

(PD)

**Planificació i Avaluació**  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor

# Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

(PD)

**Planificació i Avaluació**  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor

# Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

---

© Generalitat de Catalunya. Departament de Salut

Travessera de les Corts, 131-159

Pavelló Ave Maria

08028 Barcelona

URL <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3531/doc33702.html>

Edita: Departament de Salut

Direcció general de Planificació i Avaluació

Primera edició: Barcelona, setembre 2010

Assessorament lingüístic: Secció de Planificació lingüística del Departament de Salut

Coordinació editorial: Direcció general de Planificació i Avaluació

Disseny gràfic: eggeassociats

Maquetació: eggeassociats

ISBN (978-84-393-8532-5)

---

# Índex

Presentació.....	5
1. Resum executiu.....	7
2. Introducció.....	13
3. Finalitat.....	16
3.1. Missió.....	17
3.2. Principis i valors.....	17
3.3. Objectius del Pla de salut 2010.....	17
3.4. Objectius a l'horitzó temporal 2014.....	17
4. Organització.....	18
4.1. Organigrama.....	19
4.2. Direcció del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.....	19
4.3. Consell Assessor.....	20
4.4. Comissió Permanent.....	20
4.5. Grups de treball.....	20
5. Anàlisi de la situació.....	21
5.1. Impacte de les malalties de l'aparell locomotor sobre la salut i la qualitat de vida de les persones.....	22
5.2. Impacte en la societat.....	24
5.3. Característiques específiques de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.....	30
5.4. Anàlisi econòmica.....	37
5.5. Anàlisi del funcionament dels serveis sanitaris.....	38
5.6. Aspectes relacionats amb la formació.....	41
5.7. Previsió per al futur.....	41
6. Línies estratègiques.....	42
6.1. Atenció al dolor lumbar.....	43
6.2. Atenció a l'artrosi.....	44
6.3. Atenció a l'osteoporosi.....	46
6.4. Atenció a les artritis cròniques.....	51
6.5. Atenció a l'espatlla dolorosa.....	53
6.6. Atenció a la fibromiàlgia.....	54
6.7. Formació.....	55
6.8. Tecnologia i recerca.....	56
7. Model assistencial i criteris de planificació.....	57
8. Objectius específics i avaluació.....	67
9. Bibliografia.....	73
10. Professionals que hi han participat.....	77
11. Quadre resum d'objectius, línies estratègiques i projectes.....	89
12. Annexos.....	92
12.1. Annex 1. Declaració del Parlament Europeu sobre les malalties reumàtiques ( <i>Diari Oficial de la Unió Europea</i> 26.11.2009).....	93
12.2. Annex 2. Ordre de creació de les unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.....	95

## Presentació

La planificació sanitària és un dels eixos fonamentals de la política de Govern. El bon nivell de qualitat i eficàcia del sistema sanitari català fa que la salut dels ciutadans de Catalunya sigui una de les millors del món. En aquest marc, la planificació sanitària del Departament de Salut té com a objectiu marcar les directrius estratègiques per continuar avançant en la millora de l'estat de salut, la disminució de les desigualtats i l'eficàcia dels serveis de salut. Cal fer un èmfasi especial en el fet que els serveis de salut continuïn contribuint a la millora de la salut i de la qualitat de vida dels ciutadans, amb la incorporació de la nova evidència científica i la visió dels professionals i dels ciutadans.

El Pla de salut de Catalunya és l'eina amb la qual es dota el Govern per marcar les prioritats en matèria de salut. El Govern de la Generalitat, fomentant el rol directiu del Pla de salut, el reforça creant els plans directors que s'encarreguen de fer operatives les polítiques marcades en el Pla de salut.

Els plans directors, adaptats a la realitat del nostre país i al context econòmic i sanitari, defineixen les activitats i l'ordenació de serveis necessària per assolir les polítiques plantejades amb una visió integrada de la situació, tot abordant des de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia fins a la rehabilitació, amb les actuacions de diagnòstic i tractament. Els plans defineixen un model d'atenció i organització de serveis que parteixen de la realitat i permeten continuar avançant en l'eficàcia i la qualitat del sistema. D'acord amb l'anàlisi de la salut, dels serveis sanitaris i del context socioeconòmic del país, el Departament de Salut va prioritzar com a plans directors per al període 2005-2007 la salut mental i les addiccions, l'oncologia, les malalties vasculares, els problemes de salut socio-sanitaris, la immigració i la recerca en ciències de la salut.

Amb aquestes línies els vull presentar un nou pla del període 2008-2010, el Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, fruit del treball de molts professionals que, juntament amb institucions proveïdores de serveis, societats científiques, col·legis professionals, associacions de pacients i familiars, i tècnics del Departament, han elaborat les principals línies estratègiques i operatives per assolir els objectius de salut i de qualitat i eficàcia de serveis. Vull destacar especialment el paper promotor que han tingut en aquest cas les associacions de pacients, representades per la Lliga Reumatològica Catalana, en l'inici d'aquest Pla, així com la seva tasca en el seu desenvolupament.

La necessitat d'elaborar un pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor sorgeix del fet constatat que aquestes malalties són els primers problemes crònics de salut de la població de Catalunya. Aquestes malalties, que habitualment ocasionen dolor i discapacitat, tenen una gran repercussió sobre la qualitat de vida de les persones que les pateixen i, a més a més, per la seva alta prevalença i cronicitat impliquen un important ús de serveis sanitaris i socio-sanitaris, i també elevats costos socials i laborals quan afecten població activa. Per donar resposta a tots aquests reptes de la societat actual es crea el Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor en l'àmbit de la salut. Aquesta actuació s'emmarca en el context europeu de més sensibilització envers aquestes malalties, tal com es desprèn de la declaració del Parlament Europeu de 2008, i situa Catalunya novament com a capdavantera en la planificació d'un problema greu de salut.

El dolor crònic té diferents etiologies, i és el símptoma més prevalent i incapacitant en la nostra població. Les malalties reumàtiques són la causa més important de dolor crònic, però hi ha altres causes, com el dolor neuropàtic i el d'origen oncològic, que

## Presentació

---

no es tracten en aquest Pla. És per això que, paral·lelament i de manera coordinada amb el Pla director, un grup d'experts de l'àmbit de dolor ha treballat en un model d'atenció als pacients amb dolor crònic. El document resultant d'aquest grup de treball inclou criteris per a la reordenació de les unitats del dolor i recomanacions sobre l'avaluació i el tractament del dolor neuropàtic. Aquest document es presenta en una publicació a part.

La missió del Pla director és millorar l'atenció d'aquestes malalties musculoesquelètiques amb intervencions d'eficàcia i efectivitat provada, que ajudin a millorar la seva evolució, a disminuir la seva cronicitat i a millorar la qualitat de vida dels pacients. Les intervencions de millora inclouen des dels aspectes clínics fins als organitzatius, tot reforçant el paper fonamental que l'assistència primària té en el nostre sistema de salut, convergint amb les recomanacions del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària.

El Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor fixa, per un espai de quatre anys, els objectius d'atenció a la població i també les accions que faran possible que aquests objectius s'assoleixin. El Pla director, com a eina de treball, s'acompanyarà amb el desenvolupament dels processos preventius i assistencials i amb els circuits necessaris per fer operatives les seves estratègies en les diferents regions i governs territorials de salut de Catalunya, a través de la planificació operativa i la compra de serveis del Servei Català de la Salut. El Pla, que s'acompanya amb material de formació destinat als professionals i amb informació per a pacients i familiars, neix amb la voluntat de ser transparent i publicar de manera sistemàtica els seus resultats.

A tots aquells que han participat en l'elaboració del document vull agrair-los la seva dedicació i el seu esforç. Espero i desitjo que aquest Pla sigui d'utilitat per a tots els professionals que treballen en el sistema sanitari i que contribueixi a la millora de la salut i la qualitat de vida dels ciutadans i les ciutadanes de Catalunya del segle XXI.

**Marina Geli i Fàbrega**  
Consellera de Salut

---

# 1. Resum executiu

## 1. Resum executiu

Les malalties reumàtiques són el principal problema de salut crònic de la població catalana segons dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006, i són més prevalents en dones, gent gran i entre la població de nivells socioeconòmics desafavorits. Les repercussions d'aquestes malalties són enormes, tant des del punt de vista de qualitat de vida com des dels punts de vista social i econòmic. El dolor, la discapacitat i el pas a la dependència són símptomes freqüents en aquestes malalties que, per altra banda, són un dels principals motius d'incapacitat laboral.

L'activitat relacionada amb aquestes malalties ocupa al voltant d'un 30% del temps assistencial dels metges d'atenció primària, i anualment ocasiona uns 80.000 contactes hospitalaris convencionals i prop de 120.000 procediments quirúrgics. És la primera causa d'ingrés en alguns recursos socio-sanitaris i representa el 60% de l'activitat de rehabilitació ambulatoria i domiciliària contractada pel CatSalut.

Els costos directes associats a aquests trastorns representen al voltant de 422 milions d'euros (5,6% del pressupost del CatSalut). Els costos indirectes són molt elevats, ja que les patologies reumàtiques són la primera causa de dies de treball perduts anualment per contingència comuna, amb un total de 9,7 milions de dies (28% del total) i 503 milions d'euros. També són la primera causa d'incapacitat temporal per malaltia professional.

Els resultats d'una enquesta realitzada pel Pla director posen de manifest que la diversitat de professionals, la manca d'un rol ben definit per a cada especialitat i l'escassa coordinació que existeix entre nivells assistencials són factors que intervenen de manera clarament negativa sobre la capacitat del sistema de donar una resposta ràpida, uniforme i eficaç a aquests processos. El resultat comporta fluxos no adequats de pacients, duplicacions de visites i d'exploracions complementàries, així com insatisfacció de pacients i professionals. A més, existeixen desequilibris territorials en la distribució de recursos, i mancances en la formació dels professionals.

Per tal de millorar l'atenció a aquestes patologies i reduir-ne els impactes clínic, social i econòmic, el Departament de Salut va endegar l'any 2008 el Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. El Pla director neix en el context de les recomanacions del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària i de la nova ordenació territorial del sistema sanitari en governs territorials de salut (GTS), que condicionen l'enfocament general dels objectius del Pla i la seva implementació. De manera paral·lela i coordinat amb el Pla director, s'ha elaborat un model d'atenció al dolor crònic amb l'objectiu de millorar l'atenció al dolor crònic, especialment el d'origen neuropàtic, i establir criteris de planificació sobre els serveis especialitzats en dolor.

### Missió

Millorar l'atenció de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor mitjançant accions de promoció de la salut, prevenció de les malalties, diagnòstic precoç, tractament adequat i rehabilitació, i establir un model assistencial orientat a les necessitats de la població, d'acord amb els principis d'equitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció dels ciutadans.

### Objectius generals del Pla director

A l'horitzó temporal 2014, es proposen els objectius següents:

1. Millorar la promoció de salut, la prevenció i l'autocura de les malalties de l'aparell locomotor en l'àmbit de l'atenció primària.
2. Millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària en l'àmbit de les malalties reumàtiques.

## 1. Resum executiu

3. Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en malalties de l'aparell locomotor.
4. Millorar la continuïtat assistencial i l'eficiència en l'atenció a través de l'anàlisi i la definició del model assistencial.
5. Promoure línies de recerca orientades a la prevenció i la millora de l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor.
6. Promoure la formació dels professionals implicats en les malalties musculoesquelètiques.
7. Establir criteris sobre implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques per a aquestes malalties.

### Grups de treball

En el marc dels objectius generals definits pel Pla director, s'han constituït grups de treball per línies estratègiques relacionades amb processos prevalents. Els grups de treball han estat formats per més de cent persones expertes en l'àmbit específic que s'ha tractat, la majoria designades per les societats científiques de les especialitats relacionades amb l'atenció a les patologies de l'aparell locomotor. Al capdavant de cada grup de treball hi ha hagut una o dues persones responsables amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i elaborar la proposta d'actuacions d'acord amb el calendari de treball determinat pel plenari. S'ha comptat també amb un grup de treball de les associacions d'afectats de diferents malalties reumàtiques, que han elaborat propostes sobre l'organització dels serveis de salut i sobre el paper de les associacions de pacients.

### Línies estratègiques i objectius

Dels objectius generals del Pla, i de les necessitats en salut i serveis detectades en l'anàlisi de situació, es van formular les línies estratègiques prioritàries en les quals han treballat els grups. Les línies prioritzades han estat enfocades a l'atenció de la lumbàlgia, l'artrosi, l'osteoporosi, la fibromiàlgia, les artritis cròniques i l'espatlla dolorosa, així com aspectes relacionats amb formació, tecnologia i recerca.

De cada línia estratègica, s'han fet propostes en forma de projectes que s'han d'implementar en el territori. Per portar a terme aquesta implementació en el territori, es desenvoluparan mesures de planificació operativa i compra de serveis per part del CatSalut d'acord amb la factibilitat organitzativa i la disponibilitat econòmica de les mesures.

### Model d'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Després de l'anàlisi de la situació i de les propostes dels diferents grups, es va enfocar el treball per tal d'aconseguir la missió del Pla de millorar el procés d'atenció als pacients afectats per qualsevol patologia reumatològica, mitjançant l'adequació del model assistencial i la reordenació de serveis. Amb aquest objectiu, es va crear un grup de treball específic i es va elaborar una enquesta d'opinió dels professionals sanitaris.

En el grup de treball han participat professionals representants de les societats científiques de medicina de família, reumatologia, traumatologia, rehabilitació, anesthesiologia i tractament del dolor, a més del Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya, professionals d'infermeria i representants dels principals proveïdors, del CatSalut i del Departament de Salut. La metodologia de treball del grup va consistir, per una banda, en la definició de la cartera de serveis de cada especialitat que intervé en la patologia de l'aparell locomotor i, per l'altra, en l'avaluació de diferents models assistencials. L'enquesta d'opinió tenia com a objectiu conèixer l'opinió dels metges d'atenció primària i especialistes sobre aspectes relacionats amb l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, i recollir dades sobre els recursos de professionals mèdics de la xarxa sanitària pública de Catalunya.

## 1. Resum executiu

Les estratègies derivades dels resultats del grup de treball i de l'enquesta es concreten en la proposta d'un model integrat d'atenció amb perspectiva territorial i objectius de salut comuns entre els diferents proveïdors. Un model que facilita eines de suport a l'atenció primària mitjançant infermeria, fisioteràpia i consultories amb especialistes; que incrementa la coordinació entre nivells mitjançant la gestió per processos sota la direcció d'un responsable territorial; i que facilita la reordenació dels serveis d'atenció especialitzada mitjançant la creació d'una unitat funcional de l'aparell locomotor, amb definició clara del paper dels professionals, dels criteris de derivació i dels circuits assistencials.

Finalment, i atesa l'especial rellevància d'aquests trastorns sobre els aspectes de salut laboral, el Pla director, a través de la col·laboració amb la Direcció General de Salut Pública, ha treballat una estratègia que té com a objectius l'augment de la sensibilització, l'increment de la detecció i la declaració de malalties professionals relacionades amb l'aparell locomotor, i la prevenció de la cronificació, tot evitant demores del procés assistencial.

### Objectius generals i específics del Pla director

A l'horitzó temporal 2014, es proposen els objectius següents:

1. **Millorar la promoció de salut, la prevenció i l'autocura de les malalties de l'aparell locomotor en l'àmbit de l'atenció primària**
  - a) Elaborar material informatiu específic amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura.
  - b) Promoure l'exercici físic en les patologies que s'escaigui.
  - c) Incrementar la implicació del personal d'infermeria en els aspectes d'educació, promoció de salut i potenciació de l'autocura dels pacients.
  - d) Apropar l'activitat de fisioteràpia als equips d'atenció primària per a la realització d'activitats educatives.
  - e) Afavorir la participació activa i potenciar l'autocura dels pacients.
  - f) Potenciar la participació de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de malaltia, tant per als pacients com per als familiars.
  
2. **Millorar la capacitat resolutiva de l'atenció primària en l'àmbit de les malalties reumàtiques**
  - a) Millorar l'accés a diferents tecnologies diagnòstiques de manera protocol·litzada.
  - b) Incrementar la implicació d'infermeria en el tractament i el seguiment d'aquests trastorns.
  - c) Apropar l'activitat de fisioteràpia als equips d'atenció primària per a la realització de mesures de tractament fisioterapèutic grupal o individual.
  - d) Elaborar de manera consensuada a escala territorial criteris per a la gestió dels diferents processos prevalents, que incloguin la definició del paper de les diferents especialitats, els criteris de derivació i els circuits assistencials, tot considerant els criteris generals establerts pel Pla director.
  
3. **Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en malalties de l'aparell locomotor**
  - a) Promoure la implantació d'eines de suport a la decisió clínica.
  - b) Racionalitzar, mitjançant l'establiment de sol·licituds protocol·litzades, l'ús de les diferents tecnologies diagnòstiques en lumbàlgia i espatlla dolorosa.

## 1. Resum executiu

- c) Potenciar l'ús de mesures no farmacològiques i racionalitzar l'ús de fàrmacs en osteoporosis, artrosis i artritis cròniques a partir de criteris basats en l'evidència d'efectivitat i adequació.
  - d) Analitzar la variabilitat en les indicacions del procés quirúrgic de raquis lumbar.
  - e) Establir els criteris de capacitació dels equips especialitzats per a l'artroplàstia de recanvi articular.
  - f) Promoure el Registre d'artroplàsties de Catalunya.
  - g) Reduir la incidència de fractura de maluc i d'altres fractures osteoporòtiques.
  - h) Promoure la determinació del risc absolut de fractura com a eina de decisió per iniciar el tractament de l'osteoporosi adaptat a la població de Catalunya.
  - i) Difondre l'evidència científica sobre el tractament de l'osteoporosi.
  - j) Definir, a partir d'estudis de cost-efectivitat, el nivell de risc absolut de fractura osteoporòtica amb indicació de tractament.
  - k) Afavorir l'aplicació de les mesures terapèutiques per a l'osteoporosi en pacients amb alt risc de fractura per tractament corticoide, antecedents de fractura osteoporòtica prèvia o internats en centres sociosanitaris.
  - l) Disminuir la mortalitat i la discapacitat deguda a la fractura osteoporòtica de maluc amb establiment d'un temps d'espera quirúrgic a les 48 hores i l'abordatge multidisciplinari durant l'ingrés.
  - m) Disminuir la discapacitat secundària a les artritis cròniques mitjançant un diagnòstic i tractament precoç de les artritis d'inici recent.
  - n) Establir criteris de cost-benefici en la indicació dels tractaments biològics per als reumatismes inflamatoris.
4. Millorar la continuïtat assistencial i l'eficiència en l'atenció a través de l'anàlisi i la definició del model assistencial
- a) Crear un model integrat d'atenció a les malalties de l'aparell locomotor.
  - b) Millorar l'accessibilitat als serveis especialitzats d'aparell locomotor, amb especial èmfasi en els processos potencialment greus o causants de discapacitat.
  - c) Millorar els aspectes assistencials de les malalties de l'aparell locomotor relacionats amb l'activitat laboral. Promoure la detecció i la declaració de les malalties professionals musculoesquelètiques. Prevenir la discapacitat i el risc de cronificació evitant demores del procés assistencial.
5. Promoure línies de recerca orientades a la prevenció i la millora de l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor
- a) Impulsar i donar suport a projectes de recerca relacionats amb les malalties de l'aparell locomotor, tant en el camp clínic, com epidemiològic i de serveis sanitaris.
6. Promoure la formació dels professionals en les malalties musculoesquelètiques
- a) Homogeneïtzar el programa formatiu en el període MIR de Medicina familiar i comunitària, integrant la formació específica en traumatologia, reumatologia, rehabilitació i dolor.
  - b) Promoure la formació continuada dels professionals mèdics en els aspectes de prevenció, diagnòstic, maneig clínic i tractament de les diferents malalties de l'aparell locomotor. Els aspectes formatius es faran en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut i les societats científiques.
  - c) Promoure la formació específica de postgrau en malalties de l'aparell locomotor de l'equip infermer. Els aspectes formatius es faran en col·laboració amb l'Institut d'Estudis de la Salut i les societats científiques.

## 1. Resum executiu

---

7. Establir criteris sobre implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques per a aquestes malalties
  - a) Avaluar les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques relacionades amb les malalties de l'aparell locomotor.
  - b) Establir els criteris d'utilització de les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques d'acord amb els seus resultats en l'avaluació.

---

## 2. Introducció

## 2. Introducció

Les malalties reumàtiques són les malalties que afecten les estructures de l'aparell locomotor: ossos, articulacions, músculs, tendons i lligaments, i el teixit connectiu. Com a conseqüència dels diferents mecanismes d'emmalaltir que tenen aquestes estructures, que van des de mecanismes per autoimmunitat fins a lesions per sobre-càrrega o moviments repetitius, les malalties reumàtiques comprenen més d'un centenar de processos diferents. Atès que el terme *reumàtiques* no és descriptiu de les estructures afectades ni del mecanisme que les produeix, actualment es tendeix a anomenar-les malalties musculoesquelètiques (de la traducció anglesa *musculoskeletal diseases*) o osteomusculars (com s'ha traduït al castellà).

Dins de les malalties de l'aparell locomotor n'hi ha algunes, com l'artrosi, l'osteoporosi, les lesions tendinoses o el mal d'esquena, que són molt importants per la seva freqüència i per la càrrega de morbiditat que provoquen. Altres, menys prevalents, com les artritis, són rellevants per l'alt grau de discapacitat que poden provocar i la seva gravetat potencial. L'elevada prevalença d'aquestes malalties fa que se situïn actualment com els primers problemes de salut crònics de la població adulta de Catalunya, segons dades de l'ESCA, i són un dels reptes de salut més importants de la nostra societat, tant pel consum de serveis sanitaris i socials, com pels costos econòmics que es deriven de la discapacitat que ocasionen.

La importància que tenen aquestes malalties per a la societat va motivar la Declaració del Parlament Europeu sobre les malalties reumàtiques, el 5 de juny de 2008 (annex 1), en la qual es considera que: atès el patiment crònic que provoquen, atès que afecten més de 100 milions de persones a Europa, que representen la principal causa de discapacitat dels treballadors, i que l'adopció de polítiques socials i sanitàries permetria reduir els costos econòmics i socials associats a aquestes malalties, es demana a la Comissió i al Consell Europeu que animin els estats membres a establir plans nacionals de lluita contra les malalties reumàtiques i a fomentar-ne l'aplicació. En aquest context i sensibilitzat per aquests problemes, el Departament de Salut de Catalunya va plantejar el gener de 2008 un pla director específic per a aquestes malalties.

Les malalties de l'aparell locomotor són tractades per professionals de diferents disciplines i nivells d'atenció: metges d'atenció primària (AP), reumatologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT), rehabilitació i medicina física, i unitats de dolor; infermeria i fisioteràpia, a banda de la participació d'altres professionals procedents de medicina interna, ginecologia, neurocirurgia o psicologia en processos concrets. En tractar-se de patologies majoritàriament cròniques i que, en diferents situacions i estats evolutius, poden requerir la intervenció de diferents especialistes, la coordinació entre professionals i entre nivells assistencials és bàsica per garantir una atenció òptima per a aquests problemes de salut.

El propòsit del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor és aconseguir una millora en l'abordatge de les malalties d'aquest grup, que compregui tot l'espectre d'actuacions des de la promoció i la prevenció fins a la rehabilitació amb criteris de qualitat, seguretat i efectivitat; que tingui en compte el principi d'equitat davant de desigualtats territorials, de gènere o altres; i que contribueixi a assolir els objectius del Pla de salut de Catalunya. En definitiva, doncs, la voluntat és millorar l'atenció a les malalties musculoesquelètiques per a tots els ciutadans i les ciutadanes de Catalunya per garantir-ne l'eficiència i la qualitat. El Pla director neix en el context de l'elaboració del Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària i de la nova ordenació territorial del sistema sanitari en governs territorials de salut (GTS) que condicionen l'enfocament general dels objectius del Pla i la seva implementació.

## 2. Introducció

---

En paral·lel i de manera coordinada amb el Pla, s'ha treballat per a la millora en l'atenció a les persones amb dolor crònic, fonamentalment d'etiologia neuropàtica, a través d'un grup de treball liderat per anestesiològics experts en dolor crònic que, juntament amb professionals d'AP i d'altres especialitats, han definit un model per a l'atenció dels pacients amb dolor crònic. Les conclusions dels treballs realitzats s'acompanyen amb unes recomanacions sobre el diagnòstic, la valoració i el tractament del dolor neuropàtic i es presenten en un document específic.

---

## 3. Finalitat

## 3. Finalitat

### 3.1. Missió

- Millorar l'atenció de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor mitjançant accions de promoció de la salut, prevenció de les malalties, diagnòstic precoç, tractament adequat i rehabilitació.
- Establir un model assistencial orientat a les necessitats de la població, d'acord amb els principis d'equitat, eficiència, sostenibilitat i satisfacció dels ciutadans.

### 3.2. Principis i valors

Els principis d'aquest Pla director són els del Pla de salut de Catalunya que se centren en les prioritats de salut de la població sota els principis d'igualtat d'accés, equitat, efectivitat, eficàcia, coordinació i qualitat dels serveis, participació comunitària i satisfacció dels usuaris. El ciutadà és el centre d'un model d'atenció integral, tant des de la perspectiva de la història natural de la malaltia com des de la multidisciplinarietat. El Pla director vetllarà per aconseguir l'assoliment dels objectius de millora de l'atenció i de la qualitat de vida dels pacients amb patologia reumàtica a través de la sensibilització dels actors implicats, la reordenació de serveis i recursos i el desplegament competencial de les diferents disciplines que intervenen en l'atenció a aquests malalts.

### 3.3. Objectius del Pla de salut 2010

El Pla de salut de Catalunya proposa per a l'any 2010:

- Reduir en un 20% la incidència de fractures de coll de fèmur en les persones entre 65 i 84 anys.
- La creació del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor que, així mateix, inclourà les recomanacions assistencials per a l'atenció de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica proposades l'any 2006 en el document de consens publicat pel Departament de Salut.

La reducció de la incidència de fractura de maluc no s'ha pogut assolir fins al moment. El Pla director formularà estratègies per aconseguir-ne la reducció.

### 3.4. Objectius a l'horitzó temporal 2014

El Pla ha definit accions orientades a la promoció de la salut, la prevenció, l'increment de la capacitat resolutiva de l'AP, la millora en l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic, i la millora de la continuïtat assistencial a través de la reordenació dels serveis incorporant criteris d'equitat territorial i sostenibilitat. Al llarg del bienni 2008-2009 es van definir de manera més específica els objectius i les estratègies que constitueixen el Pla, així com els projectes que se'n deriven i els indicadors i les eines d'avaluació. Els objectius generals són:

1. Millorar la promoció de salut, la prevenció i l'autocura de les malalties de l'aparell locomotor en l'àmbit de l'AP.
2. Millorar la capacitat resolutiva de l'AP en l'àmbit de les malalties reumàtiques.
3. Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en malalties reumàtiques.
4. Millorar la continuïtat assistencial i l'eficiència en l'atenció a través de la definició del model assistencial i la reordenació dels serveis.
5. Promoure línies de recerca orientades a la prevenció i la millora de l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor.
6. Promoure la formació dels professionals en malalties musculoesquelètiques.
7. Establir criteris sobre implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques per a aquestes malalties.

---

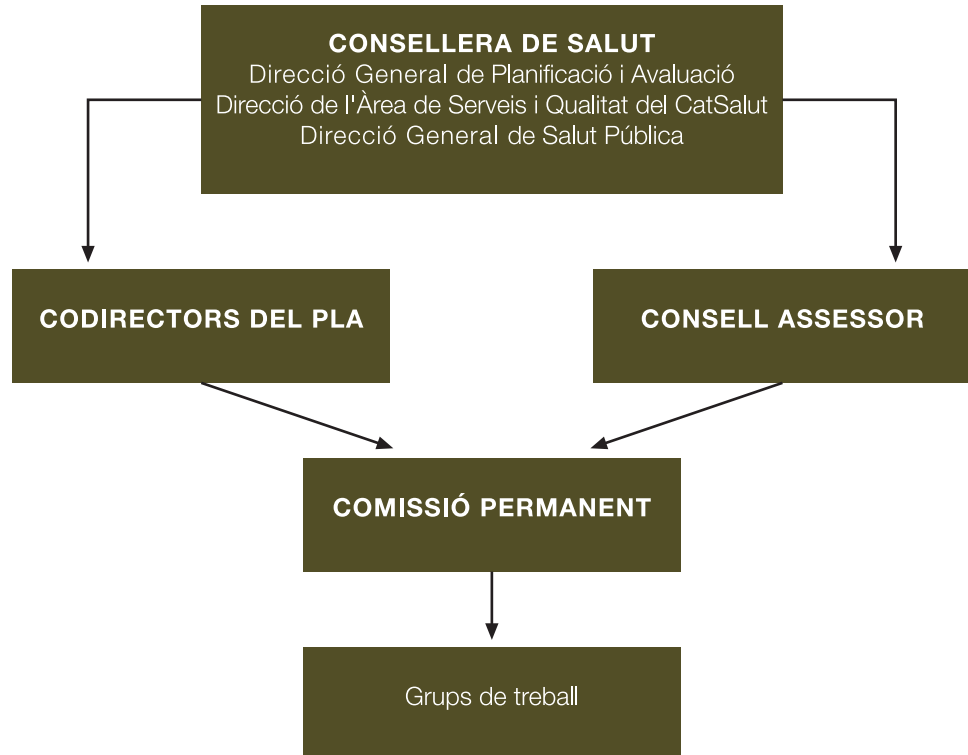
## 4. Organització

## 4. Organització

### 4.1. Organigrama

El Pla té l'estructura següent:

- La Direcció del Pla director.
- El Consell Assessor de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.
- La Comissió Permanent.



### 4.2. Direcció del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

La direcció del Pla ha estat assumida per dos professionals experts en l'àmbit de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor nomenats per la consellera de Salut a proposta de la directora general de Planificació i Avaluació. La direcció del Pla s'ha adscrit orgànicament a la Direcció General de Planificació i Avaluació (DGPA), si bé amb dependència funcional també de l'Àrea de Serveis i Qualitat del Servei Català de la Salut, en el seu àmbit corresponent de competències.

Les tasques adscrites a la direcció del Pla són:

- Impulsar, dirigir i coordinar el procés d'elaboració del Pla, fixar-ne els objectius generals i específics i les prioritats, la programació d'actuacions i els calendaris d'execució.
- Formular les línies de direcció estratègiques i operatives del Pla en cadascun dels camps d'actuació assenyalats i elevar-les a la directora general de Planificació i Avaluació, per a la seva proposta conjunta a la consellera de Salut.
- Crear els grups de treball necessaris per a l'execució del Pla i proposar els criteris per a la coordinació dels aspectes principals del procés d'elaboració del Pla director.
- Definir i concretar les actuacions que cal executar sobre la base dels objectius fixats i proposar-les als òrgans competents.
- Impulsar i fer el seguiment de la implantació del Pla en les diferents regions sanitàries de Catalunya.
- Efectuar l'avaluació del procés d'aplicació del Pla.

## 4. Organització

### 4.3. Consell Assessor

El Consell Assessor de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor és l'òrgan assessor del Departament de Salut en l'àmbit de l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, i s'adscriu a la DGPA, la qual hi donarà suport administratiu i de gestió. A aquest efecte, el Consell Assessor té la composició següent:

- a) Dos presidents.
- b) Coordinadors: els directors del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor tenen assignades les funcions de coordinar el desenvolupament de les funcions del Consell Assessor i de garantir el suport tècnic i administratiu d'aquest òrgan.
- c) Vocals: persones expertes i de reconeguda solvència en l'àmbit de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, i vinculades a universitats catalanes, a centres sanitaris, a col·legis professionals de l'àmbit de les ciències de la salut, a institucions i centres de recerca biomèdica, a societats científiques, a associacions de pacients i familiars, a associacions d'usuaris i usuàries o amb activitat en l'àmbit de salut de les administracions sanitàries.

La Secretaria Tècnica del Consell Assessor serà assumida per una tècnica de la DGPA.

### 4.4. Comissió Permanent

La Comissió Permanent la componen els presidents del Consell Assessor, els directors del Pla i un nombre màxim de 20 vocals, designats de comú acord entre els directors del Pla i la DGPA, escollits per la seva expertesa en els diferents camps de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. La funció de la Comissió Permanent és estudiar i elaborar les accions i les propostes. Un dels vocals actua com a coordinador dels grups de treball.

### 4.5. Grups de treball

Els grups de treball han estat constituïts per persones expertes en l'àmbit específic que es tractava. Al capdavant de cada grup de treball hi ha hagut una o dues persones responsables, membres de la Comissió Permanent, amb les funcions de dirigir i coordinar el grup, de fixar el pla de treball i la proposta d'actuacions, els quals s'han ajustat als continguts i al calendari de treball que ha determinat el plenari.

Les propostes que cada grup de treball ha elaborat s'han recollit en un informe tècnic, que s'ha elevat al plenari per a la seva aprovació.

Els grups de treball han estat:

1. Grup de treball sobre atenció al dolor lumbar.
2. Grup de treball sobre atenció a l'artrosi.
3. Grup de treball sobre atenció a l'osteoporosi.
  - a. Subgrup sobre aspectes mèdics de l'osteoporosi.
  - b. Subgrup sobre atenció al procés quirúrgic de les fractures osteoporòtiques.
4. Grup de treball sobre artritis cròniques.
5. Grup de treball sobre atenció a l'espatlla dolorosa.
6. Grup de treball sobre atenció a la fibromiàlgia.
7. Grup d'associacions de pacients.
8. Grup de treball de model assistencial.
9. Grup de treball d'aspectes laborals.
10. Grup de treball de formació.

---

## **5. Anàlisi de la situació**

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.1. Impacte de les malalties de l'aparell locomotor sobre la salut i la qualitat de vida de les persones

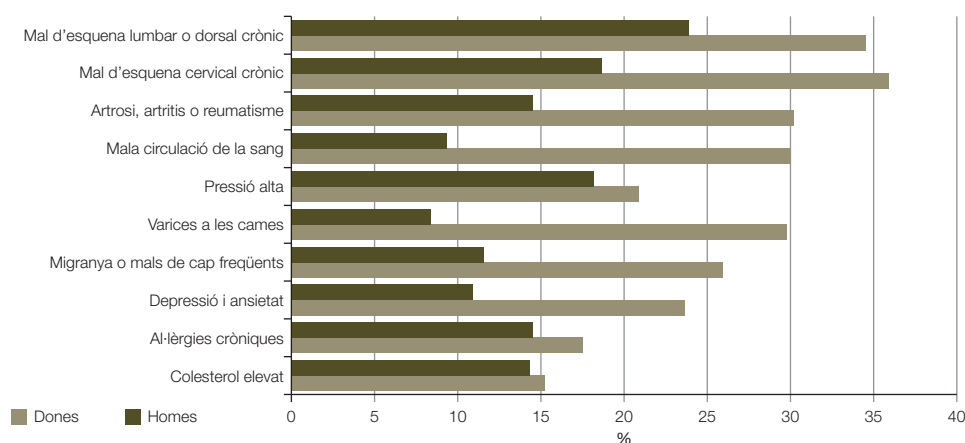
#### 5.1.1 Epidemiologia

Les malalties de l'aparell locomotor<sup>a</sup> són un conjunt de patologies molt prevalents entre la població adulta, amb una gran repercussió sobre la qualitat de vida de les persones que les pateixen. El dolor és una de les manifestacions més importants d'aquestes malalties i segons dades de l'Enquesta de salut de Catalunya (ESCA) 2006, el 33% de la població adulta catalana presenta dolor crònic<sup>1</sup>. L'impacte que tenen sobre la percepció de salut és alt. Les malalties de l'aparell locomotor comporten dolor i restricció de l'activitat i són sovint causa de discapacitat. L'artrosi i l'artritis reumatoide són la causa del 3,5% dels anys de vida ajustats per discapacitat (DALY) perduts<sup>2,3</sup>. La càrrega de morbiditat associada a les malalties de l'aparell locomotor és igual o superior a l'associada al càncer en alguns països<sup>4</sup>.

Segons l'Eurobaròmetre de 2003, el 25% de la població europea pateix alguna forma d'artritis o reumatisme, i són les malalties cròniques més comunes a Europa, així com a altres àrees desenvolupades<sup>5</sup>. A Espanya, l'estudi EPISER 2000<sup>6</sup>, que analitza la prevalença i l'impacte de les malalties reumàtiques en la població adulta (de 20 anys o més) espanyola, mostra que la prevalença de la lumbàlgia en els últims sis mesos és del 44,8%; la de l'artrosi de genoll, del 10,2%; l'osteoporosi, del 3,4%; la fibromiàlgia, del 2,4% i l'artritis reumatoide, del 0,5%.

Segons dades de l'ESCA 2006, els primers tres problemes crònics de salut declarats per la població estan relacionats amb l'aparell locomotor i són el mal d'esquena lumbar o dorsal crònic, declarat per un 29,6% de persones; el mal d'esquena crònic cervical, declarat per un 27,4% de la població; i l'artrosi, artritis o reumatisme, declarats per un 22,7% dels individus enquestats (gràfic 1).

Gràfic 1. Prevalença de problemes crònics de salut declarats per a la població de 15 anys i més per sexe. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

L'anàlisi dels quatre grups de problemes crònics declarats a l'ESCA relacionats amb l'aparell locomotor (mal d'esquena crònic lumbar o dorsal; mal d'esquena crònic cervical; artrosi, artritis o reumatisme; i osteoporosi) mostren una freqüència superior en dones que en homes. La presència d'aquests trastorns augmenta a mesura que els grups són de més edat i s'observa un gradient de classe social i de nivell educatiu.

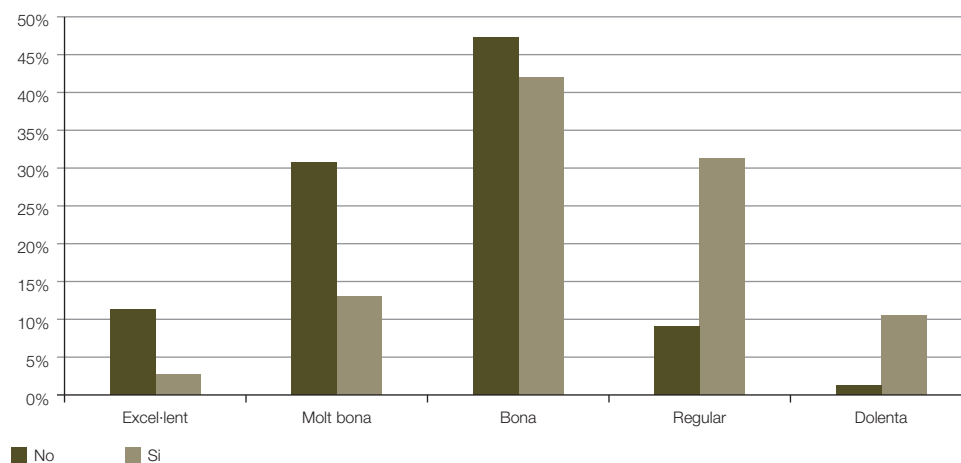
a. En aquest document, el concepte *malalties de l'aparell locomotor* s'utilitza com a sinònim de malalties reumàtiques, malalties osteomusculars o malalties del sistema musculoesquelètic.

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.1.2 Repercussions sobre la qualitat de vida

L'afectació sobre la qualitat de vida és important. El nivell de salut autopercebuda és significativament pitjor (ajustant per edat i sexe) entre les persones que declaren tenir malalties de l'aparell locomotor que entre les que no en tenen (gràfic 2).

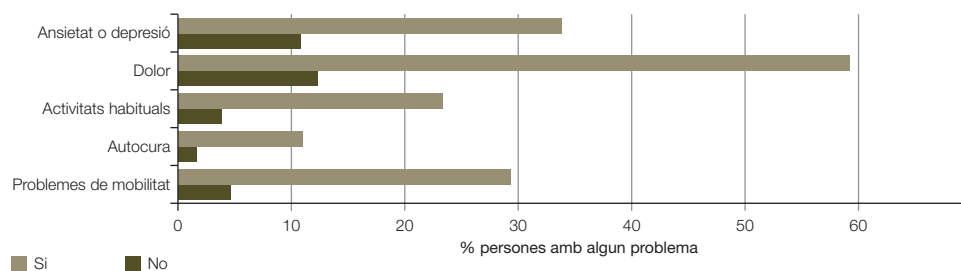
Gràfic 2. Autovaloració de l'estat de salut en població de 15 anys i més segons si han declarat o no alguna malaltia de l'aparell locomotor. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

Entre les persones que declaren malalties de l'aparell locomotor, les dimensions de qualitat de vida de l'EuroQol queden afectades, especialment la presència de dolor, que afecta el 59% de les persones que presenten alguna patologia de l'aparell locomotor (gràfic 3), però també altres problemes com l'ansietat o la depressió, i l'afectació de la mobilitat. Segons dades de l'ESCA, hi ha una disminució de la puntuació mitjana de salut en l'escala visual analògica (0 seria el pitjor estat de salut i 100 el millor estat de salut) de 78 a 62,6 ( $p < 0,001$ ).

Gràfic 3. Percentatge de persones de 15 anys o més amb algun o molts problemes en les dimensions de l'EuroQol segons si han declarat o no alguna malaltia de l'aparell locomotor. Catalunya, 2006.



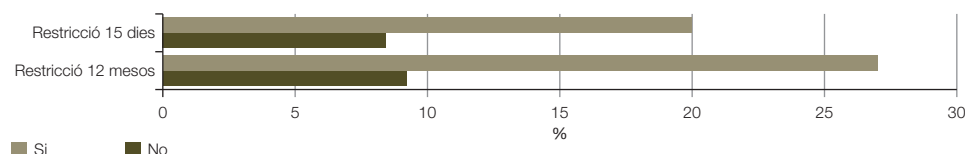
Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.1.3 Restricció d'activitat

Entre els que declaren tenir alguna malaltia de l'aparell locomotor, el 20% presenten restricció d'alguna activitat en els últims 15 dies, i el 27% en els últims 12 mesos, envers el 8% i el 9% respectivament entre els que no declaren cap malaltia de l'aparell locomotor (gràfic 4). Les malalties de l'aparell locomotor que s'associen més a restricció són la lumbàlgia i l'artrosi, artritis o reumatisme.

Gràfic 4. Percentatge de persones de 15 anys o més amb restricció de les activitats habituals en els últims 15 dies i 12 mesos segons si han declarat o no alguna malaltia de l'aparell locomotor. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

### 5.1.4 Morbimortalitat

En general, aquestes malalties no són causa de mortalitat directa, encara que la fractura osteoporòtica de fèmur, que representa actualment uns 9.000 casos anuals a Catalunya, comporta el 5% de mortalitat durant el procés d'hospitalització, i el 20-25% al llarg de l'any següent a la fractura per complicacions derivades<sup>7,8</sup>. En el nostre entorn, els pacients de més edat tenen resultats pitjors de morbimortalitat, de tal manera que després dels 90 anys, la mortalitat intrahospitalària augmenta per sobre del 10% (20% als tres mesos), i el grau de dependència augmenta de manera molt significativa<sup>9</sup>. Els reumatismes inflamatoris, i sobretot l'artritis reumatoide, disminueixen també l'esperança de vida, ja que augmenten el risc de malaltia cardiovascular i d'infeccions greus<sup>10</sup>.

## 5.2. Impacte en la societat

Les malalties de l'aparell locomotor, per la seva alta prevalença i cronicitat, ocasionen un fort impacte sobre la societat, ja que s'associen a un important ús de serveis sanitaris i, quan afecten la població activa, ocasionen discapacitat per al treball, la qual cosa genera pèrdues de productivitat i costos socials i laborals molt elevats. Per altra banda, quan afecten persones d'edats avançades, generen dependència amb gran repercussió sobre l'atenció sanitària i sociosanitària.

### 5.2.1 Ús de serveis sanitaris

#### Atenció primària

Els problemes relacionats amb l'aparell locomotor són un dels motius més freqüents de consulta als equips d'AP (EAP). Segons dades de l'ESCA 2006, el 88% de persones que afirmen que pateixen qualsevol problema crònic relacionat amb l'aparell locomotor han consultat els dispositius d'AP en l'últim any (envers el 67,6% de les persones que no en presenten). Segons dades d'altres països, l'ús dels serveis d'atenció primària en relació amb problemes de l'aparell locomotor pot sobrepassar el 25% de les consultes<sup>11-13</sup>. No disposem de registres globals que analitzin l'activitat relacionada amb les diferents malalties de l'aparell locomotor realitzada a Catalunya en aquest nivell assistencial, però sí disposem d'estudis parcials.

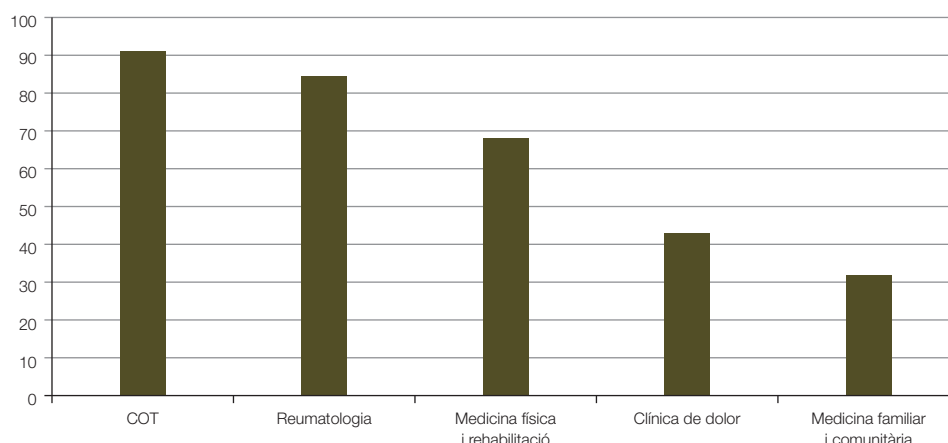
## 5. Anàlisi de la situació

Segons estudis de morbiditat realitzats a la zona del Baix Empordà, durant l'any 2008:

- D'una població de 125.000 habitants, 26.347 persones diferents (21% de la població) van contactar amb els serveis sanitaris per problemes relacionats amb l'aparell locomotor.
- 16.059 persones (12% de la població) van contactar amb l'atenció primària i 7.306 persones (5,8% de la població), amb l'atenció especialitzada ambulatoria.
- Van originar un total de 81.863 contactes distribuïts de la manera següent:
  - 37.015 visites a l'AP (45% dels contactes).
  - 15.656 visites a consulta externa d'especialitat (20% dels contactes).
  - La resta de contactes per motius relacionats amb l'aparell locomotor es van repartir entre: 8.161 urgències a l'AP; gairebé 3.970 urgències hospitalàries; més de 2.315 autoritzacions de rehabilitació, unes 754 intervencions quirúrgiques i 775 episodis d'hospitalització.
- En total, les 37.000 visites relacionades amb problemes musculoesquelètics de l'AP representen un 9% del total de l'activitat dels metges d'AP.
- Els motius de consulta més freqüents són els classificats com a: mal d'esquena (35% de les visites relacionades amb l'aparell locomotor); altres malalties del teixit connectiu (24%); l'artrosi (12%); altres trastorns no traumàtics d'articulacions (12%), l'osteoporosi (5%) i els reumatismes inflamatoris (4%) segons la classificació CIM-10-MC.

Per tant, i en coincidència amb altres dades publicades, el nivell de consulta més utilitzat per les persones amb problemes de l'aparell locomotor és el de l'AP<sup>14,6</sup>. La manca de dades globals al nostre país de l'activitat relacionada amb aquest grup de malalties va motivar que des del mateix Pla director es realitzés una enquesta d'opinió als professionals mèdics<sup>15</sup>. En aquesta enquesta, els metges d'AP valoren que el 32,5% del seu temps assistencial està dedicat a l'atenció de problemes relacionats amb l'aparell locomotor (gràfic 5).

Gràfic 5. Percentatge del temps dedicat a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor segons especialitat. Catalunya, 2009.



Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor (PDMRAL) 2010.

## 5. Anàlisi de la situació

### Atenció especialitzada

#### Utilització de serveis

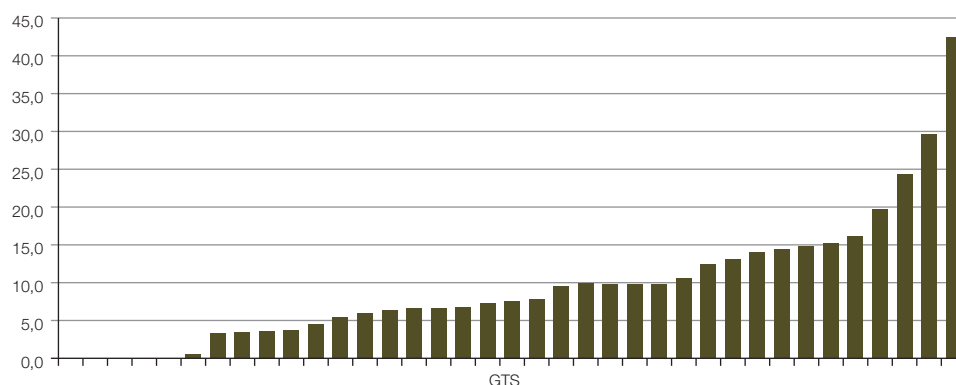
Per la seva alta prevalença, les malalties de l'aparell locomotor generen molta activitat a les diferents especialitats implicades. Segons l'EPISER<sup>6</sup>, en un any, el 69,7% de pacients havia consultat el metge de família; el 43,8%, l'especialista en cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT); el 8,1%, el reumatòleg; el 6,5%, el metge rehabilitador i el 9,2%, un servei d'urgències en relació amb un problema de l'aparell locomotor. Segons dades de l'ESCA 2006, el 53,3% de persones que afirmaven que patien qualsevol problema crònic relacionat amb l'aparell locomotor havien consultat els dispositius d'atenció especialitzada en l'últim any (envers el 28,2% de les persones que no en presenten) amb més utilització també d'altres professionals, com fisioterapeutes i acupuntors.

#### Oferta de serveis

La distribució geogràfica dels recursos humans a Catalunya és heterogènia, amb una tendència a la concentració de professionals a les àrees més poblades. Els recursos humans d'atenció especialitzada en el sector públic a Catalunya, segons el Programa per la coordinació del desenvolupament de les professions sanitàries de CatSalut (dades de 2008), mostren una plantilla total de personal equivalent a jornada completa (PPE) de 806 especialistes en COT, 706 dels quals depenen d'hospitals de la xarxa (SISCAT). Això representa una ràtio d'especialistes en COT d'1/10.000 habitants. Els especialistes en reumatologia equivalen a 116 especialistes PPE i representen una ràtio d'1/65.000 habitants. Les dades sobre metges especialistes en medicina física i rehabilitació (no inclou el personal dels centres adjudicatari de concurs) mostren un total de 169 metges PPE distribuïts a les diferents línies assistencials i 722 fisioterapeutes. Segons dades del Departament de 2010, hi ha un total de 129 metges anestesiòlegs que dediquen part o el total de la seva activitat a unitats del dolor a 41 hospitals del SISCAT.

Els desequilibris en l'oferta fan que la freqüentació a l'atenció especialitzada sigui molt variable en els diferents GTS en funció de la quantitat i de la proximitat de l'atenció especialitzada (gràfic 6 i gràfic 7).

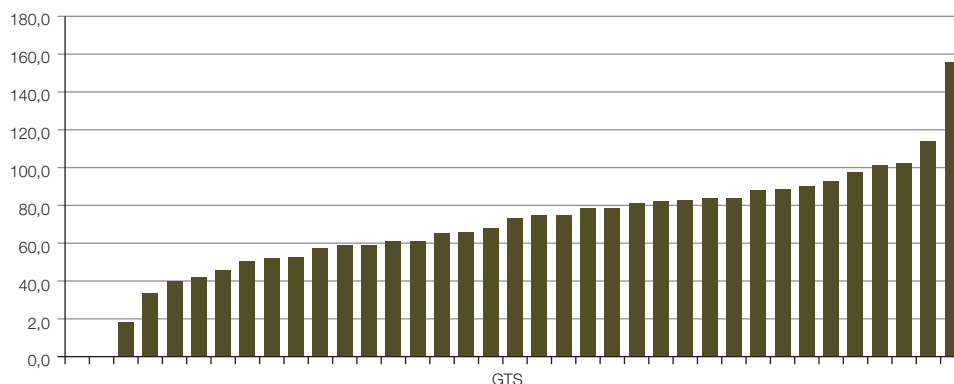
**Gràfic 6.** Distribució per governs territorials de salut de la freqüentació a l'especialitat de reumatologia (N de primeres visites per 1.000 habitants). Catalunya, 2009.



Font: Dades SIAP, Institut Català de la Salut 2009 i facturació CatSalut, 2009. Elaboració Gabinet Tècnic, DGPA.

## 5. Anàlisi de la situació

Gràfic 7. Distribució per governs territorials de salut de la freqüentació a l'especialitat de COT (N de primeres visites per 1.000 habitants). Catalunya, 2009.



Font: Dades SIAP, Institut Català de la Salut 2009 i facturació CatSalut, 2009. Elaboració Gabinet Tècnic, DGPA.

### Hospitalització d'aguts

L'activitat assistencial d'hospitalització relacionada amb les malalties reumàtiques de l'aparell locomotor es recull en el CMBD-AH sota l'epígraf "Malalties de l'aparell locomotor i el teixit connectiu", i una part d'elles, les fractures de maluc, sota l'epígraf "Lesions i emmetzinaments". Codificats en el primer epígraf hi ha més de 80.000 ingressos hospitalaris en el 2008 amb tendència creixent any rere any (taula 1).

Taula 1. Contactes hospitalaris i procediments quirúrgics corresponents a l'epígraf "Malalties de l'aparell locomotor i teixit connectiu". Catalunya, 2003-2008.

Contactes hospitalaris	2003 N (%)	2004 N (%)	2005 N (%)	2006 N (%)	2007 N (%)	2008 N (%)
Ingressos en hospitals aguts	65.192 7,6	69.389 7,9	72.929 8,1	74.870 8,2	77.163 8,1	82.458 8,5
Procediments quirúrgics	94.706 14	102.033 14,5	106.806 14,9	109.655 14,9	113.204 14,7	118.101 12,2

Font: CMBD-AH, 2003-2008.

Les categories diagnòstiques més freqüents dins del primer epígraf són l'artrosi i les malalties del teixit connectiu. Els procediments quirúrgics del sistema musculoesquelètic a Catalunya van ser un total de 118.101 l'any 2008, la qual cosa representava el 12,2% del total d'intervencions en hospitalització convencional. Els més freqüents van ser els relacionats amb les conseqüències de l'artrosi i l'osteoporosi. L'artroplàstia de genoll va ocasionar 14.132 intervencions el 2008, i és el segon tipus d'intervenció més freqüent, darrere de la cesària en el règim d'hospitalització convencional. Segons el CMBD-AH, l'artroplàstia de maluc va motivar 8.655 intervencions (5è procediment), de les quals 2.867 van ser degudes al tractament de fractures del coll del fèmur. La fractura de maluc va motivar, en total, 7.588 episodis de cirurgia (6è procediment).

L'ingrés per fractura de maluc, que majoritàriament és de causa osteoporòtica (taula 2), ocasiona una mica més de 9.000 ingressos cada any. Aquesta és la categoria diagnòstica amb una edat mitjana més alta (80,3 anys).

## 5. Anàlisi de la situació

Taula 2. Ingressos per fractura de maluc en hospitals d'aguts i altres recursos socio-sanitaris. Catalunya, 2006-2008.

	2006	2007	2008
Ingressos per fractura de maluc (hospitals d'aguts)	9.095	9.441	9.337
Unitats de llarga estada	525	519	600
Unitats de convalsència	2.569	2.527	2.634
UFISS	2.258	2.123	3.011

Font: CMBD-AH i SS, 2006-2008.

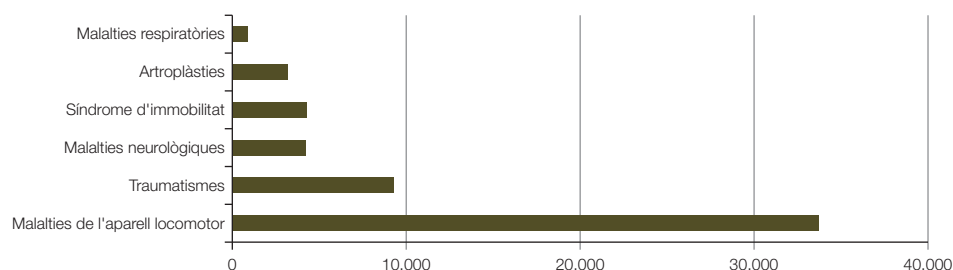
### Atenció socio sanitària

Durant l'any 2008, la tercera part de tots els ingressos estaven relacionats amb les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. La fractura de maluc va ser la primera causa d'ingrés a unitats de convalsència i a les UFISS. Les malalties relacionades amb l'aparell locomotor representen a prop del 20% del total de l'activitat de les UFISS.

### Rehabilitació

Aproximadament el 50% de tota la rehabilitació ambulatoria i domiciliària que es realitza a Catalunya s'ofereix en els centres adjudicatari del concurs del CatSalut. El 60% d'aquesta activitat va dirigida a les malalties musculoesquelètiques no traumàtiques. Al gràfic 8 s'observa com es reparteix aquesta activitat entre diferents grups sindròmics, entre els quals predominen les malalties de l'aparell locomotor.

Gràfic 8. Nombre de processos per grans grups sindròmics atesos a rehabilitació ambulatoria i domiciliària en centres adjudicatari del concurs del CatSalut. Catalunya, 2007.



Font: Contracte de rehabilitació. Servei Català de la Salut. 2007.

### 5.2.2. Salut laboral

Els problemes de l'aparell locomotor tenen una gran repercussió quan afecten persones en edat laboral, ja que, a banda del cost directe associat a la mateixa malaltia, comporten un cost individual i social per la discapacitat laboral que generen.

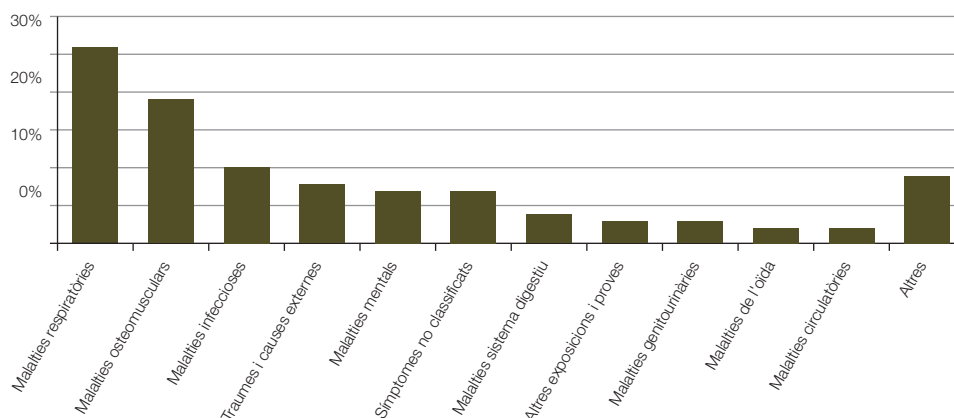
Les malalties de l'aparell locomotor són una de les principals causes de malalties professionals. Les malalties professionals reconegudes en el Sistema Nacional de la Seguretat Social estan descrites als annexos del Reial decret 1299/2006. Aquest Reial decret es va promulgar amb la finalitat d'actualitzar el sistema de notificació i registre existent per a malalties professionals i, alhora, adequar el quadre de malalties als processos productius. Les malalties professionals osteomusculars estan agrupades sota els conceptes de malalties produïdes per agents físics, com vibracions mecàniques, i les provocades per postures forçades i moviments repetitius. Per la seva etiologia multifactorial més complexa, alguns processos, com pot ser la lumbàlgia, no estan reconeguts com a malaltia professional i, quan es produeixen en l'entorn laboral sense cap

## 5. Anàlisi de la situació

altra causa patològica associada, es reconeixen com a accident de treball. Els especialistes en medicina del treball, així com la resta de professionals dels serveis de prevenció de riscos laborals, són responsables de la prevenció de lesions i la promoció d'hàbits saludables en l'entorn laboral. L'atenció de les malalties professionals, i les incapacitats temporals (IT) que se'n deriven, corresponen a les Mutualitats d'Accident del Treball i Malalties Professionals de la Seguretat Social, llevat de pactes específics com el que promou l'Acord marc entre el Ministeri de Treball i Immigració i el Departament de Salut en aquesta matèria. Els problemes musculoesquelètics són la causa principal de malaltia professional (75% dels casos a Catalunya en el 2008) i d'IT associada a malaltia professional (aproximadament el 78% dels 2.836 casos d'IT per malaltia professional o accident de treball declarats a Catalunya l'any 2008). Els problemes tendinosos i de parts toves per postures forçades i moviments repetitius (bursitis, entesitis d'espatlla, colze, mà i altres localitzacions) són els més destacats del grup de malalties professionals. A Catalunya ha disminuït considerablement aquests últims anys la declaració de malalties professionals, declaració que en general està per sota de la seva incidència real a tot l'Estat<sup>16</sup>. Aquest fet és degut a factors relacionats amb el canvi en la normativa sobre el procés de la declaració. Aquesta manca de declaració, a més de sobrecarregar els dispositius d'atenció a la malaltia comuna, impedeix l'exercici dels drets dels treballadors i les treballadores i limita l'acció preventiva a les empreses.

L'atenció sanitària a les persones en edat laboral amb problemes relacionats amb l'aparell locomotor no catalogats com a malaltia professional (que són la majoria) recau en els dispositius del sistema sanitari d'ús públic. Quan ocasionen un procés de baixa laboral s'anomena IT per contingència comuna. Aquest grup de malalties van ocasionar 199.770 episodis d'IT per contingència comuna l'any 2009 (19,5% del total d'IT), i es va situar com a segona causa en nombre de baixes (gràfic 9). Els motius més freqüents d'IT per contingència comuna dins de l'aparell locomotor són el mal d'esquena (61,6%), les artropaties (11%) i les tendinitis per sobrecàrrega i altres (9%). Tanmateix, com que són els processos d'IT amb la durada mitjana més llarga (superior als 17 dies en més de la meitat dels casos), se situen com a primera causa de dies de treball perduts, amb 9,7 milions de dies (28% del total de dies perduts per IT a Catalunya) l'any 2009, seguit de les malalties mentals i del comportament (18% de dies perduts).

Gràfic 9. Distribució dels grans grups diagnòstics causants d'incapacitat temporal (IT) per contingència comuna. Catalunya, 2009.



Font: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.3. Característiques específiques de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

#### 5.3.1. Mal d'esquena

##### Definició

El mal d'esquena més freqüent és el dolor lumbar o lumbàlgia, definit com aquell dolor que es localitza entre la regió inferior de les últimes costelles i el plec inferior de la regió glútia, amb o sense irradiació a extremitats inferiors.

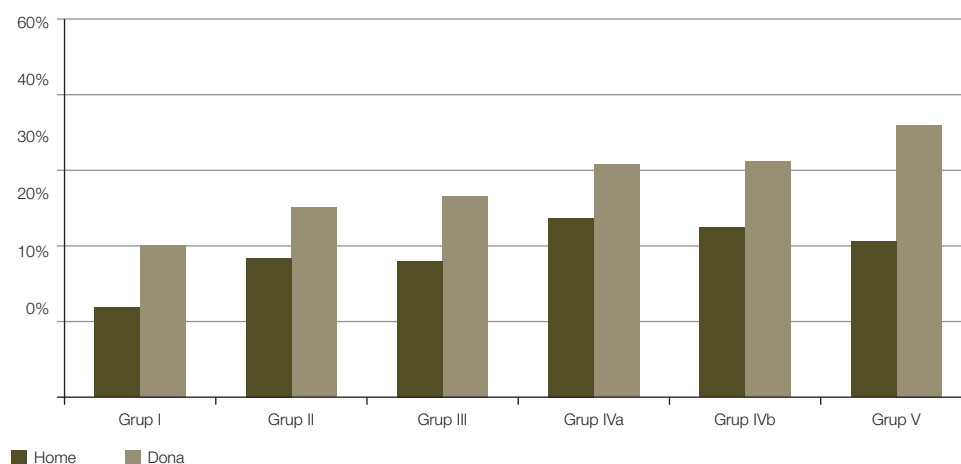
El dolor lumbar pot ser el resultat de la presència d'artrosi o espondilosi vertebral, d'anomalies de la posició de la columna o de deformitats d'origen traumàtic entre altres, encara que hi ha factors en l'estil de vida de l'individu que tenen importància en el desenvolupament i el pronòstic del dolor lumbar, i la consegüent discapacitat. Els factors de risc individuals que s'associen a l'aparició del dolor lumbar són l'edat, el tabaquisme, la forma física (especialment la tonificació de la musculatura abdominal), la sobrecàrrega física, relacionada o no amb el treball, i factors psicosocials com l'estrès, l'ansietat, l'estat d'ànim i les estratègies d'afrontament envers el dolor. Entre els factors laborals tenen un paper important les condicions o situacions que comporten manipulació de pesos, les vibracions i les postures forçades (flexió o torsió del cos), així com les relacionades amb la monotonia, la insatisfacció laboral i la manca de suport social. Entre els factors que afavoreixen la cronificació es troben l'obesitat, el nivell cultural baix, l'existència de trastorns afectius o somatitzacions, així com la insatisfacció laboral i les baixes laborals perllongades.

En el diagnòstic de la lumbàlgia cal considerar que el 5% de casos estan produïts per malalties potencialment greus<sup>17</sup> com càncer, fractura vertebral, infecció, espondiloartròpaties o aneurisma d'aorta, entre d'altres, amb diferents graus de gravetat i en els quals és molt important arribar precoçment al diagnòstic.

##### Epidemiologia

El mal d'esquena representa el primer problema de salut crònic de la població, i afecta el 34% de les dones i el 24% dels homes. S'observa un gradient de classe social i en el nivell d'estudis, amb més afectació entre les classes desfavorides (gràfic 10).

Gràfic 10. Percentatge de persones que declaren mal d'esquena lumbar a la població de 15 anys i més segons classe social i sexe. Catalunya, 2006.



**Grup I:** directius de l'Administració pública i empreses de 10 o més assalariats. Professions associades a titulació universitària de segon i tercer cicle. **Grup II:** artistes i esportistes. Directius d'empreses de menys de 10 assalariats. Professions associades a titulació universitària de primer cicle. Tècnics i professionals de suport. **Grup III:** personal administratiu, serveis de suport a gestió financera. Treballadors de serveis personals i de seguretat. Treballadors per compte propi. Supervisors de treballadors manuals. **Grup IVa:** treballadors manuals qualificats. **Grup IVb:** treballadors manuals semiqualicats. **Grup V:** treballadors no qualificats (Classificació de la Societat Espanyola d'Epidemiologia en base a la Classificació Nacional d'Ocupació).

Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

## 5. Anàlisi de la situació

La lumbàlgia altera significativament la salut autopercebuda, que és considerada com a regular o dolenta pel 32,8% dels homes i pel 53,8% de les dones. També és la primera causa de restricció de l'activitat (6% de la població), referida pel 31,7% de les persones amb lumbàlgia, davant del 12,1% de la població sense lumbàlgia.

### Repercussions del mal d'esquena sobre els serveis sanitaris

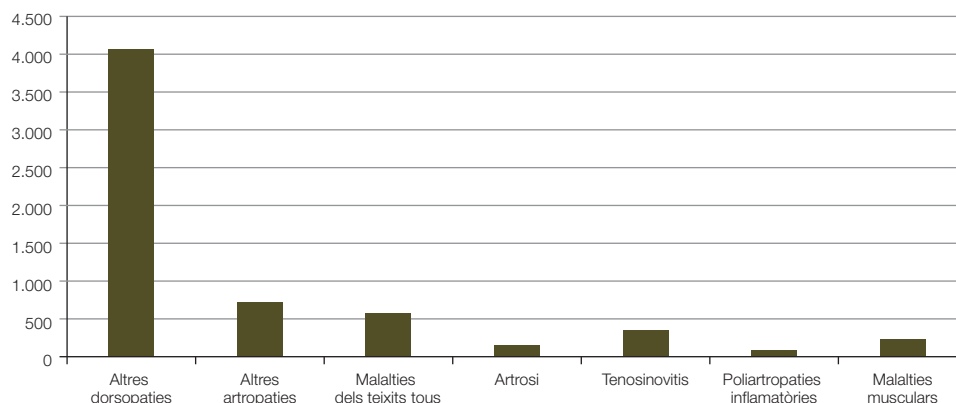
Les persones amb lumbàlgia consumeixen més recursos que les que no presenten aquest problema. Segons l'ESCA 2006, entre les persones que declaren tenir mal d'esquena crònic lumbar o dorsal en el curs de l'últim any, el 82,3% han contactat amb el metge de capçalera (envers el 68% del grup sense lumbàlgia) i el 44,4%, amb un especialista (29,5%). D'aquests, el 78,2% han consultat el metge de la sanitat pública; el 10%, el metge d'una assegurança individual i el 3,2%, la mútua d'assegurança laboral. També aquest grup amb mal d'esquena crònic lumbar o dorsal ha utilitzat més els serveis d'infermeria, fisioteràpia, psicologia, psiquiatria, homeopatia, osteopatia, medicina naturista i acupuntura. Segons l'enquesta realitzada des del Pla director, la lumbàlgia és el primer motiu de consulta per als metges de família, els rehabilitadors, els especialistes en dolor i també per als reumatòlegs, i el segon motiu per als especialistes de COT<sup>15</sup>.

En patologies de raquis complexos, hi ha una gran variabilitat en l'abordatge clínic, tant en el tipus d'especialista que atén el malalt, com en les indicacions de les exploracions complementàries, els programes de tractament i rehabilitació, les indicacions quirúrgiques i els procediments que es porten a terme.

### Repercussions laborals del mal d'esquena

A Catalunya les malalties osteomusculars, tal com s'ha comentat, són la segona causa d'IT per contingència comuna (20% del total d'episodis d'IT el 2009), i el mal d'esquena (grup diagnòstic "altres dorsopaties" a la classificació de l'ICAM) és la causa del 61,6% de tot aquest grup d'IT (gràfic 11). Globalment, les malalties osteomusculars són la primera causa de dies perduts a la feina (9,7 milions de dies, que representen un 28% del total el 2009).

Gràfic 11. Incidència acumulada per 100.000 treballadors d'incapacitat temporal per contingència comuna (IT) per malalties relacionades amb l'aparell locomotor per grup diagnòstic. Catalunya, 2007-2009.



Font: Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM).

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.3.2. Artrosi

#### Definició

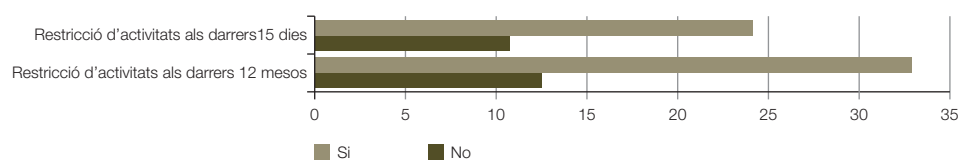
L'artrosi és una malaltia que es caracteritza per la pèrdua progressiva del cartílag articular amb graus variables d'hipertròfia òssia i inflamació en l'articulació. Comporta diferents nivells de dolor i de limitació de la mobilitat articular. Qualsevol articulació sinovial pot estar afectada per l'artrosi i, quant a articulacions perifèriques, les articulacions afectades més sovint són les de les mans, els genolls i els malucs. Els factors de risc relacionats amb l'artrosi són múltiples; entre ells els genètics, els constitucionals (edat avançada, sexe femení, obesitat i massa òssia alta) i els locals (traumatismes, activitat esportiva, alteració de l'estàtica, atròfia muscular i laxitud articular). El pronòstic és variable en funció de la localització i de les característiques personals; així, l'artrosi de mans té un pronòstic més favorable, ja que en molts casos els símptomes milloren amb els anys; la de genolls té un pronòstic molt variable i la coxartrosi té un pronòstic dolent en la majoria dels casos.

#### Dades epidemiològiques de l'artrosi

L'artrosi és la malaltia articular més freqüent i la principal causa de discapacitat entre la població de més de 65 anys en el nostre país<sup>18</sup>. El dolor, la rigidesa, la deformitat i la pèrdua de funció són les conseqüències clíniques de l'artrosi simptomàtica. Atès que la correlació entre els símptomes i els canvis estructurals i radiològics de l'artrosi és baixa, la prevalença varia molt en funció de si s'utilitzen criteris clínics o radiològics per definir els casos. Al voltant de la meitat de la població adulta de més de 50 anys mostra signes radiològics d'artrosi de genolls<sup>19</sup>, i és més freqüent en dones, sobretot a partir dels 55 anys<sup>6</sup>. La prevalença de l'artrosi i l'alt grau de discapacitat que ocasiona augmenten amb l'edat. Es calcula que aquest fet associat a l'increment de l'expectativa de vida farà que l'any 2020 l'artrosi sigui la quarta causa de discapacitat al món<sup>20</sup>.

Segons dades de l'ESCA 2006, i com en totes les malalties cròniques de l'aparell locomotor, la freqüència és superior en dones, existeix un gradient de classe social i de nivell educatiu, i la restricció d'activitats en els últims 12 mesos i 15 dies és superior entre els qui declaren artrosi, artritis o reumatisme que entre els qui no (gràfic 12).

**Gràfic 12.** Percentatge de persones de 15 anys o més amb restricció de les activitats habituals en els últims 15 dies i 12 mesos segons si han declarat o no artrosi, artritis o reumatisme. Catalunya, 2006.



Font: Enquesta de salut de Catalunya (ESCA), 2006.

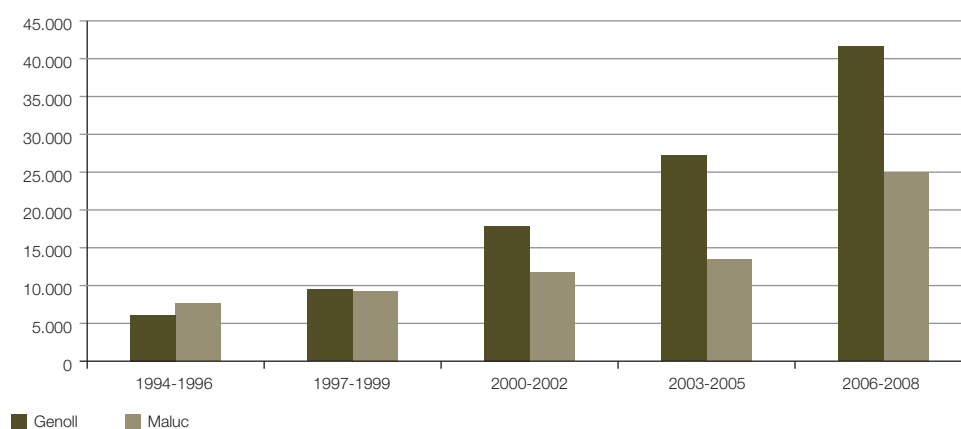
#### Artroplàsties

Les intervencions per aplicació de pròtesis de maluc i genoll es realitzen sobretot per al tractament de l'artrosi avançada, i són dels procediments quirúrgics més freqüents a Catalunya. Entre el 1994 i el 2008 les artroplàsties de maluc van passar de 4,1 a 11,5 intervencions / 10.000 habitants i les artroplàsties de genoll van mostrar un augment més marcat, passant de 2,6 a 18,8 intervencions / 10.000 habitants (gràfic 13). Al darrer trienni, però, el nombre d'intervencions de pròtesi de maluc i genoll s'ha estabilitzat en aproximadament 8.000 intervencions d'artroplàstia de maluc i 14.000 de

## 5. Anàlisi de la situació

genoll anuals. De totes maneres, en l'anàlisi d'aquesta activitat corresponent a la cirurgia protètica de maluc, cal tenir present que una tercera part de les pròtesis de maluc s'apliquen no per al tractament ortopèdic dels problemes d'aquesta articulació (principalment l'artrosi), sinó per al tractament d'un procés traumàtic (la fractura subcapital de fèmur sobretot). El perfil dels pacients sotmesos a intervenció ha anat variant amb un augment de l'edat mitjana i de la comorbiditat associada. L'ús de recursos socio-sanitaris, complementaris al procés d'hospitalització per aquest tipus de cirurgia, ha augmentat de manera exponencial a l'hora que ha disminuït l'estada mitjana en l'hospitalització d'aguts. Es preveu per als propers anys un augment significatiu de la cirurgia per recanviar la pròtesi.

Gràfic 13. Evolució per triennis del nombre d'intervencions per artroplasties totals de maluc i genoll. Catalunya, 1994-2008.



Font: CMBD-AH 1994-2008.

### 5.3.3. Osteoporosi

#### Definició

L'osteoporosi és la malaltia metabòlica òssia més freqüent i es caracteritza per una pèrdua de massa òssia i una alteració de la microarquitectura de l'os, que comporta una alteració de la resistència òssia amb augment del risc de fractures. La manifestació clínica més important de l'osteoporosi són les fractures. Tot i que poden presentar-se a qualsevol os, són especialment freqüents les de la part proximal del fèmur o fractura de maluc, les vertebrals i les de terç distal de radi. Hi ha una sèrie de factors de risc reconeguts afavoridors de l'osteoporosi. Entre aquests, s'hi troben factors genètics, el baix índex de massa corporal, determinades alteracions hormonals (pèrdua precoç de la funció ovàrica, edat tardana d'inici de menstruació, entre d'altres), algunes malalties (com, per exemple, tirotoxicosi, artritis reumatoide, malaltia de Cushing) i el tractament amb determinats fàrmacs (corticoides, heparina). També hi ha risc associat a la ingesta excessiva d'alcohol, al tabaquisme i al sedentarisme.

#### Prevalença i afectació de la qualitat de vida de les persones afectades per l'osteoporosi

Segons l'estudi EPISER, la prevalença de l'osteoporosi a l'Estat espanyol és del 3,4% (IC95%: 2,6-4,2) en població adulta de més de 20 anys d'ambdós sexes, i del 12,73% (IC95%: 10,92-14,54)<sup>6</sup> en les dones. Aquesta prevalença augmenta exponencialment amb l'edat, i arriba a ser superior al 40% en dones de més de 70 anys. Segons dades de l'ESCA 2006, l'osteoporosi la declaren el 5,6% de la població adulta catalana, entre

## 5. Anàlisi de la situació

la qual el 87,2% són dones amb una edat mitjana de 68,12 anys. S'observa un gradient social, amb més afectació entre les dones de classes desfavorides i entre les que no tenen estudis o, com a màxim, tenen estudis primaris. Entre les persones, tant homes com dones, que declaren tenir osteoporosi, l'estat de salut és majoritàriament considerat com a regular o dolent, amb una mitjana en l'escala visual analògica de 49,33 entre 0 (el pitjor estat de salut) i 100 (el millor estat de salut). Les persones amb osteoporosi presenten de manera significativa una restricció de l'activitat tant en els últims 12 mesos com en els últims 15 dies després d'ajustar per edat i sexe.

### Fractures osteoporòtiques

Entre els anys 2000 i 2002 i segons un estudi comparatiu basat en dades extretes de CMBD-AH<sup>21</sup>, la taxa bruta de fractura de maluc era de 511 per 100.000 persones majors de 65 anys a l'Estat espanyol i de 639 per 100.000 a Catalunya. Aquestes mateixes taxes, ajustades per edat, eren de 503 i 623 per 100.000 habitants majors de 65 anys respectivament a Espanya i Catalunya (taula 3). Cal destacar que a Catalunya s'observava una de les taxes més altes de fractura de fèmur en comparació d'altres comunitats autònomes. No hi ha una explicació clara d'aquestes diferències territorials<sup>22</sup>, identificades també en altres països.

**Taula 3.** Taxa d'incidència de fractura de maluc a Espanya en pacients ≥ 65 anys / 100.000 habitants (ajustada per edat). Anys 2000-2002.

	Homes	Dones	Ambdós sexes
Melilla	600	830	735
<b>Catalunya</b>	<b>345</b>	<b>822</b>	<b>623</b>
Castella-la Manxa	290	828	589
València	317	766	575
Múrcia	287	774	567
Andalusia	291	753	559
La Rioja	281	764	556
Aragó	251	752	533
Navarra	240	716	514
Madrid	253	665	499
Ceuta	274	659	498
Illes Balears	260	659	488
Extremadura	238	653	476
Cantàbria	215	612	449
País Basc	239	555	427
Astúries	206	519	391
Castella i Lleó	175	503	360
Illes Canàries	172	453	331
Galícia	152	435	317
Total	262	678	503

Font: Álvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone* 2008; 42 (2): 278-85.

L'any 2008 a Catalunya es van enregistrar 9.337 ingressos codificats en l'epígraf de fractura de coll de fèmur del CMBD-AH, cosa que va representar una taxa bruta de 701 fractures de fèmur en persones majors de 65 anys per 100.000 habitants. La gran majoria d'aquestes fractures corresponen a fractures osteoporòtiques de maluc. Gairebé la totalitat requereixen cirurgia, amb una mortalitat hospitalària del 5%, i una mortalitat als 3 anys del 40% amb un excés d'un 24% de mortalitat respecte a un grup control<sup>23</sup>. La fractura de fèmur té repercussions funcionals i psicològiques rellevants sobre l'individu que la pateix, que en la majoria dels casos perd la capacitat per mantenir una vida independent<sup>24</sup>.

## 5. Anàlisi de la situació

Les fractures vertebrals són el tipus de fractura osteoporòtica més freqüent<sup>25</sup>. Més de la meitat d'aquestes fractures passen desapercebudes i no motiven una consulta mèdica, però les més greus provoquen dolor intens amb pèrdua de funció significativa. Al voltant d'un 20% de les fractures simptomàtiques vertebrals són causa d'ingrés hospitalari, amb una mortalitat del 3,5% durant l'ingrés<sup>7</sup>, amb augment de la mortalitat subseqüent<sup>26</sup> i amb importants seqüeles funcionals i sobre la qualitat de vida<sup>27</sup>. La fractura de terç distal del radi és la fractura osteoporòtica que es presenta en dones més joves. Encara que és menys freqüent que la vertebral i que només un 20% d'aquestes fractures motiven l'ingrés hospitalari, la seva presència a la postmenopausa pot ser un indicador d'una osteoporosi subjacent<sup>28</sup>. Qualsevol persona que pateix una fractura osteoporòtica està sotmesa a un alt risc de presentar-ne de noves<sup>26</sup>.

### Utilització de recursos socio-sanitaris

La fractura osteoporòtica, especialment la de maluc, és la primera causa d'ingrés en unitats de convalsència i d'atenció en les UFISS (unitats funcionals interdisciplinàries socio-sanitàries) i ocasiona sovint ingressos en centres de llarga estada. El destí en rebre l'alta després de l'atenció en les UFISS, en una àrea de Barcelona dependent de l'Hospital de l'Esperança, va ser, en un 65% de casos, el domicili; en un 5%, les unitats de llarga estada, i en un 20-25%, les unitats de convalsència. Al cap d'un any de la fractura, al voltant del 50% de les persones resten amb un grau més o menys important de dependència<sup>24</sup>.

### 5.3.4. Artritis cròniques

#### Definició

Les artritis cròniques són malalties que afecten les articulacions i els teixits periarticulars, produint-hi inflamació crònica que causa dolor, rigidesa i imпотència funcional. Sovint condicionen una destrucció articular i porten a diferents graus d'invalidesa. L'artritis és un símptoma compartit per un ampli grup de malalties. Entre elles, la més important, per la seva gravetat, és l'artritis reumatoide. El curs de la malaltia és variable però la majoria de les vegades és persistent i progressiu<sup>29</sup>, té un inici insidiós i no és infreqüent que s'endarrereixi molt temps el seu diagnòstic. La destrucció articular se sol instaurar en les primeres fases de la malaltia i als dos anys del seu diagnòstic el 70% dels pacients presenten lesions radiològiques de destrucció articular<sup>30,31</sup>.

#### Epidemiologia de les artritis cròniques

Segons l'estudi EPISER<sup>6</sup>, l'artritis reumatoide té una prevalença del 0,5-0,8%. Aquesta prevalença no varia gaire entre diferents països<sup>32</sup>. És més freqüent en dones (3/1) i augmenta amb l'edat. L'espondilitis anquilosant, un altre reumatisme crònic, té una prevalença del 0,2-1% i l'artritis psoriàsica, de l'0,5% en la població adulta. Encara que no disposem de dades d'incidència de l'artritis reumatoide al nostre àmbit; segons dades de països del nostre entorn, aquesta està al voltant de 8,8 nous casos per 100.000 habitants cada any<sup>33</sup>.

#### Discapacitat i mortalitat en les artritis cròniques

L'artritis reumatoide és el paradigma de malaltia articular inflamatòria crònica i destructiva. L'afectació sobre la capacitat funcional que ocasiona és tan important que entre el 15% i el 20% dels pacients necessitaran artroplàstia de substitució articular en un temps de 5 anys<sup>34</sup>. Als deu anys de l'inici de la malaltia, més del 50% dels pacients pateixen una discapacitat greu i als quinze anys només un 40% pot continuar treballant<sup>35</sup>. Els costos directes i indirectes que ocasiona són elevats, especialment quan debuta en gent jove. El bon control de la malaltia és necessari per aconseguir un millor pronòstic funcional amb millor qualitat de vida i per aquest motiu els nous tractaments

## 5. Anàlisi de la situació

biològics, fàrmacs que bloquegen la resposta inflamatòria d'una manera ràpida i sostinguda, tot i tenir un preu elevat, són eficients en determinats pacients<sup>36</sup>.

La mortalitat associada a l'artritis reumatoide és superior a la de la població general, està directament relacionada amb la gravetat de la malaltia i ha canviat poc al llarg del temps<sup>10</sup>.

### 5.3.5. Reumatismes extraarticulars o de parts toves

#### Definició i epidemiologia

Sota aquest concepte s'hi inclouen les múltiples malalties que afecten les estructures situades al voltant de les articulacions, com tendons, lligaments, bosses seroses, èntesis (lloc d'unió del tendó a l'os), beines tendinoses o fàscies. Els principals símptomes són dolor i limitació funcional. Entre ells, l'afectació de l'espatlla és la més freqüent i el 40% de les persones presentarà dolor en aquesta localització en algun moment de la seva vida. L'espatlla dolorosa té una evolució desfavorable en molts pacients, tant per cronificació dels símptomes com per episodis recurrents, i després dels sis mesos la recuperació total només es dona en el 50% dels casos i en el 60% a l'any. Com que es tracten en molts casos de persones en edat activa, aquests processos condicionen freqüentment incapacitat laboral i invalidesa tant per malaltia professional com per contingència comuna.

Aquests processos són en general molt prevalents, però la seva epidemiologia està poc estudiada. En un estudi realitzat a Astúries, es va determinar que aquests reumatismes afectaven el 19,8% de la població estudiada i eren la patologia més prevalent després de l'artrosi<sup>14</sup>. Altres estudis epidemiològics a països d'Europa mostren dades similars<sup>37</sup>.

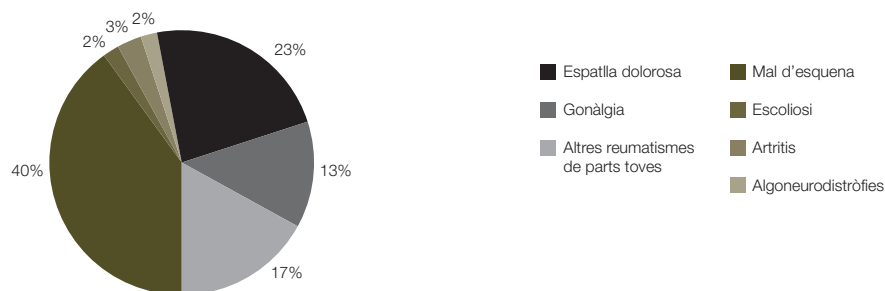
#### Repercussions laborals i en la utilització dels serveis sanitaris

Els reumatismes de parts toves són la causa més freqüent d'IT per contingència laboral i la segona causa, dins l'epígraf d'aparell locomotor, per contingència comuna.

Són un motiu molt freqüent de consulta a diferents dispositius assistencials, com serveis d'urgències, consultes a l'atenció primària i especialitzada. En concret, l'espatlla dolorosa és la tercera causa de consulta a l'AP dins del grup de malalties de l'aparell locomotor, i un 1% de la població consulta cada any a l'AP per un episodi d'espatlla dolorosa<sup>38</sup>. Aquestes malalties representen del 15% al 30% de les consultes ambulatories de reumatologia segons l'estudi EPIDOR<sup>39</sup>.

Aquests processos consumeixen una alta proporció dels recursos de rehabilitació al nostre país. El 2007, el 23% dels processos de rehabilitació ambulatoria i domiciliària a centres adjudicatari del CatSalut van ser motivats per espatlla dolorosa i el 17%, per altres reumatismes de parts toves (gràfic 14). Els reumatismes de parts toves junt amb el mal d'esquena motiven un de cada dos processos de rehabilitació ambulatoria en la nostra població.

Gràfic 14. Principals grups diagnòstics de l'activitat de rehabilitació ambulatoria i domiciliària relacionada amb l'aparell locomotor. Catalunya, 2007.



Font: Contracte de rehabilitació. Servei Català de la Salut.

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.3.6. Fibromiàlgia

#### Definició

La fibromiàlgia és una síndrome clínica caracteritzada per dolor crònic generalitzat, no articular, que predomina als músculs i al raquis, amb presència d'una hipersensibilitat local a la pressió en múltiples punts predefinits sense base estructural encara definida. A més a més del dolor, altres símptomes molt freqüents són el cansament, els trastorns de la son i de l'estat d'ànim, la cefalea, les parestèsies o el còlon irritable, entre d'altres. L'etiopatogènia d'aquesta síndrome no està suficientment aclarida, però sembla que podria existir una hiperalgèsia per alteració en les vies conductores i centres del dolor.

#### Epidemiologia

Segons les dades de l'estudi EPISER<sup>6</sup>, la prevalença estimada de la fibromiàlgia a la població espanyola de més de 20 anys és del 2,4%, amb una relació dona-home de 21 a 1. Segons el mateix estudi, la fibromiàlgia és relativament infreqüent abans dels 40 anys i després dels 80, i té el seu pic de prevalença entre els 40 i els 49 anys. La fibromiàlgia té molt impacte en la qualitat de vida relacionada amb la salut<sup>40</sup> i una part de les persones afectades presenten repercussió en la capacitat física, l'activitat intel·lectual, les relacions personals, l'estat emocional, la salut mental i la carrera professional<sup>41</sup>.

#### Ús dels serveis sanitaris

La fibromiàlgia és un motiu freqüent de consulta als serveis de salut. Així, al voltant del 5% de les visites a l'AP i del 12% a l'especialista en reumatologia són motivades per aquest problema de salut. La fibromiàlgia no té actualment un tractament eficaç, encara que s'ha demostrat que la combinació de diverses estratègies d'abordament farmacològic, psicoterapèutic i rehabilitador poden donar bons resultats en determinats casos<sup>42-45</sup>.

#### Iniciativa legislativa popular

El maig de 2008, a conseqüència de la presentació d'una iniciativa legislativa popular, el Parlament de Catalunya va aprovar una resolució que instava el Govern a implantar un protocol d'actuació per a la fibromiàlgia i el desenvolupament d'unitats hospitalàries especialitzades (UHE) amb una accessibilitat garantida. La posterior ordre de la consellera, publicada al DOGC (annex 2), regula l'àmbit territorial d'atenció, el personal i el funcionament d'aquestes unitats.

### 5.4. Anàlisi econòmica

Els costos sanitaris directes generats per aquestes malalties a Catalunya estan al voltant dels 422 milions d'euros l'any 2008, cosa que representa un 5,6% del pressupost global del CatSalut. Aquests costos es deriven de l'atenció hospitalària (50,1%), de l'AP (28,5%) i de la despesa farmacèutica (21,4%)<sup>46</sup>.

Per altra banda, els costos indirectes deguts a la pèrdua de productivitat i als costos socials i familiars que generen aquests processos són difícils de quantificar. L'any 2004, el cost indirecte per pèrdua de productivitat total causat per les malalties a Catalunya va superar els 7.400 milions d'euros, la qual cosa representava el 4,7% del PIB de Catalunya i va ser superior al pressupost sanitari públic del mateix any<sup>47</sup>. Segons aquesta aproximació, el 39,1% de les pèrdues de productivitat per invalidesa permanent (1.355 milions d'euros el 2004) es relacionarien amb les malalties del sistema osteomuscular i del teixit connectiu. Segons dades de l'ICAM, ja comentades anteriorment, les malalties musculoesquelètiques són la primera causa de dies de treball perduts per incapacitat temporal a Catalunya, equivalents a 26.573 anys productius. Això representa una pèrdua productiva superior als 500 milions d'euros a Catalunya (any 2009), i significa un cost de 158 euros per treballador ocupat i any.

## 5. Anàlisi de la situació

### 5.5. Anàlisi del funcionament dels serveis sanitaris

En l'atenció dels pacients amb problemes relacionats amb l'aparell locomotor, hi intervenen els diferents nivells assistencials i professionals de diferents disciplines com metges d'AP, reumatologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia, rehabilitació, unitats de dolor, medicina interna, neurocirurgia, ginecologia, infermeria, fisioteràpia, podologia, psicologia i teràpia ocupacional. La diversitat de professionals, la manca d'un rol ben definit per a cada especialitat i l'escassa coordinació que existeix entre nivells assistencials són factors que intervenen de manera clarament negativa sobre la capacitat del sistema de donar una resposta ràpida i eficaç a aquests processos. El resultat comporta fluxos no adequats de pacients entre diferents especialitats i nivells assistencials, duplicacions de visites i d'exploracions complementàries i demores innecessàries. Atesa la manca de dades objectives per mesurar aquesta situació, el Pla director va realitzar una enquesta per recollir dades sobre l'organització dels diferents dispositius i la coordinació entre professionals i nivells<sup>15</sup>. Algunes d'aquestes dades s'utilitzen per complementar aquesta anàlisi de la situació.

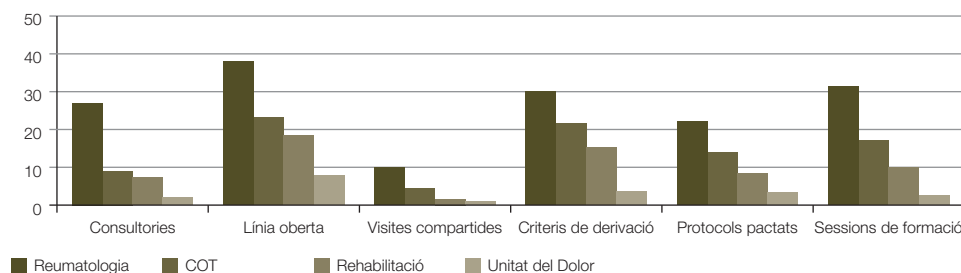
#### Atenció primària

La patologia de l'aparell locomotor representa a Catalunya un alt percentatge de l'activitat que es fa a l'AP. A l'enquesta del Pla director, els metges d'AP refereixen una dedicació del 32,5% del temps assistencial a aquest grup de malalties, i que el 90% dels processos prevalents i de baixa complexitat (com per exemple l'artrosi i el mal d'esquena) es resolen a l'AP, mentre que les malalties d'alta complexitat com les artritis es deriven en el 80% dels casos als serveis de reumatologia. L'experiència i la capacitat resolutiva dels metges de família en aquest camp és molt heterogènia i existeix molta variabilitat en les derivacions al nivell especialitzat.

L'equip d'infermeria d'AP, en general, intervé poc en aspectes de promoció, prevenció i educació en patologies tan prevalents com la lumbàlgia, la fibromiàlgia, l'artrosi o l'osteoporosi, a diferència del que es fa en altres malalties cròniques com la diabetis, l'obesitat o la hipertensió arterial.

El suport i el contacte dels especialistes de l'aparell locomotor pel que fa als equips d'AP és molt divers en el territori com a resultat d'iniciatives locals amb diferents models de relació entre nivells. L'enquesta impulsada pel Pla director ha recollit informació específica sobre els mecanismes de coordinació que actualment estan establerts al nostre sistema sanitari entre els diferents nivells assistencials. Aquesta enquesta ha evidenciat en general una escassa presència d'aquests mecanismes de coordinació, i és l'especialitat de reumatologia la que en presenta més en qualsevol modalitat. Les modalitats més innovadores, com les consultories, les declaren un 30% dels metges enquestats de l'AP (gràfic 15), i és l'especialitat de reumatologia la que s'encarrega majoritàriament de les dites consultories.

Gràfic 15. Mecanismes de coordinació existents entre l'AP i diferents especialitats de l'aparell locomotor (percentatge de respostes positives en l'enquesta d'AP). Catalunya, 2010.



Font: Enquesta d'opinió a metges d'AP sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. PDMRAL. 2010.

## 5. Anàlisi de la situació

### Atenció especialitzada

Existeix variabilitat territorial marcada en l'oferta d'atenció especialitzada condicionada pel desenvolupament històric heterogeni de les diferents especialitats.

L'especialitat de **cirurgia ortopèdica i traumatologia** està present a l'atenció hospitalària de tota la xarxa pública. Ha estat històricament present en els centres ambulatoris d'especialitats (CAP II) com a especialitat de referència de l'aparell locomotor, assumint la traumatologia menor i també la valoració dels problemes mèdics de l'aparell locomotor, sovint amb grans sobrecàrregues assistencials. Inicialment no hi havia cap coordinació entre especialistes de COT dels hospitals i especialistes de COT del CAP II, però com a resultat de la reforma de l'atenció especialitzada (RAE), desplegada encara de manera incompleta i heterogènia en el nostre país, els traumatòlegs dels CAP II s'han anat integrant als equips hospitalaris.

L'especialitat de **reumatologia**, lligada inicialment a grans centres hospitalaris de l'àrea de Barcelona, ha incrementat la seva presència en els hospitals del territori al llarg dels últims 20 anys. Tanmateix, aquesta extensió no és homogènia i encara hi ha determinades zones de Catalunya que no disposen d'especialistes en reumatologia. A més de l'increment de la quantitat d'especialistes, hi ha hagut també un augment de l'activitat d'aquesta especialitat en l'àmbit extrahospitalari, que actua com a primer esglaó de consulta en patologia mèdica de l'aparell locomotor, bé amb agenda de visites programades o amb el format de consultoria.

La **rehabilitació** s'ofereix en l'àmbit hospitalari i també de manera ambulatoria i domiciliària. Des de 2006, tot el territori de Catalunya té cobertura de rehabilitació proporcionada per centres de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP), l'Institut Català de la Salut (ICS) o centres privats concertats, encara que amb heterogeneïtat en la dotació de professionals. La instrucció del CatSalut 06/2008, que regula la rehabilitació ambulatoria i domiciliària, defineix que la prestació de serveis de rehabilitació es faci en el context d'equips multidisciplinaris dirigits per un metge o una metgessa especialista en medicina física i rehabilitació. La mateixa instrucció defineix que tots els processos assistencials han d'iniciar-se amb una primera visita a càrrec d'aquest especialista.

Les **unitats del dolor** van néixer en el si dels serveis d'anestesiologia i, per tant, en l'entorn hospitalari. La seva evolució ha estat molt heterogènia en els diferents centres depenent sobretot del tipus d'hospital i de la capacitat de tecnificació de la unitat. Actualment, el tractament del dolor oncològic es fa principalment en els equips d'oncologia i les unitats de cures pal·liatives. Les unitats del dolor atenen majoritàriament el dolor provocat per malalties de l'aparell locomotor i el dolor neuropàtic. L'accés a les unitats de dolor està restringit en alguns casos a l'atenció especialitzada i obert a l'AP en d'altres. La manca de pautes clares en cartera de serveis i circuits assistencials ha provocat una inadequació en la demanda d'aquestes unitats. Per tots aquests problemes, i de forma paral·lela al desenvolupament d'aquest Pla director, el Departament de Salut ha dissenyat un model d'atenció als pacients afectats per dolor crònic a Catalunya, que defineix els criteris de planificació de les unitats del dolor i ofereix eines de suport per al tractament del dolor crònic neuropàtic a l'AP.

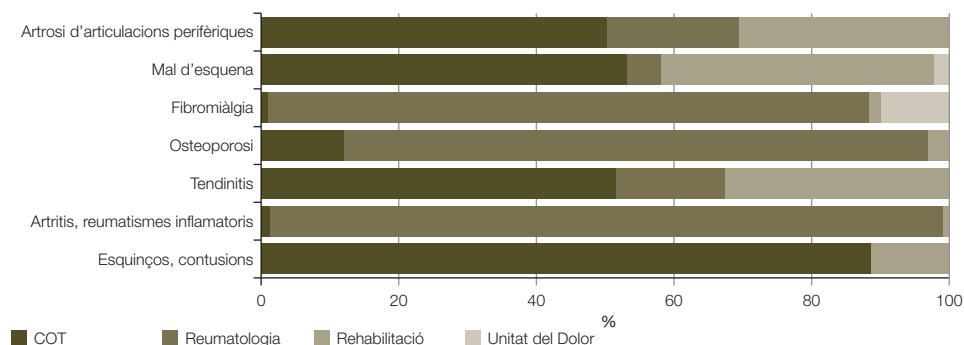
### Coordinació entre especialitats

Els problemes de coordinació entre diferents nivells i especialitats que afecten el sistema sanitari en general, tenen un impacte encara més gran en els problemes de la branca de l'aparell locomotor. En aquest cas, coincideixen les barreres a la coordinació

## 5. Anàlisi de la situació

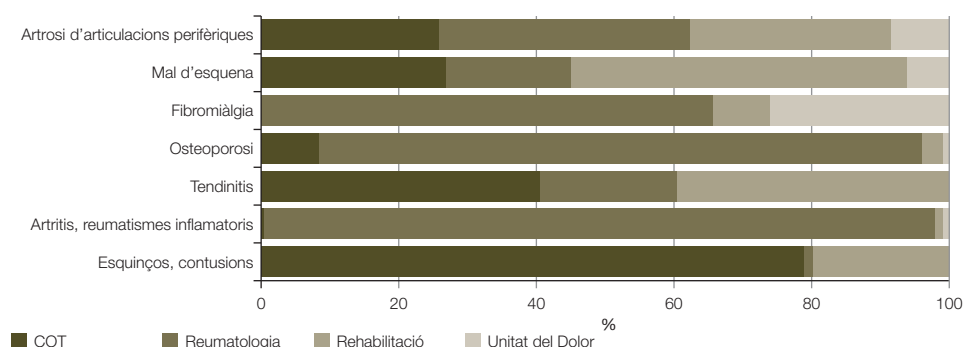
pròpies del sistema (com la sobrecàrrega assistencial, el desconeixement de les funcions específiques de cada nivell assistencial i la pobra o nul·la col·laboració entre equips interprofessionals) amb algunes circumstàncies més específiques, com la diversitat d'actors sense un rol ben definit. En altres camps de la medicina, la derivació des de l'AP a l'especialista mèdic és la via d'accés habitual a la consulta especialitzada. En aquestes patologies, en canvi, es produeix de manera habitual la derivació directa al cirurgià, la participació d'inici d'altres serveis transversals com rehabilitació o unitats del dolor, i la derivació simultània a diferents recursos. L'enquesta posa de manifest discrepàncies entre l'especialitat que actua com a receptora per a determinades patologies i la que, segons l'opinió dels metges de família, hauria de fer-ho. En general, opinen que la meitat de casos de determinades malalties com l'artrosi o la lumbàlgia, que actualment es deriven a COT, haurien de dirigir-se a especialitats com reumatologia i rehabilitació (gràfics 16 i 17).

**Gràfic 16.** Especialitat a la qual els metges d'AP deriven preferentment determinades patologies de l'aparell locomotor. Catalunya, 2010.



Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. PDMRAL. 2010.

**Gràfic 17.** Especialitat que segons els metges d'AP hauria de ser referència per a determinades patologies de l'aparell locomotor. Catalunya, 2010.



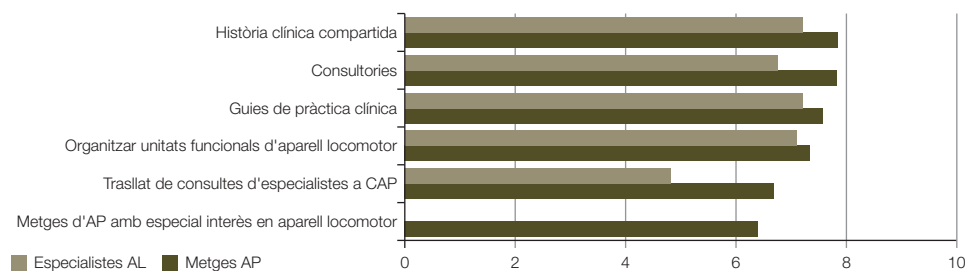
Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. PDMRAL. 2010.

A més a més, en aquestes malalties és molt freqüent la participació d'altres professionals com fisioterapeutes, acupuntors o podòlegs, així com especialistes mèdics no relacionats amb l'aparell locomotor com els ginecòlegs. El resultat final és clarament negatiu, la qual cosa comporta duplicacions de visites i excés d'exploracions complementàries. Això significa, en molts casos, llargues esperes per atenció a processos de baixa complexitat que caldria resoldre a l'AP, i la pèrdua de la capacitat d'intervenir de manera ràpida sobre patologies greus.

## 5. Anàlisi de la situació

El repte actual en l'atenció de les malalties reumàtiques és, per tant, no només definir el què cal fer, sinó també com s'ha de proveir i qui ho ha de fer. A l'enquesta, entre les estratègies més ben valorades per millorar l'atenció d'aquestes patologies de l'aparell locomotor, s'inclouen la millora en el sistema de coordinació entre nivells assistencials i l'adopció de mesures que possibilitin més eficiència tant de l'AP com de l'atenció especialitzada (gràfic 18).

**Gràfic 18.** Valoració (0-10) de diferents mecanismes de coordinació entre nivells assistencials segons metges d'AP i especialistes de l'aparell locomotor. Catalunya, 2010.



Font: Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. PDMRAL. 2010.

### 5.6. Aspectes relacionats amb la formació

La formació teòrica i pràctica sobre malalties reumàtiques és deficient en els estudis de pregrau i heterogènia durant la formació de les diferents especialitats. A això, s'hi suma la complexitat en el maneig d'aquestes malalties, que ha augmentat molt en aquests darrers anys. La necessitat de millorar la formació pregrau i postgrau de professionals de la medicina i la infermeria d'AP a Catalunya sembla, per tant, necessària i s'objectiva en els resultats de l'enquesta.

### 5.7. Previsió per al futur

Les malalties de l'aparell locomotor amb més presència a la nostra societat (mal d'esquena i artrosi) estan fortament relacionades amb l'envelliment, amb el sedentarisme i algunes d'elles amb l'obesitat. Segons l'escenari de creixement més probable de la població de Catalunya, el nombre de persones de més de 65 anys augmentarà de l'ordre de 130.000 persones més cada cinc anys fins al 2020, circumstància que fa previsible un fort augment de l'impacte d'aquestes malalties als nostres serveis sanitaris en els propers anys<sup>20</sup>. El consum de recursos sanitaris tant en l'àmbit de l'AP com de l'atenció especialitzada en relació amb les malalties de l'aparell locomotor és molt alt. En canvi, altres aspectes tan importants com la promoció d'hàbits saludables, l'autocura dels pacients, la prevenció primària i secundària estan poc desenvolupats per al conjunt d'aquestes malalties. Cal, per tant, impulsar estratègies preventives, de tractament no farmacològic i d'autocura que han d'integrar-se en programes educatius dirigits a la població com a eines d'ús habitual per a aquestes malalties.

---

## **6. Línies estratègiques**

## 6. Línies estratègiques

Dels objectius generals del Pla, i de les necessitats en salut i serveis detectades en l'anàlisi de situació, es van formular les línies estratègiques prioritàries en les quals han treballat els grups de treball. Les línies prioritzades han estat enfocades a l'atenció de la lumbàlgia, l'artrosi, l'osteoporosi, la fibromiàlgia, les artritis cròniques i l'espatlla dolorosa, així com aspectes relacionats amb formació, tecnologia i recerca.

A continuació, s'explica la justificació i es presenten els projectes i les línies d'acció susceptibles d'implementar de cada línia estratègica. Per portar a terme aquesta implementació en el territori, es desenvoluparan mesures de planificació operativa i compra de serveis per part del CatSalut d'acord amb la factibilitat organitzativa i la disponibilitat econòmica de les mesures.

### 6.1. Atenció al dolor lumbar

#### Justificació

El mal d'esquena és un problema de salut rellevant en els països occidentals per la seva elevada prevalença i les importants repercussions assistencials, laborals i socioeconòmiques que se'n deriven. Els factors de risc individuals que s'associen a l'aparició del dolor lumbar són l'edat, el tabaquisme, la forma física i els factors psicosocials com l'estrès, l'ansietat, l'estat d'ànim i el comportament vers el dolor. Entre els factors generals tenen un paper important les condicions o situacions que comporten manipulació de pesos, les posicions en flexió o torsió del cos o amb vibració generalitzada, així com les relacionades amb la monotonia, la insatisfacció laboral i la manca de suport social. Entre els factors que afavoreixen la cronificació es troben l'obesitat, el nivell cultural baix, l'existència de trastorns afectius o somatitzacions, així com la insatisfacció laboral i les baixes laborals perllongades. En la subanàlisi de l'ESCA que es va realitzar es va constatar que en el nostre país el dolor lumbar afecta principalment la població femenina, i que existeix un gradient social amb més afectació en nivells socials desfavorits.

La lumbàlgia és un motiu de consulta molt freqüent als EAP i, per les baixes laborals que motiva, és la primera causa en dies perduts a la feina.

Existeix una gran variabilitat clínica en l'abordatge de la lumbàlgia, tant en l'àmbit de l'AP com de l'especialitzada. Tot i que el més freqüent és que sigui secundària a un procés inespecífic, en algunes ocasions, la lumbàlgia pot ser el símptoma d'un procés greu, com una infecció o un càncer, i per tant s'han de conèixer els signes d'alerta que han de fer sospitar aquesta possibilitat.

La cirurgia lumbar es planteja en determinades situacions clíniques, sobretot per casos d'hèrnia discal i canal estreta lumbar, que no responen a tractament conservador. Els resultats dels estudis sobre cirurgia lumbar són, però, variables i controvertits a llarg terme, i manquen estudis que augmentin l'evidència sobre l'eficàcia i sobre el cost-benefici de la cirurgia descompressiva, amb instrumentació o sense, en la patologia degenerativa lumbar.

#### Objectius

1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb dolor lumbar

#### Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de fulls informatius específics sobre la lumbàlgia amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura, mesures per evitar la sobrecàrrega, consells posturals i control del sobrepès.
- Promoció de l'exercici físic com a mesura preventiva i de recuperació i manteniment de la funcionalitat.

## 6. Línies estratègiques

- Potenciació del paper de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de la malaltia, tant per als pacients com per als familiars.

### 2. Millorar la capacitat de l'àmbit d'atenció primària per al maneig dels pacients amb dolor lumbar per tal d'assolir un abordatge precoç i disminuir la cronificació

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment del suport d'infermeria d'AP en els aspectes d'educació i promoció de salut, de l'increment de l'autocura, del seguiment de la malaltia i de la potenciació de mesures no farmacològiques en l'atenció del dolor lumbar.
- Apropament de l'activitat de fisioteràpia als EAP per a l'aplicació de mesures d'educació i tractament fisioterapèutic grupal o individual, en coordinació amb el personal d'infermeria i mèdic d'atenció primària.
- Col·laboració amb el Pla director de salut mental per tal d'incloure l'atenció psicològica des de l'AP en l'abordatge dels casos de dolor lumbar crònic en el desplegament del projecte de Cartera de serveis de salut mental a l'atenció primària.
- Elaboració d'un consens territorial sobre la gestió del procés de lumbàlgia entre els diferents professionals implicats.

### 3. Disminuir la variabilitat clínica i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en els casos de dolor lumbar

#### Projectes i línies que cal implementar

- Implementació d'una guia de pràctica clínica electrònica per al maneig dels casos de dolor lumbar.
- Inclusió a la història clínica informatitzada d'una alerta informàtica sobre els "signes d'alerta" de dolor lumbar.
- Racionalització de la utilització de proves d'imatge en casos de dolor lumbar mitjançant l'establiment d'una sol·licitud protocol·litzada de les diferents proves diagnòstiques disponibles. Aquest projecte s'ha elaborat conjuntament entre el Pla director, el Pla de diagnòstic per la imatge i l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS).
- Anàlisi de la variabilitat de les indicacions i les tècniques en la cirurgia del dolor lumbar per canal lumbar estreta i hèrnia discal. Creació d'un grup de treball entre el Pla director i el Servei Català de la Salut (projecte a realitzar el 2011). Establiment de criteris d'aplicació de la cirurgia lumbar.

### 4. Promoure la formació dels professionals en la branca del dolor lumbar

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la formació postgrau dels metges d'AP mitjançant la col·laboració amb l'IES i la CAMFIC.
- Increment de la capacitació dels professionals en el camp de la infermeria d'AP en l'educació, la promoció de mesures d'autocura, el tractament no farmacològic i el control dels pacients amb lumbàlgia. Col·laboració amb el Col·legi d'Infermeria, l'Associació Catalana d'Infermeria Familiar i Comunitària, IES i proveïdors.

## 6.2. Atenció a l'artrosi

### Justificació

L'artrosi és la malaltia articular més freqüent i la que causa més discapacitat entre la població de més de 65 anys. Els factors de risc relacionats amb l'artrosi són múltiples, entre ells l'edat avançada, l'obesitat, els traumatismes locals, l'activitat esportiva, les alteracions de l'estàtica, l'atròfia muscular i la laxitud articular. En la subanàlisi de l'ES-CA que es va realitzar, es demostra que en el nostre país el grup que es declara més

## 6. Línies estratègiques

afectat per artrosi, artritis o reumatisme és la població femenina, i existeix un gradient de classe social i de nivell d'estudis.

En el maneig clínic de l'artrosi és important potenciar, a través de l'educació i l'autocura, totes les mesures que portin a millorar la qualitat de vida incidint en els factors de risc modificables com l'obesitat, en les mesures d'economia articular, en el bon ús d'ajuts tècnics i en l'exercici. A banda d'aquestes mesures preventives, en el tractament de l'artrosi s'utilitzen mesures no farmacològiques i farmacoteràpia, però manca un tractament realment curatiu. Quan aquestes mesures conservadores fallen és quan es planteja la cirurgia, habitualment protètica, que permet millorar la qualitat de vida, el dolor i la capacitat funcional dels pacients.

Les pròtesis articulars, utilitzades sobretot en genoll i maluc, són molt eficaces i permeten resultats funcionals bons. Existeix una àmplia experiència en tots els centres de cirurgia ortopèdica en aquest tipus de cirurgia protètica i el consens general és que s'ha d'utilitzar en pacients amb dolor intens i discapacitat, i sempre que han fracassat les mesures conservadores. Un dels factors més importants que condueixen a l'èxit de la cirurgia protètica és l'expertesa dels equips en la tècnica quirúrgica. En alguns estudis, el percentatge de complicacions (en artroplàstia de genoll) es relaciona de manera inversament proporcional amb el volum d'intervencions realitzades per any, amb un percentatge més alt de complicacions entre els cirurgians i els hospitals que realitzen un escàs nombre d'intervencions. Per altra banda, cada cop es fan més intervencions de recanvi de les pròtesis, principalment per afluixament dels seus components, fet que representa més complexitat de la tècnica quirúrgica pel poc substrat ossi i per la mala qualitat de l'arquitectura del camp on es treballa. És en aquestes artroplàsties de revisió on és encara més important l'expertesa del cirurgià ortopèdic.

L'avaluació dels resultats de les tècniques quirúrgiques, al cap de temps de seguiment i amb una mostra suficient, s'aconsegueix únicament amb els anomenats registres d'artroplàsties. Aquests registres són eines per recollir informació sistemàtica sobre les diferents artroplàsties realitzades en un determinat país amb l'objectiu d'avaluar l'efectivitat, la supervivència i les complicacions associades als diferents models protètics, l'anàlisi de la qual contribueix a la millora de la qualitat assistencial. El Registre d'artroplàsties de Catalunya (RACat), creat l'any 2005, que enregistra les pròtesis de genoll i maluc, és una eina d'aquestes característiques, que ha quedat afectada per un nivell de declaració molt irregular al llarg del temps i pels diferents proveïdors.

### Objectius

#### 1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb artrosi

##### Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de fulls informatius específics sobre artrosi en les seves diferents localitzacions amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura, com les mesures per evitar la sobrecàrrega i el dany articular.
- Promoció de l'exercici físic com a mesura preventiva i de recuperació i manteniment de la funcionalitat.
- Col·laboració amb el Programa de pacient expert de l'ICS per al desenvolupament d'un programa de pacient expert en artrosi de genoll.
- Potenciació del paper de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de la malaltia, tant per als pacients com per als familiars.

## 6. Línies estratègiques

### 2. Millorar la capacitat resolutiva de l'àmbit de l'AP per al maneig dels pacients amb artrosi Projectes i línies que cal implementar

- Increment del suport d'infermeria d'AP en els aspectes d'educació i promoció de salut, de l'increment de l'autocura, del seguiment de la malaltia i de la potenciació de mesures no farmacològiques en l'atenció de les persones amb artrosi.
- Increment del suport del professional de treball social per a les persones amb artrosi.
- Apropament de l'activitat de fisioteràpia als EAP per a la realització de mesures d'educació i tractament fisioterapèutic grupal o individual, en coordinació amb l'equip infermer i mèdic d'atenció primària.
- Elaboració d'un consens territorial sobre la gestió del procés d'artrosi entre els diferents professionals implicats.

### 3. Disminuir la variabilitat clínica i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en els casos d'artrosi

#### Projectes i línies que cal implementar

- Potenciació de l'ús racional de fàrmacs en l'artrosi segons les recomanacions basades en l'evidència.
- Establiment dels criteris de capacitació dels equips especialitzats per a l'artroplàstia de recanvi articular. Està prevista la creació d'un grup de treball per valorar els criteris d'acreditació dels centres per a la cirurgia de recanvi articular.
- Promoció del Registre d'artroplàsties de Catalunya. Increment de l'exhaustivitat del registre amb la implicació dels diferents proveïdors.

### 4. Promoure la formació dels professionals en artrosi

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la formació dels metges d'AP.
- Increment de la capacitació dels professionals en l'àmbit de la infermeria d'AP en l'educació, la promoció de mesures d'autocura, el tractament no farmacològic i el control dels pacients amb artrosi.

### 6.3. Atenció a l'osteoporosi

#### Justificació

L'osteoporosi és la malaltia metabòlica òssia més freqüent. Les fractures òssies en són la conseqüència clínica i es presenten especialment en la regió proximal del fèmur, les vèrtebres i l'extrem distal del radi. L'osteoporosi és avui dia el factor determinant més important de fractura en persones de més de 50 anys. Hi ha una sèrie de factors de risc que poden influir en la probabilitat que un individu presenti osteoporosi, uns no modificables, com els factors genètics, l'edat i el sexe, la raça i la presència de determinades malalties, i d'altres modificables, com els hàbits tòxics i els estils de vida, o la prevenció en cas de certes malalties o fàrmacs.

El diagnòstic d'osteoporosi es pot realitzar per la clínica (presència de fractures) o mitjançant la mesura de la densitat mineral òssia amb una densitometria. Durant els últims anys, ha augmentat l'evidència que, per decidir a qui tractar per osteoporosi, és més important valorar el risc de fractura que no pas la mesura aïllada de la densitometria, atès que el risc depèn de la coexistència d'un conjunt de factors entre els quals la densitat mineral òssia n'és un de més. Els tractaments farmacològics en l'osteoporosi s'utilitzen per a la prevenció de les fractures, ja sigui com a prevenció primària, per evitar la primera fractura, o com a prevenció secundària, en individus que ja han presentat alguna fractura osteoporòtica. Hi ha evidència de l'eficàcia de diferents fàrmacs en el tractament de l'osteoporosi, però cal seleccionar els individus o grups d'individus amb alt risc de fractura perquè és on els tractaments han mostrat ser més eficients.

## 6. Línies estratègiques

Entre totes les fractures osteoporòtiques, la de coll de fèmur és la de més gravetat. Per aquest motiu, la disminució de la incidència de la fractura de maluc és un dels objectius marcats en el Pla de salut de Catalunya. L'any 2008 es van enregistrar 9.337 ingressos a Catalunya per aquestes fractures, la gran majoria corresponents a fractures osteoporòtiques. Gairebé la totalitat requereixen cirurgia durant l'ingrés, amb una mortalitat hospitalària del 5%, una mortalitat als 3 anys del 40% i un excés de mortalitat respecte a un grup control del 24%. Aquest fet és degut a la coexistència de comorbiditats en els individus d'edat que presenten fractures de maluc. Catalunya tenia al període 2000-2002 una taxa ajustada per edat de 623 fractures de fèmur per 100.000 habitants de més de 65 anys i any, una de les més altes entre les comunitats autònomes de l'Estat, on la mitjana global era de 503 per 100.000.

La fractura de fèmur té importants repercussions funcionals i psicològiques sobre l'individu que la pateix, que en la majoria dels casos perd la capacitat per mantenir una vida independent. La fractura osteoporòtica, especialment la de maluc, té també un pes importantíssim en el consum de recursos socio-sanitaris i en els darrers anys és la primera causa d'ingrés en unitats de convalsència i d'atenció en les UFISS, i també ocasiona sovint ingrés en centres de llarga estada. L'evolució demogràfica prevista al nostre país mostra una tendència marcada cap a l'envelliment de la població i això fa preveure que, si es mantenen les taxes actuals d'incidència, el nombre de fractures de fèmur augmentarà en els propers anys i comportarà un fort impacte en el sistema sanitari i socio-sanitari. Per altra banda, altres problemes detectats en l'anàlisi de situació són: la manca de sensibilització dels professionals envers les fractures osteoporòtiques com indicador de risc elevat de noves fractures; l'escassa prevenció en pacients amb alt risc de fractura com, per exemple, els pacients en tractament crònic amb corticoides; i la manca de criteris basats en el risc absolut de fractura per iniciar el tractament. Això porta a la instauració de tractaments en grups de risc baix (dones postmenopàusiques sense altres factors de risc) i a la manca de tractament en poblacions d'alt risc (per exemple, persones internades en centres socio-sanitaris). Amb aquesta perspectiva, el treball de la línia estratègica d'osteoporosi del Pla director ha prioritzat els seus objectius en tres escenaris diferents: la població general, els pacients amb alt risc de fractura i els pacients que ja han presentat una fractura osteoporòtica de maluc.

### Objectius

1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb osteoporosi

#### Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de fulls informatius específics sobre l'osteoporosi amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura, com les mesures per evitar la sobrecàrrega, i consell dietètic.
- Promoció de l'exercici físic com a mesura preventiva de caigudes i de recuperació i manteniment de la mobilitat.
- Potenciació del paper de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de malaltia, tant per als pacients com per als familiars.

2. Disminuir la variabilitat clínica i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en els casos d'osteoporosi

#### 2.1. Validar i difondre eines d'ajut a la decisió per iniciar el tractament de l'osteoporosi

La definició d'osteoporosi segons l'OMS està basada en el resultat de la densitometria òssia. Malgrat que la massa òssia és el factor determinant més important com

## 6. Línies estratègiques

a predictor de risc de fractura, hi ha altres factors com l'edat, el sexe, els antecedents propis i familiars de fractura osteoporòtica, les caigudes i determinades comorbiditats i tractaments, que, de manera aïllada o combinats, ajuden a definir el risc real amb molta més precisió. El desenvolupament de fàrmacs eficaços en els darrers anys també obliga a definir quins són els grups de risc o les persones en les quals és eficient administrar un tractament farmacològic. En la pràctica clínica és freqüent que la decisió relativa a la utilització de fàrmacs per a l'osteoporosi es basi només en el resultat de la densitometria; això porta a la prescripció de tractaments en grups de risc molt baix —en els quals manquen altres factors de risc— i a la no-prescripció en persones amb perfil de risc alt, com ho demostra el fet que una part important de fractures osteoporòtiques es produeixen en persones amb massa òssia en el rang de l'osteopènia. Actualment, el consens dels experts a escala internacional fonamenta la decisió terapèutica en la combinació de diferents factors de risc. Això ha portat a crear diferents índexs de risc de fractura, que són eines de càlcul que es basen en la combinació de diferents factors de risc —amb la determinació de la massa òssia o sense— per calcular el risc absolut de fractura de la persona, davant del risc relatiu que determina la mesura de la densitometria. És més, la presència de determinats factors de risc clínics també pot ajudar a la presa de decisió sobre la indicació de tècniques com la densitometria. Un d'aquests índexs és el FRAX, que està proposat per l'OMS i ofereix la possibilitat de fer un càlcul de risc absolut de fractura osteoporòtica en general i de fractura de maluc. Aquest índex està pendent de validació a la població de Catalunya.

### Projectes i línies que cal implementar

- Implementació del càlcul del risc absolut de fractura com a instrument de decisió en el tractament de l'osteoporosi. Validació de l'índex FRAX en la nostra població.
- Difusió de l'evidència científica sobre el tractament de l'osteoporosi mitjançant la difusió de la *Guia de pràctica clínica d'osteoporosi de l'AIAQS - Guiasalud*.
- Elaboració de criteris de planificació sanitària basats en un estudi de cost-efectivitat sobre el risc de fractura osteoporòtica que cal tractar a la població de Catalunya.

### 2.2. Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a l'osteoporosi en col·lectius amb alt risc de fractura

**2.2.1. Prevenció primària de fractura de maluc mitjançant l'administració de calci i vitamina D en persones de més de 65 anys.** El dèficit de calci i vitamina D es relaciona amb l'augment del risc de fractures, l'augment de les caigudes i la resposta inadequada als tractaments per combatre l'osteoporosi. Aquest estat deficitari, situació que és especialment prevalent en les persones internades en centres socio-sanitaris, és degut a múltiples factors, entre els quals destaquen una pobra exposició solar, l'envelliment amb menys capacitat de síntesi cutània de vitamina D, la ingesta escassa en vitamina D, la malabsorció i absorció ineficient de calci i vitamina D, i determinades malalties o tractaments farmacològics concomitants. S'ha demostrat que la suplementació amb vitamina D, sola o amb calci, en persones de més de 50 anys disminueix el risc de fractura osteoporòtica. Aquest efecte és més important en persones de més de 70 anys, internats en centres socio-sanitaris i amb bon compliment terapèutic.

### Projectes i línies que cal implementar

- Tractament universal de les persones de més de 65 anys internades en centres socio-sanitaris, amb calci i vitamina D (excepte en els casos de contraindicació).
- Tractament amb calci i vitamina D en persones de més de 65 anys en l'àmbit domiciliari i en situació de reclusió, per limitació funcional, en funció dels factors de risc associats.

## 6. Línies estratègiques

**2.2.2. Prevenció primària de l'osteoporosi i fractures osteoporòtiques en individus en tractament amb corticoides.** Els corticoides són fàrmacs àmpliament utilitzats (0,5-0,9% de la població general) en una gran varietat de processos inflamatoris i autoimmunes. Actualment, els corticoides constitueixen la primera causa d'osteoporosi induïda per fàrmacs. Els pacients en tractament amb aquests fàrmacs presenten un descens en la densitat mineral òssia i un increment del risc de fractures. No es coneix quina és la dosi segura i si hi ha un llindar a partir del qual es produiria la pèrdua de massa òssia, però una dosi de 5 mg al dia de prednisona o equivalent són suficients per provocar un efecte perjudicial sobre l'os. Malgrat disposar de tractaments eficaços per prevenir i controlar l'osteoporosi induïda per aquests fàrmacs, així com de guies clíniques d'actuació, les mesures preventives s'inicien en un percentatge molt petit dels casos. Menys d'un de cada quatre pacients en tractament corticoide reben algun tractament per prevenir o tractar l'osteoporosi. Entre les recomanacions per a la prevenció i el tractament de l'osteoporosi induïda per corticoides s'aconsellen mesures no farmacològiques, com l'abstenció de tabac, la moderació del consum d'alcohol, la pràctica d'exercici físic regular, la dieta equilibrada i els suplementes de calci i vitamina D; i mesures farmacològiques depenent de la situació clínica. Hi ha hagut algunes iniciatives per intentar millorar el maneig de l'osteoporosi induïda per corticoides (com la identificació de pacients mitjançant les receptes a l'oficina de farmàcia o l'enviament d'informació a pacients i metges), amb resultats molt discrets.

### Projectes i línies que cal implementar

- Creació d'una alerta en la història clínica informatitzada associada a la prescripció de corticoides, sobre la necessitat de presa de mesures preventives en relació amb l'osteoporosi.
- Proposta d'algoritmes de tractament lligats a l'alerta informàtica de prescripció crònica de corticoides.

**2.2.3. Persones amb antecedent de fractura osteoporòtica (prevenció secundària).** L'antecedent de fractura osteoporòtica o fractura per fragilitat és un dels predictors més potents de risc de patir una nova fractura, independentment de la localització de la primera. Una fractura per traumatisme mínim pot ser el símptoma indicador d'osteoporosi subjacent i existeixen estudis que demostren la utilitat d'aquest antecedent per detectar persones amb baixa massa òssia o risc augmentat de fractura. El diagnòstic d'osteoporosi és poc freqüent entre les persones que han presentat una fractura, ja que se n'estudien menys del 50% i la proporció de persones que reben tractament després d'una fractura és inferior al 35%. Diferents intervencions com la formació dels metges d'atenció primària, la informació completa al malalt amb advertiment i contacte amb el seu metge de família, la figura del gestor de casos, o els grups multidisciplinaris, aconsegueixen triplicar o quadruplicar el nombre de malalts estudiats o tractats.

### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la detecció de fractura osteoporòtica vertebral a través de la radiologia simple mitjançant la sensibilització i la formació dels professionals.
- Introducció d'alertes a la història clínica informatitzada associades al diagnòstic d'un episodi de fractura osteoporòtica.

**2.3. Disminuir la mortalitat i la discapacitat deguda a la fractura osteoporòtica de maluc.** Hi ha evidència que el retard en el tractament quirúrgic de la fractura osteoporòtica de maluc augmenta la mortalitat i la morbiditat d'aquests pacients. La literatura científica que tracta del temps d'espera adequat per a la cirurgia de la fractura proximal de fèmur és extensa. La majoria de l'evidència fa referència a la relació entre

## 6. Línies estratègiques

la mortalitat postquirúrgica i el temps d'espera i incideix menys sobre aspectes de morbiditat i de qualitat assistencial. Una metanàlisi publicada el 2008 conclou finalment que un retard quirúrgic de més de 24-72 hores augmenta la mortalitat a 30 dies en el 44% i a un any en el 30%. Els estudis que analitzen altres factors relacionats amb qualitat de vida (com és la presència de dolor), morbiditat associada (com la freqüència de pneumònia postoperatòria), discapacitat a llarg termini (mobilitat i capacitat per deambular sense ajut) i qualitat de l'atenció conclouen, en general, resultats més favorables directament relacionats amb temps quirúrgics curts. A banda d'això, hi ha altres aspectes que no s'analitzen específicament a la literatura i que també donen suport a la cirurgia precoç, com els relacionats amb la comoditat del pacient i dels familiars, costos relacionats amb l'ocupació dels llits en espera de cirurgia i pèrdua de disponibilitat de llits per a altres ingressos.

El fet més rellevant dels pacients que presenten aquest tipus de fractures per fragilitat òssia és que es tracta generalment de persones ancianes, fràgils i amb comorbiditats associades. Això ha portat els professionals sanitaris a la preocupació per una permanent millora de la gestió de l'atenció de la fractura de fèmur. Algunes publicacions demostren la milloria d'aquest procés (en estada mitjana, morbiditat, mortalitat i milloria de l'estat funcional) quan hi ha una atenció proactiva, integrada i interdisciplinària des de l'inici de l'ingrés, comparat amb el model tradicional, en el qual la interconsulta es fa a demanda, quan els problemes ja han aparegut. Aquests equips interdisciplinaris, actuant amb coresponsabilitat amb l'equip quirúrgic, estan formats per professionals mèdics (habitualment geriatres), amb suport d'infermeria, rehabilitació / fisioteràpia i treball social. Fan la valoració clínica i sociofamiliar a l'inici de l'hospitalització, la preparació per a l'acte quirúrgic en coordinació amb l'anestesiòleg i el traumatòleg, el seguiment del postoperatori i la previsió de necessitats socio sanitàries d'atenció a l'alta, així com la coordinació amb l'atenció extrahospitalària. Al nostre territori, aquests equips estan bàsicament representats per les UFISS, que ja tenen com a primera activitat l'atenció a les fractures osteoporòtiques, amb resultats òptims en les experiències avaluades, però amb una distribució geogràfica i nivell d'implicació heterogenis en el territori.

### Projectes i línies que cal implementar

- Anàlisi de la situació actual del temps d'espera per a la cirurgia de la fractura de maluc i de les complicacions immediates associades a l'ingrés. Elaboració d'un estudi per conèixer la situació actual del temps d'espera per a la cirurgia de la fractura de maluc i de les complicacions que es presenten durant l'ingrés.
- Establiment d'un temps d'espera quirúrgic per a la fractura osteoporòtica de maluc inferior a les 48 hores (excepte en pacients inestables).
- Implementació de l'abordatge multidisciplinari des de l'inici de l'ingrés per fractura osteoporòtica de maluc. Potenciació de la tasca de les UFISS en el suport a l'hospitalització aguda.

### 3. Promoure la formació dels professionals en osteoporosi

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la formació dels metges d'AP mitjançant la col·laboració amb l'IES i les societats científiques.
- Increment de la capacitació dels professionals en el camp de la infermeria d'AP en l'educació, la promoció de mesures d'autocura, el tractament no farmacològic i el control dels pacients amb osteoporosi mitjançant la col·laboració amb l'IES i les societats científiques.

## 6. Línies estratègiques

### 6.4. Atenció a les artritis cròniques

#### Justificació

Les artritis cròniques constitueixen un conjunt de malalties reumàtiques inflamatòries amb una prevalença aproximada de l'1-1,5% de la població. Entre elles s'inclouen fonamentalment, encara que no de forma exclusiva, l'artritis reumatoide i les anomenades espondiloartropaties (espondilitis anquilosant, artritis psoriàsica, artritis reactives, etc.). Tot i que predominen en les persones adultes, poden debutar també en edat infantil. Totes tenen una evolució crònica, l'afectació articular sol ser greu, per destrucció articular i anquilosi, i estan associades a alts nivells de discapacitat, pèrdua de la qualitat de vida i importants despeses socio sanitàries. L'artritis reumatoide és la forma d'artritis crònica més freqüent i la seva prevalença a Espanya en la població adulta (de més de 20 anys) és d'un 0,5%. La càrrega social i econòmica que comporta la malaltia és molt important perquè les lesions inicials de destrucció articular es presenten en el 70-80% dels pacients ja als dos anys del diagnòstic, entre un 15% i un 20% dels malalts requereixen cirurgia artroplàstica per substitució articular en un termini de 5 anys i als 15 anys d'evolució el 60% estan incapacitats per al treball.

Existeix actualment evidència científica que el diagnòstic i el tractament precoç d'aquestes malalties i en especial de l'artritis reumatoide són fonamentals per millorar-ne el pronòstic. Això requereix un diagnòstic ràpid i la instauració del tractament inductor de remissió abans que s'hagi produït la destrucció articular, ja que aquest procés és irreversible. Malgrat que les societats científiques i les guies clíniques recomanen que aquests pacients siguin avaluats i tractats de forma precoç (dintre dels tres primers mesos d'evolució dels símptomes), això no es compleix en el nostre medi, on el retard diagnòstic és molt més elevat (9 i 17 mesos de mitjana en adults i entre 7 i 16 mesos en els casos d'artritis crònica juvenil). Les causes o motius del retard entre l'aparició dels símptomes i l'inici del tractament efectiu es deuen a diferents circumstàncies:

- Demora del pacient en demanar assistència mèdica, ja que és relativament freqüent que el mateix pacient consideri els seus símptomes articulars inicials com banals, temporals o que s'expliquen per l'edat.
- Demora en la sospita diagnòstica de l'AP, perquè les formes inicials poden ser poc típiques, amb escasses troballes a l'exploració física o en les proves diagnòstiques, i en general perquè els facultatius estan poc familiaritzats amb aquesta patologia.
- Retard en la derivació de l'AP a la consulta especialitzada. Aquesta circumstància es pot produir per la falta de coordinació entre el primer nivell assistencial i l'especialitzat, així com per la falta de protocols conjunts o d'algoritmes de derivació ràpids i fiables.
- Retard en l'accés a la consulta especialitzada de reumatologia per diverses causes, com pot ser la llista d'espera, la gestió deficient dels circuits de derivació o la falta de prioritització d'aquests pacients que haurien de ser considerats d'atenció preferent. La creació de les anomenades *consultes monogràfiques d'artritis recent* (o *clíniques d'artritis recent*), que es va iniciar fa més d'una dècada a alguns països europeus i en el nostre, ha demostrat la seva utilitat en reduir de manera considerable el temps des de l'inici dels símptomes a la introducció del primer fàrmac inductor de remissió per l'artritis.

Aquestes artritis inflamatòries cròniques són malalties que ocasionen importants seqüeles als pacients, que es tradueixen en forma de baixes laborals i incapacitats, i elevat consum de recursos sanitaris i socials. Per sort, aquest panorama està canviant aquests últims anys gràcies als nous tractaments anomenats biològics, que mostren eficàcia en reduir l'activitat inflamatòria, millorar la qualitat de vida i reduir la progressió de les lesions radiològiques. Aquests tractaments tenen un ús hospitalari i comporten un impacte econòmic rellevant pel seu elevat cost, tant del fàrmac com per la llarga

## 6. Línies estratègiques

durada del tractament. La majoria d'aquests fàrmacs han anat apareixent per al tractament de l'artritis reumatoide, indicació que s'ha fet extensiva a altres malalties com l'espondiloartritis anquilosant, l'artritis crònica juvenil i l'artropatia psoriàsica. Disposem actualment en el mercat de vuit fàrmacs d'aquest tipus, amb diferents indicacions entre aquestes malalties reumàtiques, i que mostren diferències subtils quant a la seva seguretat amb unes taxes de resposta semblants en els estudis, però amb diferències individuals de tolerància i eficàcia. Tot i que en aquest moment la utilitat d'aquests tractaments no està qüestionada, i que hi ha accés des dels diferents centres hospitalaris, l'elevada i creixent despesa que representen i la situació econòmica actual obliguen a plantejar decisions de consens entre l'Administració i els professionals a tot el territori per garantir l'ús racional d'aquests tractaments, considerant els aspectes d'eficiència i d'equitat.

### Objectius

#### 1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb artritis Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de fulls informatius específics sobre les artritis cròniques amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura com les mesures per evitar la sobrecàrrega i el dany articular, així com el sobrepès.
- Promoció de l'exercici físic mesurat per millorar la capacitat funcional i enfortir la musculatura periarticular.
- Potenciació de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de malaltia, tant per als pacients com per als familiars.

#### 2. Augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en les artritis, a fi d'aconseguir disminuir la discapacitat secundària

##### Projectes i línies que cal implementar

- Anàlisi de la situació actual del temps d'espera per a l'inici del tractament inductor de remissió en les artritis cròniques. Elaboració d'un estudi per conèixer la situació actual d'aquest temps d'espera en l'artritis reumatoide i l'artritis idiopàtica juvenil.
- Adopció de les estratègies que possibilitin reduir la demora del pacient en acudir al seu metge d'AP. Elaboració i difusió de material informatiu sobre l'artritis.
- Creació conjunta de protocols d'artritis d'inici amb un circuit de derivació ràpida consensuats entre l'AP i els reumatòlegs de la zona. El pacient hauria de ser derivat al reumatòleg dintre dels tres primers mesos d'inici dels símptomes.
- Reducció de la demora entre la sospita diagnòstica d'artritis en l'AP i la derivació a l'especialista. Consultories a l'AP de l'especialitat de reumatologia en aquells casos sospitosos d'artritis inflamatòria d'inici, en edat adulta o edat infantil.
- Reducció de la demora en l'atenció especialitzada de reumatologia. Priorització del circuit d'atenció a l'artritis d'inici. El pacient ha de ser atès pel reumatòleg amb un màxim de quinze dies des de la derivació del metge d'AP, en consultes específiques dintre dels serveis o unitats de reumatologia.
- Reforç del paper d'infermeria en els serveis especialitzats, per al seguiment dels pacients amb artritis des del seu inici.
- Establiment d'un límit de temps màxim de tres mesos per a l'inici del tractament inductor de remissió en les artritis d'inici.
- Consens de la indicació i la utilització dels diferents fàrmacs biològics en el tractament de les artritis cròniques. Document de consens del Pla director, Servei Català de la Salut i Societat Catalana de Reumatologia.

## 6. Línies estratègiques

### 3. Promoure la formació dels professionals en artritis

#### Projectes i línies que cal implementar

- Augmentar la formació dels professionals d'AP en el coneixement de les malalties reumàtiques inflamatòries.
- Increment del coneixement del personal d'infermeria d'AP en artritis i malalties reumàtiques inflamatòries en general.

### 6.5. Atenció a l'espatlla dolorosa

#### Justificació

Les afeccions de les estructures com tendons, lligaments, bosses seroses, càpsula articular, èntesis (lloc d'unió del tendó a l'os) o beines sinovials constitueixen un nombrós grup d'entitats, molt prevalents, i que originen dolor i limitació funcional. La majoria de casos estan relacionats amb activitats ocupacionals, esportives o amb traumatismes, tot i que els reumatismes inflamatoris poden ser també la causa etiològica subjacent. Sovint no es reconeix la presència d'un antecedent traumàtic, però solen existir microtraumatismes crònics repetits o un sobre esforç desencadenant del quadre clínic.

El dolor d'espatlla és l'entitat més representativa de tots aquests grups de reumatismes de parts toves, i és una de les consultes més freqüents en la pràctica mèdica, ja que el 40% de les persones el presentaran en algun moment de la seva vida. La prevalença augmenta amb l'edat i amb algunes professions o activitats esportives. Les causes de dolor a l'espatlla poden ser molt diverses, però les més freqüents són les tendinopaties i la ruptura dels tendons que constitueixen el manegot dels rotatoris. El dolor d'espatlla té una evolució desfavorable en molt pacients, tant per cronificació dels símptomes com per episodis recurrents, i la recuperació total només es dona en el 50% dels casos als sis mesos i en el 60% a l'any. Per altra banda, el dolor d'espatlla consumeix una alta proporció dels recursos de rehabilitació al nostre país. El 2007, el 23% dels processos de rehabilitació ambulatoria i domiciliària a centres contractats van ser motivats per espatlla dolorosa i el 17%, per altres reumatismes de parts toves.

En tractar-se en molts casos de persones amb activitat laboral, aquests processos provoquen freqüentment incapacitat temporal per al treball, tant per malaltia professional com per contingència comuna, i invalidesa. Les malalties tendinoses, les bursitis, i les entesopaties estan reconegudes com a malalties professionals en els individus en els quals el lloc de treball comporta microtraumatismes, vibracions o posicions forçades. Aquestes malalties queden englobades en el concepte de "malalties professionals causades per agents físics" i són el capítol que genera més baixes laborals associades a malaltia professional. Entre elles, les tendinitis, especialment, són responsables de més del 80% dels processos d'incapacitat temporal d'origen laboral. Si considerem la incapacitat temporal per contingència comuna, les tenosinovitis són la segona causa d'incapacitat temporal dins l'apartat de l'aparell locomotor, després del mal d'esquena.

L'abordatge de l'espatlla dolorosa presenta una sèrie de reptes que s'han plantejat en el grup de treball de parts toves.

#### Objectiu

#### 1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb espatlla dolorosa

##### Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de fulls informatius específics sobre l'espatlla dolorosa amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura com les mesures per evitar la sobre càrrega i el dany articular.

## 6. Línies estratègiques

### 2. Millorar la capacitat resolutiva de l'àmbit de l'AP per al maneig dels pacients amb espatlla dolorosa

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment del suport d'infermeria d'AP en els aspectes d'educació i promoció de salut, de l'increment de l'autocura, del seguiment de la malaltia i de la potenciació de mesures no farmacològiques en l'atenció de les persones amb espatlla dolorosa.
- Apropament de l'activitat de fisioteràpia als EAP per a la realització de mesures d'educació i tractament fisioterapèutic grupal o individual, en coordinació amb l'equip d'infermeria i mèdic d'atenció primària.
- Elaboració d'un consens territorial sobre la gestió del procés d'espalla dolorosa entre els diferents professionals implicats.

### 3. Disminuir la variabilitat clínica i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic en els casos d'espalla dolorosa

#### Projectes i línies que cal implementar

- Racionalització de la utilització de proves d'imatge en casos d'espalla dolorosa mitjançant l'establiment d'una sol·licitud protocol·litzada de les diferents proves diagnòstiques disponibles. Aquest projecte s'ha elaborat conjuntament entre el Pla director, el Pla de diagnòstic per la imatge i l'AIAQS.

### 4. Promoure la formació dels professionals en espatlla dolorosa

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la formació dels metges d'AP.
- Increment de la capacitació dels professionals en el camp de la infermeria d'AP en l'educació, la promoció de mesures d'autocura, el tractament no farmacològic i el control dels pacients amb espatlla dolorosa.

### 6.6. Atenció a la fibromiàlgia

#### Justificació

L'any 2008, el Parlament de Catalunya, i com a resultat d'una iniciativa legislativa popular, va proposar a través d'una resolució parlamentària la reordenació dels serveis d'atenció a la fibromiàlgia i a la síndrome de fatiga crònica. Aquesta resolució estableix la creació i el desplegament d'unitats hospitalàries especialitzades. També esmenta el paper que han de tenir els EAP en l'assistència als pacients que arriben amb simptomatologia de fibromiàlgia o de síndrome de fatiga crònica i la possibilitat de derivar a les unitats hospitalàries. Finalment, s'esmenta també el paper de l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques i el de l'Institut d'Estudis de la Salut. Aquestes unitats hauran d'actuar com a unitats funcionals per donar suport als EAP en el procés diagnòstic i terapèutic dels pacients afectats de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica, tant en edat adulta com en edat pediàtrica.

#### Objectiu

### 1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients amb fibromiàlgia

#### Projectes i línies que cal implementar

- Elaboració de material educatiu específic sobre la fibromiàlgia amb informació sobre la malaltia, mesures d'autocura i recomanacions d'higiene postural.
- Promoció de l'exercici físic com a mesura preventiva i de recuperació i manteniment de la funcionalitat.
- Potenciació del paper de les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de la malaltia, tant per als pacients com per als familiars.

## 6. Línies estratègiques

### 2. Millorar la capacitat de l'àmbit d'atenció primària per al maneig dels pacients amb fibromiàlgia

#### Projectes i línies que cal implementar

- Difusió del nou model d'atenció a la fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica.
- Elaboració de material educatiu específic sobre la fibromiàlgia amb informació sobre la malaltia, mesures d'autocura i recomanacions d'higiene postural.
- Increment del suport d'infermeria d'AP en els aspectes d'educació i promoció de salut, de l'increment de l'autocura, del seguiment de la malaltia i de la potenciació de mesures no farmacològiques.
- Apropament de l'activitat de fisioteràpia als EAP per a la implantació de mesures d'educació i tractament fisioterapèutic grupal o individual, en coordinació amb l'equip d'infermeria i mèdic d'atenció primària.

### 3. Promoure la formació dels professionals en fibromiàlgia

#### Projectes i línies que cal implementar

- Increment de la formació dels metges d'AP.
- Increment de la capacitat dels professionals en el camp de la infermeria d'AP en l'educació, la promoció de mesures d'autocura, el tractament no farmacològic i el control dels pacients amb fibromiàlgia.

### 4. Desenvolupar amb el CatSalut la Resolució 203/VIII del Parlament de Catalunya sobre l'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica

#### Projectes

- Actualització de la revisió de l'evidència científica actual sobre els tractaments de la fibromiàlgia. Col·laboració amb l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Constitució d'un grup de treball per donar les directrius per al desplegament de les unitats hospitalàries especialitzades per a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, a tot Catalunya. Col·laboració amb el Servei Català de la Salut, regions sanitàries, l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), l'Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM), institucions sanitàries i professionals especialistes experts en fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.

## 6.7. Formació

### Justificació

El Pla director dóna especial importància a la formació dels professionals implicats en l'atenció d'aquestes malalties, tant l'equip mèdic com l'infermer, així com a l'educació del pacient per adoptar les mesures adequades beneficioses per a la bona evolució de la malaltia. La proposta de formació ha estat analitzada i finalment proposada en els sis grups de treball que han tractat aspectes més clínics amb relació al dolor lumbar, l'artrosi, l'osteoporosi, la fibromiàlgia, l'espatlla dolorosa i les artritis cròniques.

### Objectiu

#### 1. Millorar en la promoció de la salut, la prevenció i l'autocura dels pacients

##### Projectes i línies que cal implementar

- Suport al Programa de pacient expert en artrosi del genoll.
- Elaboració de fulls informatius dirigits a persones afectades i a les seves famílies, i en relació amb les diferents malalties tractades en el Pla director.
- Elaboració d'un full informatiu de les diferents associacions, d'afectats de malalties reumàtiques, existents a Catalunya.

#### 2. Promoure la formació dels professionals

## 6. Línies estratègiques

### Projectes i línies que cal implementar

- Disseny de programes formatius per a metges de medicina familiar i comunitària.
- Homogeneïtzació del programa formatiu en aparell locomotor del període formatiu MIR de Medicina familiar i comunitària, que integri les especialitats de cirurgia ortopèdica i traumatologia, reumatologia i rehabilitació.
- Disseny de programes formatius per a personal d'infermeria d'AP.

### 6.8. Tecnologia i recerca

#### Justificació

El Pla director de les malalties reumàtiques i d'aparell locomotor impulsarà la recerca clínica, epidemiològica i de serveis sanitaris en el camp de les malalties reumàtiques, tant la recerca operativa com l'avaluativa. El Pla director col·laborarà en l'avaluació de les tecnologies diagnòstiques i terapèutiques, incloent-hi les de nova aparició, quan es requereixi una avaluació prèvia de l'eficàcia i de l'eficiència.

#### Objectiu

**Impulsar la recerca clínica, epidemiològica i en serveis sanitaris en el camp de les malalties reumàtiques i valorar l'aplicació de les noves tecnologies.**

#### Projectes i línies que cal implementar

- Impuls i suport a projectes de recerca en el camp clínic, l'epidemiològic i en serveis sanitaris. Col·laboració amb professionals experts en el tema i coordinació amb el Pla director de recerca.
- Valoració de la implantació de noves tecnologies i establiment de criteris d'utilització de les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques. Coordinació amb l'AIAQS i col·laboració amb el Pla director de recerca per tal de definir les línies més adients que cal desenvolupar.

---

## **7. Model assistencial i criteris de planificació**

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

L'objectiu d'aquest capítol és aportar elements de referència per a la definició dels criteris de planificació de serveis per a l'atenció de les malalties reumàtiques en el marc del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, i el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública.

El Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública és l'instrument principal de planificació de serveis a Catalunya. La seva elaboració requereix, com a primer pas, l'anàlisi de la situació actual i posteriorment la definició de criteris de planificació de serveis per avaluar les necessitats de desplegament i adequació dels recursos, i així donar resposta als problemes de salut de la població. En aquest procés, s'han prioritzat els àmbits dels serveis relacionats amb els plans directors del Departament de Salut, entre ells el Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.

Els principis que orienten les polítiques de salut i de serveis del sistema públic de salut de Catalunya són l'equitat, l'eficiència, la seguretat, la sostenibilitat i la satisfacció dels ciutadans amb els serveis. En la planificació de serveis, aquests principis es tradueixen en tres elements clau: l'accessibilitat, en els seus diversos components (territorial, temporal, social i cultural), la qualitat en el resultat i en el procés d'atenció, i el cost de les intervencions que cal dur a terme en els diferents tipus de serveis. L'exercici de definició de criteris i la discussió de les propostes de desplegament i adequació dels recursos es basen en la interrelació d'aquests elements, de manera que l'atenció es pugui donar al més a prop possible del domicili de les persones afectades, en el moment oportú, sense que es produeixin desigualtats entre grups de població i territoris, però garantint la màxima qualitat possible i en l'alternativa més eficient.

En aquest capítol, es proposen alguns criteris de planificació de serveis per a l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Aquesta proposta és fruit de l'anàlisi de la situació, de l'adopció de les recomanacions del Pla d'innovació en atenció primària i salut comunitària, de les propostes realitzades en les diferents línies estratègiques del Pla director, del treball específic d'un grup de treball de model assistencial del Pla director i de l'enquesta realitzada a professionals. En el grup de treball, s'han reunit representants de les societats científiques de medicina familiar i comunitària; reumatologia; cirurgia ortopèdica i traumatologia; medicina física i rehabilitació; anestèsia, reanimació i tractament del dolor; representants de col·lectius professionals com fisioterapeutes i equip infermer; associacions de pacients; entitats proveïdores de serveis, del Servei Català de la Salut, de la Direcció General de Planificació i Avaluació del Departament de Salut, així com de la Direcció General de Salut Pública. Per altra banda, aquesta Direcció General de Salut Pública ha coordinat un grup de treball per a l'anàlisi dels aspectes laborals relacionats amb les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, el qual ha obtingut les aportacions del Pla director i la participació de mútues d'accidents de treball i malalties professionals de la Seguretat Social, unitats de salut laboral, representació sindical, CatSalut, i ICAM, i representants de Medicina del Treball.

L'enquesta realitzada a professionals ha permès conèixer l'estat d'opinió dels metges que treballen en malalties de l'aparell locomotor, tant d'AP com d'atenció especialitzada, a la xarxa sanitària pública de Catalunya, en aspectes relacionats amb el model assistencial actual i propostes de canvi<sup>15</sup>.

En aquest capítol, es presenten les consideracions generals sobre l'organització actual dels dispositius assistencials en l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor, així com les característiques del model d'atenció proposat. S'han identificat els aspectes crítics de l'atenció, els territoris amb més mancances i les actuacions que són més

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

adequades per al canvi de model. El Pla director aposta per l'ampliació del compromís sanitari als àmbits de la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia, l'increment dels elements d'integració i coordinació entre els diferents professionals, i la correcció progressiva dels desequilibris existents, per tal de possibilitar una atenció equitativa a tot el territori.

La planificació de serveis que es proposa s'ha de desenvolupar posteriorment a cada regió sanitària i a cada GTS en funció dels pactes territorials d'accessibilitat i resolució, tot concretant quin és el paper de cada nivell assistencial, quines són les funcions de les diferents especialitats tot equilibrant l'activitat mèdica i quirúrgica, i quines relacions s'han de produir entre els diferents dispositius assistencials.

### Situació actual en l'organització de l'atenció de les malalties reumàtiques a Catalunya. Identificació de problemes

De l'enquesta duta a terme a professionals mèdics, s'ha pogut obtenir informació sobre dos aspectes: el mapa actual de recursos humans amb dedicació especialitzada a aquestes patologies en el nostre sistema públic, i l'opinió dels professionals d'atenció primària i hospitalària sobre la situació actual dels serveis, la identificació de problemes i les propostes de millora en la seva planificació.

Així mateix, s'ha recollit l'aportació dels pacients, representats per les associacions, que han donat la seva visió sobre la situació actual i sobre els canvis necessaris des de la seva òptica.

Els grups de treball i els resultats de l'enquesta han fet palesa una situació que ve marcada per una sèrie de condicionants i problemes, que podríem resumir en:

- La **demanda assistencial** en relació amb les malalties de l'aparell locomotor és molt elevada tant a l'AP com a l'atenció especialitzada, amb un important creixement els darrers anys, i molt variable entre els diferents GTS.
- Hi ha **desequilibris territorials** en la provisió de determinats serveis i en els models d'atenció, amb tendència a la concentració de recursos humans i tècnics.
- Existeix **variabilitat clínica** significativa i poca mesura de resultats.
- L'**atenció infermera** a aquestes malalties és molt baixa en el conjunt del sistema, i especialment a l'AP.
- Hi ha una **manca de criteris compartits** entre l'AP i l'atenció especialitzada i entre diferents especialitats, sobre la cartera de serveis i l'adequació de la derivació en patologies molt prevalents a diferents especialitats.
- Hi ha problemes d'accessibilitat a determinats recursos de l'atenció especialitzada i es generen dèficits en la **continuitat assistencial** perquè hi ha poca coordinació entre nivells.
- Hi ha **poca coordinació** entre les diferents especialitats relacionades amb l'aparell locomotor. La manca de definició i la fragmentació assistencial comporta **duplicitats** innecessàries en l'assistència i en el consum de recursos.
- En determinades patologies molt prevalents, l'especialitat a la qual habitualment es deriva des de l'AP és COT. En opinió dels professionals, no és la més adient com a primera **especialitat de referència**.
- L'accés des de l'AP a **proves diagnòstiques** relacionades amb l'aparell locomotor és heterogeni i no està definit en relació amb una cartera de serveis pròpia.
- Els actuals sistemes d'**informació i col·laboració** entre l'AP i l'atenció especialitzada són insuficients per millorar l'atenció dels problemes de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

- El coneixement, la sospita i la declaració de les **malalties professionals** relacionades amb l'aparell locomotor està per sota de la seva incidència real. Els processos d'**in-capacitat temporal per contingència comuna** causats per problemes de l'aparell locomotor no tenen un abordatge prou eficient en els dispositius assistencials actuals.
- El nivell de **formació** dels professionals d'AP respecte a aquest grup de malalties no s'ajusta, en general, a la forta demanda que reben de la població. No hi ha formació específica per a personal infermer i la formació en el període MIR de Medicina familiar i comunitària és heterogènia.

### Objectius de model assistencial integrat per a les malalties de l'aparell locomotor

1. Incrementar la capacitat resolutive de l'àmbit de l'AP per a les malalties més prevalents i de baixa complexitat.
2. Millorar l'accessibilitat i l'eficiència de l'àmbit sanitari especialitzat de l'aparell locomotor: atenció ordenada dels diferents professionals i especialitats als processos de més complexitat.
3. Assegurar la continuïtat assistencial en l'atenció de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, reduint la variabilitat i els desequilibris territorials.

Per donar resposta als objectius plantejats es proposen una sèrie d'accions que impliquen els diferents nivells assistencials amb alt nivell de coordinació entre ells:

### Característiques del model assistencial integrat

1. Elements de gestió territorial compartits pactats en el marc del Pacte d'accessibilitat i resolució
  - **Objectius assistencials i de salut comuns** per a determinats processos i patologies. Coresponsabilitat entre atenció primària i atenció especialitzada en el disseny, la implementació i l'assoliment d'objectius assistencials.
  - **Gestió per processos** per a determinades patologies prevalents com l'artrosi, el mal d'esquena, l'osteoporosi, l'espatlla dolorosa i la fibromiàlgia. Informació clínica compartida i cartera de serveis pactada entre els nivells assistencials. Derivació protocol·litzada als dispositius d'especialitat corresponents.
  - **Responsable territorial** amb funcions de coordinació transversal de les activitats realitzades en l'àmbit d'aquestes malalties. La figura del responsable pot recaure en una única persona o pot ser compartida, segons les característiques del territori, i ha de ser pactada en la Comissió d'Entitats Proveïdores del Govern Territorial de Salut (GTS). Les seves funcions estan definides pel Pacte d'accessibilitat i resolució del territori i han d'incloure la gestió de la relació entre els nivells assistencials, la distribució de les funcions dels diferents actors i l'assoliment dels objectius de salut i assistencials comuns. Cal assegurar un marge d'autonomia suficient per assegurar l'adaptació del model a una àrea geogràfica (potenciar la microgestió).
  - Millora de la detecció i la notificació de les **malalties professionals**: aquesta estratègia està dirigida a ubicar en el recurs assistencial pertinent l'atenció a les malalties professionals. Per això, cal identificar millor les malalties de l'aparell locomotor que tenen una forta sospita de ser professionals, millorar l'anamnesi per associar-les degudament amb els riscos presents en el treball dels pacients i establir l'adequada coordinació amb les mútues per a la seva atenció i amb les unitats de salut laboral.
2. Accions per millorar la capacitat resolutive a l'AP
  - Incorporació de l'**equip infermer** en la prevenció i l'atenció de les malalties de l'aparell locomotor a l'AP. Les funcions d'aquests professionals serien donar informació i recomanacions sobre la malaltia, l'activitat física, el control de pes o

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

normes posturals, a més a més de seguir el pla de cures específic de la malaltia. Les funcions de promoció de salut i prevenció, amb mesures d'higiene postural i exercici físic, es desenvoluparan de manera coordinada amb l'activitat de fisioteràpia i salut pública, i han d'aprofitar programes ja establerts.

- Provisió d'una fisioteràpia bàsica emmarcada en l'àmbit de l'AP. Es proposa que professionals de fisioteràpia integrats en equips multidisciplinaris desenvolupin la seva activitat en l'AP amb coordinació amb els professionals de referència (metges de família i equip infermer). Activitat dirigida a determinades patologies de l'aparell locomotor, amb diagnòstic establert, i amb protocols de tractament consensuats (entre equips d'atenció primària, fisioterapeutes i metges rehabilitadors i altres especialistes en aparell locomotor, si escau).
  - Millora de l'eficiència del procés diagnòstic, facilitant l'accés des de l'AP a les exploracions complementàries pertinents. Accés protocol·litzat a proves diagnòstiques en funció de la complexitat de la patologia i de la cartera de serveis prèviament definida.
  - Apropament de l'atenció especialitzada a l'AP, mitjançant un sistema de consultoria presencial. La consultoria ha d'oferir el suport assistencial i formatiu necessari a l'AP per possibilitar l'atenció de la patologia de baixa complexitat, i l'orientació als dispositius d'especialitat dels casos greus o que requereixin atenció especialitzada. La consultoria de reumatologia està present a un 27% dels equips d'atenció primària de Catalunya segons l'enquesta de professionals d'AP. Aquesta consultoria es demana específicament des del Pla director per donar suport al diagnòstic en els casos de sospita de reumatisme inflamatori i diagnòstic de processos d'alta complexitat. A la resta d'especialitats, la consultoria està present en menys d'un 10% de la xarxa. Els criteris de selecció de les especialitats en les quals les consultories s'han de potenciar s'han d'establir de manera consensuada entre els professionals de l'AP i de l'atenció especialitzada.
3. Accions per millorar l'eficiència dels serveis especialitzats
- Organització d'**Unitats funcionals d'aparell locomotor**. Aquestes unitats són els dispositius assistencials que organitzaran l'activitat de les diferents especialitats mèdiques i d'altres professions relacionades amb l'aparell locomotor. Les unitats proposades es fonamenten en pactes organitzatius entre els diferents professionals per donar una resposta única, ordenada i esglaonada en l'atenció de determinades patologies de l'aparell locomotor. Aquestes unitats han de tenir les característiques següents:
    - **Informació clínica compartida** entre els diferents professionals que intervenen en la Unitat.
    - **Sistemes de coordinació** establerts entre els diferents professionals de la Unitat per aquells casos més complexos o problemes compartits (sessions conjuntes, consultes compartides, etc.).
    - **Cartera de serveis pactada** entre les diferents especialitats i els professionals integrants de la Unitat. Aquesta cartera ha d'estar adaptada a les capacitats, els professionals i les estructures assistencials existents en una àrea geogràfica determinada.
    - **Gestió per processos** per a patologies compartides, d'acord amb les línies generals establertes pel Pla. El circuit d'accés als diferents professionals ha de ser pactat i específic per a les diferents patologies i en funció de la fase evolutiva. El circuit posterior serà coordinat entre els diferents professionals que hi intervinguin. Tot això és per garantir la continuïtat assistencial evitant derivacions múltiples i la sobrecàrrega de determinades especialitats o recursos. Informació regular de seguiment del procés i d'alta dirigida a l'AP.
    - Millora de l'eficiència del **procés diagnòstic**. Accés protocol·litzat a proves diag-

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

nòstiques en funció de la cartera de serveis i dels criteris elaborats en coordinació amb el Pla de diagnòstic per la imatge i l'AIAQS.

- **Apropament de l'atenció especialitzada** a l'AP, mitjançant un sistema de consultoria presencial.
- **Accessibilitat garantida** a l'atenció especialitzada. Temps d'espera inferior a 15 dies per a visites preferents per patologies pactades (amb possible gravetat o causants de discapacitat i incapacitat laboral).

### Criteris de planificació sobre la demanda

Les malalties de l'aparell locomotor són una causa important de consulta als EAP. A Catalunya, al voltant del 10% de les consultes als metges d'AP són motivades per aquest grup de problemes, però segons l'enquesta realitzada pel Pla director els metges d'AP inverteixen més d'un 30% del seu temps assistencial en les malalties de l'aparell locomotor. L'envelliment progressiu de la població i la cronicitat de la majoria d'aquests problemes fa pensar que la demanda que ocasionen augmentarà en els propers anys.

La demanda en l'àmbit especialitzat d'aquest grup de patologies està condicionat, a la major part del territori, per una diversificació dels dispositius on es pot dirigir la derivació, amb una clara mancança en la definició de quin és el dispositiu més adient depenent del moment evolutiu de la malaltia. Per exemple una persona que pateix un mal d'esquena crònic pot estar utilitzant múltiples dispositius especialitzats sense estar definida la funció i el millor moment d'intervenció de cada un d'ells. Això ocasiona una elevada freqüentació a totes les especialitats implicades amb costoses i ineficients duplicitats. Les dades actuals de freqüentació a les especialitats amb dedicació exclusiva a l'aparell locomotor a Catalunya (COT i reumatologia) destaquen en quatre aspectes que s'analitzen a continuació:

1. Existeix una **gran diferència** en la freqüentació a l'especialitat quirúrgica que és quasi sis vegades superior a la de la mèdica (taula 4). Aquesta dada s'explica pel desenvolupament històric de les dues especialitats, on l'aparició posterior de la reumatologia va facilitar que una especialitat quirúrgica fos emplaçada com a primer nivell de referència, amb més dotació de professionals i presència a tot el territori. La valoració d'aquesta situació es reflecteix en l'enquesta dels professionals, en la qual es proposen canvis quantitius i qualitius en les derivacions a l'especialitat de COT, de manera que progressivament haurien d'anar rebent pacients amb una indicació quirúrgica més perfilada. Aquesta tendència desitjada només és factible en el marc d'un canvi substancial en el rol de tots els actors, especialment a l'AP, i dels pactes territorials sobre cartera de serveis i derivació.
2. S'observa un increment d'un 21% de la **freqüentació** en reumatologia al darrer trienni i una estabilització en la freqüentació a COT (taula 4) en els dos últims anys.

**Taula 4.** Evolució de la freqüentació (primeres visites per 1.000 habitants) en les especialitats de COT i reumatologia al trienni 2007-2009 (mitjana de Catalunya).

	2007	2008	2009
Reumatologia	11,48	12,10	13,89
COT	75,86	78,52	78,41

Font: Facturació CatSalut i activitat ICS no integrada. Elaboració Gabinet Tècnic, DGPA.

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

3. Hi ha una forta variabilitat territorial en la freqüentació (gràfics 6 i 7, pàg. 25 i 26). Aquesta pot estar motivada per la diferent oferta, per l'accessibilitat, pels fluxos entre GTS, per determinats recursos, per la capacitat resolutiva de l'AP i per les diferències en la pràctica clínica, fruit de la manca d'un model d'atenció definit i compartit i dels aspectes organitzatius dels diferents proveïdors.
4. Les malalties de l'aparell locomotor són també els processos que s'atenen amb més freqüència als serveis de rehabilitació i a les unitats de dolor. Al voltant del 60% dels processos de rehabilitació iniciats el 2007 a centres adjudicatariis del CatSalut es van relacionar amb malalties no traumàtiques de l'aparell locomotor, i aquestes malalties són també les majoritàries en les unitats de dolor. L'enquesta a metges d'AP mostra un grau elevat d'incertesa sobre quins són els processos que cal adreçar a aquests dispositius i una manca de mecanismes de coordinació entre l'AP i aquests serveis. Com a conseqüència de la inadequació de la demanda es produeixen demores en l'assistència i manca d'efectivitat.

La principal directriu del Pla, en aquest sentit, és la de reforçar la capacitat resolutiva a l'entorn de l'AP. El model proposat demana un compromís explícit als territoris per treballar de manera decidida en els àmbits de promoció de la salut i prevenció de les malalties prevalents, juntament amb tots els actors comunitaris implicats, i es preveu la millora en els aspectes d'autocura dels pacients i el suport d'altres professionals com infermeres i fisioterapeutes en la promoció, la prevenció, el tractament i el seguiment de processos de baixa complexitat. A través d'aquestes accions i de la implicació dels mateixos pacients en el procés de gestió de la seva malaltia mitjançant l'educació i la informació, s'aconseguirà una canalització de la demanda cap a dispositius alternatius als actuals, més propers als pacients. Això s'ha d'acompanyar progressivament amb el desenvolupament de noves vies de comunicació no presencial amb els professionals que millorin l'accessibilitat, i s'adaptin a les necessitats futures de la societat. A banda d'això, cal adreçar esforços a tornar a canalitzar la demanda a través d'alternatives innovadores (telemedicina, consulta telefònica, consultoria no presencial), que estan donant molt bons resultats en altres àmbits i que poden oferir un servei ràpid i de qualitat també per a aquest grup de malalties. Per als casos més complexos, cal definir clarament les vies clíniques i els circuits assistencials que cal pactar entre tots els recursos de l'AP i de l'atenció especialitzada. Això hauria d'evitar el trànsit innecessari a l'atenció especialitzada i entre diferents especialitats i, per tant, una **contenció en la freqüentació global** a mesura que el model d'atenció s'implementi.

Les **tendències en la demanda esperada** que s'assenyalen en l'atenció especialitzada són les següents:

- La freqüentació de COT hauria de disminuir pel canvi progressiu a un rol més quirúrgic de l'especialitat i equilibrar-se globalment al territori. La mitjana actual de Catalunya és de 78 primeres visites per 1.000 habitants i any.
- La freqüentació de reumatologia s'hauria d'equilibrar en el territori, i continuar consolidant els mecanismes de col·laboració amb l'AP. Aquesta freqüentació se situa actualment a 14 primeres visites per 1.000 habitants i any.
- Els serveis de rehabilitació haurien de donar suport a l'AP mitjançant la intervenció directa de fisioterapeutes a aquest nivell, per a patologies protocol·litzades.
- La demanda a les unitats del dolor ha d'anar enfocada a la realització de tècniques terapèutiques complexes i a determinats tractaments farmacològics en casos de dolor sever.

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

### Criteris de planificació sobre l'oferta

L'AP ha de disposar de l'accés a tecnologies i programes adequats per resoldre la major part de les malalties reumàtiques, en el context d'una cartera de serveis definida i del pacte territorial d'accessibilitat i resolució. Això inclou també la utilització de programes de promoció i prevenció com, per exemple, el control de factors de risc i la promoció de l'exercici físic. L'equip infermer d'AP ha de disposar dels coneixements i les eines necessàries per fer els consells bàsics i el seguiment d'aquests processos com ja fan en altres processos crònics. L'AP ha de tenir accés a proves complementàries de manera protocol·litzada en funció de la seva cartera de serveis. En el futur, els equips d'AP hauran d'oferir programes de tractament fisioterapèutic individual o grupal en els mateixos centres en coordinació amb els proveïdors territorials de rehabilitació. La derivació des de l'AP a l'atenció especialitzada s'haurà de protocol·litzar en processos clínics prevalents per tal d'augmentar l'eficiència i disminuir les demores. Així mateix, hauran de disposar de programes de consultoria amb l'objectiu de millorar la formació, resoldre casos que generin dubtes diagnòstics i canalitzar la demanda de proves o derivacions que no estiguin protocol·litzades.

Les especialitats d'àmbit hospitalari presenten grans desequilibris territorials en la freqüentació que es relacionen amb el desenvolupament poc planificat dels recursos i amb l'aparició inicial a les àrees més poblades.

- Segons l'enquesta realitzada, actualment la xarxa pública de Catalunya disposa d'una mitjana aproximada d'un especialista en COT per cada 10.000 habitants (775 professionals a la xarxa pública segons l'enquesta i 809 segons dades del Servei Català de la Salut de juny de 2008), amb presència a tots els hospitals del SISCAT però amb variabilitat entre diferents regions sanitàries. Aquestes ràtios són superiors a les publicades en alguns països de l'entorn occidental<sup>48,49</sup>.
- La mitjana d'especialistes en reumatologia és aproximadament d'1 per cada 60.000 (133 professionals a la xarxa pública segons l'enquesta i 116 a temps complet segons dades del CatSalut de juny de 2008) amb força variabilitat territorial i amb mancança d'especialistes a alguns hospitals de referència de la xarxa. Aquesta ràtio se situa en la mitjana d'altres països de l'entorn europeu i una mica per sota de les recomanades per societats científiques de l'Estat<sup>50</sup> i d'altres països<sup>51</sup>.
- La provisió de rehabilitació a Catalunya arriba a tot el territori i està regulada per una instrucció específica del Servei Català de la Salut que defineix els criteris bàsics de la prestació. La rehabilitació s'ofereix a través de la xarxa d'hospitals, de centres concertats i d'alguns dispositius amb activitat a l'AP, amb diferències organitzatives i de ràtios professionals importants. Es tracta d'una activitat transversal, amb treball en diferents àrees mèdiques i quirúrgiques. L'enquesta ha identificat un total de 140 especialistes en medicina física i rehabilitació a la xarxa hospitalària (169 segons dades del CatSalut si es tenen en compte els d'altres nivells assistencials) i 722 fisioterapeutes.
- Finalment, a la xarxa treballen 129 metges especialistes en dolor amb dedicació total o parcial a unitats del dolor i amb una activitat diversificada entre les diferents especialitats medicoquirúrgiques. La definició i l'ordenació futura de serveis per a l'atenció al dolor crònic a Catalunya es concretarà en un model d'atenció als pacients afectats per dolor crònic a Catalunya, treballat en el Departament de Salut de manera coordinada amb el Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor i amb el Mapa sanitari, sociosanitari i de salut pública de Catalunya.

Davant d'aquests desequilibris territorials, el Pla proposa que tots els GTS disposin d'una unitat funcional de l'aparell locomotor i amb les quatre especialitats que l'han de conformar, bé a través de la seva implantació a l'hospital de referència en àrees grans,

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

bé a través de pactes territorials entre proveïdors de territoris veïns en zones menys poblades. Això s'ha de traduir en un progressiu equilibri en la freqüentació a les diferents especialitats per GTS, que reflectirà una atenció més propera i equitativa a tot el territori.

Les unitats funcionals d'aparell locomotor han de tenir com a mínim les especialitats implicades en les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, l'especialitat mèdica, la reumatologia; l'especialitat quirúrgica, l'ortopèdia i la traumatologia; i la part corresponent de les àrees transversals, imprescindibles per oferir un bon tractament als pacients, com són la rehabilitació i les unitats del dolor. Una unitat funcional d'aparell locomotor no obliga a establir un grau de jerarquia determinat, sinó que es basa en un treball transversal en xarxa amb un alt nivell de comunicació i negociació entre els professionals implicats. En aquestes unitats, la cartera de serveis i el rol de cada professional han d'estar ben definits i han d'atendre el principi de subsidiarietat, segons el qual els problemes de salut han de ser resolts en el nivell més proper possible al pacient, de la manera més ràpida i eficient, evitant demores innecessàries i duplicitats en l'atenció. Cada especialitat i cada professió aporta a la unitat el seu valor afegit en l'àrea d'expertesa que la defineix tal com es representa en la taula 5 sobre intervencions i serveis adequats a cada àrea específica de la Unitat.

La reordenació de serveis s'ha de fer en cada àmbit territorial definit o GTS i ha d'involucrar els equips d'AP i hospitalaris corresponents, i els diferents proveïdors. És un model territorial d'atenció integrada per a les malalties reumàtiques o de l'aparell locomotor, que actua amb acords pactats d'accessibilitat i resolució, amb protocol·lització dels processos prevalents i per aconseguir els objectius assistencials i de salut comuns. Aquesta finalitat s'aconsegueix únicament amb un treball en xarxa tant de les institucions com dels professionals. La responsabilitat en l'organització d'aquestes unitats funcionals d'aparell locomotor recau en el director executiu del GTS que ho articula amb la Comissió de Proveïdors i amb els recursos del territori, a través de la figura d'un coordinador territorial. Aquest coordinador hauria de tenir les funcions següents:

1. Fer una **anàlisi de situació** de salut, activitat i organització de l'àrea.
2. Assegurar els mecanismes d'**informació compartida** necessaris per als components de la Unitat.
3. Liderar la **posada en marxa** del model assistencial basat en la gestió per processos segons les pautes generals del Pla director.
4. Establir i assegurar el **compliment dels objectius** assistencials compartits acordats en els pactes territorials mitjançant la utilització dels recursos necessaris per garantir l'equitat, l'accessibilitat i l'eficiència.
5. Vetllar perquè les **vies de relació** entre l'AP i l'atenció especialitzada siguin efectives i satisfactòries en els dos sentits, en el marc dels objectius assistencials compartits i acordats territorialment.
6. Coordinar i **avaluar l'activitat** dels diferents serveis i professionals inclosos a la Unitat funcional.
7. Realitzar el **seguiment del pacte** assumit pels responsables dels serveis integrants de la Unitat funcional.
8. Facilitar la **docència, la recerca i la formació continuada** a l'àrea de referència en relació amb les malalties de l'aparell locomotor.
9. Analitzar els **indicadors de qualitat** per implementar millores al territori en col·laboració amb els responsables de qualitat.
10. Elaborar la **memòria anual** de l'activitat desenvolupada.

## 7. Model assistencial i criteris de planificació

Les tendències proposades per a la planificació territorial de l'oferta dels serveis d'atenció especialitzada, tenint en compte la nova configuració organitzativa definida i la situació actual, són les següents:

- Desenvolupar la cartera de serveis en l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor, amb la participació adequada dels diferents nivells assistencials i perfils professionals (taula 5).
- Equilibrar la composició de perfils professionals en les unitats funcionals per donar amb la màxima qualitat i eficiència la cartera de serveis i fer front a la demanda esperada.
- Disminuir les diferències territorials en la capacitat assistencial i l'organització dels recursos, per donar una atenció tan equitativa com sigui possible, quant a accessibilitat i resultats.

**Taula 5.** Cartera de serveis en el context d'una organització territorial de l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor.\*

	Atenció primària	Infermeria	Reumatologia	COT	Rehabilitació	Fisioteràpia	Unitat de dolor
Promoció de la salut i prevenció	■		■	■	■	■	
Diagnòstic del procés prevalent	■		■	■	■		
Diagnòstic del procés complex			■				
Tractament farmacològic bàsic	■		■	■	■		■
Tractament farmacològic de complexitat			■				■
Tractament rehabilitador					■	■	
Tractament quirúrgic				■			
Seguiment del procés prevalent	■	■					
Seguiment del procés complex			■				
Tècniques terapèutiques complexes			■	■	■		■

\*Aquesta taula reflecteix les àrees prioritàries de cada especialitat en funció de la seva especificitat. Totes les especialitats poden intervenir en les activitats de diagnòstic i tractament mèdic, i també han d'intervenir en activitats de promoció i prevenció de la salut i poden actuar com a referents territorials per a determinats problemes de salut en funció dels pactes locals d'accessibilitat i resolució i el treball territorial per processos.

- Àrees específiques de cada especialitat/professió
- Àrees no específiques de cada especialitat/professió

Font: Elaboració PDMRAL.

---

## **8. Objectius específics i avaluació**

## 8. Objectius específics i avaluació

Per millorar la qualitat de l'atenció sanitària a les malalties de l'aparell locomotor, és necessari disposar d'un sistema d'informació que faciliti el seguiment dels projectes i l'avaluació de la qualitat assistencial. Per avançar en la utilització i l'anàlisi de la informació és necessari disposar d'indicadors de mesures preventives, de morbiditat i de l'impacte en la qualitat i l'eficiència dels serveis amb els canvis organitzatius proposats en el model assistencial. La integració d'aquesta informació pot contribuir a la identificació de marges de millora de l'atenció i suggerir als gestors i als planificadors sanitaris noves iniciatives per a la compra i la provisió de serveis.

Es fa una proposta d'indicadors que proporcionen informació per a la presa de decisions a l'hora de planificar, organitzar, gestionar i avaluar l'avenç del Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. El propòsit, per tant, és disposar d'informació fiable, consistent i sistemàtica que, amb la periodicitat pertinent, permeti seguir i avaluar el progrés dels principals objectius estratègics del Pla director i d'aquells objectius operatius de transcendència per a la correcta implementació del Pla.

L'elecció dels indicadors de seguiment i avaluació s'ha basat en els principis d'objectivitat, validesa, sensibilitat, especificitat i consens. En aquest sentit, cal tenir en compte que la proposta es fa d'acord amb la informació disponible actualment, encara que en un futur se'n poden incloure altres, si es considera necessari. Pel que fa als objectius que, per raons tecnològiques, funcionals o conceptuals, no siguin susceptibles de ser avaluats a partir d'indicadors, s'utilitzaran mecanismes i eines d'avaluació específiques, algunes d'elles detallades en el present document. Els indicadors recollits de GTS hauran de permetre obtenir informació desagregada per sexes i grups d'edat i el seu conjunt permetrà la visió global de Catalunya.

### Objectius

1. Millorar la promoció de salut, la prevenció i l'autocura de les malalties de l'aparell locomotor en l'àmbit de l'AP

Objectiu operatiu	Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a l'AP
Indicador	Persones ateses amb diagnòstics d'artrosi de genoll o maluc o dolor lumbar a la història clínica a l'atenció primària de salut amb registre de pes i talla (IMC)
Fita	Increment sobre el percentatge basal
Construcció de l'indicador	Proporció d'històries on consta el diagnòstic d'artrosi i de dolor lumbar, a les quals s'ha registrat el pes i la talla (IMC) sobre el total d'històries on consta el diagnòstic d'artrosi i de dolor lumbar
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Història clínica electrònica de l'AP

## 8. Objectius específics i avaluació

Objectiu operatiu	Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a l'AP
Indicador	Persones ateses amb diagnòstics de sobrepès o obesitat i de dolor lumbar i artrosi de genoll o maluc a l'atenció primària de salut amb mesures actives de control de pes
Fita	Increment sobre el percentatge basal
Construcció de l'indicador	Proporció d'històries on consta la condició de sobrepès o obesitat i el diagnòstic de dolor lumbar o artrosi, a les quals s'han iniciat mesures de control ponderal, sobre el total d'històries on consta la condició de sobrepès o obesitat i el diagnòstic de dolor lumbar o artrosi
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Història clínica electrònica de l'AP

Objectiu operatiu	Afavorir l'aplicació de les mesures preventives per a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a l'atenció primària
Indicador	Persones ateses amb diagnòstics de dolor lumbar, artrosi de genoll o maluc, osteoporosi o fibromiàlgia a l'AP amb prescripció d'exercici físic
Fita	Arribar al 10%
Construcció de l'indicador	Proporció d'històries on consta el diagnòstic de dolor lumbar, artrosi de genoll o maluc, osteoporosi o fibromiàlgia, a les quals s'han indicat exercici físic en el context de programes específics (p. ex. PAFES), sobre el total d'històries on consta el diagnòstic de dolor lumbar, artrosi de genoll o maluc, osteoporosi o fibromiàlgia
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Història clínica electrònica de l'AP

### 2. Millorar la capacitat resolutiva de l'AP en l'àmbit de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

Objectiu operatiu	Proporcionar una fisioteràpia bàsica a l'AP
Indicador	Nombre d'EAP amb activitat de fisioteràpia per processos protocol·litzats realitzada en els centres d'AP
Fita	25% d'EAP al 2014
Construcció de l'indicador	Nombre d'EAP amb activitat de fisioteràpia per processos protocol·litzats realitzada en els centres d'atenció primària sobre el total d'EAP
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	2014
Font d'informació	Proveïdors

Objectiu operatiu	Adequar la derivació de processos d'aparell locomotor a l'atenció especialitzada
Indicador	Nombre de primeres visites a COT i reumatologia per 1.000 habitants (facturació CatSalut + activitat no integrada ICS)
Fita	Mantenir la freqüentació global de COT i reumatologia a la taxa mitjana actual (92 visites / 1.000 habitants i any)
Construcció de l'indicador	Nombre de primeres visites a especialitats de COT i reumatologia per població atesa / any
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Facturació CatSalut I + activitat no integrada ICS de COT i reumatologia

## 8. Objectius específics i avaluació

### 3. Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en malalties de l'aparell locomotor

<b>Objectiu operatiu</b>	Reduir la incidència de fractura osteoporòtica de maluc
Indicador	Taxa d'ingrés hospitalari per 10.000 habitants per fractura de maluc en la població més gran de 65 anys
Fita	Aconseguir una taxa bruta de fractura de maluc de 63/10.000 habitants > 65 anys segons reducció del 10%. Dades de 2008: taxa bruta de 70,1 fractures / 10.000 habitants > 65 anys
Construcció de l'indicador	Nombre d'ingressos anuals per fractura de maluc / població més gran de 64 anys
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	CMBD-AH
<b>Objectiu operatiu</b>	Disminuir el temps entre l'ingrés i la cirurgia per fractura osteoporòtica de maluc
Indicador	Temps d'espera per cirurgia des de l'ingrés a un centre i la intervenció quirúrgica
Fita	80% < 48 hores. Dades preliminars: situació actual 50% < 48 hores
Construcció de l'indicador	Temps d'espera entre l'ingrés i la intervenció quirúrgica
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Requeriment d'informació: contracte d'atenció especialitzada CatSalut
<b>Objectiu operatiu</b>	Aconseguir suport d'equips multidisciplinaris (UFISS) per als pacients ingressats per fractura osteoporòtica de maluc
Indicador	Percentatge de pacients ingressats per fractura osteoporòtica de maluc atesos per equips multidisciplinaris (UFISS geriatría / UFISS mixta)
Fita	60%. Dades actuals: 31% sobre el total d'ingressos. CMBD-SS 2008
Construcció de l'indicador	Nombre de pacients > 65 anys ingressats per fractura osteoporòtica de maluc atesos per equips multidisciplinaris (UFISS geriatría / UFISS mixta) / nombre de pacients > 65 anys ingressats per fractura osteoporòtica de maluc
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	CMBD-SS
<b>Objectiu operatiu</b>	Prevenió de fractura de maluc a persones que viuen en residències de 65 anys i més
Indicador	Nombre de persones de 65 anys i més que viuen en residències i reben suplementes de vitamina D amb calci o sense
Fita	Fita: 50% 2014
Construcció de l'indicador	Nombre de persones de 65 anys i més que viuen en residències a Catalunya amb prescripció activa amb suplementes de vitamina D o calci amb vitamina D / nombre de persones de 65 anys i més que viuen en residències a Catalunya
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Farmàcia CatSalut

## 8. Objectius específics i avaluació

<b>Objectiu operatiu</b>	Prevenió de fractura de maluc a persones en tractament crònic amb glucocorticoides
Indicador	Persones de més de 50 anys amb prescripció activa de glucocorticoides de més de tres mesos (dosi > 5 mg/dia de prednisona o equivalent), associada a tractaments actius amb difosfonats / persones de més de 50 anys amb prescripció activa de glucocorticoides de més de tres mesos (dosi > 5 mg/dia de prednisona o equivalent)
Fita	50%
Construcció de l'indicador	Persones de més de 50 anys amb prescripció activa de glucocorticoides de més de tres mesos (dosi > 5 mg/dia de prednisona o equivalent) associada a tractaments actius amb difosfonats / persones de més de 50 anys amb prescripció activa de glucocorticoides de més de tres mesos (dosi > 5 mg/dia de prednisona o equivalent)
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	Farmàcia CatSalut

<b>Objectiu operatiu</b>	Disminuir l'interval de temps entre l'inici dels símptomes de l'artritis reumatoide i la prescripció del primer fàrmac inductor de remissió
Indicador	Temps d'espera entre l'inici dels símptomes i la prescripció del primer fàrmac antireumàtic
Fita	50% < tres mesos
Construcció de l'indicador	Temps transcorregut entre el dia de prescripció del primer fàrmac inductor de remissió i el dia d'inici dels símptomes
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	2014
Font d'informació	Audit Pla director / Societat Catalana de Reumatologia

### 4. Millorar la continuïtat assistencial i l'eficiència en l'atenció a través de l'anàlisi i la definició del model assistencial

<b>Objectiu operatiu</b>	Millorar l'eficiència dels serveis especialitzats en aparell locomotor
Indicador	Constitució de la Unitat Funcional Territorial d'Aparell Locomotor
Fita	Constitució de vuit unitats funcionals el 2014
Construcció de l'indicador	Aprovació de la constitució de la Unitat Funcional en la Comissió de Proveïdors de GTS
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	2014
Font d'informació	GTS

<b>Objectiu operatiu</b>	Millorar la coordinació dels EAP i els serveis especialitzats en aparell locomotor
Indicador	Nombre d'EAP amb sessions de consultoria presencial de reumatologia als territoris amb Unitat funcional d'aparell locomotor constituïda
Fita	50% d'EAP amb sessions de consultoria de reumatologia al 2014
Construcció de l'indicador	Nombre d'EAP amb sessions de consultoria presencial de reumatologia / nombre total d'EAP a Catalunya
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	2014
Font d'informació	Proveïdors

## 8. Objectius específics i avaluació

Objectiu operatiu	Millorar la declaració de malalties professionals en l'àmbit de les malalties de l'aparell locomotor
Indicador	Nombre de malalties professionals declarades a Catalunya (> 75% produïdes per agents físics en relació amb l'aparell locomotor)
Fita	Increment del 25% el 2014
Construcció de l'indicador	Nombre de malalties professionals declarades a Catalunya / nombre d'afiliats a la SS a Catalunya a 31 de desembre. 2009: 0,130*1.000 2014: 0,162*1.000
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	INSS (CEPROSS)
Objectiu operatiu	Millorar l'eficiència en l'abordatge de les IT causades per malalties de l'aparell locomotor
Indicador	Durada mitjana dels processos d'IT associats a malalties de l'aparell locomotor atesos a una àrea territorial concreta
Fita	Disminució del 5% a l'any i 10% als dos anys de la durada de les IT per malalties de l'aparell locomotor als territoris amb unitat funcional d'aparell locomotor des de la seva constitució
Construcció de l'indicador	Durada mitjana dels processos d'IT relacionats amb malalties de l'aparell locomotor (set categories més freqüents del capítol XIII, ICD-10) en una àrea territorial. Comparatiu abans-després
Horitzó temporal	2014
Periodicitat de la informació	Anual
Font d'informació	ICAM

---

## 9. Bibliografia

## 9. Bibliografia

- 1 Departament de Salut. Els catalans opinen de la seva salut i dels serveis sanitaris. Enquesta de salut de Catalunya . Generalitat de Catalunya. Barcelona.
- 2 Global burden of musculoskeletal disease revealed in new WHO report. Bull World Health Organ 2003;81(11):853-4.
- 3 Brooks PM. The burden of musculoskeletal disease, a global perspective. Clin Rheumatol 2006;25(6):778-81.
- 4 Badley EM. The economic burden of musculoskeletal disorders in Canada is similar to that for cancer, and may be higher. J Rheumatol 1995;22(2):204-6.
- 5 Special Eurobarometer 272. Health in the European Union 2007. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_publication/eb\\_health\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eb_health_en.pdf) .
- 6 Carmona L, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The burden of musculoskeletal diseases in the general population of Spain: results from a national survey. Ann Rheum Dis 2001 ;60(11):1040-5.
- 7 Bouza C, López T, Palma M, Amate JM. Hospitalised osteoporotic vertebral fractures in Spain: analysis of the national hospital discharge registry. Osteoporos Int 2007 ;18(5):649-57.
- 8 Benet- Travé J, Domínguez-García A, Sales-Pérez JM, Orozco-Declós R, Salleras-Sanmartí L. In-hospital case-fatality of aged patients with hip fracture in Catalonia, Spain. Eur J Epidemiol 1997 ;13(6):681-6.
- 9 Formiga F, López-Soto A, Sacanella E, Coscojuela A, Suso S, Pujol R. Mortality and morbidity in nonagenarian patients following hip fracture surgery. Gerontology 2003 ;49(1):41-5.
- 10 Gabriel SE, Crowson CS, Kremers HM, Doran MF, Turesson C, O'Fallon WM, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. Arthritis Rheum 2003 ;48(1):54-8.
- 11 Lynch JR, Gardner GC, Parsons RR. Musculoskeletal workload versus musculoskeletal clinical confidence among primary care physicians in rural practice. Am J Orthop 2005 ;34(10):487-91.
- 12 Slatis P, Ruusinen A. Orthopedic diseases and trauma in Finland. Trends in consumption of health services 1970-1985. Acta Orthop Scand Suppl 1991;241:13-6.
- 13 Murt H, Parsons PE, Harlan WR, Thomas JW, Lepkowski JM, Guire KE, et al. Disability, utilization, and costs associated with musculoskeletal conditions. Natl Med Care Util Expend Surv C 1986;(5):1-64.
- 14 Ballina García FJ, Hernández MR, Martín LP, Fernández SJ, Cueto EA. Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias, Spain. Scand J Rheumatol 1994;23(3):137-41.
- 15 Pla director de malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor. Enquesta d'opinió sobre l'atenció a les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor a Catalunya. Departament de Salut, editor. 2010. Barcelona.
- 16 Garcia AM, Gadea R. Estimaciones de incidencia y prevalencia de enfermedades de origen laboral en España. Aten Primaria 2008;40(9):439-45.
- 17 Lurie JD. What diagnostic tests are useful for low back pain?  
4. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19(4):557-75.

## 9. Bibliografía

- 18 Espallargues M, Alonso J, Ruigómez A, Antó JM. Los trastornos osteoarticulares en los ancianos; una aproximación a su impacto poblacional. *Med Clin (Barc)* 1996; 27;106(16):601-6.
- 19 Peat G, Thomas E, Handy J, Wood L, Dziedzic K, Myers H, et al. The Knee Clinical Assessment Study-CAS(K). A prospective study of knee pain and knee osteoarthritis in the general population: baseline recruitment and retention at 18 months. *BMC Musculoskelet Disord* 2006;7:30.
- 20 Woolf AD, Pfleger B. Burden of major musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2003;81(9):646-56.
- 21 Álvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone* 2008;42(2):278-85.
- 22 Serra JA, Garrido G, Vidan M, Marañón E, Branas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Interna* 2002;19(8):389-95.
- 23 Brossa TA, Tobias FJ, Zorrilla RJ, López BE, Alabart TA, Belmonte GM. Mortalidad a los tres años de los pacientes con fractura de fémur. *Med Clin (Barc)* 2005; 22;124(2):53-4.
- 24 Knobel H, Díez A, Arnau D, Alier A, Ibáñez J, Campodarve I, et al. Secuelas de la fractura osteoporótica de fémur en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1992; 28;98(12):441-4.
- 25 Melton LJ, III. Adverse outcomes of osteoporotic fractures in the general population. *J Bone Miner Res* 2003;18(6):1139-41.
- 26 Naves M, Díaz-López JB, Gómez C, Rodríguez-Rebollar A, Rodríguez-García M, Cannata-Andía JB. The effect of vertebral fracture as a risk factor for osteoporotic fracture and mortality in a Spanish population. *Osteoporos Int* 2003;14(6):520-4.
- 27 Salaffi F, Cimmino MA, Malavolta N, Carotti M, Di ML, Scendoni P, et al. The burden of prevalent fractures on health-related quality of life in postmenopausal women with osteoporosis: the IMOF study. *J Rheumatol* 2007;34(7):1551-60.
- 28 Kanterewicz E, Yáñez A. Osteoporosis attitudes after a Colles fracture. *Arch Intern Med* 2001 ;26;161(21):2633-4.
- 29 Scott DL, Steer S. The course of established rheumatoid arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2007;21(5):943-67.
- 30 Scott DL, Pugner K, Kaarela K, Doyle DV, Woolf A, Holmes J, et al. The links between joint damage and disability in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford )* 2000 ;39(2):122-32.
- 31 Scott DL. Prognostic factors in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford )* 2000 ;39 Suppl 1:24-9.
- 32 Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Be, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis* 2005;64(10):1427-30.
- 33 Guillemin F, Briancon S, Klein JM, Sauleau E, Pourel J. Low incidence of rheumatoid arthritis in France. *Scand J Rheumatol* 1994;23(5):264-8.
- 34 Eberhardt KB, Fex E. Functional impairment and disability in early rheumatoid arthritis--development over 5 years. *J Rheumatol* 1995;22(6):1037-42.
- 35 Blumberg SN, Fox DA. Rheumatoid arthritis: guidelines for emerging therapies 1. *Am J Manag Care* 2001;7(6):617-26.

## 9. Bibliografia

- 36 Kobelt G, Lindgren P, Singh A, Klareskog L. Cost effectiveness of etanercept (Enbrel) in combination with methotrexate in the treatment of active rheumatoid arthritis based on the TEMPO trial. *Ann Rheum Dis* 2005;64(8):1174-9.
- 37 Picavet HS, Hazes JM. Prevalence of self reported musculoskeletal diseases is high. *Ann Rheum Dis* 2003;62(7):644-50.
- 38 Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, et al. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998 ;57(11):649-55.
- 39 Fundación Grunenthal y Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPIDOR: estudio epidemiológico del dolor en reumatología en España. 2003. Madrid, Edipharma.
- 40 Picavet HS, Hoeymans N. Health related quality of life in multiple musculoskeletal diseases: SF-36 and EQ-5D in the DMC3 study. *Ann Rheum Dis* 2004;63(6):723-9.
- 41 Bernard AL, Prince A, Edsall P. Quality of life issues for fibromyalgia patients. *Arthritis Care Res* 2000;13(1):42-50.
- 42 Carville SF, Rendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis* 2008 ;67(4):536-41.
- 43 Kurtais Y, Kutlay S, Ergin S. Exercise and cognitive-behavioural treatment in fibromyalgia syndrome. *Curr Pharm.* 2006;12(1):37-45.
- 44 Redondo JR, Justo CM, Moraleda FV, Velayos YG, Puche JJ, Zubero JR, et al. Long-term efficacy of therapy in patients with fibromyalgia: a physical exercise-based program and a cognitive-behavioral approach. *Arthritis Rheum* 2004 ; 15;51(2):184-92.
- 45 Offenbacher M, Stucki G. Physical therapy in the treatment of fibromyalgia. *Scand J Rheumatol Suppl* 2000;113:78-85.
- 46 Pastor M, Gisbert R. Evolució de la participació dels plans directors en el pressupost sanitari del CatSalut. *Estudis d'economia de la salut (volum III)*. En premsa. 2010.
- 47 Juan Oliva. Universidad de Castilla la Mancha FEDEA. Informe sobre les pèrdues per a l'economia catalana degudes a la malaltia. *Estudis d'economia de la salut (volum II)*. Direcció General de Planificació i Avaluació, editor. 2008. Barcelona.
- 48 Haralson RH, III, Zuckerman JD. Prevalence, health care expenditures, and orthopedic surgery workforce for musculoskeletal conditions. *JAMA* 2009;302(14):1586-7.
- 49 Caton J, Duburcq A. Basis for an evaluation of needs of orthopaedic surgeons in France. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 2006 ;92(8):818-26.
- 50 Alonso A, Vidal J, Tornero J, Carbonell J, Lázaro P, Aguilar MD. Estándares de calidad asistencial en reumatología. *Reumatol Clin* 3[5], e1-e20. 2007.
- 51 Marder WD, Meenan RF, Felson DT, Reichlin M, Birnbaum NS, Croft JD, et al. The present and future adequacy of rheumatology manpower. A study of health care needs and physician supply. *Arthritis Rheum* 1991;34(10):1209-17.

---

## **10. Professionals que hi han participat**

## 10. Professionals que hi han participat

### **PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES REUMÀTIQUES I DE L'APARELL LOCOMOTOR**

---

#### **Direcció**

---

Departament de Salut  
**María Luisa de la Puente i Martorell**  
 Directora general de Planificació i  
 Avaluació  
 Sotsdirectora del Servei Català de la  
 Salut

**Antoni Plasència i Taradach**  
 Director general de Salut Pública

**Francesc Brosa i Llinares**  
 Director de l'Àrea de Serveis i Qualitat  
 Servei Català de la Salut

**Marta Larrosa i Padró**  
 Codirectora  
 Pla director de les malalties reumàtiques  
 i de l'aparell locomotor

**Xavier Surís i Armangué**  
 Codirector  
 Pla director de les malalties reumàtiques  
 i de l'aparell locomotor

**Coordinació estratègica**  
**Jaume Auleda i Galbany**  
 Coordinador de grups de treball

**Maria Jesús Pueyo Sánchez**  
 Suport tècnic del Pla  
 Secretària Tècnica del Consell Assessor

#### **Col·laboradors Del Departament De Salut**

---

**Marta Segura Bonet**  
 Secretària general

**Maria Josep Borràs Pascual**  
 Assessoria Jurídica

**Direcció General de Planificació i  
 Avaluació**  
**Dolors Costa Sampere**  
 Adjunta de Direcció

**Ricard Tresserras Gaju**  
 Sotsdirector general de Planificació

**Pilar Brugulat Guiteras**  
 Cap del Servei del Pla de salut

**Vicenç Martínez Beneyto**  
 Servei del Pla de salut

**Elena Calvo València**  
 Cap del Gabinet Tècnic

**Cristina Colls i Guerra**  
 Gabinet Tècnic

**Carme Planas i Campmany**  
 Gabinet Tècnic

**Josep Fusté Sugrañés**  
 Cap de la Unitat de Mapa Sanitari i Plans  
 Estratègics

**Margarita Admetlla Falgueres**  
 Unitat de Mapa Sanitari i Plans  
 Estratègics

**Direcció General de Salut Pública**  
**Carmen Cabezas Peña**  
 Sotsdirectora general de Promoció de la  
 Salut

**Josep Lluís de Peray Baiges**  
 Agència de Salut Pública

**Rosa Fernández Bardón**  
 Agència de Salut Pública

**Direcció General de Recursos Sanitaris**  
**David Elvira Martínez**  
 Director general

## 10. Professionals que hi han participat

---

Josep Davins Miralles  
Sotsdirector general de Serveis Sanitaris

Institut Català d'Avaluacions Mèdiques  
Rafael Manzanera López  
Director

Josefina Jardí Lliberia  
Gerent

Constanza Alberti Casas  
Tècnica superior

Servei Català de la Salut  
Sebastià Barranco Tomàs  
Gerent de la Regió Sanitària de Lleida

Joan Victorià Peralta i Biosca  
Gerent de la Regió Sanitària de l'Alt  
Pirineu i Aran

Joaquim Pellejà i Pellejà  
Gerent de la Regió Sanitària del Camp  
de Tarragona

Ismael Roldán Bermejo  
Gerent de la Regió Sanitària de les  
Terres de l'Ebre

Marta Pedrerol i Mas  
Gerent de la Regió Sanitària de Girona

Antoni Iruela i López  
Gerent de la Regió Sanitària de la  
Catalunya Central

Jaume Estany Ricart  
Gerent del Consorci Sanitari de  
Barcelona

Carme Esteve Orti  
Gerent de l'Àmbit Territorial Barcelona  
Nord

Mònica Almiñana Rique  
Gerent de l'Àmbit Territorial Barcelona  
Sud

Josep Maria Argimon Pallás  
Gerent de Planificació, Compra i  
Avaluació de Serveis Assistencials

### **CONSELL ASSESSOR. PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES REUMÀTIQUES I DE L'APARELL LOCOMOTOR**

---

Pere Benito Ruiz  
Copresident del Consell Assessor

Joan Nardi Vilardaga  
Copresident del Consell Assessor

Marta Larrosa i Padró  
Codirectora del Pla director

Xavier Surís i Armangué  
Codirector del Pla director

Maria Jesús Pueyo Sánchez  
Secretària tècnica del Consell Assessor

### **Membres**

---

Josep Abelló i Padró  
Consorci de Salut i Serveis

Mercedes Abizanda González  
SEMERGEN

Núria Alàs i Pérez  
Federació Catalana per a la Fibromiàlgia  
i la Síndrome de Fatiga Crònica

Emília Altarriba Alberch  
Fundació d'Afectats i Afectades de  
Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga  
Crònica

Josep Maria Álvarez Suárez  
UGT

## 10. Professionals que hi han participat

**Josep Maria Amorós Macau**  
Societat Catalana de Cirurgia  
Ortopèdica i Traumatologia

**Vicente Aparicio Mulet**  
ASEPEYO

**Enric Argelagués Vidal**  
Institut Català de la Salut

**Josep Maria Argimon Pallás**  
Gerència de Planificació, Compra  
i Avaluació de Serveis Assistencials  
Servei Català de la Salut

**Jaume Auleda Galbany**  
Hospital de Mataró

**Maria Edelmira Barraquer Feu**  
Societat Catalana de Medicina Familiar  
i Comunitària

**Blanca Bermejo Osés**  
Foment del Treball Nacional

**Joan Manuel Bou Márquez**  
Associació AMAT

**Francesc Brosa i Llinares**  
Direcció de l'Àrea de Serveis i Qualitat  
Servei Català de la Salut

**Manuel Bustos Garrido**  
Federació Catalana de Municipis de  
Catalunya

**Carmen Caja López**  
Pla director sociosanitari

**Lourdes Camp Casals**  
Pla d'innovació d'atenció primària i salut  
comunitària

**Ramon Carreras Collado**  
Societat Catalana d'Obstetrícia  
i Ginecologia

**Enric Castellet Feliu**  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Elena Català Puigbó**  
Model d'atenció als pacients afectes de  
dolor crònic  
Departament de Salut

**Mariona Creus i Virgili**  
Col·legi Oficial de Diplomats d'Infermeria  
de Barcelona

**Ramon Cristòfol Allué**  
Societat Catalanobalea de Geriatria i  
Gerontologia

**Anna Maria Cuscó i Segarra**  
Fundació per a la Fibromiàlgia i la  
Síndrome de Fatiga Crònica

**Ampar Cuxart Fina**  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Joana Maria Del Molino Jover**  
Acció Psoriasi

**Josep Lluís De Peray i Biages**  
Agència de Salut Pública  
Direcció General de Salut Pública

**David Elvira Martínez**  
Direcció General de Recursos Sanitaris  
Departament de Salut

**Francesc Escarmís i Costa**  
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

**Jaume Estany Ricart**  
Consorti Sanitari de Barcelona  
Servei Català de la Salut

**Salvador Esteve i Figueras**  
Associació Catalana de Municipis  
i Comarques

**José Juan Fernández Martínez**  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

**Dolors Forés García**  
Societat Catalana de Medicina Familiar  
i Comunitària

**Jordi Galimany Masclans**  
Pla de diagnòstic per la imatge  
Departament de Salut

## 10. Professionals que hi han participat

**Maria Carme García Ameijeiras**  
Societat Catalana de Rehabilitació  
i Medicina Física

**M. Pilar Gascón i Lecha**  
Consell de Col·legis Farmacèutics de  
Catalunya

**Montserrat Gascón Macias**  
Petita i Mitjana Empresa de Catalunya

**Maria Lluïsa Gelabert Cubiló**  
Associació Catalana de Medicina del  
Treball

**Joan Josep González-Simó**  
Lliga Reumatològica Catalana

**Josep Granados Duran**  
Reumatòleg

**Joan Guanyabens Calvet**  
Agència d'Informació, Avaluació i  
Qualitat en Salut

**Mateu Huguet Recasens**  
Institut d'Estudis de la Salut

**Josefina Jardí i Lliberia**  
Institut Català d'Avaluacions Mèdiques

**Marisa Jiménez Ordóñez**  
Direcció d'Estratègia d'Infermeria  
Departament de Salut  
Vicepresidència primera del Consell de la  
Professió Infermera

**Josep Jiménez Villa**  
Divisió d'Avaluació de Serveis  
Servei Català de la Salut

**Eduardo Kanterewicz Binstock**  
Hospital General de Vic

**Pilar Lucas Plaza**  
Associació Catalana de Lupus  
Eritematós Generalitzat

**Rafael Manzanera i López**  
Institut Català d'Avaluacions Mèdiques

**Sara Marsal Barril**  
Societat Catalana de Reumatologia

**Xavier Mas Garriga**  
Societat Catalana de Medicina Familiar i  
Comunitària

**Montserrat Molas i Puigvila**  
Associació d'Infermeria Familiar i  
Comunitària de Catalunya

**Antoni Molina Ros**  
Hospital del Mar

**Rosa Morlà Novell**  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla

**Dolors Navarro Rubio**  
Fòrum Català de Pacients

**Josep Manuel Ogalla Rodríguez**  
Col·legi Oficial de Podòlegs de Catalunya

**Carme Oliva Hurtado**  
Associació Espanyola Contra  
l'Osteoporosi

**Bartolomé Oliver Abadal**  
Societat Catalana de Neurocirurgia

**Isabel Padró Blanch**  
Associació d'Infermeria Reumatològica  
Espanyola

**Isabel Pera i Fàbregas**  
Societat Catalanobalear d'Infermeria

**Àngel Plans Cañamara**  
Societat Catalana de Seguretat i  
Medicina del Treball

**Antoni Plasència i Taradach**  
Direcció General de Salut Pública  
Departament de Salut

**Miquel Pons i Serra**  
Unió Catalana d'Hospitals

**Margarita Puig Riera de Conias**  
Societat Catalana del Dolor

## 10. Professionals que hi han participat

---

Lluís Puig Torregrosa  
Societat Catalana de Fisioteràpia

Joaquima Ribot Puig  
Associació Catalana d'Infermeria

Daniel Roig Escofet  
Reumatòleg

Maria Rusiñol Badals  
Hospital Mútua de Terrassa

Josep M. Sabaté Guasch  
Servei Català de la Salut

Laura Sampietro-Colom  
Fundació Clínic per a la Recerca  
Biomèdica

Raimon Sanmartí Sala  
Hospital Clínic de Barcelona

Isabel Sañudo Martín  
Associació Catalana d'Entitats de Salut

Santos Sastre Fernández  
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Jaume Sellarés Sallas  
Consell Català de Col·legis Oficials de  
Metges

Jaume Sellés Santiveri  
Comissions Obreres

M. Dolors Sintes Matheu  
Societat Catalana d'Anestesiologia,  
Reanimació i Tractament del Dolor

Roser Solans Laqué  
Societat Catalanoblear de Medicina  
Interna

Maite Vivancos Vila  
Federació d'Associacions de  
Fibromiàlgia i Síndrome de Fatiga  
Crònica de Catalunya

### **COMISSIÓ PERMANENT. PLA DIRECTOR DE LES MALALTIES REUMÀTIQUES I DE L'APARELL LOCOMOTOR**

---

Jaume Auleda Galbany  
Hospital de Mataró

Maria Edelmira Barraquer i Feu  
Societat Catalana de Medicina Familiar  
i Comunitària

Pere Benito Ruiz  
Hospital del Mar

Enric Castellet Feliu  
Hospital de Traumatologia de la Vall  
d'Hebron

Elena Català Puigbó  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Ampar Cuxart Fina  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Josep Lluís De Peray i Biages  
Direcció General de Salut Pública

José Juan Fernández Martínez  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Josep Jiménez Villa  
Divisió d'Avaluació de Serveis  
Servei Català de la Salut

Dámaris Juan Sala  
Lliga Reumatològica Catalana

Eduardo Kanterewicz Binstock  
Hospital General de Vic

Marta Larrosa Padró  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor  
Hospital de Sabadell

Xavier Mas Garriga  
Societat Catalana de Medicina Familiar i  
Comunitària

## 10. Professionals que hi han participat

---

Antoni Molina Ros  
Hospital del Mar

Rosa Morlà Novell  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla

Joan Nardi Vilardaga  
Hospital de Traumatologia de la Vall  
d'Hebron

Miquel Pons Serra  
Fundació Althaia

Maria Jesús Pueyo Sánchez  
Direcció General de Planificació  
i Avaluació

Maria Rusiñol Badals  
Hospital Mútua de Terrassa

Raimon Sanmartí Sala  
Hospital Clínic de Barcelona

Santos Sastre Fernández  
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

Xavier Surís Armangué  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor  
Hospital General de Granollers

### **Gestió administrativa**

---

Lluïsa Belmonte España  
Direcció General de Planificació  
i Avaluació

Cristina Canals Lorente  
Direcció General de Planificació  
i Avaluació

### **GRUPS DE TREBALL**

---

Coordinador dels grups de treball  
Jaume Auleda Galbany  
Hospital de Mataró

### **Grup de treball d'artritis**

---

Jordi Anton López  
Hospital de Sant Joan de Déu

Héctor Corominas Macias  
Hospital Moisès Broggi

Montserrat Grivé Isern  
ABS Tarragona-1

Francisco Javier Narváez García  
Hospital Universitari de Bellvitge

Isabel Padró Blanch  
Hospital del Mar

Montserrat Policarpo Garriga  
ABS Alt Camp Oest

Maria Rusiñol Badals  
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Georgina Salvador Alarcón  
Hospital Universitari Mútua Terrassa

Raimon Sanmartí Sala  
Hospital Clínic de Barcelona

## 10. Professionals que hi han participat

---

### Grup de treball d'artrosis

---

**Maria Edelmira Barraquer Feu**  
ABS Horta 7D

**Enric Castellet Feliu**  
Hospital de Traumatologia de la Vall  
d'Hebron

**Montserrat Freixes Solé**  
Hospital de Mataró

**Beatriu Fuentes Bautista**  
ABS Jaume Soler

**Josep Giné Gomà**  
Hospital Universitari Joan XXIII de  
Tarragona

**Xavier Mas Garriga**  
ABS Sta. Eulàlia Sud

**Victòria Mir Labalsa**  
ABS Premià de Mar

**Rosa Morlà Novell**  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla

**Cristóbal Orellana Garrido**  
Hospital de Sabadell

**Esther Pagès Bolivar**  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Conxita Peña Gallardo**  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

**Sílvia Ramon Rona**  
CAP Sant Andreu II

**Josep Roig Santamaria**  
Hospital de Palamós

**Antonio Francisco Vallano Ferraz**  
Hospital Universitari de Bellvitge

### Grup de treball d'associacions de pacients

---

**Juana M. Del Molino Jover**  
Acció Psoriasi

**Yolanda Eraso Calvo**  
Associació Catalana de Síndrome de  
Sjögren

**Dámaris Juan Sala**  
Lliga Reumatològica Catalana

**Pilar Lucas Plaza**  
Associació Catalana Lupus Eritematós  
Generalitzat

**Dolors Mayán Cendón**  
Associació de Síndromes  
d'Ehlers-Danlos i Hiperlaxitud  
CONFEPAR

**Dolors Navarro Rubio**  
Fòrum Català de Pacients

**Carmen Oliva Hurtado**  
Associació Espanyola contra  
l'Osteoporosi

**Manuel Rivero Fernández**  
Associació de Malalts de Crohn i Colitis  
Ulcerosa

## 10. Professionals que hi han participat

---

### Grup de treball d'aspectes laborals

---

<b>Lourdes Camp Casals</b> Pla d'innovació d'atenció primària i salut comunitària	<b>Marta Larrosa i Padró</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
<b>Jordi Castejón Castejón</b> Unitat de salut laboral Costa de Ponent	<b>Xavier Martín Oliva</b> Facultat de Medicina Universitat de Barcelona
<b>Josep Lluís De Peray i Biages</b> Direcció General de Salut Pública	<b>Vicenç Martínez Beneyto</b> Servei del Pla de Salut
<b>Rosa Fernández Bardón</b> Agència de Salut Pública	<b>Maria Menéndez Fuster</b> Secretaria de Salut Laboral de CCOO
<b>Clara González Oliva</b> Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball	<b>Miquel Pons Serra</b> Fundació Althaia
<b>Josefina Jardí Lliberia</b> Institut Català d'Avaluacions Mèdiques	<b>Maria Jesús Pueyo Sánchez</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
<b>Elena Jordi Cases</b> ABS Horta 7D	<b>Dulce Puget Bosch</b> ASEPEYO
<b>Núria Lara Barloque</b> Subdirecció General de Promoció de la Salut Direcció General de Salut Pública	<b>Xavier Surís i Armangué</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

### Grup de treball de fibromiàlgia

---

<b>Josep Maria Argimon Pallás</b> Gerència de Planificació de la Compra i Avaluació de Serveis Assistencials	<b>Maria Jesús Pueyo Sánchez</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor
<b>Marta Larrosa i Padró</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor	<b>Xavier Surís i Armangué</b> Pla director de les malalties reumàtiques i de l'aparell locomotor

### Grup de treball de formació

---

<b>Joan Escarrabill Sanglas</b> Institut d'Estudis de la Salut	<b>Marisa Jiménez Ordóñez</b> Direcció d'Estratègia d'Infermeria. Departament de Salut
<b>Mateu Huguet Recasens</b> Direcció de l'Institut d'Estudis de la Salut	Vicepresidència primera del Consell de la Professions Infermera

## 10. Professionals que hi han participat

Sebastià Juncosa i Font  
Institut d'Estudis de la Salut

Josep Roma i Millán  
Institut d'Estudis de la Salut

Marta Larrosa i Padró  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor

Xavier Surís i Armangué  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor

Maria Jesús Pueyo Sánchez  
Pla director de les malalties reumàtiques  
i de l'aparell locomotor

### **Grup de treball de lumbàlgia**

---

Josep Alins Presas  
ABS Abrera

Mònica Coll Batet  
Hospital de Mataró

Eva Allué Fernandez  
CAP Drassanes

Andreu Combalia Areu  
Hospital Clínic de Barcelona

Ramon Arroyo Aljaro  
CAP Drassanes

Christian Dürsteler  
Hospital del Mar

José Antonio Becerra Fontal  
Hospital Santa Caterina de Girona

Jordi Forcada Gisbert  
CAP Sant Roc

Pere Benito Ruiz  
Hospital del Mar

Beatriu Fuentes Bautista  
ABS Jaume Soler

Josep Maria Bordas Julve  
CAP Gòtic Barcelona

Carme García Ameijeiras  
Hospital Universitari Vall d'Hebron

Xon Bosch Graupera  
Hospital Universitari Germans Trias i  
Pujol

Ramon Huguet Comelles  
Hospital Universitari Joan XXIII de  
Tarragona

Carme Busquets Julià  
Hospital Doctor Josep Trueta

Ana Marsol Puig  
Hospital Universitari Joan XXIII de  
Tarragona

Elena Català Puigbò  
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

Mario Martín Sánchez  
CAP Drassanes

Ana Clara Cereijo Tomas  
ABS Vila Olímpica

Antoni Molina Ros  
Hospital del Mar

Manuel Ciria Recasens  
Hospital del Mar

Mercedes Möller Parera  
CAP Drassanes

Salvador Colet Esquerré  
Hospital Universitari Germans Trias i  
Pujol

Antonio Montero Matamala  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

## 10. Professionals que hi han participat

---

Rosa Morlà Novell  
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla

Yolanda Ordorica Vázquez  
SAP Granollers-Mollet del Vallès

Isabel Padró Blanch  
Hospital del Mar

Laura Panades Baldrich  
ABS Montblanc

Josep M. Peri Nogués  
Hospital Clínic de Barcelona

Núria Prat Gil  
SAP Granollers-Mollet del Vallès

Montserrat Romera Baurés  
Hospital Universitari de Bellvitge

Maria Rull Bartomeu  
Hospital Universitari Joan XXIII de  
Tarragona

Maria Rusiñol Badals  
Hospital Universitari Mútua de Terrassa

Núria Selga Jorba  
Fundació Althaia

### **Grup de treball d'osteoporosis**

---

Cristina Carbonell Abella  
EAP Via Roma

José Juan Fernández Martínez  
Hospital Universitari Arnau de Vilanova

Antonio García Álvarez  
Hospital Santa Creu i Sant Pau

Carmen Gómez Vaquero  
Hospital Universitari de Bellvitge

Eduardo Kanterewicz Binstock  
Hospital General de Vic

Luís Mambrona Girón  
Hospital Arnau de Vilanova

José Manuel Porcel Pérez  
Hospital Arnau de Vilanova

Ferran Roca Carbonell  
Hospital Santa Creu i Sant Pau

Daniel Roig Vilaseca  
SAP Baix Llobregat Centre

Marcos Serrano Godoy  
Hospital Arnau de Vilanova

### **Grup de treball d'espalla dolorosa**

---

Joan Armengol Barallat  
Hospital Universitari de Bellvitge

Maria Edelmira Barraquer Feu  
ABS Horta 7D

Maria Bonet Llorach  
Hospital Comarcal Alt Penedès

Carme Calafell i Polls  
Hospital de Mataró

Enrique Casado Burgos  
Hospital de Sabadell

Elissa Cassart i Masnou  
Hospital Germans Trias i Pujol

Fabià Ostiz Zubieta  
CAP de Sant Andreu

Victòria Roger Canals  
EAP Caldes de Montbui

Carme Unyó Sallent  
Mútua Laboral Egarsat de Terrassa

## 10. Professionals que hi han participat

### Grup de treball de model assistencial

---

**Margarita Admetlla Falgueres**  
Unitat de Mapa Sanitari i Plans  
Estratègics

**Lourdes Camp i Casals**  
Pla d'innovació d'atenció primària i salut  
comunitària

**Elena Català Puigbó**  
Societat Catalana de Dolor  
Societat Catalana d'Anestesiologia,  
Reanimació i Tractament del Dolor

**Ampar Cuxart Fina**  
Societat Catalana de Medicina Física i  
Rehabilitació

**Josep Lluís De Peray i Biages**  
Direcció General de Salut Pública

**Manel Domingo Corchos**  
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

**Àlex Escosa Farga**  
Institut Català de la Salut

**Josep Fusté Sugrañés**  
Unitat de Mapa Sanitari i Plans  
Estratègics

**Montserrat Inglés Novell**  
Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya

**Josep Jiménez Villa**  
Divisió d'Avaluació de Serveis  
Servei Català de la Salut

**Dámaris Juan Sala**  
Lliga Reumatològica Catalana

**Joan Nardi Vilardaga**  
Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica  
i Traumatologia

**Joan Nolla Solé**  
Societat Catalana de Reumatologia

**Àngels Ondiviela Cariteu**  
Institut Català de la Salut

**Francesc Josep Peris Prat**  
Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica  
i Traumatologia

**Miquel Pons Serra**  
Unió Catalana d'Hospitals

**Mar Rodríguez Álvarez**  
Societat Catalana de Medicina Familiar i  
Comunitària

**Miquel Sala Gómez**  
Societat Catalana de Reumatologia

**Eric Sitjas Molina**  
Consorti de Salut i Serveis

---

## **11. Quadre resum d'objectius, línies estratègiques i projectes**

## 11. Quadre resum d'objectius, línies estratègiques i projectes

OBJECTIUS GENERALS	ÀMBIT	LÍNIES ESTRATÈGIQUES	PROJECTES I LÍNIES QUE CAL IMPLEMENTAR
Millorar la promoció de salut, prevenció i autocura de les malalties de l'aparell locomotor en l'àmbit de l'AP	Promoció Prevenció Autocura	Artrosi Lumbàlgia Espatlla dolorosa Fibromiàlgia Osteoporosi Artritis	<p>a) Elaborar material informatiu específic sobre els diferents trastorns de l'aparell locomotor amb continguts d'educació sanitària i consells per a l'autocura.</p> <p>b) Promoure l'exercici físic en les patologies que s'escaigui com a mesura preventiva, i de recuperació i manteniment de la funcionalitat.</p> <p>c) Incrementar la implicació d'infermeria en els aspectes d'educació, promoció de salut i potenciació de l'autocura dels pacients.</p> <p>d) Apropar l'activitat de fisioteràpia als EAP per a la realització de mesures d'educació en coordinació amb l'equip infermer i mèdic d'atenció primària.</p> <p>e) Afavorir la participació activa i potenciar l'autocura dels pacients. Col·laborar en el desenvolupament de programes de Pacient expert.</p> <p>f) Potenciar les associacions i les entitats de pacients amb malalties reumàtiques, com a element de suport en el procés de malaltia, tant per als pacients com per als familiars.</p>
Millorar la capacitat resolutiva de l'AP en l'àmbit de les malalties reumàtiques	Diagnòstic i tractament	Artrosi Lumbàlgia Espatlla dolorosa Fibromiàlgia Osteoporosi	<p>a) Millorar l'accés a diferents tecnologies diagnòstiques segons carta de serveis amb protocol·lització de la sol·licitud.</p> <p>b) Incrementar la implicació d'infermeria en els aspectes de tractament i seguiment de les malalties prevalents de l'aparell locomotor.</p> <p>c) Apropar l'activitat de fisioteràpia als EAP per a la realització de mesures de tractament fisioterapèutic grupal o individual, en coordinació amb l'equip infermer i mèdic d'atenció primària.</p> <p>d) Elaborar de manera consensuada en l'àmbit territorial criteris per a la gestió dels diferents processos prevalents, que incloguin la definició del paper de les diferents especialitats, els criteris de derivació i els circuits assistencials.</p>
Disminuir la variabilitat i augmentar l'eficiència del procés diagnòstic i terapèutic en malalties de l'aparell locomotor	Diagnòstic Tractament	Lumbàlgia	<p>a) Alerta informatitzada sobre "signes d'alerta" en dolor lumbar.</p> <p>b) Sol·licitud protocol·litzada per a les diferents tecnologies diagnòstiques.</p> <p>c) Implementar GPC electrònica per al maneig del dolor lumbar.</p> <p>d) Analitzar la variabilitat en les indicacions del procés quirúrgic de raquis lumbar.</p>
		Espatlla dolorosa	a) Sol·licitud protocol·litzada per a les diferents tecnologies diagnòstiques.
		Artrosi	<p>a) Potenciació de l'ús racional de fàrmacs en l'artrosi segons les recomanacions basades en l'evidència.</p> <p>b) Promoure el Registre d'artroplasties de Catalunya.</p>
		Artritis	<p>a) Millorar i escurçar el procés diagnòstic i l'inici del tractament de l'artritis d'inici en l'AP i l'atenció especialitzada.</p> <p>b) Establir criteris de cost-benefici en la indicació dels tractaments biològics per als reumatismes inflamatoris.</p>
		Osteoporosi	<p>a) Promoure el càlcul del risc absolut de fractura com a instrument de decisió en el tractament de l'osteoporosi.</p> <p>b) Difondre l'evidència científica sobre el tractament de l'osteoporosi mitjançant la difusió de la <i>Guia de pràctica clínica d'osteoporosi de l'AIAQS</i>.</p> <p>c) Elaborar criteris de planificació sanitària basats en estudis de cost-efectivitat sobre la població de Catalunya que cal tractar, segons el risc de fractura osteoporòtica.</p> <p>d) Incrementar la detecció de fractura osteoporòtica vertebral a través de la radiologia simple mitjançant la conscienciació dels professionals.</p> <p>e) Introduir alertes a la història clínica informatitzada associades al diagnòstic d'un episodi de fractura osteoporòtica.</p> <p>f) Crear una alerta en la història clínica informatitzada associada a la prescripció de corticoides.</p> <p>g) Proposar algoritmes de tractament lligats a l'alerta informàtica de prescripció crònica de corticoides.</p> <p>h) Fer un tractament de les persones majors de 65 anys, amb calci i vitamina D.</p> <p>i) Establir un temps d'espera quirúrgic per a la fractura osteoporòtica de maluc inferior a les 48 hores.</p> <p>j) Procurar l'abordatge multidisciplinari durant l'ingrés per fractura osteoporòtica de maluc.</p>

## 11. Quadre resum d'objectius, línies estratègiques i projectes

Millorar la continuïtat assistencial i l'eficiència en l'atenció a través de l'anàlisi i la definició del model assistencial	Model assistencial	Totes les línies estratègiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Crear un model integrat d'atenció a les malalties de l'aparell locomotor.</li> <li>b) Millorar l'accessibilitat als serveis especialitzats d'aparell locomotor, amb especial èmfasi als processos potencialment greus o causants de discapacitat.</li> <li>c) Millorar els aspectes assistencials de les malalties de l'aparell locomotor relacionats amb l'activitat laboral. Promoure la detecció i la declaració de les malalties professionals musculoesquelètiques. Prevenir la discapacitat i el risc de cronificació evitant demores del procés assistencial.</li> </ul>
Promoure línies de recerca orientades a la prevenció i la milloria de l'atenció a les malalties de l'aparell locomotor	Recerca	Totes les línies estratègiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Impulsar i donar suport a projectes de recerca relacionats amb les malalties de l'aparell locomotor, tant en el camp clínic, com epidemiològic i de serveis sanitaris.</li> </ul>
Promoure la formació dels professionals en malalties musculoesquelètiques	Formació	Totes les línies estratègiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Homogeneïtzar el programa formatiu en el període MIR de Medicina familiar i comunitària integrant la formació específica en traumatologia, reumatologia, rehabilitació i dolor.</li> <li>b) Promoure la formació continuada dels professionals mèdics en els aspectes de prevenció, diagnòstic, maneig clínic i tractament de les diferents malalties de l'aparell locomotor.</li> <li>c) Promoure la formació específica postgrau en malalties de l'aparell locomotor del personal infermer.</li> </ul>
Establir criteris sobre implantació de noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques	Tecnologia	Totes les línies estratègiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Impulsar l'ús de les noves tecnologies en la difusió del coneixement entre pacients i professionals.</li> <li>b) Avaluar les noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques relacionades amb les malalties de l'aparell locomotor.</li> </ul>

---

## **12. Annexos**

## 12. Annexos

### 12.1. Annex 1 Declaració del Parlament Europeu sobre les malalties reumàtiques.

26.11.2009

ES

Diario Oficial de la Unión Europea

C 285 E/67

Jueves, 5 de junio de 2008

#### Enfermedades reumáticas

P6\_TA(2008)0262

#### Declaración del Parlamento Europeo sobre las enfermedades reumáticas

(2009/C 285 E/11)

El Parlamento Europeo,

— Visto el artículo 116 de su Reglamento,

- A. Considerando que las enfermedades reumáticas implican un padecimiento crónico que provoca dolor, sufrimiento y discapacidad,
- B. Considerando que entre el 30 y el 40 % de la población presenta síntomas musculoesqueléticos, que afectan, por lo tanto, a más de 100 millones de personas en Europa,
- C. Considerando que las enfermedades reumáticas representan la principal causa de discapacidad de los trabajadores y de jubilación anticipada,
- D. Considerando que se calcula que en 2030 una cuarta parte de los europeos tendrá más de 65 años y que la mayoría de las personas mayores de 70 años padecen síntomas reumáticos crónicos o recurrentes,
- E. Considerando que la adopción de políticas sociales y sanitarias basadas en el análisis de las necesidades de los enfermos reumáticos reduciría los costes económicos y sociales asociados a estas enfermedades (entre el 1 y el 1,5 % de la renta nacional bruta de los países desarrollados),
  1. Pide a la Comisión y al Consejo que:
    - den más importancia a las enfermedades reumáticas en la nueva estrategia comunitaria de salud, dados sus enormes costes sociales y económicos;
    - animen a los Estados miembros a establecer planes nacionales de lucha contra las enfermedades reumáticas y a fomentar su aplicación;
    - desarrollen una estrategia comunitaria sobre las enfermedades reumáticas y elaboren una recomendación del Consejo sobre el diagnóstico y el tratamiento precoz de las enfermedades reumáticas;
    - desarrollen una estrategia para facilitar el acceso a la información y al tratamiento médico;
  2. Encarga a su Presidente que transmita la presente Declaración, acompañada del nombre de los firmantes, al Consejo, a la Comisión y a los Parlamentos de los Estados miembros.

#### Lista de firmantes

Adamos Adamou, Vittorio Agnoletto, Gabriele Albertini, Alexander Alvaro, Jan Andersson, Georgs Andrejevs, Alfonso Andria, Laima Liucija Andrikiene, Emmanouil Angelakas, Roberta Angelilli, Kader Arif, Stavros Arnautakis, Francisco Assis, Robert Atkins, John Attard-Montalto, Jean-Pierre Audy, Margrete Auken, Inés Ayala Sender, Liam Aylward, Pilar Ayuso, Maria Badia i Cutchet, Enrique Barón Crespo, Katerina Batzeli, Edit Bauer, Zsolt László Becsey, Ivo Belet, Irena Belohorská, Monika Beňová, Sergio Berlato, Giovanni Berlinguer, Slavi Binev, Šarūnas Birutis, Jana Bobošíková, Herbert Bösch, Vito Bonsignore, Josep Borrell Fontelles, Victor Boștinaru, Costas Botopoulos, Bernadette Bourzai, John Bowis, Emine Bozkurt, Iles Braghetto, Frieda Brepoels, Elmar Brok, Danutė Budreikaitė, Udo Bullmann, Nicodim Bulzesc, Ieke van den Burg, Colm Burke, Philip Bushill-Matthews, Cristian Silviu Bușoi, Philippe Busquin, Jerzy Buzek, Milan Cabrnoch, Mogens Camre, Luis Manuel Capoulas Santos, Carlos Carnero González, David Casa, Paulo Casaca, Michael Cashman, Françoise Castex, Pilar del Castillo Vera, Giusto Catania, Alejandro Cercas, Giulietto Chiesa, Ole Christensen, Luigi Cocilovo, Carlos Coelho, Dorette Corbey, Giovanna Corda, Titus Corlățean, Thierry Cornillet, Jean Louis Cottigny, Jan Cremers, Corina Crețu, Gabriela Crețu, Brian Crowley, Magor Imre Csibi, Daniel Dăianu, Joseph Daul, Dragoș Florin David, Chris Davies, Antonio De Blasio, Bairbre de Brún, Artūnas Degutis, Véronique De Keyser, Panayiotis Demetriou, Gérard Deprez, Proinsias De Rossa, Marie-Hélène Descamps, Harlem Désir, Nirj Deva, Mia De Vits, Agustín Díaz de Mera García Consuegra, Jolanta Dičkutė, Koenraad Dillen, Giorgos Dimitrakopoulos, Alexandra Dobolyi, Brigitte Douay, Mojca Drčar Murko, Bárbara Dührkop

Jueves, 5 de junio de 2008

Dührkop, Árpád Duka-Zólyomi, Constantin Dumitriu, Maria da Assunção Esteves, Edite Estrela, Harald Ettl, Jill Evans, Robert Evans, Göran Färm, Carlo Fatuzzo, Claudio Fava, Szabolcs Fazakas, Emanuel Jardim Fernandes, Fernando Fernández Martín, Anne Ferreira, Elisa Ferreira, Ilda Figueiredo, Věra Flasarová, Karl-Heinz Florenz, Alessandro Foglietta, Nicole Fontaine, Glyn Ford, Juan Fraile Cantón, Armando França, Monica Frassoni, Duarte Freitas, Ingo Friedrich, Sorin Frunzäverde, Milan Gafa, Gerardo Galeote, Vicente Miguel Garcés Ramón, Iratxe García Pérez, Jean-Paul Gauzès, Evelyne Gebhardt, Bronisław Geremek, Lidia Joanna Geringer de Oedenberg, Roland Gewalt, Claire Gibault, Neena Gill, Robert Goebbels, Bogdan Golik, Bruno Gollnisch, Ana Maria Gomes, Donata Gottardi, Hélène Goudin, Genowefa Grabowska, Dariusz Maciej Grabowski, Vasco Graça Moura, Martí Grau i Segú, Louis Grech, Lissy Gröner, Elly de Groen-Kouwenhoven, Françoise Grossetête, Lilli Gruber, Pedro Guerreiro, Umberto Guidoni, Zita Gurmai, Cristina Gutiérrez-Cortines, Catherine Guy-Quint, David Hammerstein, Małgorzata Handzlik, Marian Harkin, Joel Hasse Ferreira, Gyula Hegyi, Jeanine Hennis-Plasschaert, Edit Herczog, Mary Honeyball, Richard Howitt, Alain Hutchinson, Iliana Malinova Iotova, Mikel Irujo Amezaga, Marie Anne Isler Béguin, Carlos José Iturgaiz Angulo, Lily Jacobs, Anneli Jäätteenmäki, Lívia Járóka, Rumiana Jeleva, Karin Jöns, Jelko Kacin, Filip Kaczmarek, Ioannis Kasoulides, Piia-Noora Kauppi, Tunne Kelam, Glenys Kinnock, Dieter-Lebrecht Koch, Eija-Riitta Korhola, Magda Kósáné Kovács, Miloš Koterec, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Wolfgang Kreissl-Dörfler, Girts Valdis Kristovskis, Urszula Krupa, Wiesław Stefan Kuc, Helmut Kuhne, Sepp Kusstatscher, Stavros Lambrinidis, Vytautas Landsbergis, Romano Maria La Russa, Henrik Lax, Johannes Lebeck, Roselyne Lefrançois, Lasse Lehtinen, Bogusław Liberadzki, Marie-Noëlle Lienemann, Kartika Tamara Liotard, Alain Lipietz, Pia Elda Locatelli, Antonio López-Istúriz White, Andrea Losco, Astrid Lulling, Elizabeth Lynne, Marusya Ivanova Lyubcheva, Jules Maaten, Linda McAvan, Mary Lou McDonald, Mairead McGuinness, Edward McMillan-Scott, Jamila Madeira, Toine Manders, Ramona Nicole Mănescu, Vladimír Maňka, Erika Mann, Diamanto Manolakou, Marian-Jean Marinescu, Sérgio Marques, David Martin, Jean-Claude Martinez, Miguel Ángel Martínez Martínez, Jan Tadeusz Masiel, Antonio Masip Hidalgo, Marios Matsakis, Maria Matsouka, Mario Mauro, Manolis Mavrommatis, Manuel Medina Ortega, Erik Meijer, Íñigo Méndez de Vigo, Emilio Menéndez del Valle, Willy Meyer Pleite, Rosa Miguélez Ramos, Marianne Mikko, Mirosław Mikolášik, Francisco José Millán Mon, Gay Mitchell, Nickolay Mladenov, Claude Moraes, Javier Moreno Sánchez, Eluned Morgan, Luisa Morgantini, Elisabeth Morin, Roberto Musacchio, Cristiana Muscardini, Joseph Muscat, Riitta Myller, Pasqualina Napolitano, Juan Andrés Naranjo Escobar, Robert Navarro, Cătălin-Ioan Nechifor, Catherine Neris, James Nicholson, Angelika Niebler, Raimon Obiols i Germà, Jan Olbrycht, Seán Ó Neachtain, Gérard Onesta, Dumitru Oprea, Josu Ortuondo Larrea, Siiri Oviir, Reino Paasilinna, Athanasios Pafilis, Justas Vincas Paleckis, Marie Panayotopoulos-Cassiotou, Marco Pannella, Pier Antonio Panzeri, Dimitrios Papadimoulis, Atanas Papanizov, Neil Parish, Ioan Mircea Pașcu, Aldo Patriciello, Béatrice Patrie, Vincent Peillon, Alojz Peterle, Tobias Pflüger, Willi Piecyk, Rihards Pīks, João de Deus Pinheiro, Józef Pinior, Gianni Pittella, Francisca Pleguezuelos Aguilar, Zita Pleštinská, Rovana Plumb, Anni Podimata, Zdzisław Zbigniew Podkański, Bernard Poignant, Adriana Poli Bortone, Mihaela Popa, Nicolae Vlad Popa, Miguel Portas, Bernd Posselt, Christa Prets, Pierre Pribetich, Vittorio Prodi, Luís Queiró, Bilyana Ilieva Raeva, Miloslav Ransdorf, Poul Nyrup Rasmussen, Vladimír Remek, Karin Resetarits, José Ribeiro e Castro, Teresa Riera Madurell, Frédérique Ries, Giovanni Rivera, Michel Rocard, Zuzana Roithová, Luca Romagnoli, Raúl Romeva i Rueda, Dagmar Roth-Behrendt, Mechtild Rothe, Libor Rouček, Martine Roure, Leopold Józef Rutowicz, Eoin Ryan, Guido Sacconi, Tokia Saifi, Aloyzas Sakalas, Katrin Saks, José Ignacio Salafrañca Sánchez-Neyra, María Isabel Salinas García, Antolín Sánchez Presedo, Manuel António dos Santos, Jacek Saryusz-Wolski, Luciana Sbarbati, Christel Schaldemose, Pál Schmitt, Inger Segelström, Adrian Severin, José Albino Silva Peneda, Brian Simpson, Kathy Sinnott, Marek Siwiec, Peter Skinner, Nina Škottová, Csaba Sógor, Søren Bo Søndergaard, Bogusław Sonik, María Sornosa Martínez, Sérgio Sousa Pinto, Jean Spautz, Bart Staes, Grażyna Staniszevska, Dirk Sterckx, Catherine Stihler, Ulrich Stockmann, Theodor Dumitru Stolojan, Daniel Stroj, Margje Sudre, László Surján, Eva-Britt Svensson, Hannes Swoboda, József Szájer, Konrad Szymański, Csaba Sándor Tabajdi, Antonio Tajani, Hannu Takkula, Charles Tannock, Andres Tarand, Salvatore Tatarella, Britta Thomsen, Silvia-Adriana Ţicău, Gary Titley, Patrizia Toia, Ewa Tomaszewska, Witold Tomczak, Georgios Toussas, Antonios Trakatellis, Catherine Trautmann, Kyriacos Triantaphyllides, Evangelia Tzampazi, Vladimir Urutchev, Inese Vaidere, Johan Van Hecke, Anne Van Lancker, Daniel Varela Suanzes-Carpegna, Ioannis Varvitsiotis, Yannick Vaugrenard, Bernadette Vergnaud, Alejo Vidal-Quadras, Kristian Vigenin, Oldřich Vlasák, Dominique Vlasto, Sahra Wagenknecht, Graham Watson, Henri Weber, Renate Weber, Åsa Westlund, Anders Wijkman, Glenis Willmott, Juliu Winkler, Bernard Wojciechowski, Janusz Wojciechowski, Corien Wortmann-Kool, Luis Yáñez-Barnuevo García, Anna Záborská, Mauro Zani, Andrzej Tomasz Zapałowski, Tatjana Ždanoka, Dushana Zdravkova, Gabriele Zimmer, Jaroslav Zvěřina, Tadeusz Zwiefka

## 12. Annexos

### 12.2. Annex 2 Ordre de creació de les unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya

Núm. 5580 – 4.3.2010

16791

#### DEPARTAMENT DE SALUT

##### ORDRE

*SLT/115/2010, de 18 de febrer, per la qual es regulen determinats aspectes de les unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.*

El Parlament de Catalunya, mitjançant la Resolució 203/VIII, sobre l'atenció a la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, va instar el Govern a la creació de les unitats hospitalàries especialitzades en fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica. Mitjançant aquesta ordre la consellera del Departament de Salut regula l'àmbit territorial d'atenció, el personal i el funcionament d'aquestes unitats, tal com especifica la mateixa resolució.

La fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica són malalties que, per les seves especificitats, fan necessari en determinats casos un tractament multidisciplinari. En aquest sentit, el Departament de Salut d'acord amb la resolució esmentada ha impulsat la creació d'unitats hospitalàries especialitzades.

Per tot això, d'acord amb les competències que tinc conferides,

ORDENO:

##### Article 1

###### *Objecte*

L'objecte d'aquesta ordre és regular l'àmbit territorial d'atenció, el personal i el funcionament de les unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica.

##### Article 2

###### *Ambit territorial*

2.1 Les UHE en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica han de tenir un àmbit territorial que permeti donar cobertura eficient a la població de referència, en funció de la demanda assistencial, l'optimització dels recursos i l'establiment d'isòcrones que permetin l'equitat en l'accés a aquestes unitats, tenint en compte les especificitats de diagnòstic i tractament que presenten les malalties esmentades.

2.2 En tot cas, sense perjudici del que estableix l'apartat anterior, ha d'haver-hi almenys una UHE en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, de cobertura pública a càrrec del Servei Català de la Salut, de referència en cadascuna de les regions sanitàries; llevat del cas de la Regió Sanitària Barcelona, on s'ha de garantir almenys el funcionament de quatre UHE per aquestes malalties.

##### Article 3

###### *Personal*

3.1 Les persones especialistes que han de compondre les UHE són professionals de medicina interna, reumatologia, neurologia, psicologia clínica i totes les altres que es considerin necessàries en cada cas —com, per exemple, d'endocrinologia, cardiologia o psiquiatria— a més de les persones especialistes en rehabilitació i pediatria per atendre els casos de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica en persones malaltes no adultes.

3.2 A banda del personal mèdic, les UHE en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica han d'integrar la resta de personal sanitari i no sanitari com ara infermeria i treball social, que sigui necessari per al tractament integral i multidisciplinari de les diferents necessitats assistencials que presenten les persones que pateixen aquestes malalties. Totes les UHE han de comptar amb una gestora de casos d'infermeria.

Disposicions

3.3 Els actes administratius, mitjançant els quals es formalitzi la creació de les respectives unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, han de concretar en cada cas la seva composició, d'acord amb on estiguin ubicades.

#### Article 4

##### *Funcionament*

Les UHE en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica són unitats funcionals multidisciplinàries que assumeixen les seves funcions sota el principi de cooperació entre els i les diferents professionals que les integren, mitjançant la realització de sessions i/o altre tipus de reunions clíniques.

L'accés de les persones pacients a les UHE serà a través dels i les especialistes d'atenció primària en cas de precisar una confirmació diagnòstica, tractar-se d'un cas greu o especialment complex o en el cas que el/la pacient vulgui disposar d'una confirmació diagnòstica.

#### Article 5

##### *Funcions de les UHE*

Les unitats hospitalàries especialitzades (UHE) en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, com a mínim, han de desenvolupar les funcions següents:

1. Coordinar el personal de les diferents especialitats que requereixi el tractament integral d'aquestes malalties.
2. Facilitar l'assessorament que, en matèria de diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, els puguin requerir els equips d'atenció primària de salut inclosos dins del seu àmbit territorial.
3. Prestar l'atenció sanitària que requereixin les persones malaltes, a efectes de confirmació diagnòstica i/o tractament multidisciplinari, quan els equips d'atenció primària de salut considerin que les necessitats assistencials de la persona malalta ultrapassen els recursos disponibles en l'atenció primària i, sense perjudici, que aquests equips continuïn assumint el seguiment d'aquests pacients.
4. Fer el control evolutiu, en aquells supòsits que així ho estableixin els corresponents protocols assistencials, de determinades persones malaltes en funció de la gravetat de la malaltia o complexitat del tractament prescrit.
5. Establir els corresponents protocols assistencials, d'acord amb les directrius que pugui establir el Departament de Salut o, si escau, el Servei Català de la Salut.
6. Comunicar aquests protocols a tots els equips d'atenció primària de salut inclosos dins del seu àmbit territorial.

#### Article 6

##### *Pla funcional*

6.1 Les UHE en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, un cop creades, han de redactar el corresponent pla funcional en el termini de sis mesos.

6.2 El Pla funcional, un cop redactat i consensuat per les persones membres de les UHE, ha de ser aprovat per la gerència del centre sanitari al qual pertanyin, i s'ha de comunicar al Servei Català de la Salut.

#### DISPOSICIÓ TRANSITÒRIA ÚNICA

Les unitats hospitalàries especialitzades en el diagnòstic i tractament de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, existents en el moment de l'entrada en vigor d'aquesta Ordre, han d'ajustar la seva composició i funcionament al que estableix aquesta Ordre, en el termini de tres mesos, sense obviar les funcions que desenvolupen algunes com a unitats altament especialitzades. Així mateix, en el

## 12. Annexos

---

Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya Núm. 5580 – 4.3.2010

16793

termini de sis mesos, comptadors des de l'entrada en vigor d'aquesta Ordre, han de redactar els corresponents plans funcionals.

DISPOSICIÓ FINAL ÚNICA

Aquesta Ordre entrarà en vigor l'endemà de la seva publicació en el DOGC.

Barcelona, 18 de febrer de 2010

MARINA GELI I FÀBREGA  
Consellera de Salut

(10.048.207)

---

---

Disposicions