: 17 maig 2019]. Disponible a: https://irp-cdn.multiscreensite.com/aaf9e928/files/uploaded/Writing_By_Numbers_Karaok e.pdf.

D'alessio, R., Busto, U. i Girón, N. 1997. Guía para el desarrollo de servicios farmacéuticos hospitalarios: Información de Medicamentos [en línia]. [Consulta: 21 diciembre 2019]. Disponible a: <http://www.femeba.org.ar/fundacion>.

Davis, T.C. et al. 1991. Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. *Family Medicine*. Vol. 23, núm. 6, p. 433-435.

De La Coba, C. et al. 2016. Efectos adversos de los inhibidores de la bomba de protones: revisión de evidencias y posicionamiento de la Sociedad Española de Patología Digestiva. *Rev Esp Enferm Dig*. Vol. 108, p. 207-224.

Department of Health NHS. 2003. Toolkit for producing patient information [en línia]. [Consulta: 10 maig 2019]. Disponible a: <https://www.uea.ac.uk/documents/246046/0/Toolkit+for+producing+patient+information.pdf>

DiCicco-Bloom, B. i Crabtree, B.F. 2006. The qualitative research interview. *Medical Education*. Vol. 40, núm. 4.

Dickinson, R. et al. 2016. Do Patients Use a Headline Section in a Leaflet to Find Key Information About Their Medicines? Findings From a User-Test Study. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. Vol. 50, núm. 5, p. 581-591.

Diego, L. 2012. *Independent Drug Information for Medicines Management*. Tesi Doctoral. Universitat Pompeu Fabra.

Diego, L. 2017. Instrumentos de ayuda a la toma de decisiones compartidas: información necesaria pero insuficiente. Sociedad Española de Farmacéuticos

de Atención Primaria [en línea]. [Consulta: 8 diciembre 2019]. Disponible a: <https://www.sefap.org/2016/03/12/instrumentos-de-ayuda-a-la-toma-de-decisiones-compartidas-informacion-necesaria-pero-insuficiente/#comments>.

Dietscher, C. et al. 2019. The Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy (M-POHL) A network under the umbrella of the WHO European Health Information Initiative (EHII) [en línea]. *Public Health Panorama*. Vol. 5, núm. 1. [Consulta: 14 agosto 2019]. Disponible a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/398341/short-comm-health-literacy-eng.pdf?ua=1.

Diniz-Freitas, M. et al. 2017. Web-Based Information on the Treatment of Tobacco Dependence for Oral Health Professionals: Analysis of English-Written Websites. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 19, núm. 10, p. e349.

Doack CC, Doack, L. i Roor, J. 1996. Teaching Patients with Low Literacy Skills. 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1996. [en línea]. [Consulta: 7 maig 2019]. Disponible a: <https://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/teaching-patients-with-low-literacy-skills/>.

Dormuth, C.R. et al. 2012. A Randomized Trial Assessing the Impact of a Personal Printed Feedback Portrait on Statin Prescribing in Primary Care. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. Vol. 32, núm. 3, p. 153-162.

Druce, I. et al. 2017. A comparison of patient and healthcare professional views when assessing quality of information on pituitary adenoma available on the internet. *Endocrine Practice*. Vol. 23, núm. 10, p. 1217-1222.

Elwyn, G. et al. 2006. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ*. Vol. 333, núm. 7565, p. 417.

Elwyn, G. et al. 2009. Assessing the quality of decision support technologies using the International Patient Decision Aid Standards instrument (IPDAS). *PloS one*. Vol. 4, núm. 3, p. e4705.

European Centre for disease Prevencion and Control. 2019 What is health communication? [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: <https://www.ecdc.europa.eu/en/health-communication/facts>.

European Commission. 1992. Council Directive 92/27/EEC on the labelling of medicinal products for human use and on package leaflets [en línia]. [Consulta: 20 agost 2018]. Disponible a: <https://eur-lex.europa.eu/eli/dir/1992/27/oj..>

European Union. 2004. DIRECTIVE 2004/27/EC of 31 March 2004 amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use [en línia]. [Consulta: 8 desembre 2019]. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/eudralex/vol-1/dir_2004_27/dir_2004_27_en.pdf.

Fajardo, M.A. et al. 2019. Availability and readability of patient education materials for deprescribing: An environmental scan. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Vol. 85, núm. 7, p. 1396-1406.

Fernández-Huerta, J. 1959. Medida sencillas de lecturabilidad. *Consigna*. Vol. 214, p. 29-32.

Férnandez-Llimós, F. 1999. La información sobre medicamentos para la farmacia comunitaria. *Pharmaceutical Care España*. Vol. 1, p. 90-96.

Frueh, F.S. et al. 2015. Carpal tunnel syndrome: Analysis of online patient information with the EQIP tool. *Chirurgie de la Main*. Vol. 34, núm. 3, p. 113-121.

Fuchs, J., Hippus, M. i Schaefer, M. 2006. Analysis of German package inserts. *Int. Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. Vol. 44, núm. 01, p. 8-13.

Fullmann, K. et al. 2017. Readability and Suitability of COPD Consumer Information. *Canadian Respiratory Journal*. Vol. 2017, p. 2945282.

Fundació Enciclopèdia Catalana. 2019. Comunicació [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: <https://www.enciclopedia.cat/ec-gdlc-e00032971.xml>.

Fundació Vila Casas. 2019 Informe Quiral [en línia]. [Consulta: 19 agost 2019]. Disponible a: <https://www.fundaciovilacasas.com/es/informe-quiral/pagina-1>.

Funnell, M.M. et al. 1991. Empowerment: An Idea Whose Time Has Come in Diabetes Education. *The Diabetes Educator*. Vol. 17, núm. 1, p. 37-41.

Funnell, M.M. 2016. Patient empowerment: What does it really mean? *Patient Education and Counseling*. Vol. 99, núm. 12, p. 1921-1922.

Gagliardi, A. i Jadad, A.R. 2002. Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: chronicle of a voyage with an unclear destination. *BMJ (Clinical research ed.)*. Vol. 324, núm. 7337, p. 569-573.

García Molina, G. i Alberola, C. 1984. Información sobre medicamentos. *Revista de la Asociación Española de Farmacia Hospitalaria*. Vol. 4, p. 5-18.

Gardner, L.A. 2016. Health Literacy and Patient Safety Events. *Pennsylvania Patient Safety Advisory*. Vol. 13, núm. 2, p. 58-65.

Geevasinga, N. et al. 2006. Proton Pump Inhibitors and Acute Interstitial Nephritis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. Vol. 4, núm. 5, p. 597-604.

Generalitat de Catalunya. 2015. Recepta electrònica. Canal Salut [en línia]. [Consulta: 21 desembre 2019]. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/ca/detalls/article/recepta_electronica.

Generalitat de Catalunya. 2016. Pla de salut 2016-2020 [en línia]. [Consulta: 14 agost 2019]. Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/Pla_salut/pla-de-salut-2016-2020/.

Generalitat de Catalunya. 2019 Normativa bàsica de publicitat. Medicaments i farmàcia [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: <http://medicaments.gencat.cat/ca/empreses/industria-farmaceutica/promocio-i-publicitat/normativa-basica-de-publicitat/>.

Gervais, E. 2015. Warning Letter. FDA. 2015 [en línia]. [Consulta: 14 desembre 2019]. Disponible a: <https://www.fda.gov/media/93230/download>.

Gigerenzer, G. et al. 2007. Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest*. Vol. 8, núm. 2, p. 53-96.

Gigerenzer, G. i Gray, M.J. 2011. Better Doctors, Better Patients, Better Decisions: Envisioning Health Care 2020. Cambridge: The Mit Press.

Gobierno de España. 1990. Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento [en línea]. [Consulta: 20 agosto 2018]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es/l/1990/12/20/25>.

Gobierno de España. 2003. Real Decreto 2236/1993, de 17 de diciembre, por el que se regula el etiquetado y el prospecto de los medicamentos de uso humano [en línea]. [Consulta: 4 marzo 2020]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1994-3919>.

Goltz, L. i Kirch, W. 2012. The independent drug information service, dresden, Germany in its 10th anniversary year. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. Vol. 50, núm. 8, p. 618-619.

Gomm, W. et al. 2016. Association of Proton Pump Inhibitors With Risk of Dementia. *JAMA Neurology*. Vol. 73, núm. 4, p. 410.

Grewal, P. i Alagaratnam, S. 2013. The quality and readability of colorectal cancer information on the internet. *International Journal of Surgery*. Vol. 11, núm. 5, p. 410-413.

Gröne Oana. 2010. Inventario de instrumentos para medir la legibilidad de un texto en castellano. HPH Catalunya. Xarxa d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut [en línea]. [Consulta: 15 maig 2019]. Disponible a: <https://promociodelasaluthph.cat/portfolio-items/inventario-de-instrumentos-para-medir-la-legibilidad-de-un-texto-en-castellano/>.

Haastrup, P. et al. 2014. Strategies for discontinuation of proton pump inhibitors: a systematic review. *Family Practice*. Vol. 31, núm. 6, p. 625-630.

Haenisch, B. et al. 2015. Risk of dementia in elderly patients with the use of proton pump inhibitors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Vol. 265, núm. 5, p. 419-428.

Hallingbye, T. i Serafini, M. 2011. Assessment of the quality of postherpetic neuralgia treatment information on the Internet. *The journal of pain : official journal of the American Pain Society*. Vol. 12, núm. 11, p. 1149-1154.

Han, M.N., Grisales, T. i Sridhar, A. 2019. Evaluation of a Mobile Application for Pelvic Floor Exercises. *Telemedicine and e-Health*. Vol. 25, núm. 2, p. 160-164.

- Hansen, N.D. et al. 2019. Relationship Between Media Coverage and Measles-Mumps-Rubella (MMR) Vaccination Uptake in Denmark: Retrospective Study. *JMIR Public Health and Surveillance*. Vol. 5, núm. 1, p. e9544.
- Hanson-Divers, E.C. 1997. Developing a medical achievement reading test to evaluate patient literacy skills: a preliminary study. *Journal of Health Care for the poor and underserved*. Vol. 8, núm. 1, p. 56-69.
- Hersh, L., Salzman, B. i Snyderman, D. 2015. Health Literacy in Primary Care Practice. *Am Fam Physician*. Vol. 15, núm. 92, p. 118-124.
- Hesse, B.W. et al. 2005. Trust and Sources of Health Information. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 165, núm. 22, p. 2618.
- Hirsh, D. et al. 2009. Patient assessment of medication information leaflets and validation of the Evaluative Linguistic Framework (ELF). *Patient Education and Counseling*. Vol. 77, núm. 2, p. 248-54.
- Hoorn, E.J. et al. 2010. A Case Series of Proton Pump Inhibitor-Induced Hypomagnesemia. *American Journal of Kidney Diseases*. Vol. 56, núm. 1, p. 112-116.
- Howard, D.H., Gazmararian, J. i Parker, R.M. 2005. The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*. Vol. 118, núm. 4, p. 371-377.
- Howe, C.J. et al. 2016. Readability and Suitability of Spanish Language Hypertension and Diabetes Patient Education Materials. *Journal of Community Health Nursing*. Vol. 33, núm. 4, p. 171-180.
- Hübner, J. et al. 2013. Analysis of the Contents of German Magazines for Tumor Patients. *Forschende Komplementärmedizin / Research in Complementary Medicine*. Vol. 20, núm. 2, p. 120-128.
- Institute of Medicine. 2004. Health Literacy: A Prescription to End Confusion. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Ishikawa, H. i Kiuchi, T. 2010. Health literacy and health communication. *Biopsychosocial Medicine*. Vol. 4, p. 18.

- Jadad, A.R. i Gagliardi, A. 1998. Rating health information on the Internet: navigating to knowledge or to Babel? *JAMA*. Vol. 279, núm. 8, p. 611-614.
- Janssen, S. et al. 2019. Radiotherapy for prostate cancer: DISCERN quality assessment of patient-oriented websites in 2018. *BMC Urology*. Vol. 19, núm. 1, p. 42.
- Jimenez-Liñan, L.M. et al. 2017. Adequacy of Online Patient Information Resources on Gout and Potentially Curative Urate-Lowering Treatment. *Arthritis Care & Research*. Vol. 69, núm. 5, p. 748-752.
- Jo, J.H. et al. 2018. Quality and readability of internet-based information on halitosis. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*. Vol. 125, núm. 3, p. 215-222.
- Kaicker, J. et al. 2010. Assessment of the quality and variability of health information on chronic pain websites using the DISCERN instrument. *BMC Medicine*. Vol. 8, núm. 1, p. 59.
- Kang, S.J. i Lee, M.S. 2019. Assessing of the audiovisual patient educational materials on diabetes care with PEMAT. *Public Health Nursing*. Vol. 36, núm. 3, p. 379-387.
- Kelly, C. et al. 2011. Negotiation of risk in sexual relationships and reproductive decision-making amongst HIV sero-different couples. *Culture, Health & Sexuality*. Vol. 13, núm. 7, p. 815-827.
- Kessler, D.A. 1991. Communicating with Patients about Their Medications. *NEJM*. Vol. 325, núm. 23, p. 1650-1652.
- Khurana, R.N., Lee, P.P. i Challa, P. 2003. Readability of ocular medication inserts. *Journal of Glaucoma*. Vol. 12, núm. 1, p. 50-53.
- Kickbusch, I.S. 2001. Health literacy: addressing the health and education divide. *Health Promotion International*. Vol. 16, núm. 3, p. 289-297.
- King, S.R., McCaffrey, D.J. i Bouldin, A.S. 2011. Health literacy in the pharmacy setting: defining pharmacotherapy literacy. *Pharmacy Practice*. Vol. 9, núm. 4, p. 213-220.

Koo, K., Shee, K. i Yap, R.L. 2017. Readability analysis of online health information about overactive bladder. *Neurourology and Urodynamics*. Vol. 36, núm. 7, p. 1782-1787.

Koo, M.M., Krass, I. i Aslani, P. 2007. Evaluation of Written Medicine Information: Validation of the Consumer Information Rating Form. *Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 41, núm. 6, p. 951-956.

Krass, I., Svarstad, B.L. i Bultman, D. 2002. Using alternative methodologies for evaluating patient medication leaflets. *Patient education and counseling*. Vol. 47, núm. 1, p. 29-35.

Kutner, M. 2006. The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. Washington, DC: U.S. Department of Education, National Center for Education Statistics [en línia]. [Consulta: 5 novembre 2018]. Disponible a: <https://nces.ed.gov/pubs2006/2006483.pdf>.

Kutukdjian, G. 1998. Science and social responsibility: the ethical implications of scientific progress concern everyone. *UNESCO Courier* [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: <https://en.unesco.org/courier/may-1998>.

Kwok, C.S. et al. 2012. Risk of *Clostridium difficile* infection with acid suppressing drugs and antibiotics: meta-analysis. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 107, núm. 7, p. 1011-1019.

Lam, J.R. et al. 2013. Proton pump inhibitor and histamine 2 receptor antagonist use and vitamin B12 deficiency. *JAMA*. Vol. 310, núm. 22, p. 2435-42.

Lambert, K. et al. 2017. Evaluation of the quality and health literacy demand of online renal diet information. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. Vol. 30, núm. 5, p. 634-645.

Laporte, J.R. 1988. [Drugs in the mass media]. *Medicina Clinica*. Vol. 90, núm. 15, p. 617-619.

Lazarus, B. et al. 2016. Proton Pump Inhibitor Use and the Risk of Chronic Kidney Disease. *JAMA Internal Medicine*. Vol. 176, núm. 2, p. 238-246.

Lee, J. et al. 2018. Accuracy and Reliability of Internet Resources Providing Information on Obstructive Sleep Apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*. Vol. 14, núm. 10, p. 1717-1723.

- Lee, S.-Y.D. et al. 2006. Development of an Easy-to-Use Spanish Health Literacy Test. *Health Services Research*. Vol. 41, núm. 4 Pt 1, p. 1392-1412.
- Leonard, J., Marshall, J.K. i Moayyedi, P. 2007. Systematic review of the risk of enteric infection in patients taking acid suppression. *The American Journal of Gastroenterology*. Vol. 102, núm. 9, p. 2047-2056;
- Leontowitsch, M. et al. 2010. Review: Taking care of yourself in later life: A qualitative study into the use of non-prescription medicines by people aged 60+. *Health*. Vol. 14, núm. 2, p. 213-231.
- Lexchin, J. 2000. Letters to the Editor: Click, click: the internet and prescription drugs. *Australian Prescriber*. Vol. 23, núm. 4, p. 73-74.
- Lochhead, P. et al. 2017. Association Between Proton Pump Inhibitor Use and Cognitive Function in Women. *Gastroenterology*. Vol. 153, núm. 4, p. 971-979.e4.
- Luk, A. i Aslani, P. 2011. Tools Used to Evaluate Written Medicine and Health Information. *Health Education & Behavior*. Vol. 38, núm. 4, p. 389-403.
- Madridejos, R. 2013. Inhibidors de la bomba de protons i el balanç risc/benefici. *BIT*. Vol. 24, núm. 2.
- March Cerdá, J.C. et al. 2010. [Quality improvement of health information included in drug information leaflets. Patient and health professional expectations]. *Atencion primaria*. Vol. 42, núm. 1, p. 22-7.
- Marcuard, S.P., Albernaz, L. i Khazanie, P.G. 1994. Omeprazole therapy causes malabsorption of cyanocobalamin (vitamin B12). *Annals of Internal Medicine*. Vol. 120, núm. 3, p. 211-215.
- Mariscal-Crespo, M.I., Coronado-Vázquez, M.V. i Ramirez-Durán, M.V. 2017. Análisis global de la legibilidad de los documentos de consentimiento informado utilizados en los hospitales públicos de España. *Revista de Calidad Asistencial*. Vol. 32, núm. 4, p. 200-208.
- Marrero, D.G. et al. 2013. Twenty-First Century Behavioral Medicine: A Context for Empowering Clinicians and Patients With Diabetes: A consensus report. *Diabetes Care*. Vol. 36, núm. 2, p. 463-470.

Martín Herranz, I. i Cuña Estévez, B. 1996. Normas de Procedimientos en Información de Medicamentos. *Farmacia Hospitalaria*. Vol. 20, p. 23-28.

Matsoukas, K. et al., 2008. Expanding DISCERN to create a tool for assessing the quality of Web-based health information resources. *AMIA Annual Symposium proceedings*. p. 1048.

Mayer, M. 1999. Web Mèdica Acreditada. Programa de acreditación de webs sanitarias del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona [en línia]. [Consulta: 28 maig 2019]. Disponible a: https://wma.comb.es/Upload/Documents/Mayer_WMA_nethealth_36.pdf.

Mayer, M.A. et al. 2003. MedCIRCLE: collaboration for Internet rating, certification, labelling and evaluation of health information on the World-Wide-Web. *Studies in Health Technology and Informatics*. Vol. 95, p. 667-672.

McCool, M.E. et al. 2015. Evaluating Written Patient Information for Eczema in German: Comparing the Reliability of Two Instruments, DISCERN and EQIP. *PloS one*. Vol. 10, núm. 10, p. e0139895.

Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency. 2005. Always Read The Leaflet. Getting the best information with every medicine [en línia]. [Consulta: 12 agost 2019]. Disponible a: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/391090/Always_Read_the_Leaflet___getting_the_best_information_with_every_medicine.pdf.

Melloul, E. et al. 2012. Donor information for living donor liver transplantation: where can comprehensive information be found? *Liver Transplantation : official publication of the American Association for the Study of Liver Diseases and the International Liver Transplantation Society*. Vol. 18, núm. 8, p. 892-900.

Mikanowicz, C. i Gmeiner, A. 2015. Communication Strategies. National Center of Continuing Education [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: https://www.nursece.com/pdfs/453_CommunicationStrategies_V3.pdf.

Millar, C., Reid, J. i Porter, S. 2013. Refractory cachexia and truth-telling about terminal prognosis: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*. Vol. 22, núm. 3, p. 326-333.

Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. 2019 Receta Electrónica del Sistema Nacional de Salud [en línea]. [Consulta: 21 diciembre 2019]. Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/recetaElectronicaSNS/home.htm>.

Mira, J.J. et al. 2013. Assessment of the quality of medication information for patients in Spain. *Expert Opinion on Drug Safety*. Vol. 12, núm. 1, p. 9-18.

Mitchell, G. 2015. Use of interviews in nursing research. *Nursing Standard*. Vol. 29, núm. 43, p. 44-48.

Montoya, A., Llopis, N. i Gilaberte, I. 2011. Validation of the translation of an instrument to measure reliability of written information on treatment choices: a study on attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Education for Health*. Vol. 24, núm. 3, p. 577.

Morris, N.S. et al. 2006. The Single Item Literacy Screener: Evaluation of a brief instrument to identify limited reading ability. *BMC Family Practice*. Vol. 7, núm. 1, p. 21.

Moult, B., Franck, L.S. i Brady, H. 2004. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health expectations*. Vol. 7, núm. 2, p. 165-175.

Moynihan, R. et al. 2000. Coverage by the news media of the benefits and risks of medications. *NEJM*. Vol. 342, núm. 22, p. 1645-1650.

Moynihan, R. 2004 Tipsheet for reporting on drugs, devices and medical technologies [en línea]. [Consulta: 27 agost 2019]. Disponible a: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_other_2004_sep_tipsheet__for_reporting_on_drugs__devices_and_medical_technologies_moynihan_tipsheet_pdf.pdf.

Muriithi, A.K. et al. 2014. Biopsy-Proven Acute Interstitial Nephritis, 1993-2011: A Case Series. *American Journal of Kidney Diseases*. Vol. 64, núm. 4, p. 558-566.

Nassif, S.J., Wong, K. i Levi, J.R. 2018. The Índice Flesch-Szigriszt and Spanish Lexile Analyzer to evaluate Spanish patient education materials in otolaryngology. *The Laryngoscope*. Vol. 128, núm. 1, p. E21-E26.

National Council on Patient Information and Education. 2007. Enhancing Prescription Medicine Adherence: A National Action Plan [en línea]. [Consulta: 21 diciembre 2019]. Disponible a: <https://bemedwise.org/docs/enhancingprescriptionmedicineadherence.pdf>.

National Library of Medicine. 2015. How to Write Easy-to-Read Health Materials [en línea]. [Consulta: 16 agosto 2019]. Disponible a: <https://medlineplus.gov>.

Norman, C.D. i Skinner, H.A. 2006. eHEALS: The eHealth Literacy Scale. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 8, núm. 4, p. e27.

Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. Oxford University Press, Vol. 15, núm. 3, p. 259-267.

O'neil, C. i Poirer, T. 1998. Impact of patient knowledge, patient-pharmacist relationship, and drug perceptions on adverse drug therapy outcomes. *Pharmacotherapy*. Vol. 18, p. 333-340.

Observatorio nacional de las telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información. 2016. Los ciudadanos ante la e-Sanidad. Opiniones y expectativas de los ciudadanos sobre el uso y la aplicación de las TIC en el ámbito sanitario [en línea]. [Consulta: 17 gener 2019]. Disponible a: <https://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad-opiniones-y-expectativas-de-los-ciudadanos-sobre->.

OMS. 2016. Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud [en línea]. [Consulta: 14 agosto 2019]. Disponible a: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/shanghai-declaration/es/.Paasche->

Orlow, M.K., McCaffery, K. i Wolf, M.S. 2009. Bridging the International Divide for Health Literacy Research. *Patient Education and Counseling*. Vol. 75, núm. 3, p. 293-294.

Padilla-Garrido, N. et al. 2016. Análisis comparativo de los sellos de calidad de páginas web sanitarias. *Rev Calid Asist*. Vol. 31, núm. 4, p. 212-219.

Pagán, J.A. et al. 2012. Health Literacy and Breast Cancer Screening among Mexican American Women in South Texas. *Journal of Cancer Education*. Vol. 27, núm. 1, p. 132-137.

Palencia-Lefler, M. 2018. 90 Técnicas de Comunicación y Relaciones Públicas. 3era Ed. Barcelona: Profit Editorial.

Pander Maat, H., Lentz, L. i Raynor, D.K. 2015. How to Test Mandatory Text Templates: The European Patient Information Leaflet. *PloS one*. Vol. 10, núm. 10, p. e0139250.

Parker, R.M. et al. 1995. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 10, núm. 10, p. 537-541.

Passalacqua, R. et al. 2004. Effects of media information on cancer patients' opinions, feelings, decision-making process and physician-patient communication. *Cancer*. Vol. 100, núm. 5, p. 1077-1084.

Perdaens, S. i Pieters, G. 2011. [Eating disorders on the internet. A review of the quality of Dutch websites]. *Tijdschrift voor psychiatrie*. Vol. 53, núm. 10, p. 695-703.

Peterson, N.B. et al. 2007. The influence of health literacy on colorectal cancer screening knowledge, beliefs and behavior. *Journal of the National Medical Association*. Vol. 99, núm. 10, p. 1105-1112.

Phua, C.Y. et al. 2019. Review of the quality of printed patient education materials on asthma available in primary care in Singapore. *Journal of Asthma*. Vol. 6, p. 1-12.

Pignone, M. et al. 2005. Interventions to improve health outcomes for patients with low literacy. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 20, núm. 2, p. 185-192.

Piñero-López, M.Á. et al. 2016. Readability Analysis of the Package Leaflets for Biological Medicines Available on the Internet Between 2007 and 2013: An Analytical Longitudinal Study. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 18, núm. 5, p. e100.

Piqueras, M. 2017. Alfabetisme en salut, una necessitat – AQuAS Blog [en línia]. [Consulta: 1 març 2017]. Disponible a: <http://blog.aquas.cat/2017/01/26/alfabetisme-salut/>.

Pleasant, A. et al. 2016. Considerations for a New Definition of Health Literacy. *NAM Perspectives*. Vol. 6, núm. 4.

Pokorny, C. 2015. Proton pump inhibitors: too much of a good thing? | NPS MedicineWise [en línia]. [Consulta: 11 desembre 2018]. Disponible a: <https://www.nps.org.au/news/proton-pump-inhibitors-too-much-of-a-good-thing>.

Pouliot, A. i Vaillancourt, R. 2016. Medication Literacy: Why Pharmacists Should Pay Attention. *The Canadian journal of hospital pharmacy*. Vol. 69, núm. 4, p. 335-336.

Prescrire. 2019. Proton pump inhibitors: increased mortality. *Prescrire Int*. Vol. 28, núm. 200, p. 13-15.

Prusti, M. et al. 2012. The quality of online antidepressant drug information: An evaluation of English and Finnish language Web sites. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Vol. 8, núm. 3, p. 263-268.

Ra, A. i Tobe, S.W. 2004. Acute Interstitial Nephritis Due to Pantoprazole. *Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 38, núm. 1, p. 41-45.

Rathod, P. et al. 2019. An evaluation of the suitability, readability, and quality of online resources for the self-management of depression. *Patient Education and Counseling*. Vol. 102, núm. 5, p. 952-960.

Rawson, K.A. et al. 2010. The METER: a brief, self-administered measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. Vol. 25, núm. 1, p. 67-71.

Raynor, D., Silcock, J. i Knapp, P. 2010. How do patients use medicine information leaflets in the UK? *Int J Pharm Pract*. Vol. 15, p. 209-218.

Raynor, D.K. et al. 2007. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technology Assessment*. Vol. 11, núm. 5, p. iii, 1-160.

Raynor, D.K. et al. 2011. User-testing as a method for testing the fitness-for-purpose of written medicine information. *Patient Education and Counseling*. Vol. 83, núm. 3, p. 404-410.

Raynor, D.K. 2013. User testing in developing patient medication information in Europe. *Research in social & administrative pharmacy*. Vol. 9, núm. 5, p. 640-5.

Raynor, D.K. i Dickinson, D. 2009. Key principles to guide development of consumer medicine information--content analysis of information design texts. *The Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 43, núm. 4, p. 700-706.

Raynor, D.K.T. 2018. Written information on medicines for patients: learning from the PIL. *DTB*. Vol. 56, núm. 12, p. 145-149.

Real Academia Española.2019. Comunicación | Definición | Diccionario de la lengua española [en línia]. [Consulta: 23 novembre 2019]. Disponible a: <https://dle.rae.es/comunicación#4AmWL6v>.

Redmond, N. et al. 2010. Sources of health information related to preventive health behaviors in a national study. *American Journal of Preventive Medicine*. Vol. 38, núm. 6, p. 620- 627.e2.

Rees, C.E., Ford, J.E. i Sheard, C.E. 2003. Patient information leaflets for prostate cancer: which leaflets should healthcare professionals recommend? *Patient Education and Counseling*. Vol. 49, núm. 3, p. 263-272.

Revuelta, G. 2006. Salud y medios de comunicación en España. *Gaceta sanitaria*. Vol. 20 Suppl 1, p. 203-208.

Revuelta, G. i De Semir, V. 2008. Medicina y Salud en la prensa diaria. Informe Quiral 10 años. Análisis de 10 años de información sanitaria en El País, El Mundo, ABC, La Vanguardia y El Periódico de Catalunya. Observatorio de la Comunicación Científica. Universitat Pompeu Fabra [en línia]. [Consulta: 19 agost 2019]. Disponible a: https://www.upf.edu/pcstacademy/_docs/Quiral10.pdf

Rhee, R.L. et al. 2013. Readability and suitability assessment of patient education materials in rheumatic diseases. *Arthritis care & research*. Vol. 65, núm. 10, p. 1702-1706.

Rimal, R. 2009. Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*. Vol. 87, núm. 4, p. 247-247.

Risk, A. i Dzenowagis, J. 2001. Review of internet health information quality initiatives. *Journal of medical Internet research*. Vol. 3, núm. 4, p. E28.

Robb, J. et al. 2019. Spanish Language Pelvic Floor Disorders Patient Information Handouts. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. Vol. 25, núm. 1, p. 72-75.

Robert Sabaté L. i Diego, L. 2019. Patients, Drugs & Influencers: redes sociales y uso de medicamentos. Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria [en línia]. [Consulta: 14 desembre 2019]. Disponible a: <https://www.sefap.org/2019/11/13/patients-drugs-influencers-redes-sociales-y-uso-de-medicamentos/>.

Robert Sabaté, L. i Diego, L. 2020. Are we offering patients the right medicines information? A retrospective evaluation of readability and quality in online patient drug information. *European Journal of Hospital Pharmacy*. Publicat Online First: 17 Febrer 2020.

Robert Sabaté, L., Palencia-Lefler, M. i Juárez, J.C. 2020. Calidad de la información farmacoterapéutica dirigida a pacientes. *Caso práctico con los inhibidores de la bomba de protones*. *El Farmacéutico-Hospitales*. 2020; 218 [en premsa]

Rogers, E.S., Wallace, L.S. i Weiss, B.D. 2006. Misperceptions of medical understanding in low-literacy patients: implications for cancer prevention. *Cancer control : journal of the Moffitt Cancer Center*. Vol. 13, núm. 3, p. 225-229.

Rollins, K. et al. 2018. Development of a Culturally Appropriate Smokeless Tobacco Cessation Program for American Indians. *Journal of Health Disparities Research and Practice*. Vol. 11, núm. 1, p. 45-55.

Rudd, R.E. 2007. Health literacy skills of U.S. adults. *American Journal of Health Behavior*. Vol. 31 Suppl 1, p. S8-18

Rutten, L.J.F. et al. 2005. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling*. Vol. 57, núm. 3, p. 250-261.

Sampathkumar, K. et al. 2013. Acute interstitial nephritis due to proton pump inhibitors. *Indian Journal of Nephrology*. Vol. 23, núm. 4, p. 304-307.

Schwitzer, G. 2014. A guide to reading health care news stories. *JAMA internal medicine*. Vol. 174, núm. 7, p. 1183-1186.

Scott, T.L. et al. 2002. Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*. Vol. 40, núm. 5, p. 395-404.

Seewoonarain, S., Johnson, A.A. i Barrett, M. 2018. Informed consent in orthopaedics. *The Bone & Joint Journal*. Vol. 100-B, núm. 9, p. 1253-1259.

Semir, V. 2010. La ética, esencia de la comunicación científica y médica. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas [en línia]. [Consulta: 20 octubre 2019]. Disponible a:

<https://www.fundaciogrifols.org/documents/4662337/4689283/cuaderno25.pdf/1cfa8c1-c1b8-471d-8853-7cadd72d2838>.

Servei Català de la Salut. 2018. Informes breus. Activitat d'atenció primària 2018 [en línia]. [Consulta: 19 desembre 2019]. Disponible a: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4050/catsalut_informesbreus_32_2019.pdf?sequence=6&isAllowed=y.

Sheridan, S.L. et al. 2011. Interventions for Individuals with Low Health Literacy: A Systematic Review. *Journal of Health Communication*. Vol. 16, núm. sup3, p. 30-54.

Shoemaker, S.J., Wolf, M.S. i Brach, C. 2014. Development of the Patient Education Materials Assessment Tool (PEMAT): A new measure of understandability and actionability for print and audiovisual patient information. *Patient Education and Counseling*. Vol. 96, núm. 3, p. 395.

Silberg, W.M., Lundberg, G.D. i Musacchio, R.A. 1997. Assessing, controlling, and assuring the quality of medical information on the Internet: Caveant lector et viewer--Let the reader and viewer beware. *JAMA*. Vol. 277, núm. 15, p. 1244-5.

Simonds, S.K. 1974. Health Education as Social Policy. *Health Education Monographs*. Vol. 2, núm. 1, suppl, p. 1-10.

Smith, A.D. et al. 1999. Dyspepsia on withdrawal of ranitidine in previously asymptomatic volunteers. *The American journal of gastroenterology*. Vol. 94, núm. 5, p. 1209-1213.

Smith, M.J. et al. 2008. Media Coverage of the Measles-Mumps-Rubella Vaccine and Autism Controversy and Its Relationship to MMR Immunization Rates in the United States. *PEDIATRICS*. Vol. 121, núm. 4, p. e836-e843.

Smith, S. 2010. Guide to Appraisal Health Information. Patient Information Forum [en línia]. London: [Consulta: 3 abril 2017]. Disponible a: <https://www.pifonline.org.uk>.

Sonmez, M.G. et al. 2017. The evaluation of the readability of informed consent forms used for urology: Is there a difference between open, endoscopic and laparoscopic surgery? *Turkish Journal of Surgery*. Vol. 34, núm. 4, p. 295-299.

Sørensen, K. et al., 2015. Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*. Vol. 25, núm. 6, p. 1053-1058.

St Ledger, U. et al. 2013. Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 69, núm. 8, p. 1869-1880.

Stacey, D. et al. 2014. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 28, núm. 1.

Stewart, J.R. et al. 2019. Analyzing the Readability of Online Urogynecologic Patient Information. *Female Pelvic Medicine & Reconstructive Surgery*. Vol. 25, núm. 1, p. 29-35.

Strand, D.S., Kim, D. i Peura, D.A. 2017. 25 Years of Proton Pump Inhibitors: A Comprehensive Review. *Gut and Liver*. Vol. 11, núm. 1, p. 27-37.

Sudore, R.L. et al. 2006. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 54, núm. 5, p. 770-776.

Sudore, R.L. i Schillinger, D. 2009. Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*. Vol. 16, núm. 1, p. 20-29.

Suñer Soler, R. i Santiñà Vila, M. 2014. *Alfabetització per a la salut. Estàndard i recomanacions per als professionals de la salut*. Girona: Publicacions de la Càtedra de Promoció de la Salut de la UdG.

Swain, D. 2003. Producing Patient Information - How to Research, Develop and Produce Effective Information Resources. *Health Expectations*. Vol. 6, núm. 3, p. 274-275.

Szigriszt, F. 1993. *Sistemas predictivos de legibilidad del mensaje escrito: fórmula de perspicuidad*. Universidad Complutense de Madrid.

The Health On the Net Foundation. 2019. HONcode Principles [en línia]. [Consulta: 22 maig 2019]. Disponible a: <https://www.hon.ch/en/certification.html#principles>.

Thomas, K. 2019. Key opinion leaders supercharged by the internet: paid doctor and patient influencers on social media. *BMJ*. Vol. 365, p. l2336.

UNESCO. 2018 Alfabetización [en línia]. [Consulta: 6 novembre 2018]. Disponible a: <https://es.unesco.org/themes/alfabetizacion-todos>.

Vallance, J.K., Taylor, L.M. i Lavalley, C. 2008. Suitability and readability assessment of educational print resources related to physical activity: Implications and recommendations for practice. *Patient Education and Counseling*. Vol. 72, núm. 2, p. 342-349.

Van Deursen, A. 2012. Internet skill-related problems in accessing online health information. *International Journal of Medical Informatics*. Vol. 81, núm. 1, p. 61-72.

Van Dijk, L. et al. 2014. Study on the Package Leaflets and the Summaries of Product Characteristics of Medicinal Products for Human use PIL-S study [en línia]. [Consulta: 12 agost 2019]. Disponible a: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/files/committee/75meeting/pil_s.pdf

Vaona, A. et al. 2011. Quality evaluation of JAMA Patient Pages on diabetes using the Ensuring Quality Information for Patient (EQIP) tool. *Primary Care Diabetes*. Vol. 5, núm. 4, p. 257-263.

Vasterman, P., Yzermans, C. i Dirkzwager, A. 2005. The role of the media and media hypes in the aftermath of disasters. *Epidemiologic Reviews*. Vol. 27, núm. 1, p. 107-114.

- Vetter, D. et al. 2018. Quality Assessment of Information on Bariatric Surgery Websites. *Obesity Surgery*. Vol. 28, núm. 5, p. 1240-1247
- Villen Romero, N. i Troncoso Mariño A. 2015. Com i quan cal fer una reducció gradual de la dosi dels medicaments? *BIT*. Vol. 26, núm. 7, p. 45-53.
- Wallace, L.S. et al. 2008. Suitability and readability of consumer medical information accompanying prescription medication samples. *Patient Education and Counseling*. Vol. 70, núm. 3, p. 420-425.
- Wang, C. et al. 2011. Literacy Assessment of Family Health History Tools for Public Health Prevention. *Public Health Genomics*. Vol. 14, núm. 4-5, p. 222-237.
- Wang, L.-W. et al. 2013. Assessing readability formula differences with written health information materials: Application, results, and recommendations. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Vol. 9, núm. 5, p. 503-516.
- Warner, A., Menachemi, N. i Brooks, R. 2006. Health Literacy, Medication Errors, and Health Outcomes: Is There a Relationship? *Hospital Pharmacy*. Vol. 41, núm. 6, p. 542-551.
- Weekes, L.M. et al. 2018. NPS MedicineWise: 20 years of change. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*. Vol. 11, núm. 1, p. 19.
- Weinhouse, G.L. 2016. Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. UpToDate [en línia]. [Consulta: 1 febrer 2016]. Disponible a: <http://www.uptodate.com>.
- Weir, K. et al. 2018. Decision-Making Preferences and Deprescribing: Perspectives of Older Adults and Companions About Their Medicines. *The Journals of Gerontology: Series B*. Vol. 73, núm. 7, p. e98-e107.
- Weiss, B.D. et al. 2005. Quick Assessment of Literacy in Primary Care: The Newest Vital Sign. *The Annals of Family Medicine*. Vol. 3, núm. 6, p. 514-522.
- Weiss, B.D. 2014. How to bridge the health literacy gap. *Family practice management*. Vol. 21, núm. 1, p. 14-18.
- Weiss, B. 2007. Health Literacy and Patient Safety: Help Patients Understand. A Manual for Clinicians. 2nd ed. Chicago: American Medical Association Foundation and American Medical Association [en línia]. [Consulta: 6 novembre

- 2018]. Disponible a: https://med.fsu.edu/userFiles/file/ahec_health_clinicians_manual.pdf.
- Welsh Medicines Resource Center (WeMeRec). 2010. Stopping medicines – proton pump inhibitors. WeMerec [en línia]. [Consulta: 12 novembre 2018]. Disponible a: <https://www.wemerec.org/Documents/enotes/StoppingPPIsenotes.pdf>.
- Williams, M. V et al. 1998. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes. *Archives of Internal Medicine*. Vol. 158, núm. 2, p. 166-172.
- Wilson-Stronks, A. et al., 2010. Advancing Effective Communication, Cultural Competence, and Patient-and Family Centered Care. A Roadmap for Hospitals [en línia]. Oakbrook Terrace, IL. [Consulta: 16 agost 2019]. Disponible a: <https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/assetmanager/roadmapforhospitalsfinalversion727pdf.pdf?db=web&hash=20A89BE3D501EA49AFBA7EA3AC416EF5>
- Wilson, P.M. et al. 2008. Deconstructing media coverage of trastuzumab (Herceptin): an analysis of national newspaper coverage. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Vol. 101, núm. 3, p. 125-132.
- Winker, M.A. et al. 2000. Guidelines for medical and health information sites on the internet: principles governing AMA web sites. American Medical Association. *JAMA*. Vol. 283, núm. 12, p. 1600-1606.
- Wisdom, J. i Creswell, J.W. 2013. Mixed Methods: Integrating Quantitative and Qualitative Data Collection and Analysis While Studying Patient-Centered Medical Home Models. Agency for Healthcare Research and Quality. U.S. Department of Health and Human Services [en línia]. [Consulta: 3 març 2020]. Disponible a: <https://pcmh.ahrq.gov/page/mixed-methods-integrating-quantitative-and-qualitative-data-collection-and-analysis-while>.
- Wismar, M., Brand, H. i Stojanovi, L. 2016. Health Literacy. *Eurohealth. Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies*. Vol. 22, núm. 3, p. 14-17.

Wolfe, M.M. 2018. Proton pump inhibitors: Overview of use and adverse effects in the treatment of acid related disorders. *UpToDate* [en línia]. [Consulta: 11 desembre 2018]. Disponible a: <https://www.uptodate.com>.

Wolfe, M.M. i Sachs, G. 2000. Acid suppression: optimizing therapy for gastroduodenal ulcer healing, gastroesophageal reflux disease, and stress-related erosive syndrome. *Gastroenterology*. Vol. 118, núm. 2 Suppl 1, p. S9-31.

World Health Organization. 1998. Health Promotion Glossary [en línia]. [Consulta: 6 novembre 2018]. Disponible a: [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf).

Xarxa d'Hospitals i Centres Promotors de la Salut. 2019. Promoció de la Salut [en línia]. [Consulta: 15 agost 2019]. Disponible a: <https://promociodelasaluthph.cat/>.

Xie, Y. et al. 2016. Proton Pump Inhibitors and Risk of Incident CKD and Progression to ESRD. *Journal of the American Society of Nephrology*. Vol. 27, núm. 10, p. 3153-3163.

Xie, Y. et al. 2017. Risk of death among users of Proton Pump Inhibitors: a longitudinal observational cohort study of United States veterans. *BMJ open*. Vol. 7, núm. 6, p. e015735.

Yin, H.S. et al. 2012. Assessment of Health Literacy and Numeracy Among Spanish-Speaking Parents of Young Children: Validation of the Spanish Parental Health Literacy Activities Test (PHLAT Spanish). *Academic Pediatrics*. Vol. 12, núm. 1, p. 68-74.

Youmans, S.L. i Schillinger, D. 2003. Functional health literacy and medication use: the pharmacist's role. *The Annals of Pharmacotherapy*. Vol. 37, núm. 11, p. 1726-1729.

Young, A., Tordoff, J. i Smith, A. 2017. 'What do patients want?' Tailoring medicines information to meet patients' needs. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. Vol. 13, núm. 6, p. 1186-1190.

ANNEXOS

ANNEX 1: ESCALES UTILITZADES

EQIP

A continuació es presenten les preguntes de l'escala EQIP. Es pot consultar el manual sencer en aquest enllaç: <http://docplayer.net/151130653-Eqip-ensuring-quality-information-for-patients-for-further-information-please-contact.html>

Question 1: Does the information start by telling you what it will cover and cover what it says?

Question 2: Does it use everyday language?

Question 3: Does it use short sentences of less than 15 words on average?

Question 4: Does it personally address the reader?

Question 5: Is the tone respectful?

Question 6: Is the design and layout of the information satisfactory?

Question 7: Does the information contain easy to understand illustrations, diagrams or photos that are relevant to the subject it covers?

Question 8: Is the information presented in logical order?

Question 9: Does the information have a named space for the reader to make notes?

Question 10: Does the document contain contact details for the healthcare services where the reader can receive care or treatment for problems discussed in the document?

Question 11: Does the document contain the date it was produced?

Question 12: Does the document give the name of the person or department that produced it?

Question 13: Does the document say whether patients and/or their families were involved or consulted in its production?

Question 14: Does it use generic names for all medications or products, instead of, or in addition to, brand names and does it designate brand names as such?

Question 15: Does the document address 'quality of life' issues like school attendance or reduced mobility?

Question 16: Does the document contain details of other sources of information for the reader, such as support organisations or website?

Question 17: Is the purpose described?

Question 18: Are the benefits described?

Question 19: Are risks and side effects described?

Question 20: Are any alternatives described?

DISCERN

A continuació es presenten les preguntes de l'escala DISCERN. Es pot consultar el manual sencer en aquest enllaç: http://www.discern.org.uk/discern_instrument.php

1. Are the aims clear?
2. Does it achieve its aims?
3. Is it relevant?
4. Is it clear what sources of information were used to compile the publication (other than the author or producer)?
5. Is it clear when the information used or reported in the publication was produced?
6. Is it balanced and unbiased?
7. Does it provide details of additional sources of support and information?
8. Does it refer to areas of uncertainty?
9. Does it describe how each treatment works?
10. Does it describe the benefits of each treatment?
11. Does it describe the risks of each treatment?
12. Does it describe what would happen if no treatment is used?
13. Does it describe how the treatment choices affect overall quality of life?
14. Is it clear that there may be more than one possible treatment choice?
15. Does it provide support for shared decision-making?
16. Based on the answers to all of the above questions, rate the overall quality of the publication as a source of information about treatment choices

HON

A continuació es presenten els criteris Health on the Net:. Es pot ampliar la informació a aquest enllaç: <https://www.hon.ch/cgi-bin/HONcode/principles.pl?Catala>

1. Autoria
2. Complementarietat
3. Confidencialitat
4. Referències i actualització
5. Garantia
6. Transparència dels autors
7. Transparència del patrocini
8. Honestat en la política publicitària

ANNEX 2: FULL D'INFORMACIÓ AL PACIENT

TÍTOL DE L'ESTUDI

Necessitats d'informació de la ciutadania sobre els medicaments a partir d'un cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons.

INVESTIGADORA

Laia Robert i Sabaté

Facultat de Farmàcia. Universitat de Barcelona Facultat de Comunicació. Universitat Pompeu Fabra

INTRODUCCIÓ

Em dirigeixo a vosaltres per informar-vos sobre l'estudi d'investigació en què ens agradaria que participéssiu. Aquest estudi està aprovat pel Comitè de d'Ètica d'Investigació amb medicaments del Consorci Sanitari de Terrassa i pel Comitè Ètic d'Investigació de l'IDIAPJGol de l'Institut Català de la Salut.

Primerament us agraiem que llegiu de dalt a baix aquest document per tal que tingueu tota la informació necessària per avaluar i valorar si hi voleu participar. Llegiu aquest full amb atenció, i si teniu cap dubte ho podeu comentar després de la lectura.

PARTICIPACIÓ VOLUNTÀRIA

És important que sapigueu que la participació en aquest estudi és voluntària i que podeu decidir de no participar-hi o de canviar la vostra decisió i retirar el consentiment en qualsevol moment de l'estudi. Per participar-hi haureu d'omplir i signar el full de consentiment informat.

DESCRIPCIÓ GENERAL DE L'ESTUDI

Aquest estudi té com a objectiu conèixer les necessitats d'informació sobre els medicaments que té la ciutadania, així com saber quins són els seus hàbits de consulta en cas de dubtes o problemes en relació amb els tractaments farmacològics.

Es realitzarà a partir d'un cas pràctic amb els medicaments denominats inhibidors de la bomba de protons (omeprazole i similars). Per aquest motiu, és necessari la participació de pacients que en la seva medicació habitual en prenguin.

Per tal de recollir la vostra opinió i les vostres propostes haureu de respondre un qüestionari que consta de les següents parts:

- Dades personals
- Dades relacionades amb el medicament
- Informació sobre el prospecte del medicament
- Dubtes o necessitats d'informació sobre els medicaments
- Informació a internet

BENEFICIS I RISCOS DERIVATS DE LA PARTICIPACIÓ EN L'ESTUDI

No es preveu cap risc en la participació en aquest estudi, ni tampoc es pot assegurar un benefici directe pel fet de participar-hi.

CONFIDENCIALITAT

El tractament, la comunicació i la cessió de dades es farà conformement a la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de dades personals i garantia dels drets digitals i pel Reglament (UE) 2016/679 relatiu a la protecció de les persones físiques en quan al tractament de les dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades.

En tot moment, podreu accedir a les vostres dades, corregir-les o cancel·lar-les. Les vostres dades portaran un codi que no permet que es puguin identificar directament. Els resultats de l'estudi formen part d'un projecte de tesi doctoral i podran ser publicats en revistes

científiques per a la seva difusió. En cap cas no es transmetran dades que puguin comportar la identificació dels participants.

INTERESSOS ECONÒMICS

Aquesta investigació es porta a terme sense cap finançament i es basa únicament en el treball personal dels investigadors implicats. Ni els investigadors ni els col·laboradors no rebran cap retribució específica per la dedicació a l'estudi. Vosaltres tampoc no sereu retribuïts per la vostra participació.

DADES DE CONTACTE

En cas de dubte o si necessiteu informació complementària, podeu contactar amb: Laia Robert i Sabaté: laiarobert@gmail.com

932 032 392

Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

ANNEX 3: Consentiment informat

Títol de l'estudi: «Necessitats d'informació de la ciutadania sobre els medicaments a partir d'un cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons»

En/Na (nom i cognoms)

.....

- He llegit el full d'informació que se m'ha entregat
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi
- He rebut informació suficient sobre l'estudi

He parlat amb (nom de la persona que invita a participar en l'estudi i que entrega el document de consentiment informat)

.....

- Comprenc que la meva participació és voluntària
- Comprenc que puc sortir de l'estudi:
 - sempre que vulgui
 - sense haver de donar explicacions

Cedeixo lliurement la meva conformitat per participar en l'estudi i dono el meu consentiment per a l'accés i la utilització de les meves dades en les condicions detallades en el full d'informació al pacient.

Firma pacient:

Firma investigadora:

Nom:
Data:

Nom:
Data:

ANNEX 4: Guió entrevista

DADES PERSONALS

EDAT:

GÈNERE:

NOM DEL CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA:

LLOC DE RESIDÈNCIA:

NIVELL D'ESTUDIS:

- Sense estudis Educació primària ESO Batxillerat FP de grau mitjà
 FP de grau superior Diplomatura Grau universitari Llicenciatura/Doctorat

OCUPACIÓ ACTUAL:

- Actiu Atur Pensionista Estudiant

DADES RELACIONADES AMB EL MEDICAMENT

Quin inhibidor de la bomba de protons (mal anomenat protector gàstric) preneu?

- Omeprazole Lansoprazole Esomeprazole
 Pantoprazole Rabeprazole No ho sé

Quina és la malaltia o el motiu pel qual preneu un inhibidor de la bomba de protons?

- Tractament o prevenció de l'úlcer gàstric o duodenal
- Tractament per l'erradicació d'una infecció per *Helicobacter pylori*
- Tractament i/o control de la malaltia per reflux gastroesofàgic
- Tractament de la síndrome de Zollinger-Ellison
- Altres
- No ho sé

Coneixeu i enteneu la malaltia per la qual preneu aquest medicament?

- Sí
- Parcialment
- No
- No ho recordo

Des de quan preneu aquest medicament aproximadament?

- Me l'han prescrit en els últims 6 mesos
- Des de fa 1 any
- Entre 2 i 4 anys
- Fa més de 5 anys
- No ho sé

INFORMACIÓ SOBRE EL PROSPECTE DEL MEDICAMENT

Heu llegit el prospecte del medicament (omeprazole o similar)?

- Sí, sempre ho faig
- Sí, perquè tenia dubtes
- No, només llegeixo els prospectes algunes vegades
- No, no llegeixo mai els prospectes

Si heu llegit el prospecte, l'heu entès?

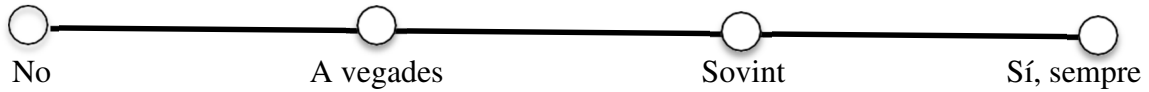
- Sí
- No
- Parcialment

Què hi consulteu o què hi consultaríeu en el prospecte?

- La dosi i l'horari en què s'ha de prendre
- Els possibles efectes adversos
- Les possibles interaccions amb altres medicaments que prenc

- Si el medicament és adequat al que em passa
- Informació sobre la malaltia

Us són útils els prospectes dels medicaments?



Què opineu dels prospectes dels medicaments?

- Són massa tècnics
- Hi ha massa informació
- La lletra és massa petita
- Són difícils de consultar
- Em semblen útils i fàcils de consultar
- Altres (detalleu la vostra opinió, si us plau):

.....

.....

.....

.....

Què creieu que caldria millorar del prospecte?

- El disseny i el format
- Hauria de ser més comprensible
- Hauria d'incloure més informació sobre la malaltia i el per a què s'utilitza
- Em sembla bé tal com és
- Altres (detalleu la vostra opinió, si us plau):

.....

.....

.....

.....

DUBTES O NECESSITATS D'INFORMACIÓ SOBRE EL MEDICAMENT

Què és el que més us preocupa sobre el medicament que preneu?

- Els efectes adversos que em pugui provocar
- La seva eficàcia
- Si estic seguint correctament el tractament (dosi, horari, etc.)
- El fet que no es tracta d'un medicament natural
- Altres (detalleu-ho, si us plau):

.....
.....
.....
.....

Tens algun dubte o tens necessitat de tenir més informació sobre el medicament que preneu?



Què fas quan tens un dubte o necessiteu disposar de més informació?

- Llegeixo el prospecte
- Parlo amb el personal d'infermeria del CAP
- Parlo amb un familiar o amic
- Altres (detalleu-ho, si us plau):
- Parlo amb el/la farmacèutic
- Parlo amb el/la metge

.....
.....
.....
.....

INFORMACIÓ A INTERNET

Busques informació sobre els medicaments a internet?

No, mai A vegades Sovint

 Sempre

Us és fàcil trobar la informació a Internet?

No A vegades Sovint Sí, molt

fàcil

Enteneu la informació que busqueu a Internet?

No A vegades Sovint Sí,

sempre

Considereu que la informació d'internet és fiable?

No A vegades Sovint Sí,

sempre

ANNEX 5: Aprovacions dels Comitès Ètics d'Investigació



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 24/04/2019, ha avaluat el projecte **Necessitats d'informació de la ciutadania sobre els medicaments a partir d'un cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons** amb el codi **19/039-P** presentat per l'investigador/a **Ester Amado Guirado**.

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 08/05/2019

INFORME DEL COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS

La Dra. Esther Jovell Fernández, Secretaria Técnica del Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Consorci Sanitari de Terrassa

CERTIFICA

Que este Comité ha aprobado, con fecha 29 de abril de 2019, el estudio titulado **Necessitats d'informació de la ciutadania sobre els medicaments a partir d'un cas pràctic amb els inhibidors de la bomba de protons** que será realizado por la Dra. Laia Robert Sabaté como investigadora principal y considera que:

Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.

La capacidad investigadora y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

Son adecuados el procedimiento para obtener el consentimiento informado, y el modo de reclutamiento previsto.

Y que este Comité acepta que dicho estudio sea realizado en el Consorci Sanitari de Terrassa por la Dra. Laia Robert Sabaté como investigadora principal.

Se acuerda emitir **INFORME FAVORABLE**

Lo que firmo en Terrassa a 30 de abril de 2019



Dra. Esther Jovell Fernández