

# La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario

## Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**



Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya



# La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario

Informe de Evaluación  
de Tecnologías Sanitarias

La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario / Cristian Tebé, Mireia Espallargues, Joan MV. Pons, José Manuel Cancio, Montse Clèries, Marco Inzitari, Domingo Ruiz, Sebastià J. Santaegugènia, Emili Vela. – Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2018. – 102 p.; 24 cm. – (Colección: Informes, estudios e investigación / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias)

1. Fémur - Fracturas 2. Asistencia hospitalaria

I. España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad II. Cataluña. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya III. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

Para citar este informe: Tebé C, Espallargues M, Pons JMV, Cancio JM, Clèries M, Inzitari M, et al. La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2018 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).

© 2018 Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

© 2018 Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Este documento puede ser reproducido parcial o totalmente para su uso no comercial, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Editan:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Corrección y fotocomposición: El taller del llibre, s.l.

Nipo: 731-18-012-9

Este documento ha sido realizado por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el desarrollo de actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial de 13 de abril de 2016 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de junio de 2016).

Declaración de conflicto de interés: las autoras y autores declaran no tener ningún conflicto de interés en relación con este documento.

# La fractura de cuello femoral: evaluación del proceso de atención hospitalario

Este documento ha sido realizado por la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS), en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para el desarrollo de actividades del Plan anual de trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial de 13 de abril de 2016 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 17 de junio de 2016).



# Índice

<b>Autoría</b>	<b>9</b>
<b>Prefacio</b>	<b>11</b>
<b>Resumen</b>	<b>13</b>
<b>English summary</b>	<b>17</b>
<b>Introducción</b>	<b>21</b>
<b>Objetivos</b>	<b>23</b>
<b>Método</b>	<b>25</b>
<b>Resultados</b>	<b>29</b>
<b>Discusión</b>	<b>45</b>
<b>Anexos</b>	<b>49</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>99</b>





# Autoría

**Coordinadoras redacción:** Laia Domingo y Maria-Dolors Estrada

**Autores:** Cristian Tebé, Mireia Espallargues, Joan MV. Pons, José Manuel Cancio, Montse Clèries, Marco Inzitari, Domingo Ruiz, Sebastià J. Santa Eugènia, Emili Vela y Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya.



# Prefacio

El propósito de este informe es presentar la evaluación del proceso de atención de la fractura de cuello femoral en personas mayores en el contexto de Cataluña.

En este informe se subrayan esencialmente cuatro aspectos:

1. El tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario hasta la intervención y la duración de la estancia hospitalaria en pacientes ingresados por una fractura de cuello femoral.
2. La atención recibida por los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral durante el año anterior a la fractura, durante el ingreso hospitalario y a lo largo del año posterior a la fractura.
3. La esperanza de vida de los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral y los factores de riesgo asociados con la mortalidad.
4. El impacto económico que tiene la fractura de cuello femoral en personas mayores.

Este informe se basa en una serie de trabajos que ofrecen una visión global del proceso asistencial que reciben los pacientes con fractura de cuello femoral en Cataluña. Todos ellos han sido coordinados desde la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya y se basan en datos obtenidos de diversas fuentes de información, como el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBDH) los registros de Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, de Salud mental y de Urgencias, el Registro Central de Asegurados (RCA), el registro de actividad de farmacia (que recoge información de las recetas y de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria, MHDA), el registro de facturación del CatSalut y el Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat).

El hecho de disponer en Cataluña de un registro poblacional de artroplastias facilita el seguimiento de las prótesis y de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, así como el cálculo de algunos indicadores tanto del proceso como del resultado que de otra forma serían difíciles de conseguir. Desde el año 2005, cuando se puso en marcha el Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat), se han ido presentando los resultados periódicamente en forma de informes (Serra-Sutton, 2010; Serra Sutton, 2012; AQuAS 2015), artículos (Serra Sutton, 2011; Martínez O, 2016) y comunicaciones.

Por otro lado, la Central de Resultats ([http://observatorisalut.gencat.cat/es/central\\_de\\_resultats/index.html](http://observatorisalut.gencat.cat/es/central_de_resultats/index.html)) es un proyecto del Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña de la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya que tiene como objetivo medir, evaluar y difundir resultados de salud y de calidad alcanzados por los diferentes agentes que integran el sistema sanitario. Periódicamente elabora informes por ámbitos de atención sobre los resultados obtenidos por los centros del sistema sanitario público, así como informes monográficos con análisis en profundidad, revisiones o debates sobre temas de interés e infografías dirigidas a la ciudadanía.

Los documentos y fuentes de datos en los cuales están basados los resultados del presente informe son los siguientes:

- **Objetivo 1:** Tebé Cristian, Espallargues Mireia, Pons Joan MV. Registro de Artroplastias de Catalunya (RACat). Documento interno AQUAS.

Enlace: <http://aquas.gencat.cat/ca/ambits/avaluacio-tecnologies-qualitat/registres-sanitaris/racat/>

- **Objetivo 2:** Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Processos. La fractura de coll de fèmur en població de 65 anys o més. Dades 2014. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

Enlace: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers\\_estatics/processos-femur.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_estatics/processos-femur.pdf)

- **Objetivos 3 y 4:** Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santa Eugènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.

Enlace: [http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers\\_estatics/MONOGRAFIC\\_16\\_fractura\\_femur.pdf](http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccentralresultats/informes/fitxers_estatics/MONOGRAFIC_16_fractura_femur.pdf)

# Resumen

## Introducción

La fractura de cuello femoral en el anciano conlleva un incremento de la morbilidad, la mortalidad, el deterioro funcional y el gasto sanitario, y aumenta el grado de dependencia y de institucionalización de estos pacientes al año siguiente a la fractura. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 se produjeron 1,7 millones de fracturas de fémur en el mundo, y la previsión para el año 2050 es de 6 millones de fracturas. La incidencia en personas mayores de 65 años se sitúa entorno a los 4-6 casos por 1.000 habitantes/año, tanto en Europa como en España; Cataluña es una de las comunidades autónomas con una mayor incidencia.

## Objetivos

El propósito de este informe es presentar la evaluación del proceso de atención de la fractura de cuello femoral en el contexto de Cataluña. Como objetivos específicos: 1) Describir y analizar el tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario hasta la intervención y la duración de la estancia hospitalaria en los pacientes ingresados por una fractura de cuello femoral; 2) Evaluar la atención que han recibido los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral a lo largo del año anterior a la fractura, durante el ingreso hospitalario y a lo largo del año posterior; 3) Estimar la mortalidad hospitalaria de los pacientes ingresados por fractura de cuello femoral y analizar los factores asociados a la mortalidad; y 4) Estimar el impacto económico que tiene la fractura de cuello femoral.

## Método

La población de estudio fueron las personas mayores de 60 años que sufrieron una fractura de cuello femoral (CIE-9-MC: 820.xx) ingresadas (admisión urgente) en hospitales de agudos del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT). El estudio abarca el periodo 2009-2014. Las fuentes de información consultadas fueron el Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat), el Conjunto Mínimo Básico de Datos al alta Hospitalaria (CMBDH), los registros de Atención Primaria, Atención Sociosanitaria, de Salud mental y de urgencias, el Registro Central de Asegurados (RCA), el registro de actividad de farmacia y el registro de facturación del CatSalut.

Para los pacientes de 60 años o más hospitalizados por artroplastia primaria de cadera con diagnóstico previo de fractura entre 2009-2011 (n=5.923) se calcularon los días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de cirugía. Se calculó también la duración de la estancia hospitalaria (días transcurridos desde la fecha de ingreso hasta el alta hospitalaria) y la muerte al alta. Para evaluar la atención recibida, se consideraron los pacientes de 65 años o más que habían sufrido fractura durante el año 2013 en Cataluña (ingresos SISCAT) (n=8.847) y se calcularon indicadores relativos al año anterior a la fractura (atención primaria, consumo de fármacos), al ingreso hospitalario y al año siguiente (estancia hospitalaria, mortalidad al alta, a los 30 días, a los 6 meses y al año). Los mismos indicadores se aplicaron a un grupo de pacientes de igual tamaño y estructura de edad y sexo, pero sin episodio de fractura. La estimación de la mortalidad hospitalaria se realizó mediante el método actuarial y la regresión de Cox. Como variables de ajuste se utilizaron la morbilidad (índice de Charlson), el tipo de fractura y las variables clínicas. Se analizó el consumo de recursos sanitarios durante el año anterior y posterior a la fractura de cuello femoral. Se utilizó el paquete estadístico STATA v13 para Windows.

## Resultados

El 75% de los pacientes intervenidos por artroplastia de cadera tras sufrir una fractura de cuello femoral fueron operados antes de los 5 días (tiempo medio de espera: 3 días; rango intercuartílico: 4 días). Independientemente del sexo, la edad y comorbilidades, una mayor espera no se asoció con una menor supervivencia al alta hospitalaria. La estancia media fue de 11 días, con un rango intercuartílico de 6 días. El porcentaje de población con patologías crónicas de máxima complejidad fue el doble en el grupo con fractura respecto al grupo sin fractura (20% vs. 10%). Las personas hospitalizadas por fractura de cuello femoral presentaron casi un 5% de probabilidad de mortalidad al alta, el 7% de mortalidad en 30 días, el 18% de mortalidad a los 6 meses y el 24,5% de mortalidad al año. La derivación a un centro sociosanitario fue el indicador que presentó más variabilidad entre centros. Se observó que la supervivencia posterior a la fractura de fémur de la población anciana disminuía a medida que aumentaba la edad. La población con edades comprendidas entre los 65 y los 80 años presentaron una supervivencia a los dos años del 80% aproximadamente, mientras que en la población mayor de 80 años la supervivencia fue del 60% (80-89 años) y el 40% ( $\geq 90$  años). El gasto medio por paciente en los 12 meses posteriores a la fractura fue de 10.797 € frente a 4.076 € en los 12 meses previos. Se observó que el 62% de gasto correspondía a los ingresos hospitalarios y el 31% en el uso de recursos sociosanitarios.

## Conclusiones

La fractura de cuello femoral supone un grave problema de salud en la población mayor de Cataluña. El tiempo medio de espera entre el ingreso y la intervención fue de 3 días y la estancia media de 11 días. Los pacientes ingresados por fractura de cuello femoral presentaron un elevado porcentaje de complejidad. La mortalidad al alta fue del 5% y al año, del 24,5%. El gasto medio por paciente durante los 12 meses posteriores a la fractura fue de 10.797 €, el 80% de dicho consumo se realizó en los 6 primeros meses. Mejoras en el abordaje en la prevención primaria de la enfermedad, así como en el abordaje multidisciplinario en su prevención secundaria encaminadas a disminuir la morbilidad en esta población, pueden tener un importante impacto en términos de costes sanitarios y sociales del proceso.





# English summary

## Background

Femoral neck fracture in elderly leads to an increase of morbidity, mortality, functional impairment, healthcare spending, and increases the level of dependency and institutionalization of patients over the year after the fracture. According to the World Health Organization (WHO), about 1.7 million hip fractures occurred in 1990 worldwide, while the forecast for 2050 will rise up to 6 million hip fractures. The incidence for people older than 65 years is about 4-6 cases per 1000 inhabitants/year, both in Europe and Spain, Catalonia being one of the autonomous communities with the highest incidence.

## Purpose

The purpose of the current report is to evaluate care process of femoral neck fracture in the context of Catalonia. As specific aims: 1) to describe and analyze time from hospital admission to surgery, and the hospital length of stay for patients hospitalized for femoral neck fracture; 2) to assess the care that patients with femoral neck fracture received during the year prior, during the hospital stay, and over the year after the fracture; 3) to estimate the mortality prior hospital discharge and to analyse factors associated with mortality; and 4) to estimate the economic impact of femoral neck fracture.

## Methods

The study population were people over 60 years who suffered a femoral neck fracture (CIE-9-MC): 820.xx) and were admitted (urgent admission) in acute hospitals of the Integrated Public Use Healthcare System of Catalonia (SISCAT). The study period was 2009-2004. The sources of information used were The Arthroplasty Register of Catalonia (RACat), the Minimum Basic Data Set at Hospital Discharge (CMBDAH), Primary Care, Social Care, and Mental Health Registers, Central register of Insurers (RCA), Pharmacy Register, and the Invoicing Register of CatSalut.

For patients over 60 years hospitalized for primary hip arthroplasty with a prior diagnostic of fracture between 2009-2011 (n=5.923), the days between the admission and the surgery were computed. The hospital length of stay (days from the admission date to hospital discharge) and death before hospital discharge were also computed.

To evaluate the care provided, there were considered patients over 65 years who suffered a femoral neck fracture in 2013 in Catalonia (n=8.847). Indicators related to the year prior (primary care, drug consumption), to hospitalization, and to the year after the fracture (length of stay, death before hospital discharge, at 30 days, 6 months and 1 year) were calculated. These indicators were also computed for a group of patients with the same size, age structure and gender, without a prior fracture episode.

The hospital mortality rate was estimated by the actuarial method and Cox regression. Morbidity (Charlson index), type of fracture and clinical variables were used as adjusting variables. Healthcare resources during the year prior and the year after the femoral neck fracture were also analysed. STATA statistical software v13 for Windows was used.

## Results

75% of patients undergoing hip arthroplasty after suffering a femoral neck fracture were operated within 5 days (mean waiting time: 3 days; interquartile range: 4 days). Regardless of gender, age, and comorbidities, longer waiting times showed no association with better mortality outcomes prior to hospital discharge. The mean length of hospital stay was 11 days, with an interquartile range of 6 days. The percentage of population with high complexity chronic diseases was 2-fold of that found among patients without fracture (20% vs. 10%). Hospitalized patients showed almost 5% of probability of dying prior to hospital discharge, 7% within the first 30 days, 18% within the first 6 months, and 24.5% during the first year after the fracture. Referral to a convalescent care facility was the indicator that presented the highest variability between centres. Survival after suffering a femoral neck fracture decreased as age increased. Population aged from 65 to 80 presented a 2-year survival around 80%, whereas for patients aged 80-89 was 60%, and 40% for patients  $\geq 90$  years. The average spending per patient in the 12 months after the fracture was 10,797 € against 4,076 € in the previous 12 months. It was observed that 62% of spending was related to hospital admission and 31% to social and health resources.

## Conclusions

Femoral neck fracture is a major health issue in early population in Catalonia. The mean waiting time to surgery was 3 days and the mean length of hospital stay was 11 days. Patients hospitalized for femoral neck fracture showed a higher percentage of complexity than those without. Mortality prior to hospi-

tal discharge was 5% and rising up to 24.5% at 1 year after the fracture. The average expenditure per patient during the 12 months after the fracture was 10,797 €, corresponding 80% of this consumption to the first 6 months. Improvements focused on primary prevention, as well as a multidisciplinary approach in secondary prevention (aimed at reducing morbidity) might have a major impact in terms of health and social costs of the process.



# Introducción

La fractura de cuello femoral en el anciano representa, actualmente, un grave problema sanitario. Conlleva un incremento de la morbilidad, la mortalidad, el deterioro funcional, el gasto sanitario y aumenta el grado de dependencia y de institucionalización de estos pacientes al año siguiente a la fractura.

Existen diferentes situaciones que facilitan que traumatismos de baja energía fracturen huesos que en condiciones normales no se romperían. De estas situaciones, la más importante, y que más se acentúa con la edad, es la osteoporosis. La osteoporosis es un trastorno esquelético, caracterizado por una disminución en la resistencia ósea, que predispone a la persona que lo padece a un riesgo aumentado de fractura. Esta disminución de la resistencia se ve afectada no solo por cambios cuantitativos en la estructura del hueso (baja densidad mineral ósea), sino también cualitativos (modificaciones morfológicas en la microarquitectura y en el remodelado óseo). Sin embargo, hay otros factores de riesgo que se consideran importantes a la hora de determinar el abordaje de la prevención de fracturas, no todos ellos directamente relacionados con la masa ósea, como son las caídas previas, los antecedentes familiares, las fracturas previas, los hábitos tabáquicos y alcohólicos, el bajo peso o la ingesta de determinados fármacos (Vila et al., 2009).

En los últimos treinta años la incidencia de la fractura de cuello femoral se ha incrementado de forma exponencial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990 se produjeron 1,7 millones de fracturas de fémur en el mundo, y la previsión para el año 2050 es de 6 millones de fracturas. Diferentes estudios de cohortes muestran incidencias de fractura de cadera en pacientes mayores de 65 años en torno a los 4-6 casos por 1.000 habitantes/año, tanto en España como en el conjunto de Europa (Schwartz et al., 1999; Álvarez-Nebreda et al., 2008). Estos valores son marcadamente inferiores a los de los países escandinavos (Lofthus et al., 2001; Lofman et al., 2002) y de Estados Unidos de América (Riggs y Melton, 1995). Asimismo, las tasas de incidencia de fracturas de cadera son bastante superiores en mujeres que en hombres, en una proporción 3/1 y se incrementan exponencialmente con la edad. Cataluña es una de las comunidades autónomas con mayor incidencia (5,93 /1.000 habitantes de 65 años o más) (Cancio Trujillo et al., 2015).

En el estudio de Serra et al., publicado en 2002 ya se ponía de manifiesto que la fractura de fémur era uno de los procesos hospitalarios más largos y asociado a una elevada mortalidad hospitalaria y durante el año siguiente de la intervención. Además, esta patología supone un aumento del riesgo de incapacidad funcional, institucionalización y mortalidad a medio plazo. Asi-

mismo, es la quinta causa de incapacidad subaguda en hombres de más de 65 años, por detrás del ictus, la insuficiencia cardíaca, el cáncer y la neumonía, y la primera entre las mujeres. Estos datos indican que la fractura de fémur es la punta de un iceberg, donde es insuficiente el abordaje únicamente centrado en la propia fractura.

# Objetivos

El objetivo de la petición, realizada en el marco de la Red española de agencias de evaluación de tecnologías y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, es evaluar, en el contexto de Cataluña, el proceso de atención de la fractura de cuello femoral, poniendo el foco en cuatro aspectos (objetivos específicos):

1. Describir y analizar el tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario hasta la intervención y la duración de la estancia hospitalaria en pacientes ingresados por una fractura de cuello femoral.
2. Evaluar la atención recibida por los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral durante el año anterior a la fractura, durante el ingreso hospitalario y a lo largo del año posterior a la fractura
3. Analizar la esperanza de vida de los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral y los factores de riesgo asociados con la mortalidad.
4. Analizar el impacto económico que tiene la fractura de cuello femoral en personas mayores.





# Método

Para la elaboración del presente informe se han consultado distintas fuentes de información, con datos sobre el proceso de atención a la fractura de cuello femoral dentro del contexto de Cataluña entre los años 2009 y 2014.

A continuación, se detalla la metodología seguida para responder a cada uno de los objetivos específicos detallando la población y el período de estudio, las fuentes de información y los análisis estadísticos utilizados.

## **Objetivo 1: Análisis del tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario hasta la intervención y la duración de la estancia hospitalaria**

La población de estudio fueron los pacientes mayores de 60 años ingresados por una fractura de cuello de fémur en hospitales del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT) durante el período 2009-2011. Las fuentes de información consultadas fueron el Registro de Artroplastias de Cataluña (RACat) y el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBDH). Del CMBDH se seleccionaron las altas hospitalarias por artroplastias de cadera con un diagnóstico de fractura de cadera (CIE-9-MC: 820). El enlace de los registros de cadera del RACat con los del CMBDH permitió incorporar la fecha de cirugía. Así se pudieron calcular las variables principales del estudio: días transcurridos entre la fecha de ingreso y la fecha de cirugía. Esta variable se utilizó como resultado de forma continua y como variable independiente estratificada en tiempo de espera <24, entre 24 y 48, entre 48 y 72 y  $\geq 72$  horas. Otras variables de resultado fueron la duración de la estancia hospitalaria en días y la muerte al alta. Como variables de ajuste se tuvieron en cuenta el sexo, la edad y el índice de comorbilidad de Elixhauser calculado a partir de las comorbilidades registradas en CMBDH.

Se realizó un análisis descriptivo, estimando las frecuencias y los porcentajes de las variables categóricas. Para las variables cuantitativas se calculó la media y la desviación estándar (DE) o bien la mediana y el rango intercuartílico en función de la distribución de la variable.

Para describir el tiempo hasta la intervención se valoró la función de supervivencia (tiempo hasta la intervención) ajustando por el sexo, la edad y el índice de comorbilidad de Elixhauser en conjunto y por centro. Asimismo, se realizaron los test de Long Rank y Willcoxon para comparar las curvas de supervivencia por sexo, grupos de edad e índice de comorbilidad de Elixhauser estratificado por 0, 1, 2 o  $\geq 3$  comorbilidades. Para los dos últimos factores, además, se calculó el test de tendencia para evaluar la hipótesis de dosis-respuesta (a más edad menos espera y a más comorbilidad me-

nos espera). Finalmente, se estimó el riesgo acumulado de ser intervenido en las primeras 24, 48 o 72 horas en cada centro, ajustando por el sexo, la edad y el índice de comorbilidad de Elixhauser. Mediante el gráfico del embudo se representó el riesgo acumulado de ser intervenido durante las primeras 24, 48 y 72 horas respectivamente en cada centro. Se estimaron unos límites (intervalos de confianza al 95% y al 99%) a partir de los resultados del conjunto de centros y teniendo en cuenta el número de intervenciones de cada hospital.

## **Objetivo 2: Evaluación de la atención que han recibido los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral**

La población de estudio fueron los pacientes de 65 años o más que habían sufrido una fractura de cuello femoral a lo largo del año 2013, que corresponde al conjunto de ingresos realizados en hospitales de agudos del Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña (SISCAT) que atienden 30 o más casos con diagnóstico principal de fractura de cuello de fémur (CIE-9-MC: 820.xx) y circunstancia de admisión urgente.

Con el objetivo de tener una visión amplia del proceso asistencial, se recogió información disponible desde el año anterior a la fractura hasta el año posterior a la misma, hecho que permitió calcular indicadores relativos a la atención primaria y a la utilización de servicios durante el año previo a la fractura, así como indicadores hospitalarios, relativos al procedimiento realizado y a los resultados del mismo. Los mismos indicadores se calcularon para un grupo del mismo tamaño y estructura de edad y sexo que el grupo de fractura pero que no había sufrido fractura ni durante el año 2013 ni durante los ocho años anteriores.

Los indicadores para equipos de atención primaria hacían referencia al consumo de fármacos identificados como factores de riesgo para el desarrollo de una fractura y fueron calculados para la población de 65 años o más de los años 2012 a 2014 y estandarizados por edad, según el corte oficial de población del registro central de asegurados de fecha 31 de diciembre de 2013 (corte oficial 2014).

Los indicadores para hospitales referentes al tiempo entre el ingreso y la intervención fueron calculados en base a datos brutos, por tanto podrían presentar variabilidad como consecuencia de diferencias en el consumo de fármacos anticoagulantes entre territorios.

Los indicadores para hospitales referentes a la estancia media, tanto hospitalaria como total, no incluyeron las altas con circunstancia de alta de función o las que presentan estancias inferiores a 2 días. El informe recogió tanto el dato bruto como los datos estandarizados. El índice estandarizado

es una razón entre la estancia observada y la estancia esperada. La estancia esperada fue estimada a partir de una regresión de Poisson ajustada por edad, sexo, complejidad del paciente (Charlson), consumo de anticoagulantes durante el año anterior a la fractura y procedimiento (artroplastia).

Los indicadores para hospitales referentes a mortalidad al alta fueron calculados a partir de la información de circunstancia de alta del CMDBH, que incluían tanto el dato bruto como el estandarizado. El índice estandarizado es una razón entre la mortalidad observada y la esperada. La mortalidad esperada se estimó a partir de una regresión logística ajustada por edad, sexo y complejidad del paciente (Charlson).

Para el cálculo de los indicadores de mortalidad a 30 días, a 6 meses y al año se combinó información del CMDBH con información del Registro Central de Asegurados (RCA) relativa al estado vital de los pacientes y su fecha de defunción. La información sobre el estado vital de los pacientes proviene del Instituto Nacional de Estadística (INE). Como en el caso de la mortalidad al alta, los índices estandarizados se calcularon como la razón entre la mortalidad observada y la esperada. La mortalidad esperada se estimó a partir de una regresión logística ajustada por edad, sexo y complejidad del paciente (Charlson).

### **Objetivo 3: Supervivencia de los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral y factores asociados con la mortalidad**

Para este análisis, la población de estudio fueron las personas ingresadas por fractura de fémur de 65 años y más, durante el período 2011-2013. La fuente de información principal fue la base de datos de morbilidad del CatSalut que integra información del RCA, del registro del CMBDH (de hospital de agudos, de atención primaria, de atención sociosanitaria, de salud mental y de urgencias), del registro de actividad de farmacia (que recoge información de las recetas y de la medicación hospitalaria de dispensación ambulatoria, MHDA) y del registro de facturación del CatSalut (visitas a consultas externas y urgencias, oxigenoterapia, transporte sanitario no urgente y rehabilitación domiciliaria). El registro recoge información de toda la población de Cataluña con tarjeta sanitaria. Se utilizó la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE-9-MC) para seleccionar las fracturas de fémur (códigos: 820.x).

Se calculó la supervivencia desde el momento de la fractura de fémur hasta la defunción del paciente (dentro del periodo de estudio). Este dato se extrajo de la fecha de muerte que figura en el RCA, que se nutre mensualmente del INE. La supervivencia se calculó para los distintos grupos de edad (65-69 años, 70-79 años, 80-89 años, >89 años).

Para conocer los factores asociados con la mortalidad, se utilizó el método actuarial y la regresión de Cox. Como variables de ajuste, se utilizaron los 17 grupos de morbilidad del índice de Charlson, la complejidad de la morbilidad a partir de los grupos de morbilidad ajustada (GMA), el tipo de fractura y variables clínicas (incontinencia, tratamiento con vitamina D y transfusiones).

#### **Objetivo 4. Impacto económico de la fractura de cuello femoral**

Para contestar a este objetivo, se analizó la utilización de recursos sanitarios un año antes y un año después de la fractura de fémur. La imputación del gasto en la mayoría de los casos fue directa porque mediante el registro de facturación cada una de las facturas era imputada a un individuo concreto; este también es el caso del registro de actividad de farmacia.

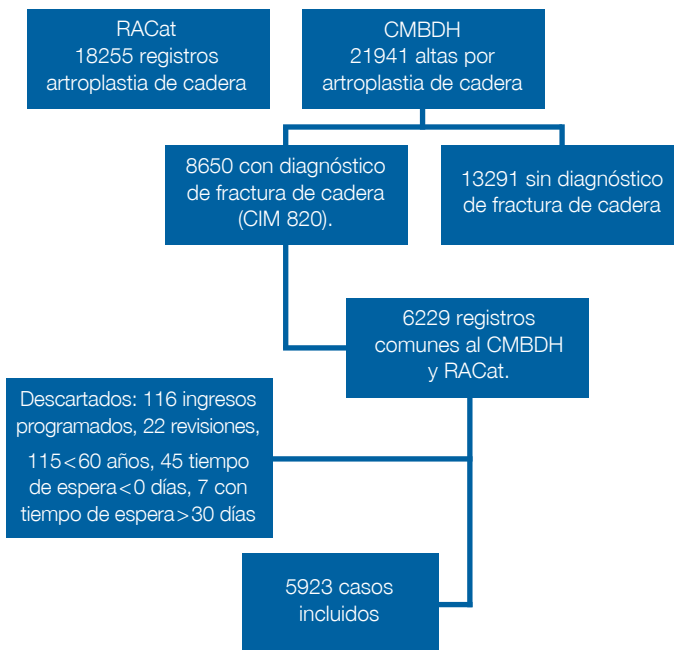
Se calculó de forma indirecta la actividad de atención primaria (precio estándar por visita ponderado por profesional y lugar de la asistencia), de atención hospitalaria (ponderada por GRD) y en el caso de sociosanitario y salud mental según tarifa por días de estancia.

# Resultados

## Objetivo 1: Análisis del tiempo transcurrido entre el ingreso hospitalario hasta la intervención y la duración de la estancia hospitalaria

En el período de 2009 a 2011 en el CMBDH constaban 21.941 altas por artroplastias de cadera y, de estas, 8.650 tenían un código diagnóstico de fractura de cadera (CIE 820.xx). En el RACat de Cataluña, en el mismo período, constan 18.255 hospitalizaciones por artroplastia primaria de cadera. El enlace de las dos bases de datos fue un total de 6.229 altas por artroplastias de cadera con fractura de cadera. Excluidas las revisiones, las admisiones programadas y los pacientes menores de 60 años, el número total de pacientes incluidos en el estudio fue de 5.923 (**figura 1**).

**Figura 1. Árbol de selección de pacientes del RACat y del CMBDH**



De estos pacientes, un 76% eran mujeres y la edad media de todos ellos era de 83 años (DE 7,3); un 25% eran mayores de 80 años y un 19%, mayores de 90 años. Un 50% de los pacientes presentaba dos o más de las 30 comorbilidades del índice de Elixhauser y un 30%, un riesgo de muerte elevado según el índice de mortalidad de Majumdar et al.

## Análisis de la espera

Los pacientes incluidos en el estudio presentaron una media de espera antes de la cirugía de 3 días con un rango intercuartílico de 4 días. Esto significa que un 25% esperaban uno o menos días, otro 25% esperaban 5 o más días y un 50% entre 1 y 5 días (**figura 2**). Por sexo y grupos de edad, no se observaron grandes diferencias con relación a los tiempos de espera (**tabla 1**). Sin embargo, la función acumulada de espera reveló que los hombres eran operados antes (**tabla 2**). El modelo de Cox permitió cuantificar que los hombres tenían 13% más de riesgo de ser operados antes que las mujeres (Hazard Ratio, HR 1,13 IC95% 1,06-1,20, ajustado por la edad y Elixhauser). Asimismo se observó el gradiente hipotetizado en cuanto a la edad, en el que eran operados antes los pacientes de mayor edad (**tabla 3**), no tanto así los pacientes con más comorbilidades (**tabla 4**).

En las **figuras 3 a 5** se puede observar que tanto a las 24, a las 48 como a las 72 horas se identificaron entre 5 y 8 centros con un porcentaje de pacientes intervenidos durante estas primeras horas significativamente inferior al promedio de todos los centros (puntos en rojo en las figuras). En los **anexos I-III** es posible identificar cuáles son estos centros. En la **figura 6** se muestra la variabilidad existente entre centros con relación al porcentaje de pacientes atendidos a las 24, 48 o 72 horas. La razón de variación entre el centro con un porcentaje mayor de pacientes intervenidos a las 24 horas y el centro con un porcentaje menor de pacientes intervenidos a las 24 horas fue un 61% mayor, a las 48 horas, un 30% mayor y a las 72, un 26% mayor.

**Figura 2. Histograma del tiempo de espera de los pacientes intervenidos**

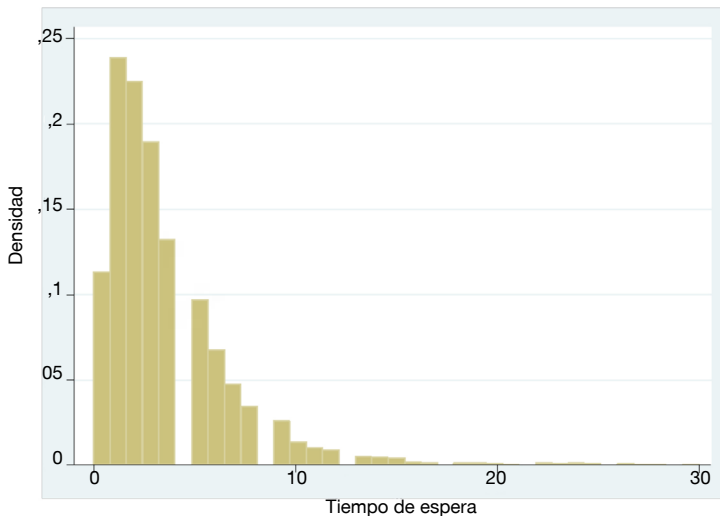


Tabla 1. Tiempo de espera estratificado por edad y sexo									
	Total			Hombres			Mujeres		
	n	Me	RIQ	n	Me	RIQ	n	Me	RIQ
60-69	308	3	4	98	3	5	210	3	4
70-79	1338	3	4	340	3	4	998	3	4
80-89	3176	3	4	734	3	4	2442	3	3
≥90	1101	2	3	234	3	5	867	2	3

Me: mediana; RIQ: rango intercuartílico.

Tabla 2. Función acumulada de riesgo por sexo						
	Hombres			Mujeres		
	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%
≤24h	255	19,75	[17,68-22,03]	892	21,82	[20,58-23,12]
≤48h	233	37,80	[35,22-40,51]	846	42,51	[41,02-44,05]
≤72h	215	54,45	[51,76-57,19]	694	59,49	[57,99-61]
≤7 días	414	86,52	[84,6-88,32]	1239	89,80	[88,85-90,7]

1 Número de pacientes intervenidos. 2 Función de fallo acumulada de Kaplan-Meier sobre el total de pacientes por intervenir.

LogRank pvalor <0.0001; Wilcoxon pvalor=0.0002.

**Tabla 3. Función acumulada de riesgo por grupos de edad**

	<80 años			80-<85 años			85-<90 años			≥90 años		
	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%
≤24h	292	19,10	[17,21-21,16]	305	21,49	[19,45-23,72]	311	21,42	[19,4-23,62]	239	24,41	[21,84-27,23]
≤48h	277	37,21	[34,85-39,69]	274	40,80	[38,3-43,41]	317	43,25	[40,75-45,84]	211	45,97	[42,9-49,14]
≤72h	253	53,76	[51,28-56,28]	246	58,14	[55,59-60,72]	251	60,54	[58,03-63,06]	159	62,21	[59,18-65,24]
≤7 días	508	86,98	[85,24-88,61]	450	89,85	[88,21-91,35]	419	89,39	[87,75-90,91]	276	90,40	[88,45-92,14]

1 Número de pacientes intervenidos. 2 Función de fallo acumulada de Kaplan-Meyer sobre el total de pacientes por intervenir.

LogRank pvalor =0.0002; Wilcoxon pvalor<0.0001; Test tendencia pvalor<0.0001.

**Tabla 4. Función acumulada de riesgo para los niveles del índice de comorbilidad de Elixhauser**

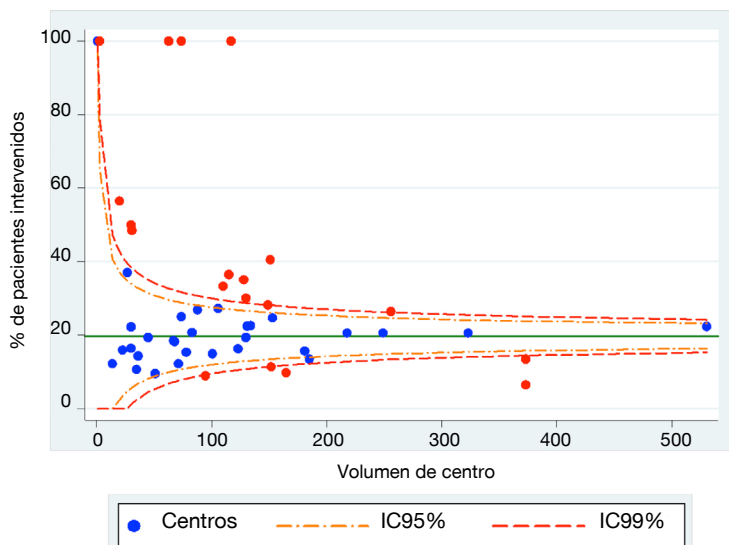
	0			1			2			≥3		
	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%	n <sup>1</sup>	% <sup>2</sup>	IC95%
≤24h	207	21,41	[18,95-24,13]	385	23,10	[21,15-25,19]	337	21,69	[19,72-23,82]	218	18,30	[16,22-20,62]
≤48h	213	43,43	[40,38-46,62]	334	43,13	[40,79-45,55]	298	40,86	[38,46-43,35]	234	37,95	[35,26-40,77]
≤72h	157	59,67	[56,59-62,77]	270	59,33	[56,98-61,69]	282	59,01	[56,57-61,46]	200	54,74	[51,94-57,59]
≤7 días	303	91,00	[89,1-92,7]	495	89,02	[87,47-90,47]	477	89,70	[88,13-91,15]	378	86,48	[84,47-88,35]

1 Número de pacientes intervenidos. 2 Función de fallo acumulada de Kaplan-Meyer sobre el total de pacientes por intervenir.

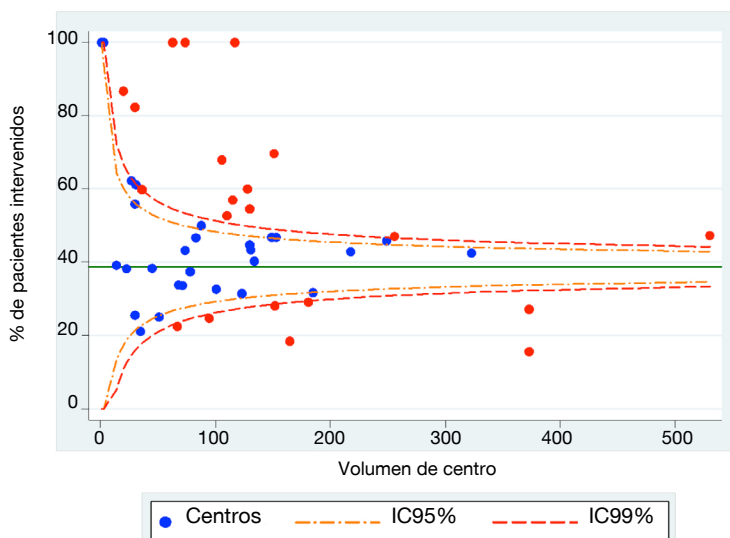
LogRank pvalor =0.0002; Wilcoxon pvalor=0.0011; Test tendencia pvalor=0.0004.



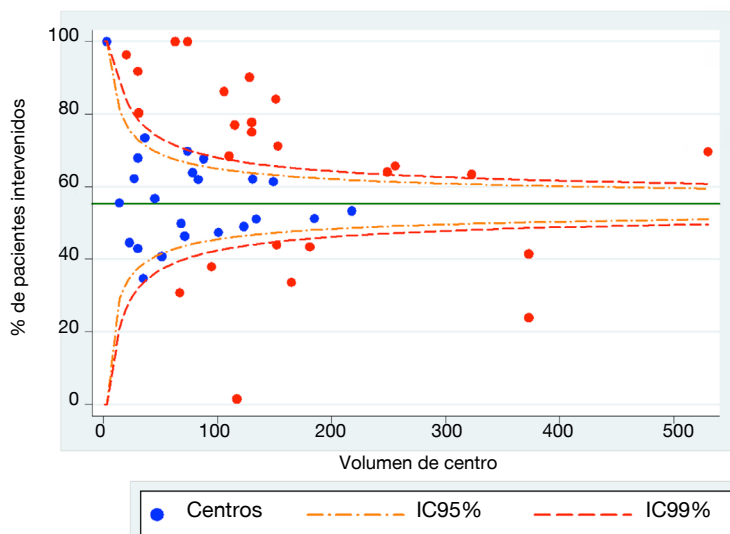
**Figura 3. Gráfico de embudo entre el riesgo de intervención antes de las primeras 24 horas (ajustado por sexo, edad y Elixhauser) y el volumen de casos del centro**



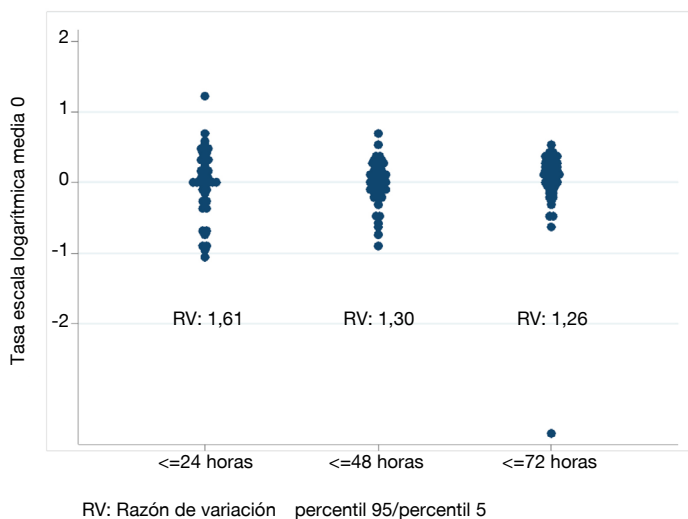
**Figura 4. Gráfico de embudo entre el riesgo de intervención antes de las primeras 48 horas (ajustado por sexo, edad y Elixhauser) y el volumen de casos del centro**



**Figura 5. Gráfico de embudo entre el riesgo de intervención antes de las primeras 72 horas (ajustado por sexo, edad y Elixhauser) y el volumen de casos del centro**



**Figura 6. Variabilidad existente entre centros con relación al porcentaje de pacientes atendidos a las 24, 48 o 72 horas**

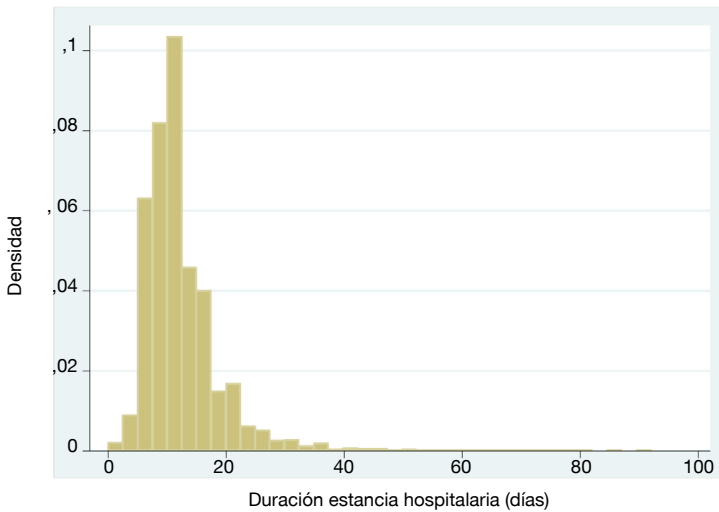


## Análisis de la estancia

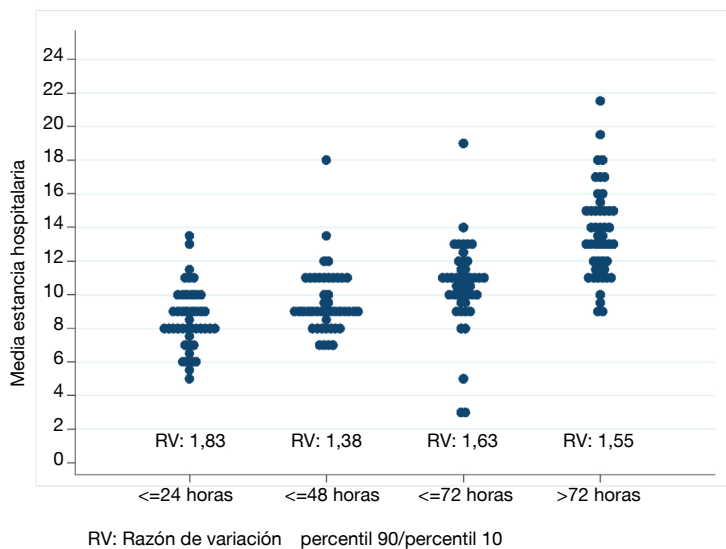
Para el análisis de la estancia se descartaron 4 pacientes que presentaban una estancia negativa o superior a los 90 días. Así pues se analizaron datos de 5.219 pacientes que presentaron una estancia media de 11 días con un rango intercuartílico de 6 días. Esto quiere decir que un 25% pasaron 8 o menos días en el hospital y otro 25% 14 o más días (**figura 7**).

En la **figura 8** se muestra la variabilidad existente con relación a la mediana de estancia. La razón de variación entre el centro con una estancia media mayor a las 24 horas y el centro con estancia media menor a las 24 horas fue un 83% mayor, a las 48 horas, un 38% mayor, a las 72 horas, un 63% mayor y más allá de las 72 horas, un 55% mayor. Modelando el tiempo hasta el alta mediante un modelo de Cox, ajustado por sexo, edad y Elixhauser, se observó un mayor riesgo estadísticamente significativo de tener una estancia más larga en aquellos pacientes intervenidos más allá de las 24, las 48 y las 72 horas. Aunque si se descuenta el tiempo de espera de los días de estancia, el riesgo de padecer una estancia más larga siguió siendo significativo pero con un riesgo menor del 10% (**figura 9**).

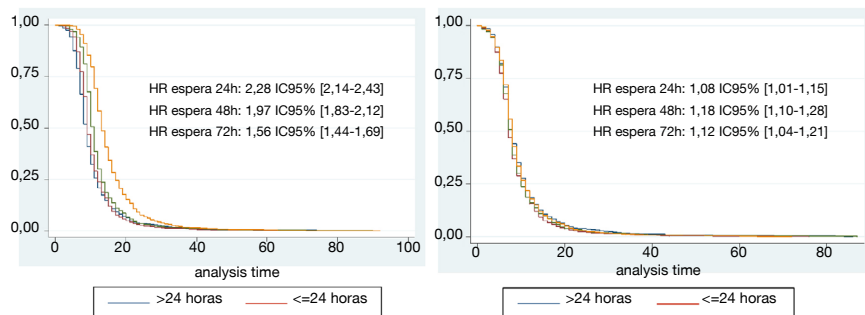
**Figura 7. Histograma del tiempo de estancia (en días) de los pacientes intervenidos**



**Figura 8. Mediana de estancia de los pacientes estratificada por tiempo hasta la cirugía**



**Figura 9. Función de supervivencia de la estancia en función de la espera**

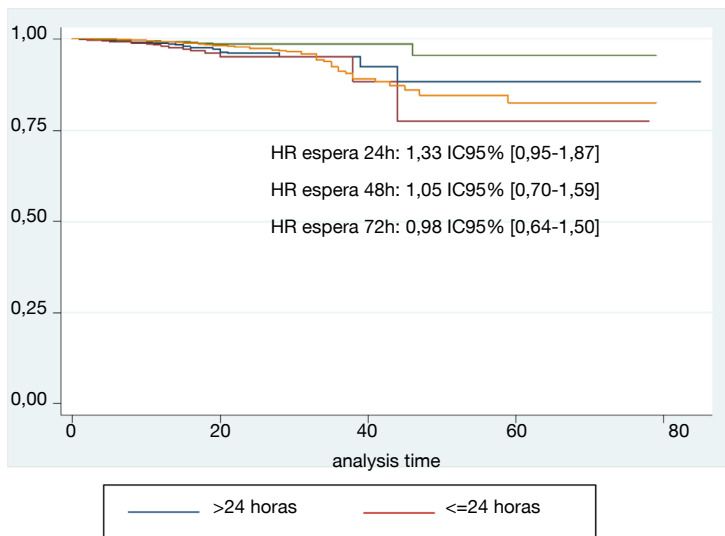


## Análisis de supervivencia

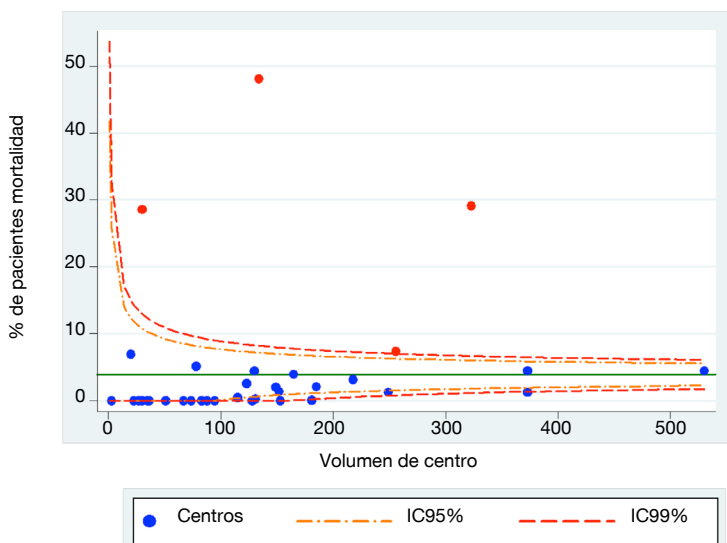
Para el análisis de mortalidad se descartó una paciente que presentaba una supervivencia negativa. Así pues se analizaron datos de 5.222 pacientes. Un 3,7% de los pacientes intervenidos había muerto al alta hospitalaria. En un modelo de Cox multivariante ajustando por sexo, la edad y Elixhauser no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y la supervivencia al alta de los pacientes intervenidos (**figuras 10 y 11**).

En cambio sí que se identificaron tres centros con una mortalidad a los 30 días por encima de la mortalidad promedio del resto de centros (**figura 11**).

**Figura 10. Función de supervivencia en función de la espera**



**Figura 11. Gráfico de embudo entre el riesgo de morir a los 30 días (ajustado por sexo, edad y Elixhauser) y el volumen de casos del centro**

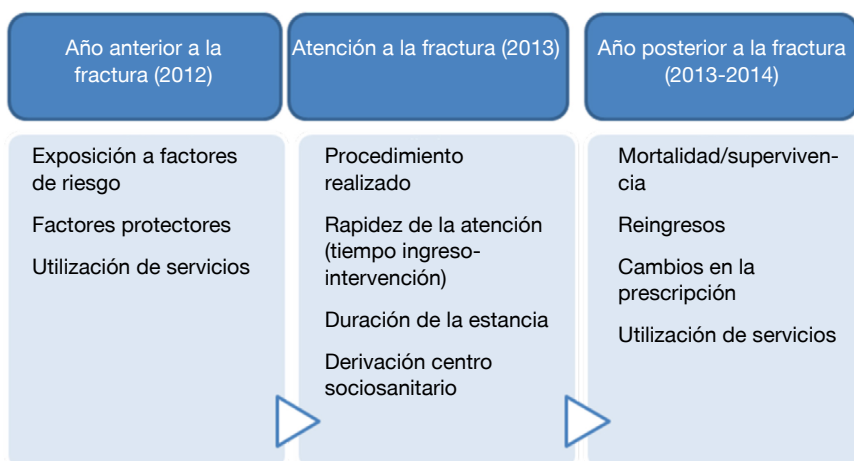


## Objetivo 2: Evaluación de la atención que han recibido los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral

### Información sobre el año anterior a la fractura

Durante el año 2013 se produjeron 8.847 ingresos hospitalarios de personas de 65 años o más con diagnóstico de fractura de cuello de fémur en Cataluña. Este segundo objetivo analiza la atención ofrecida por los centros del SISCAT (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña) con un volumen de casos anuales de 30 o más. La delimitación de un número mínimo de casos se realizó para asegurar la fiabilidad de los datos por centro. Los centros del SISCAT que atienden 30 o más casos al año de fractura de cuello de fémur realizaron 8.172 hospitalizaciones durante 2013 (**figura 12**).

**Figura 12. Información incluida sobre el proceso de fractura de cuello de fémur en población de 65 años o más**



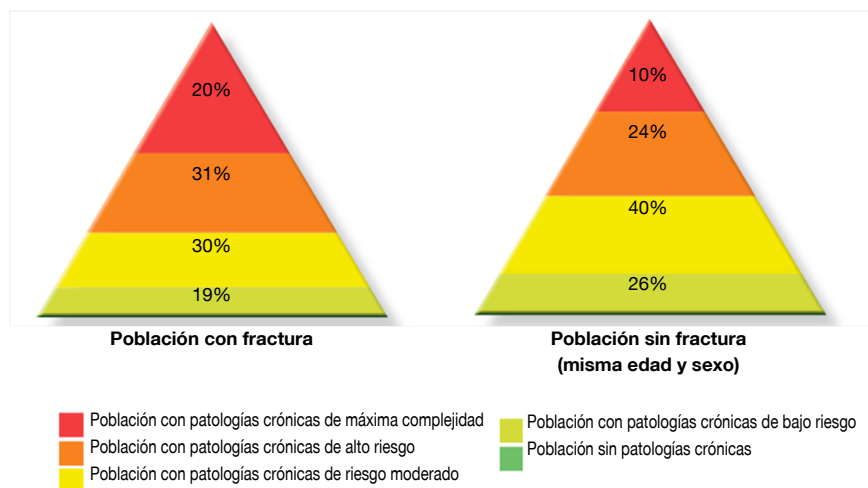
En relación con el año anterior a la fractura (2012), se compara la exposición a determinados factores de riesgo y a un factor protector (fármacos para la osteoporosis), así como la utilización de servicios sanitarios. Los resultados fueron comparados con los de un grupo del mismo tamaño y de la misma estructura de edad y sexo que no había sufrido fractura ni en 2013 ni en los 8 años anteriores.

El aspecto más relevante fue el mayor porcentaje de consumidores de fármacos para la salud mental dentro del grupo que había sufrido fractura. Concretamente, la prevalencia de consumo de antipsicóticos fue casi un 70% superior respecto al otro grupo. En este sentido, vale la pena recordar

que los dos grupos únicamente eran idénticos en la estructura por edad y sexo y no necesariamente por carga de morbilidad.

Por lo tanto, sería necesaria más información sobre el estado de salud de las personas durante el año anterior a la fractura para evaluar la adecuación de la prescripción farmacéutica. La información disponible hacía referencia al año de la fractura, poniendo de manifiesto cómo las personas con fractura presentaron un estado de salud claramente peor respecto al otro grupo. Lo más destacable fue que el porcentaje de población con patologías crónicas de máxima complejidad en el grupo con fractura resultó ser el doble respecto al grupo que no había sufrido fractura (**figura 13**).

**Figura 13. Estratificación poblacional (GMA) de los grupos con fractura y sin fractura, 2013**



A diferencia de los fármacos para la salud mental, en otros fármacos que también habían sido señalados como factores de riesgo de caídas, como los corticoides o los antiulcerosos, no se observaron diferencias relevantes entre los dos grupos. Tampoco se observó un mayor porcentaje de polimedición en el grupo con fractura. Un aspecto relevante fue el hecho de que tampoco se observó ninguna diferencia en el consumo de fármacos para la osteoporosis (factor protector), que resultó muy bajo en el grupo con fractura (10,8%), sin diferir respecto al otro grupo.

Por último, el grupo con fractura realizó menos visitas a la atención primaria respecto al otro grupo. Esto podría deberse a que el grupo con fractura tenía un porcentaje superior de personas en residencias sociales. En todo caso, habría que comprobarlo.

En cuanto a la variabilidad por equipos de atención primaria en el consumo de fármacos señalados como factores de riesgo de caídas entre la po-

blación de 65 años o más, fue en el consumo de fármacos antipsicóticos y en el de hipnóticos y sedantes donde se observó una variabilidad más relevante entre equipos. Destacó en el otro extremo la baja variabilidad en el consumo de fármacos antiulcerosos (**tabla 5**).

Tabla 5. Variabilidad entre equipos de atención primaria en el consumo de fármacos seleccionados en población de 65 años o más, 2012					
	Hipnóticos y sedantes	Antidepresivos	Antipsicóticos	Corticoides	Antiulcerosos
Media	11,6	24,5	7,6	10,2	61,7
Mediana	11,5	24,9	7,6	10,6	63,2
Mínimo	5,8	14,9	3,4	6,7	49,3
Máximo	22,1	43,6	18,0	19,7	80,5
Razón Máx/Mín	3,8	2,9	5,2	2,9	1,6
Percentil 25 (p25)	10,0	22,8	6,7	9,1	59,0
Percentil 75 (p75)	13,8	27,0	9,4	12,0	66,6
Razón p75/p25	1,4	1,2	1,4	1,3	1,1
Coefficiente de variación	23,7%	14,0%	27,2%	20,3%	9,0%

## Atención a la fractura

Para evaluar la atención la fractura, se analizaron los indicadores de tipo de procedimiento, tiempo entre el ingreso y la intervención, duración de la estancia y derivación a un centro sociosanitario. El indicador relativo al tipo de procedimiento (porcentaje de artroplastia) fue el que presentó menos variabilidad entre hospitales. Seguidamente, la duración del internamiento, hospitalario u hospitalario más sociosanitario, presentó una variabilidad moderada. Sin embargo, destacaron algunos centros por presentar estancias hasta una tercera parte inferiores al resto o más de una tercera parte superiores.

La derivación a un centro sociosanitario fue el indicador que presentó más variabilidad y puso de manifiesto la diversidad de formas de organización existentes para dar respuesta a la rehabilitación de estos pacientes.

En relación con la mediana del tiempo transcurrido entre el ingreso y la intervención, cabe decir que durante 2013 el 68% de los centros presentaron medianas menores o iguales a 2 días. Sin embargo, algunos centros presentaron medianas más elevadas, en las que el tercer cuartil superaba los 5 días.



## Información posterior a la fractura

Los acontecimientos posteriores a la fractura de fémur con una mayor relevancia clínica son la mortalidad y los reingresos. Las personas hospitalizadas por fractura de cuello de fémur presentaron casi un 5% de probabilidad de mortalidad al alta, el 7% de mortalidad en 30 días, el 18% de mortalidad en 6 meses y un 24,5% de mortalidad al año. De hecho, este grupo presentó el doble de mortalidad al año respecto al grupo de su misma estructura por sexo y edad que no había sufrido fractura.

Los datos de mortalidad mostraron cómo la variabilidad entre centros en la mortalidad a 30 días era moderada y disminuía a 6 meses y al año de la intervención.

No obstante, algunos centros se desviaron un 20% o más respecto a la media. En estos centros habría que comprobar más de un año para ver si la diferencia respecto a la media persiste en el tiempo.

Los reingresos a 30 días son otro indicador muy utilizado para evaluar la calidad de la asistencia hospitalaria. Este indicador también se ha relacionado con una posible prematuridad de algunas altas. Por tanto, es recomendable interpretarlo conjuntamente con el indicador de estancia media. La variabilidad en relación con los reingresos fue más elevada que en la mortalidad a 30 días. Algunos centros se desviaron un 50% o más respecto a su valor esperado.

Aparte de los indicadores de resultados posintervención, se evaluó la situación de las personas hospitalizadas por fractura de fémur un año después de la fractura. En este sentido, se analizó cuál era su consumo de fármacos y las visitas a la atención primaria y se los comparó con el grupo que no había sufrido fractura.

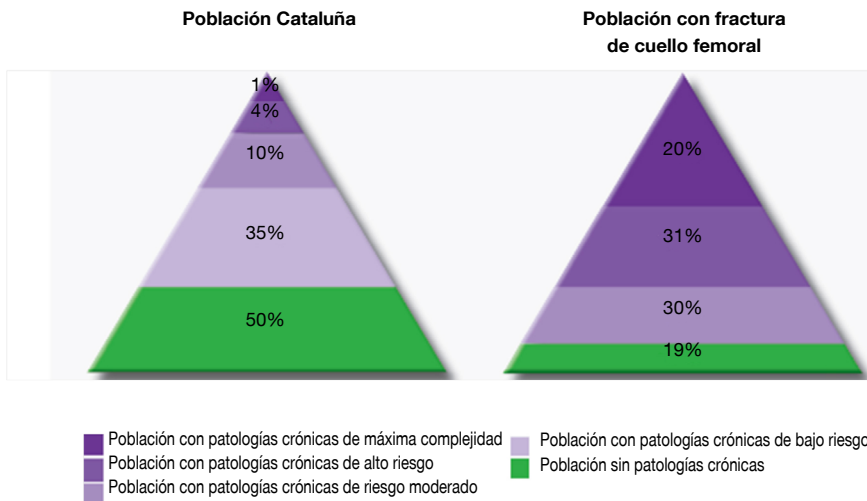
Se detectó un incremento de la distancia entre los dos grupos analizados en relación con el porcentaje de consumidores de fármacos para la osteoporosis y de polimedicación. Estos dos indicadores no presentaban diferencias relevantes entre los dos grupos durante el año anterior a la fractura. En cambio, durante el año posterior se observó cómo la medicación para la osteoporosis del grupo que había sufrido fractura duplicaba a la del otro grupo y la polimedicación era un 33% más elevada. Lo más destacable fue que la principal razón de esta tendencia era la disminución del consumo entre 2012 y 2014 en el grupo que no había sufrido fractura, más que un incremento importante de consumo en el grupo que había sufrido fractura, que no se observó.

Se puede encontrar información adicional en las tablas del **anexo IV** (Datos generales 2012-2014. Tablas de resultados por equipos de atención primaria y tablas de resultados por hospitales de agudos).

### Objetivo 3: Supervivencia de los pacientes hospitalizados por fractura de cuello femoral y factores asociados con la mortalidad

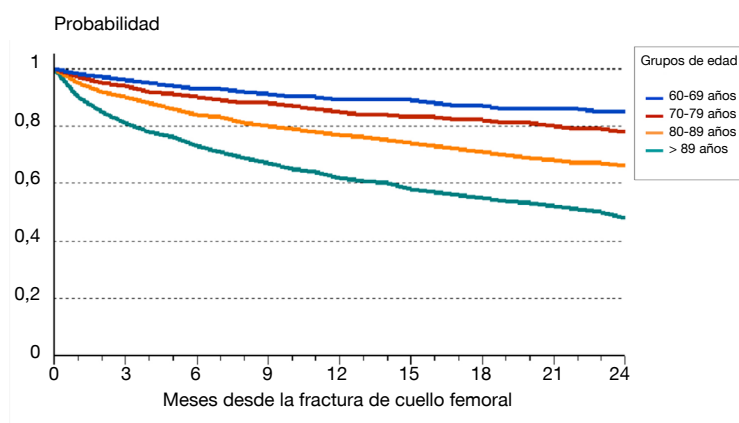
La tasa anual de fractura de fémur en Cataluña es del 5,93 por cada 1.000 habitantes de 65 años y más. La fractura de fémur en la población anciana en Cataluña fue más frecuente en las mujeres y en la franja de edad de los 85 a los 89 años. Esta población también presentaba patologías con mayor complejidad comparada con la población general. Así, si estas patologías de mayor complejidad representaron un 5% en la población general, en la población anciana con fractura de fémur suponían el 50% (**figura 14**).

Figura 14. Estratificación poblacional (GMA)



La mortalidad hospitalaria fue del 5% y la anual del 24%. Se observó que la supervivencia posterior a la fractura de fémur de la población anciana disminuía a medida que aumentaba la edad. La población con edades comprendidas entre los 65 años y los 80 años presentaron una supervivencia a los dos años del 80% aproximadamente, mientras que en la población mayor de 80 años la supervivencia caía de forma significativa entre el 60% (de los 80 a 89 años) y el 40% (90 años o más) (**figura 15**).

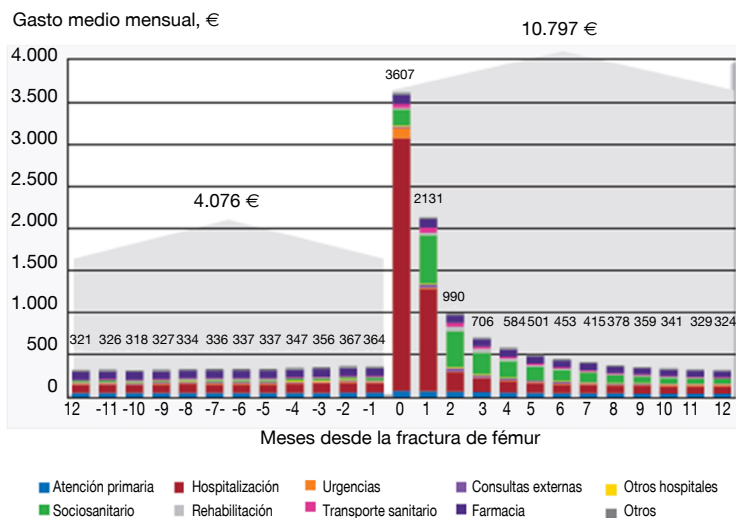
**Figura 15. Supervivencia por grupo de edad**



#### **Objetivo 4: Impacto económico de la fractura de cuello femoral**

La fractura de fémur supuso un aumento significativo del uso de recursos sanitarios en la población anciana. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta población ya tiene un consumo de recursos sanitarios previos a la fractura superiores a la población general. El gasto promedio por paciente en los 12 meses posteriores a la fractura de fémur fue de 10.797€ (248.356.143€ en conjunto) frente a 4.076€ en los 12 meses previos (93.825.444€ en conjunto). Así, la fractura de fémur supuso un incremento del gasto de 154.710.699€ (6.721€ por paciente) respecto del gasto que tuvieron estos pacientes durante el año anterior. También se observó que el 62% de gasto correspondía a los ingresos hospitalarios y el 31% al uso de recursos sociosanitarios, así como que el 80% del gasto se hacía en los primeros 6 meses (**figura 16**).

**Figura 16. Gasto sanitario durante el año anterior y el posterior a la fractura de fémur**



# Discusión

Los resultados del presente informe constatan que la fractura de fémur supone un importante problema de salud en la población mayor en Cataluña. Por un lado, por las consecuencias en la morbilidad, pérdida de autonomía, funcionalidad y dependencia secundaria al proceso y, por otro, por su elevada incidencia y consumo de recursos sanitarios. Se hace así relevante disponer de datos relativos al conjunto del proceso asistencial para ayudar a definir futuras estrategias dirigidas tanto a la prevención de las fracturas como a la mejora de la atención hospitalaria y la reducción de las complicaciones asociadas.

Algunos trabajos apuntan que el tiempo de espera más allá de las 72 horas aumenta el riesgo de complicaciones y la mortalidad para los pacientes con fractura de cuello femoral. El metaanálisis realizado por Simunovic et al. (2010) pone de manifiesto que la cirugía realizada entre las 24 y 72 horas está asociada con una menor mortalidad y menor riesgo de complicaciones. En el presente estudio, el tiempo medio de espera fue de 3 días (72 horas) (rango intercuartílico de 4 días), hecho que significa que alrededor del 25% de pacientes fueron operados antes de las 24 horas y el 50% antes de los 5 días, sin presentar importante variabilidad entre centros. Estos datos suponen una ligera mejora de los reportados por Librero et al. (2012) en todo el SNS, donde reportaban que el 25% de pacientes eran operados antes de las primeras 48 horas. Sin embargo, en ambos contextos un mayor tiempo de espera no se ha visto asociado con una menor supervivencia al alta hospitalaria.

La estancia media para los pacientes operados de artroplastia de cadera que ingresaron por fractura de cuello femoral en los centros catalanes fue de 11 días, con un rango intercuartílico de 6 días, lo que significa que el 75% de pacientes estuvieron ingresados menos de 14 días. Estos resultados son consistentes con los publicados en 2011 en España, en los que se reportó una estancia media de 13,7 días (Instituto de Información Sanitaria, 2010), e inferiores a los reportados por Serra *et al.* (2002) (estancia media hospitalaria de 16 días en España y de 15,6 en Cataluña). Aunque los datos apuntan a una reducción en el tiempo de estancia hospitalaria, la fractura de fémur sigue siendo uno de los procesos hospitalarios más largos.

Los datos relativos a la atención recibida durante el año anterior y posterior a la fractura de cuello femoral en el marco de los centros del SISCAT revelaron que, en general, las personas con fractura presentaban un estado de salud peor en comparación a un grupo con la misma estructura de edad y sexo, pero sin episodio de fractura. Destaca especialmente que el 20% presentaba patologías crónicas de elevada complejidad, mientras que el porcentaje fue del 10% entre el grupo de pacientes que no padecieron

fractura. Destaca también un mayor consumo de fármacos para la salud mental entre la población que sufrió fractura de cuello femoral, el consumo de antipsicóticos era casi un 70% superior respecto al otro grupo. En esta línea, varios estudios apuntan a que el consumo de fármacos antipsicóticos (especialmente opioides, fármacos dopaminérgicos, ansiolíticos, hipnóticos y sedantes y antidepresivos) es un factor de riesgo de sufrir fracturas de cadera, ajustado por edad, sexo y comorbilidades (Thorell et al., 2014).

La derivación a un centro sociosanitario fue el indicador relacionado con la atención posfractura que presentó más variabilidad entre centros, lo que pone de manifiesto la diversidad de formas de organización existentes en el contexto catalán para dar respuesta a la rehabilitación de estos pacientes. La variabilidad en términos de reingresos a los 30 días fue mayor que en la mortalidad a los 30 días. En este aspecto, destaca que algunos centros se desvían un 50% o más respecto a su valor esperado.

Las personas hospitalizadas por fractura de cuello femoral presentaron casi un 5% de probabilidad de mortalidad al alta, un 7% de mortalidad a los 30 días del alta, un 18% de mortalidad a los 6 meses y un 24,5% de mortalidad al año. La mortalidad a los 30 días del alta presentó una variabilidad moderada entre centros. Estos valores, como era de esperar, fueron superiores a los publicados en 2010 para el conjunto de la población española (sin restricciones por grupos de edad) donde se reportaba una mortalidad hospitalaria del 5,85% (Instituto de Información Sanitaria, 2010).

El impacto en términos económicos es otro aspecto relevante en la atención sanitaria de las fracturas de cuello femoral. El estudio muestra que, en Cataluña, el gasto medio (teniendo en cuenta el gasto en atención primaria, atención socio-sanitaria, hospitalización, rehabilitación, urgencias, farmacia y consultas externas) por paciente en los 12 meses posteriores a la fractura fue de 10.797 € frente a 4.076 € en los 12 meses previos. Además, los resultados mostraron que el 80% del gasto se realizaba en los primeros 6 meses después de la fractura. Estos datos son similares al coste medio por paciente estimado en el año 2008 en España (8.365,25 €) y en general inferiores a estimaciones reportadas en la literatura referente a países como Reino Unido, Holanda, Estados Unidos, Canadá o Bélgica (rango entre 12.952 € y 43.671 €) (Burgers et al., 2016). Sin embargo, más allá del impacto económico-sanitario, la fractura de cuello femoral tiene también una importante repercusión para el paciente, derivada de los cambios en el estilo de vida, la elevada morbilidad y la pérdida de productividad, y para el entorno cercano del paciente (familiares y cuidadores), que resulta mucho más difícil de cuantificar (Mesa Ramos, 2013).

Los datos que se presentan en este estudio, a pesar de estar basados en informaciones en el contexto catalán, pueden ser generalizables a todo el contexto español, especialmente a aquellas comunidades autónomas

con una incidencia de fractura de cuello femoral elevada como Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra, La Rioja y la Comunidad Valenciana (Instituto de Información Sanitaria, 2010). Los indicadores referentes a la atención hospitalaria, así como los relativos al impacto económico de la enfermedad, presentan similitudes con datos de estudios realizados en otros países europeos y de Norteamérica. Así, el resto de información que se presenta (relativa al año anterior y posterior a la fractura y a la supervivencia de los pacientes intervenidos) puede ser extrapolable a otras realidades del SNS.

## Limitaciones

La utilización de distintas fuentes de datos, como el CMBDAH, el RACat, los registros de Atención Primaria y Atención Sociosanitaria, entre otros, ha permitido ofrecer una visión amplia del proceso asistencial en la fractura de cuello femoral durante el periodo 2009-2014 en Cataluña. Sin embargo, no todos los análisis abarcan la totalidad del periodo temporal analizado, hecho que hay que tener en consideración a la hora de interpretar los resultados del informe en su conjunto. Por otro lado, la información presentada se basa en datos administrativos y con información limitada. Así, por ejemplo, para disponer de una fotografía más completa del impacto económico y social de las fracturas de cuello femoral sería de interés realizar un estudio de coste-utilidad que analice los años de vida ganados ajustados por calidad de vida (AVAC) después de una artroplastia de cadera. En el caso del análisis del tiempo de espera para la intervención y de la estancia hospitalaria, hay que tener en cuenta que el análisis contempló los pacientes que fueron sometidos a una artroplastia de cadera y no la totalidad de pacientes operados (por ejemplo, no incluye los pacientes con osteosíntesis). Esta circunstancia podría suponer perder alrededor del 20% de pacientes operados después de una fractura, que a su vez podrían presentar características diferentes. Finalmente, el hecho de poder disponer de datos en un contexto más amplio aumentaría el número de casos de forma importante en algunos análisis. Por ejemplo, disponer de un mayor número de casos aumentaría la potencia estadística para el cálculo de la supervivencia en pacientes con fractura de cuello femoral.

El presente trabajo ha puesto de manifiesto que la fractura de cuello femoral es una afectación con un gran impacto en población mayor de 60 años y que afecta principalmente a un grupo poblacional con una elevada complejidad. Debido al progresivo envejecimiento de la población, cabe esperar —y numerosos estudios así lo indican (Kanis et al., 2012)— que la incidencia de la fractura de cuello femoral siga aumentando a lo largo de los próximos años en nuestro entorno. Por ello, las intervenciones dirigidas a

prevenir las fracturas y a mejorar el tratamiento de la osteoporosis en este grupo de población, así como a mejorar el abordaje integral y multidisciplinario en la prevención secundaria de las fracturas de fémur para disminuir la morbimortalidad de estos pacientes, tendrán un elevado impacto social y económico en el conjunto del SNS.

## Conclusiones

- El tiempo medio de espera entre el ingreso por fractura de cuello femoral y la artroplastia de cadera fue de 3 días (rango intercuartílico de 4 días), mientras que la estancia media fue de 11 días (rango intercuartílico de 6 días),
- Se ha identificado un gradiente de espera inverso en relación con la edad, en el que los pacientes de mayor edad esperan menos tiempo para ser intervenidos.
- Entre centros, no se observa una importante variabilidad en relación con el tiempo de espera. En cambio sí existe una variabilidad destacable en relación con el tiempo de estancia de los pacientes.
- Las personas con fractura de cuello femoral presentaron un estado de salud claramente peor respecto a las personas de su misma edad que no habían sufrido este problema. De hecho, el porcentaje de población con patologías crónicas de máxima complejidad fue el doble en el grupo con fractura respecto al grupo que no había sufrido ninguna.
- Durante el año anterior a la fractura, los pacientes ingresados por fractura presentaron un mayor consumo de fármacos antipsicóticos (asociados con un mayor riesgo de caída) que el grupo que no había sufrido fractura.
- Con relación a la atención a la fractura, fue la derivación a un centro sociosanitario el indicador que presentó más variabilidad, lo que pone de manifiesto la diversidad de formas de organización existentes para dar respuesta a la rehabilitación de estos pacientes.
- Las personas hospitalizadas por fractura de cuello femoral presentaron casi un 5% de probabilidad de mortalidad al alta, un 7% de mortalidad a los 30 días, un 18% de mortalidad a los 6 meses y un 24,5% de mortalidad al año.
- El gasto medio por paciente en los 12 meses posteriores a la fractura fue de 10.797€ frente a 4.076€ en los 12 meses previos. El 80% del gasto se hizo en los primeros 6 meses: 62% del gasto corresponde a los ingresos hospitalarios y 31% al uso de recursos sociosanitarios.



# Anexos



## Anexo I

Listado de unidades proveedoras con el volumen de pacientes intervenidos, la mediana de espera hasta la cirugía, el número de pacientes operados a las 24, 48 y 72 horas y los riesgos ajustados (sexo, edad y Elixhauser) de intervención respectivos.

UP	Volumen	Mediana espera	Operados <24h	Tasa intervención ajustada	Operados <48h	Tasa intervención ajustada	Operados <72h	Tasa intervención ajustada
908	74	9	0	0,0	0	0,0	0	0,0
719	63	10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
759	117	9	0	0,0	0	0,0	2	1,5
771	1	3	0	0,0	0	0,0	1	.
4373	3	4	0	0,0	1	100,0	1	100,0
6046	373	5	56	6,4	99	15,5	137	23,9
750	95	4	11	8,9	29	24,6	43	37,9
272	51	4	6	9,6	14	25,0	22	40,8
86	165	3	54	9,7	67	18,4	89	33,5
148	35	5	4	10,6	7	21,1	11	34,7
725	152	4,5	15	11,3	35	28,0	55	43,9
146	71	3	14	12,2	33	33,6	43	46,5
668	14	1	8	12,2	12	39,0	13	55,5
746	185	4	27	13,5	56	31,7	88	51,2
772	373	3	80	13,5	134	27,1	189	41,5
723	36	3	5	14,3	16	59,8	20	73,5
739	101	3	23	14,9	44	32,6	60	47,3
742	78	2,5	19	15,2	39	37,4	59	63,9
763	181	3	59	15,7	80	29,1	102	43,5
834	23	2	11	15,9	16	38,2	17	44,6
734	123	3	28	16,2	48	31,5	70	49,1
748	30	2,5	12	16,3	15	25,5	20	42,9
826	68	3	18	18,2	30	33,7	41	49,9
753	67	4	24	18,5	27	22,5	33	30,8
743	45	2	14	19,3	23	38,3	31	56,7

UP	Volumen	Mediana espera	Operados <24h	Tasa intervención ajustada	Operados <48h	Tasa intervención ajustada	Operados <72h	Tasa intervención ajustada
764	130	2	56	19,3	82	44,8	110	75,0
1425	249	2	73	20,5	135	45,9	177	64,2
729	218	1	111	20,6	149	42,8	165	53,3
741	323	2	92	20,6	165	42,5	230	63,4
770	83	2	25	20,7	47	46,6	59	61,9
757	30	3	6	22,2	13	55,9	16	67,9
718	530	2	178	22,4	305	47,3	411	69,7
754	131	3	38	22,5	62	43,2	84	62,1
744	134	2	48	22,6	73	40,3	87	51,1
724	153	2	47	24,6	79	46,7	113	71,2
762	74	2	34	25,0	51	43,2	67	69,8
634	256	3	73	26,4	122	47,0	167	65,6
39	88	2	35	26,9	56	50,0	70	67,8
100	106	2	31	27,2	72	67,9	91	86,3
833	149	2	57	28,2	82	46,7	101	61,3
1012	130	2	39	30,1	69	54,6	98	77,7
1	110	2	49	33,2	68	52,6	83	68,4
916	128	2	43	35,0	71	59,9	110	90,2
5994	115	2	57	36,4	75	57,0	93	77,1
827	27	2	8	37,0	14	62,2	14	62,2
745	151	2	69	40,6	107	69,6	127	84,2
726	31	2	15	48,4	18	61,2	23	80,4
732	30	2,5	9	50,0	15	82,3	18	91,8
740	20	2	8	56,4	13	86,7	16	96,3
769	3	1	2	100,0	2	100,0	2	100,0

UP: Unidades proveedoras.

## Anexo II

Lista de unidades proveedoras con el volumen de pacientes intervenidos, la mediana y los percentiles 5, 10, 25, 75, 90 y 95 de espera hasta la cirugía.

UP	Volumen	Mediana	p5	p10	p25	p75	p90	p95
1	110	2	0	0	1	3	5	7
39	88	2	0	1	1	3	5	8
86	165	3	0	0	1	5	7	9
100	106	2	1	1	1	3	4	5
146	71	3	1	1	2	5	7	8
148	35	5	1	1	3	15	24	27
272	51	4	1	1	2	6	8	9
634	256	3	1	1	1	4	5	7
668	14	1	0	0	0	2	3	18
718	530	2	0	0	1	3	5	6
719	63	10	6	7	8	12	18	23
723	36	3	0	1	2	5	9	12
724	153	2	0	1	1	4	5	6
725	152	4,5	1	2	3	7	9	12
726	31	2	0	0	1	4	6	13
729	218	1	0	0	0	3	7	7
732	30	2,5	0	0,5	1	5	7	9
734	123	3	1	1	2	5	7	8
739	101	3	1	1	2	4	5	6
740	20	2	0	0,5	1	3	7	11,5
741	323	2	0	1	1	4	5	6
742	78	2,5	0	1	2	3	5	11
743	45	2	0	1	1	4	5	6
744	134	2	0	1	1	4	6	8
745	151	2	0	0	1	3	4	5
746	185	4	1	1	2	6	10	15

UP	Volumen	Mediana	p5	p10	p25	p75	p90	p95
748	30	2,5	0	0	1	4	5,5	6
750	95	4	1	1	2	6	8	9
753	67	4	0	0	1	5	6	8
754	131	3	0	1	1	5	7	8
757	30	3	0	1	2	4	5	6
759	117	9	4	5	7	12	15	16
762	74	2	1	1	1	3	3	5
763	181	3	0	0	1	5	8	10
764	130	2	0	0	0	3	5	6
769	3	1	1	1	1	13	13	13
770	83	2	0	1	1	4	5	6
771	1	3	3	3	3	3	3	3
772	373	3	0	1	2	5	7	9
826	68	3	1	1	1	4	6	7
827	27	2	1	1	1	6	11	13
833	149	2	0	0	1	4	6	9
834	23	2	0	0	1	4	6	6
908	74	9	6	7	7	11	19	22
916	128	2	1	1	1	3	4	5
1012	130	2	1	1	1	3	5	6
1425	249	2	0	1	1	4	6	7
4373	3	4	2	2	2	5	5	5
5994	115	2	0	0	1	3	6	7
6046	373	5	0	1	2	8	10	12

UP: Unidades proveedoras.

## Anexo III

### Listado de unidades proveedoras.

UP	Nombre
1	Hospital Universitari Arnau de Vilanova
39	Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII
86	Hospital Tortosa Verge de la Cinta
100	Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta
146	Hospital de Viladecans
148	Hospital Universitari de Bellvitge
272	Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
634	Centre Hospitalari-ALTHAIA
668	Clínica Girona
718	Hospital Clínic i Provincial de Barcelona
719	Hospital Comarcal de Blanes
723	Hospital de Campdevàrol
724	Hospital de Figueres
725	Hospital de l'Hospitalet-CSI
726	Hospital Dos de Maig de Barcelona-CSI
729	Hospital Mútua de Terrassa
732	Fundació Sant Hospital de la Seu d'Urgell
734	Hospital de l'Esperit Sant
739	Hospital de Palamós
740	Hospital de Puigcerdà
741	Corporació Sanitària Parc Taulí
742	HG. Parc Sanitari S Joan de Déu (S. Boi)
743	Hospital de Sant Celoni
744	Hospital de Terrassa
745	Hospital General de Vic
746	IMAS
748	Hospital Comarcal del Pallars
750	Hospital General de Granollers

<b>UP</b>	<b>Nombre</b>
753	Hospital Municipal de Badalona
754	Hospital Residència Sant Camil
757	Hospital de Sant Bernabé
759	Hospital de Sant Jaume de Calella
762	Hospital de Sant Jaume d'Olot
763	Hospital Universitari Sant Joan de Reus
764	Hospital de Sant Joan de Déu de Martorell
769	Hospital Sant Rafael
770	Hospital Provincial Santa Caterina
771	Hospital de Santa Maria
772	Fundació GS Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
826	Pius Hospital de Valls
827	Hospital Plató
833	Hospital Universitari Sagrat Cor
834	Clínica de Ponent
908	Fundació Privada Hospital de Mollet
916	Fundació Sanitària d'Igualada
1012	Hospital Comarcal de l'Alt Penedès
1425	Hospital de Mataró
4373	Hospital del Vendrell
5994	Hospital Sant Joan Despi Moisès Broggi
6046	Hospital Vall d'Hebron



## Anexo IV

### Datos generales 2012-2014.

Periodo	Indicador	Datos		
		Valor	Índice (respecto del grupo de control)	
Año anterior a la fractura (2012)	Consumidores hipnóticos y sedantes (%)	17,4	1,25	▲
	Consumidores antidepresivos (%)	36,6	1,35	▲
	Consumidores antipsicóticos (%)	17,3	1,69	▲
	Consumidores corticoides (%)	12,5	0,93	=
	Consumidores IBP (%)	66,7	0,99	=
	Consumidores fármacos osteoporosis (%)	10,8	0,99	=
	Recetas por persona y mes	6,9	0,92	=
	Polimedicados (%)*	7,9	1,03	=
	Vistas a atención primaria al año	17,0	0,71	▼
Datos referentes a la atención hospitalaria (2013)	Número de hospitalizaciones	8.172	NA	
	Media de edad	84,2	NA	
	Índice de Charlson	1,0	NA	
	Fractura peritrocanterea (%)	56,2	NA	
	Artroplastia (%)	33,5	NA	
	Tiempo ingreso-intervención (mediana) en días**	2,0	NA	
	Tiempo ingreso-intervención (tercer cuartil) en días**	4,0	NA	
	Estancia media (hospitalaria) en días	11,1	NA	
	Estancia media (hospitalaria y socio-sanitaria) en días***	57,2	NA	
	Derivación a un centro sociosanitario (%)	39,8	NA	
Resultados de la asistencia (2013-2014)	Mortalidad al alta (%)	4,7	NA	
	Mortalidad a los 30 días del alta (%)	9,5	5,16	
	Mortalidad a los 6 meses del alta (%)	18,3	3,10	
	Mortalidad al año del alta (%)	24,5	2,22	
	Reingresos a los 30 días (%)****	4,1	NA	
Año posterior a la fractura (2014)	Consumidores fármacos osteoporosis (%)	11,4	2,04	▲
	Recetas por persona y mes	8,0	1,10	=
	Polimedicados (%)	8,6	1,33	▲
	Visitas a atención primaria al año	19,1	0,74	▼

\* Se considera que una persona presenta polimedicación cuando consume una media mensual de 10 o más fármacos diferentes.

\*\* Se refiere solamente a los pacientes a quienes se les realizó una artroplastia.

\*\*\*El indicador únicamente se refiere a los pacientes derivados a una unidad de convalecencia de un centro sociosanitario.

\*\*\*\*Sobre el total de personas hospitalizadas durante los años 2013-2014.

Tablas de resultados por equipos de atención primaria.

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Lleida i Alt Pirineu-Aran															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
2 EAP Agramunt	14,0	13,4	12,4	18,6	18,7	17,4	8,6	8,0	8,0	9,6	8,6	8,3	56,4	57,1	55,9
3 EAP Alfarràs - Almenar	16,1	16,2	15,9	21,6	22,0	22,4	10,0	9,0	8,2	11,2	10,8	11,6	61,6	63,4	63,8
6 EAP Balaguer	15,6	15,6	16,0	23,0	23,1	23,4	10,9	9,9	10,5	10,3	10,6	11,3	55,6	57,9	56,1
7 EAP Bellpuig	18,6	18,1	17,7	21,5	23,2	22,3	9,7	11,7	11,0	9,5	11,4	17,7	58,3	61,3	60,6
8 EAP Les Borges Blanques	14,8	14,9	13,4	21,7	21,9	21,2	10,0	10,2	9,8	11,1	10,2	10,0	59,2	59,5	57,6
9 EAP Cervera	15,3	15,0	14,4	20,7	20,5	21,3	9,0	9,1	10,6	12,5	12,5	14,0	54,9	56,1	55,6
10 EAP Lleida 3-Eixample	15,1	15,2	14,6	21,5	22,6	21,7	7,6	7,1	7,2	7,8	7,8	7,8	54,5	55,4	52,2
11 EAP Lleida 4-Batàfia-Pardinyes	15,7	16,0	14,8	25,7	26,6	25,6	10,7	10,5	10,3	9,3	10,3	9,9	62,4	62,6	60,6
12 EAP Lleida 6-Bordeta-Magraners	17,4	18,7	16,0	23,3	22,5	21,5	10,5	10,6	9,1	11,3	11,6	9,5	64,9	67,1	62,3
14 EAP Pla d'Urgell	13,7	13,5	13,0	25,0	25,5	25,9	11,9	12,0	11,3	17,0	18,8	19,9	58,9	60,5	59,0
16 EAP Ponts	12,0	13,3	11,5	22,1	22,6	22,4	12,4	11,4	9,9	10,2	7,9	8,0	57,7	56,4	54,3
18 EAP Tarrega	15,2	16,1	16,0	20,7	20,6	20,5	11,7	10,6	10,7	9,0	9,7	9,4	54,9	56,0	55,8
20 EAP Alcairàs	17,4	18,8	19,1	22,8	23,7	21,8	14,2	14,2	13,7	12,3	12,7	12,5	55,3	56,5	53,7

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Lleida i Alt Pirineu-Aran																				
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*				Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*				Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*				Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*				Población >=65 años consumidora de IBP (%)*			
	2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014		2012	2013	2014	
21 EAP Almacelles	16,3	16,2	14,8		24,8	22,9	23,3		11,7	10,9	12,1		10,6	8,8	9,9		58,0	57,7	57,4	
23 EAP Artesa de Segre	14,6	14,9	14,0		22,1	20,7	19,3		10,1	8,9	8,6		12,1	9,5	12,3		54,3	59,5	56,6	
25 EAP La Granadella	8,1	7,9	8,8		16,8	19,8	18,2		13,1	14,7	11,5		15,2	14,6	15,3		60,5	62,7	61,1	
26 EAP Lleida Rural 1-Nord	20,5	20,4	19,0		23,8	25,0	24,6		13,0	12,0	12,2		10,2	9,7	9,9		63,4	65,6	62,6	
27 EAP Lleida Rural 2-Sud	13,3	12,6	13,0		22,5	21,5	21,0		9,5	10,7	11,9		14,8	15,4	18,6		59,6	61,6	59,8	
28 EAP Lleida 2-Primer de Maig	14,8	15,6	14,7		21,4	22,7	21,7		10,0	9,1	9,1		9,1	9,0	9,4		58,0	59,6	56,9	
29 EAP Lleida 5-Capponet	17,2	16,3	15,1		22,5	21,1	22,4		9,7	9,3	7,8		12,0	11,8	10,4		62,1	62,8	60,7	
30 EAP Lleida 1-Centre Històric-R.Ferran	16,4	17,9	18,3		21,4	23,4	22,1		8,2	8,4	8,1		7,5	8,6	8,6		56,0	58,0	56,4	
31 EAP Seròs	11,3	11,5	12,2		21,2	20,8	21,0		10,1	11,3	13,3		12,6	12,3	15,1		58,4	58,8	54,9	
<b>Total Catalunya</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>		<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>		<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>		<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>		<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>	

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Camp de Tarragona y Región Sanitaria Terres de l'Ebre															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
40 E AP Les Borges del Camp	12,8	12,4	13,9	16,7	16,8	16,8	6,3	7,9	8,2	15,2	13,0	11,6	50,0	50,7	49,6
41 EAP Constantí	14,9	14,5	12,9	19,5	19,5	19,6	10,1	9,6	9,2	12,2	9,9	10,7	62,4	61,3	59,4
42 EAP Falsset	13,4	13,0	13,1	24,2	25,4	24,9	8,2	8,6	9,1	10,9	10,5	10,9	57,8	58,3	55,8
44 EAP Montblanc	15,4	14,3	13,8	20,4	19,5	20,6	11,1	10,5	10,9	8,2	7,3	8,7	57,3	58,5	57,2
45 EAP Mont-Roig del Camp	17,2	17,5	15,4	17,9	18,3	17,2	7,0	6,1	6,2	10,0	9,5	10,7	65,6	64,7	63,3
47 EAP Reus 2-Sant Pere	15,1	14,2	14,0	20,8	21,9	21,0	7,8	8,7	9,0	12,4	10,4	11,7	62,4	62,2	62,6
48 EAP Reus 4-Horts de Miró	15,8	16,2	16,0	19,9	20,1	20,1	7,1	6,6	7,0	13,4	11,7	12,8	65,9	67,9	66,6
50 EAP Tarragona 1-Bonavista-La Canonja	14,3	15,4	14,1	24,9	25,4	25,9	9,0	9,8	9,9	9,9	9,7	10,8	67,0	67,0	65,5
51 EAP Tarragona 2-La Granja-Torreforta	16,5	16,3	15,1	22,1	20,8	20,9	8,4	9,9	9,0	12,4	12,1	12,8	62,7	60,7	58,6
52 EAP Tarragona 5-Sant Pere i Sant Pau	15,4	15,6	14,5	19,6	20,3	20,5	9,2	8,9	9,7	13,1	13,9	12,6	64,9	65,0	58,2
54 EAP Vallis Urba	15,7	16,1	14,9	23,6	23,3	21,7	10,1	10,5	10,4	10,2	9,4	9,6	57,7	56,5	55,2
55 EAP Alt Camp Est	14,1	14,1	14,8	19,7	19,5	19,6	8,2	8,0	9,5	10,1	9,3	9,5	62,4	62,0	61,2
59 EAP Cornudella de Montsant	12,4	13,6	11,8	17,7	15,7	17,7	5,6	5,2	6,0	10,5	9,7	11,4	53,7	55,2	53,8

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Camp de Tarragona y Región Sanitaria Terres de l'Ebre															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
60 EAP El Morell	16,8	15,9	15,5	19,3	19,9	19,7	8,1	8,4	8,2	8,3	7,6	10,0	59,3	53,2	51,8
61 EAP Reus 1-Sant Pere	12,7	13,0	11,1	19,2	19,9	19,5	6,3	6,8	7,8	12,7	12,9	13,1	62,7	62,4	62,3
62 EAP Reus 3-Libertat	16,0	15,7	14,3	23,2	23,4	22,2	8,7	8,7	8,7	12,2	11,7	12,5	59,0	60,8	59,2
65 EAP Salou	17,7	18,0	16,5	22,4	22,7	22,8	9,7	8,7	10,1	8,8	8,0	9,8	58,4	60,6	57,3
66 EAP Tarragona 3-Jaume I	15,1	15,5	14,4	21,3	21,5	20,6	8,0	7,8	7,8	9,9	10,2	9,8	62,6	61,6	58,1
68 EAP Tarragona 6-Tarragonès	17,4	19,2	16,8	22,4	24,3	23,8	8,6	10,1	9,5	8,7	9,5	8,3	58,9	60,9	57,5
705 EAP Vendrell	14,8	13,2	13,3	20,1	20,6	20,4	8,5	8,4	8,7	11,5	10,3	10,6	67,7	67,8	64,0
1097 EAP Tarragona 7-Sant Salvador	20,4	22,6	20,1	19,9	20,5	18,1	12,8	11,7	12,4	12,0	12,1	10,7	73,5	72,6	66,3
1326 EAP Baix Penedès Interior	13,6	12,8	11,9	24,4	25,7	25,5	12,4	11,1	12,2	11,5	11,4	11,7	67,5	67,2	64,0
1327 EAP Torredembarra	17,7	16,8	15,8	23,3	22,5	21,8	11,2	10,9	10,5	10,5	9,7	9,3	69,0	67,1	65,5
1328 EAP Vila-seca	15,5	14,7	14,6	24,3	23,2	23,2	9,6	9,4	9,1	11,0	11,2	10,3	70,6	69,0	67,6
1329 EAP Riudoms	18,3	17,9	17,2	19,9	20,2	20,9	7,1	6,9	7,5	11,8	10,3	12,9	57,7	55,9	56,8
1330 EAP Cambrils	17,5	17,1	16,2	22,7	22,4	21,5	10,0	9,7	10,7	13,0	11,4	11,2	64,2	62,8	60,9

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Camp de Tarragona y Región Sanitaria Terres de l'Ebre															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
1485 EAP Vandellòs i l'Hospitalet de l'Infant	12,9	13,9	14,1	20,5	21,1	21,6	9,0	8,3	7,9	10,4	9,7	9,0	51,9	56,4	54,0
1522 EAP Calafell	13,0	12,5	11,0	24,4	24,0	24,9	9,6	7,9	8,4	12,4	12,6	13,6	66,3	67,1	64,6
1928 EAP La Selva del Camp	15,3	18,6	17,3	21,5	24,3	23,9	10,7	9,0	7,5	12,6	11,1	12,4	54,7	54,4	55,0
1929 EAP Reus 5-Barri Fortuny	17,1	16,7	16,0	21,0	21,8	21,1	8,7	9,3	10,1	12,4	11,8	13,8	64,9	66,9	65,1
2791 EAP Alt Camp Oest	18,3	17,1	16,1	19,8	19,3	19,9	12,0	12,4	11,8	12,9	9,3	8,8	56,1	56,0	54,7
3527 EAP Tarragona 4-Llevant	16,1	15,4	14,5	21,8	19,9	19,6	11,3	10,3	9,9	10,1	7,8	8,1	62,4	56,6	50,7
3913 EAP Tarragona 8-Murales	17,7	17,6	16,4	20,7	19,7	19,8	10,0	10,3	8,8	8,9	9,4	10,0	62,8	60,1	58,0
<b>Total Cataluña</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>	<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Terres de l'Ebre															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
43 EAP Flix	15,2	15,6	14,0	23,3	23,7	23,7	10,6	11,2	11,0	11,0	9,3	9,2	63,8	64,6	63,4
46 EAP Móra la Nova-Móra d'Ebre	10,2	10,4	10,0	19,9	20,8	20,3	7,0	6,8	7,0	11,0	11,5	11,6	65,9	66,8	65,0
53 EAP Terra Alta	14,3	15,4	14,3	19,2	19,8	20,2	6,2	7,1	6,8	10,9	11,0	10,2	57,0	58,5	55,7
87 EAP L'Aldea-Camariles-L'Ampolla	14,5	14,2	13,2	26,0	26,2	27,1	5,9	4,9	5,2	13,1	12,3	12,5	65,9	65,1	61,4
88 EAP L'Ametlla de Mar-El Perelló	12,4	12,0	11,5	19,6	19,0	19,7	5,6	4,7	5,2	7,4	8,0	9,7	58,9	55,8	54,0
89 EAP Amposta	14,8	14,8	14,4	25,5	26,6	26,5	5,8	6,5	6,9	12,1	12,5	13,1	63,6	65,2	63,9
90 EAP Deltebre	22,1	22,4	21,4	43,6	44,4	45,3	9,3	10,1	9,0	17,0	17,2	20,4	67,3	70,3	69,0
91 EAP Sant Carles de la Rapita	16,6	17,5	16,5	25,5	26,1	25,3	8,0	8,4	8,2	11,0	10,7	12,6	63,6	64,2	63,8
92 EAP Uldecona	15,1	15,0	16,0	23,3	24,1	25,2	6,5	7,1	7,9	11,5	10,7	12,8	60,0	60,1	60,8
93 EAP Tortosa 1 Est-El Temple	11,7	11,4	12,0	22,9	22,9	23,8	4,1	4,3	4,6	10,8	10,4	10,2	55,6	55,2	53,0
94 EAP Tortosa 2 Oest	17,6	17,1	16,5	24,8	24,7	24,7	6,5	6,2	6,7	12,2	10,0	10,2	62,4	65,3	63,6
<b>Total Cataluña</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>	<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Girona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
101 EAP Arbúcies-Sant Hillari	11,4	10,5	10,5	29,6	28,6	27,4	8,4	8,8	7,5	9,6	9,1	10,0	54,9	55,7	53,0
102 EAP Besalú	10,7	9,4	8,8	24,9	25,5	23,1	7,2	8,4	7,6	10,0	12,0	9,9	58,3	56,4	53,2
103 EAP Camprodon	7,0	6,6	5,7	23,7	24,6	25,4	7,2	5,7	6,5	9,1	11,2	9,7	61,2	61,8	60,1
104 EAP Girona 3-Montilivi	12,3	11,9	11,0	28,1	28,2	26,6	9,3	9,2	8,9	8,8	8,6	8,4	58,7	59,4	56,7
105 EAP Girona 4-Taietà	13,1	12,5	12,5	29,5	31,5	32,9	12,2	10,2	14,3	12,6	11,8	12,4	66,6	69,9	69,1
106 EAP La Jonquera	8,3	9,2	9,1	21,8	23,0	21,7	3,4	4,1	4,8	8,3	8,6	9,2	55,5	56,3	55,7
107 EAP Llançà	9,5	9,3	9,4	21,9	23,6	23,7	5,5	4,3	4,7	8,3	9,6	8,4	56,5	55,0	55,3
108 EAP Salt	12,6	12,4	11,6	27,1	27,4	27,2	7,3	7,5	7,8	9,9	10,3	10,9	54,9	56,4	55,2
109 EAP Sant Feliu de Guíxols	12,4	11,9	11,2	22,5	22,1	21,3	6,3	6,2	6,2	13,8	13,3	13,5	61,4	59,5	54,5
110 EAP Sarrià de Ter	11,9	11,7	11,6	29,5	30,3	29,0	10,3	9,7	10,6	10,8	12,4	12,7	65,5	66,1	64,9
111 EAP Sils-Vidreres-Maçanet Selva	10,9	10,6	10,3	26,5	26,5	26,3	9,2	8,8	8,8	8,6	9,1	9,5	65,8	66,2	62,6
112 EAP Santa Coloma de Farners	7,2	6,6	6,5	24,7	23,8	22,9	8,6	7,7	8,0	9,6	10,1	9,9	59,4	57,3	55,6
114 EAP Banyoles	9,9	10,1	9,6	23,7	23,7	23,6	9,1	8,9	8,8	11,5	10,9	9,3	57,2	57,8	55,5



Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Girona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
115 EAP Bascara	8,3	8,7	9,2	21,3	21,7	20,6	10,0	8,4	10,3	11,6	11,6	10,5	52,0	51,0	50,7
116 EAP Blanes	13,5	13,5	12,8	22,5	23,0	22,1	8,1	8,4	8,8	10,0	11,4	10,7	64,4	64,7	60,3
117 EAP Breda-Hostalric	12,8	15,2	12,1	23,4	28,4	25,6	6,5	6,2	5,5	13,4	14,2	12,5	62,9	72,2	60,8
119 EAP Celrà	11,4	10,6	9,6	23,5	23,4	25,0	6,8	6,8	6,6	10,7	10,8	9,0	55,0	55,8	54,4
120 EAP Figueres-Ernest Lluch	12,2	12,0	12,0	26,2	27,5	28,1	5,9	6,4	6,6	9,6	10,4	9,9	58,8	59,4	57,7
121 EAP Girona 1-Santa Clara	11,8	10,0	9,1	26,2	27,0	25,7	6,7	6,8	7,4	9,1	9,6	8,8	53,2	55,2	54,2
122 EAP Girona 2-Can Gibert del Pla	9,2	10,0	9,4	24,6	25,5	26,3	7,1	7,4	7,6	9,4	8,7	8,5	56,4	56,3	52,6
124 EAP Olot	11,6	11,3	10,4	24,7	25,2	24,0	7,5	7,9	7,8	8,9	8,7	8,9	53,7	54,0	51,6
125 EAP Palafrugell	9,8	9,6	9,3	23,1	23,0	23,6	7,1	7,4	7,8	13,6	13,8	13,0	57,7	57,6	54,8
127 EAP Peralada	11,6	12,7	12,2	23,5	25,0	24,7	5,1	5,0	4,4	15,0	16,4	14,9	58,1	56,4	53,3
129 EAP Ripoll-Sant Joan de les Abadesses	9,3	9,8	9,6	25,8	26,8	27,1	6,9	6,7	7,6	12,6	11,7	13,5	64,9	66,1	63,5
130 EAP Roses	10,2	10,2	9,2	21,2	22,7	22,3	6,3	6,2	6,3	11,6	13,4	12,9	56,6	56,3	53,1
131 EAP Sant Joan Les Fonts	11,3	10,1	10,5	28,8	26,6	27,1	7,4	7,4	8,2	9,1	8,2	9,9	60,4	58,6	57,9

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Girona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
133 EAP Vilafant	10,6	10,7	9,9	28,2	27,2	26,2	8,5	8,0	7,5	11,6	11,8	11,3	55,8	55,0	53,7
277 EAP Canet de Mar	12,2	11,3	10,3	27,5	26,0	24,4	10,7	9,0	9,3	10,4	9,2	10,0	68,3	66,5	62,1
282 EAP Pineda de Mar	12,6	12,2	10,9	25,0	25,0	25,6	7,8	7,4	7,3	10,2	9,7	9,7	68,1	65,7	63,7
288 EAP Tordera	12,0	11,4	9,9	24,9	24,3	23,6	9,9	8,2	8,3	12,5	12,1	12,1	67,1	64,9	61,5
299 EAP Calella	12,1	12,6	11,2	27,9	26,7	27,4	10,4	10,0	10,2	11,1	11,1	9,6	70,8	70,2	68,5
696 EAP La Bisbal	11,2	10,2	10,3	27,9	27,2	27,4	8,2	6,9	7,6	13,7	13,9	14,2	60,6	58,0	57,0
704 EAP Torroella de Montgrí	8,8	9,1	7,4	24,8	25,5	25,7	6,1	6,1	5,8	10,7	11,7	10,8	52,1	51,3	51,2
915 EAP Lloret de Mar	12,5	12,5	12,1	21,6	21,3	22,1	6,4	6,4	6,5	9,7	10,5	9,8	60,4	60,9	58,5
1321 EAP Ribes de Freser-Campdevàndol	9,5	9,2	8,7	30,7	31,0	32,0	9,9	9,5	9,6	16,8	14,9	16,1	69,4	69,9	66,3
1322 EAP Anglès	9,8	10,0	9,8	26,3	30,1	28,7	7,9	7,5	7,8	11,0	11,4	11,5	57,4	57,4	53,2
1790 EAP Malgrat de Mar	14,4	13,1	12,6	25,3	25,4	25,8	9,2	8,8	8,9	13,6	14,6	14,0	70,3	68,1	66,1
1798 EAP Palamós	10,9	11,0	10,1	25,0	25,5	25,0	6,1	6,6	7,3	14,1	13,5	11,7	59,4	60,3	56,5
1883 EAP La Vall d'en Bas	6,0	5,9	5,7	25,2	25,4	25,4	9,2	8,8	7,1	7,5	8,3	9,4	53,4	53,0	53,9

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Girona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
1886 EAP Cassà de la Selva	10,1	10,7	9,6	23,6	26,6	25,0	6,3	7,8	6,5	9,3	10,1	9,5	55,5	62,1	55,5
1919 EAP L'Escala	10,0	10,0	9,6	24,3	24,6	24,4	6,2	6,3	5,9	9,5	10,2	8,8	56,4	56,2	53,0
<b>Total Cataluña</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>	<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Catalunya Central															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
49 EAP Santa Coloma de Queralt	8,4	8,5	7,9	20,0	19,4	18,8	5,6	5,5	6,6	9,0	11,4	10,5	59,9	61,2	58,7
149 EAP Anoia Rural	11,5	10,7	9,8	14,9	13,7	14,5	5,6	4,3	5,3	12,5	11,4	11,0	64,8	63,9	62,7
171 EAP Piera	11,8	12,3	11,1	20,7	22,0	22,6	8,8	8,9	8,4	8,5	8,2	9,0	65,4	64,4	62,7
180 EAP Santa Margarida de Montbui	14,4	14,0	11,6	18,8	20,6	21,0	7,0	7,9	7,9	10,1	10,1	10,4	63,5	63,4	59,1
184 EAP Vilanova del Camí	17,6	17,0	16,0	23,8	24,2	24,1	11,2	10,7	10,6	10,4	10,1	10,4	71,8	73,2	71,8
185 EAP Calaf	12,2	11,4	11,0	22,2	22,1	21,1	9,1	7,7	7,0	13,5	12,4	11,4	60,0	57,8	57,4
186 EAP Capellades	12,1	11,7	10,9	21,9	22,8	23,3	7,8	6,8	7,4	10,4	10,3	9,9	67,3	67,7	66,1
194 EAP Igualada 1	13,4	12,1	12,1	19,5	19,5	20,1	7,0	6,9	7,4	9,8	9,5	9,7	60,8	58,7	56,7
336 EAP Alt Berguedà	15,0	15,0	13,5	26,7	26,1	25,5	8,6	8,9	10,9	9,6	11,1	10,7	74,3	69,8	67,1
337 EAP Baix Berguedà	11,3	10,8	10,5	29,2	28,7	29,0	13,1	13,1	13,0	13,4	12,6	14,6	68,4	67,0	65,2
339 EAP Berga Centre	11,6	11,7	10,7	26,5	27,8	27,9	7,5	7,3	8,2	12,0	12,5	11,7	68,0	70,7	68,2
341 EAP Cardona	5,8	5,7	5,6	22,6	24,2	23,8	7,6	8,4	8,6	10,8	11,6	10,4	52,2	54,5	53,6
347 EAP Manlleu	13,8	13,0	12,6	30,8	27,8	27,8	9,9	8,9	9,4	11,7	12,3	13,1	69,6	62,6	60,2

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Catalunya Central															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
348 EAP Manresa 2-Plaça Catalunya	10,1	9,6	8,7	23,7	24,9	23,1	6,9	7,8	7,1	10,0	10,1	9,6	62,0	66,3	58,7
349 EAP Manresa 4-Sagrada Família	9,8	10,9	10,0	28,7	32,9	29,4	9,7	10,3	10,0	11,1	10,9	10,3	69,0	75,3	65,9
351 EAP Moià	12,1	11,0	10,4	27,4	26,5	25,7	11,0	11,1	11,9	11,8	11,4	11,4	65,4	62,6	61,0
362 EAP Sallent	7,9	7,9	5,6	29,3	32,9	28,6	9,8	13,8	11,9	11,0	14,4	12,8	66,4	71,7	63,1
364 EAP Navarros-Sant Fruitòs de Bages	13,0	13,8	11,1	23,7	28,9	25,2	9,8	12,2	10,4	10,4	11,3	11,3	68,4	77,7	66,3
365 EAP Sant Hipòlit de Voltregà	12,8	9,7	10,8	33,4	30,1	29,2	8,1	8,6	8,4	11,6	11,4	11,1	73,3	63,4	64,5
366 EAP Sant Joan de Vilatorrada	11,2	11,0	10,2	20,7	22,2	21,1	9,5	10,5	10,5	10,7	10,1	10,4	67,6	70,4	64,6
367 EAP Sant Vicenç de Castellet	10,8	13,2	11,0	27,9	34,9	29,5	10,5	13,0	12,0	13,1	15,3	11,4	74,7	85,2	69,3
368 EAP Santa Eugènia de Berga	8,4	7,5	6,7	27,7	26,4	25,2	7,9	7,2	7,1	11,1	10,7	11,2	65,8	60,5	58,5
370 EAP Súria	12,4	12,8	11,3	23,6	27,2	26,1	11,2	12,0	10,9	11,4	11,4	11,5	63,4	66,2	61,6
372 EAP La Vall del Ges-Torelló	14,9	12,9	12,0	30,2	27,2	27,8	7,4	7,3	6,9	13,9	12,6	14,3	70,1	62,9	61,6
373 EAP Artés	14,1	16,2	12,1	27,6	34,7	29,7	10,5	13,5	11,4	13,9	14,7	12,5	68,4	79,4	65,4

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Catalunya Central															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
381 EAP Lluçanès	10,5	8,4	7,6	25,5	22,6	21,8	7,1	7,2	6,9	19,7	16,0	14,7	65,0	56,8	57,6
382 EAP Manresa 1	13,2	15,4	12,7	26,6	30,5	26,0	9,3	11,3	9,9	10,6	11,1	9,4	62,8	72,7	62,5
383 EAP Manresa 3	8,6	9,2	7,8	27,1	28,1	24,0	6,8	7,2	6,9	10,3	10,8	9,1	64,4	67,6	60,6
385 EAP Montserrat	14,5	12,9	10,7	30,2	32,0	28,3	10,9	11,1	10,6	14,5	15,1	13,2	72,8	77,8	67,4
386 EAP Navàs-Balsareny	12,0	13,1	10,9	32,4	35,8	30,7	8,9	11,0	10,2	9,1	9,4	9,3	65,8	74,4	64,7
391 EAP Sant Quirze de Besora	16,2	13,8	13,7	30,6	25,8	26,1	14,5	11,9	11,5	17,0	12,7	15,3	80,2	66,3	66,5
395 EAP Tona	9,8	8,9	7,9	28,2	27,4	27,6	12,0	10,8	10,5	12,3	11,8	10,5	64,1	62,0	60,5
397 EAP Vic 1-Nord	11,0	10,3	10,1	27,3	26,3	26,8	9,1	8,7	9,4	11,7	12,6	11,8	61,6	59,0	56,5
1077 EAP Vic 2-Sud	13,8	13,1	12,6	29,0	29,5	29,5	6,8	7,1	6,7	12,9	13,8	11,3	65,1	66,3	63,4
1324 EAP Solsonès	13,9	12,9	12,7	21,9	22,4	22,0	10,2	10,5	10,3	13,2	13,0	11,3	59,0	62,8	60,4
1932 EAP Centelles	14,2	11,7	11,9	35,9	31,7	30,4	11,1	9,2	11,8	16,1	11,9	13,6	80,3	68,0	66,0
4713 EAP Roda de Ter	10,7	8,7	8,4	33,5	29,6	30,2	11,0	9,5	9,9	11,7	10,4	10,2	69,3	56,4	56,4
6175 EAP Iguatada 2	14,5	15,2	14,9	22,3	22,9	23,0	8,0	8,2	8,2	9,1	9,7	10,8	59,2	62,5	60,2
<b>Total Catalunya</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>	<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
151 EAP Cornellà de Llobregat 1-Martí Julià	10,3	9,6	8,5	25,3	27,3	27,1	8,2	8,4	8,5	8,8	9,0	8,2	63,7	63,6	61,4
152 EAP Cornellà de Llobregat 2-St Idefons	11,7	11,6	11,0	24,4	25,2	25,8	6,6	6,7	7,3	9,6	9,7	10,5	65,6	62,6	61,0
153 EAP Cornellà de Llobregat 3-Gavarra	10,9	10,7	10,9	29,5	29,7	29,8	9,0	9,5	8,8	11,2	9,6	9,5	67,8	67,4	65,5
154 EAP Cornellà de Llobregat 4-Jaume Soler	12,1	10,9	9,5	26,0	25,2	25,1	6,6	6,8	7,0	8,6	9,7	10,4	63,3	62,3	59,8
155 EAP Esparreguera	13,2	12,7	12,4	23,6	23,3	22,8	7,2	7,8	8,4	13,4	13,5	14,2	65,1	65,7	63,9
156 EAP Esplugues de Llobregat 1-Can Vidalet	7,2	7,6	6,3	27,0	26,6	25,0	5,8	6,3	5,7	7,8	9,3	7,3	56,0	54,6	53,5
157 EAP Garraf Rural	11,2	11,6	10,9	24,8	24,6	23,2	8,0	7,6	8,0	12,8	13,4	13,6	64,4	61,8	58,5
158 EAP Gavà 1	10,5	10,6	10,0	30,2	28,3	28,1	8,5	8,2	8,1	11,1	10,9	12,4	65,7	62,5	58,8
159 EAP Gavà 2	10,3	10,3	9,9	25,2	25,0	24,3	4,8	5,2	5,6	10,5	9,8	10,4	60,1	57,6	55,0
160 EAP Hospitalet de Llobregat 1-Centre	10,7	10,3	9,0	26,1	25,9	25,8	7,3	6,4	7,2	10,5	9,3	9,2	63,8	62,9	60,9
161 EAP Hospitalet de Llobregat 10-Can Serra	12,1	11,8	10,9	28,0	28,1	27,6	8,5	9,3	9,1	8,9	8,3	8,7	68,8	65,8	64,2

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
162 EAP Hospitalet de Llobregat 11-Gornal	14,6	13,8	12,7	26,0	23,6	22,6	7,4	7,9	7,6	12,1	10,0	11,6	72,7	72,0	67,5
163 EAP Hospitalet de Llobregat 2-St. Josep	8,9	8,4	8,3	21,9	22,0	21,1	7,1	6,3	6,6	8,2	7,8	9,4	60,4	61,3	60,5
164 EAP Hospitalet Llobregat 5-Sta.Eulàlia	11,4	11,5	10,5	22,4	22,4	22,2	6,1	6,4	7,5	8,7	8,2	9,1	62,7	61,9	58,3
165 EAP Hospitalet Llobregat 6-Sta.Eulàlia	12,0	10,6	9,1	25,4	25,5	25,7	5,8	6,0	8,1	10,9	9,5	10,7	64,7	61,7	60,8
166 EAP Hospitalet de Llobregat 7-Florida N	10,5	10,8	10,2	30,3	30,1	29,1	5,9	6,0	6,9	9,6	9,7	10,5	66,6	64,5	62,0
167 EAP Hospitalet de Llobregat 8-Florida S	9,0	9,0	8,1	23,1	23,0	22,6	4,3	5,1	5,2	10,4	10,1	10,4	68,5	67,2	66,2
168 EAP Martorell Urbà	15,5	15,5	14,2	25,8	25,8	25,0	6,7	7,7	8,8	13,2	14,1	16,5	67,1	64,5	62,9
169 EAP Molins de Rei	9,6	9,9	10,1	26,6	27,1	28,6	6,3	5,9	6,5	8,9	9,4	9,8	63,7	63,7	62,7
170 EAP Penedès Rural	10,8	10,6	10,2	22,2	21,1	21,9	7,6	7,0	7,8	13,7	12,5	13,0	63,7	64,9	63,1
172 EAP Prat Llobregat 2-Sant Cosme I	11,6	10,9	9,9	26,8	26,6	26,7	6,6	6,6	8,1	11,0	9,8	11,8	66,1	63,7	64,8



Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
173 EAP Prat Llobregat 3- Dr. Pujol Capçada	10,9	12,6	11,6	29,7	32,5	30,6	9,7	9,8	10,3	12,3	11,8	13,9	71,8	64,6	62,9
174 EAP Sant Andreu de la Barca	16,9	16,7	16,4	28,2	27,4	27,9	12,6	13,1	14,6	14,9	13,7	15,5	71,8	68,3	68,1
175 EAP Sant Boi de Llobregat 2-Molí Nou	12,2	12,0	10,6	26,5	27,0	26,8	9,2	8,7	9,5	10,5	10,8	10,5	68,0	67,5	65,2
176 EAP Sant Boi de Llobregat 3-Camps Blancs	11,8	11,3	10,3	27,4	27,8	27,1	9,6	8,2	9,2	11,8	11,3	12,6	70,5	71,0	67,7
177 EAP Sant Joan Despi 2- Les Planes	10,7	10,3	9,3	27,1	29,5	29,7	6,0	6,0	6,5	8,1	9,1	8,8	64,4	62,9	58,9
178 EAP Sant Just Desvern	12,4	11,1	10,1	26,3	25,1	25,7	8,9	8,2	8,4	8,8	7,5	6,9	55,8	53,2	51,4
179 EAP St. Vicenç dels Horts 1-Vila Vella	11,5	11,3	11,2	25,3	27,3	27,2	7,6	9,0	9,0	11,2	12,9	12,6	72,3	68,1	64,8
181 EAP Vallirana	10,5	10,9	9,7	29,0	27,9	27,4	13,6	15,0	14,5	10,3	9,9	10,4	66,0	64,7	60,8
182 EAP Viladecans 1	10,7	11,0	11,0	24,7	24,3	24,2	6,4	5,3	6,0	9,5	10,2	9,9	64,1	60,3	58,3
183 EAP Viladecans 2	10,2	9,5	8,8	26,8	26,9	25,7	6,4	7,0	7,0	12,3	13,0	13,5	66,0	63,7	62,0
187 EAP Espulgues Llobregat 2-Lluís Millet	10,2	10,4	10,6	23,7	24,2	24,9	7,0	7,8	9,1	8,1	8,3	8,5	60,8	59,2	57,3

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
189 EAP Hospitalet de Llobregat 12-Beilvitge	10,7	9,8	8,4	25,6	25,3	25,9	7,0	6,5	6,5	11,0	8,9	9,2	67,9	64,5	59,8
191 EAP Hospitalet de Llobregat 3-Collblanc	8,8	8,5	8,1	26,3	25,8	26,9	6,6	7,0	7,1	9,1	7,8	7,9	66,5	64,0	62,8
192 EAP Hospitalet de Llobregat 4-Torrassa	11,3	13,1	11,4	23,3	26,1	24,4	6,1	7,6	7,3	8,8	9,5	9,1	59,3	63,2	54,8
193 EAP Hospitalet de Llobregat 9-Pubilla C	10,3	10,7	10,3	25,5	25,2	24,4	6,7	6,3	6,9	11,0	11,2	10,4	63,4	61,2	59,1
195 EAP Prat Llobregat 1-Ramona Via	9,7	8,5	8,2	28,6	27,6	28,0	6,1	5,3	6,6	9,1	8,1	9,9	57,2	55,5	54,7
196 EAP Premià de Mar	15,7	14,7	13,1	27,0	26,8	25,5	6,8	7,5	7,9	10,5	10,4	9,7	64,3	61,6	59,6
197 EAP Sant Boi de Llobregat 1-Montclar	13,3	13,2	12,1	26,8	27,3	26,7	9,6	8,9	9,0	11,7	10,8	10,9	69,8	68,9	65,6
198 EAP Sant Boi de Llobregat 4-Vinyets	10,8	11,0	10,0	28,1	27,8	27,8	8,2	8,1	8,3	11,0	10,5	12,4	70,1	68,2	66,0
199 EAP Sant Feliu Llobregat 1-El Pla	13,1	11,1	10,1	30,4	29,8	29,2	9,8	9,8	9,4	11,1	9,3	10,0	62,3	58,5	57,3
200 EAP Sant Feliu Llobregat 2-Rambla	10,1	9,4	8,3	27,6	25,4	24,8	6,5	6,7	6,0	11,8	10,6	11,0	67,5	62,9	61,2

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
201 EAP Sant Joan Despi 1	11,6	10,9	10,8	25,6	25,6	25,6	7,4	7,4	8,5	9,7	8,6	9,6	65,6	66,6	62,8
202 EAP Sant Sadurní d'Anoia	9,9	9,4	7,9	26,3	26,6	26,0	7,3	7,3	8,6	14,6	15,1	16,0	65,1	63,5	59,5
203 EAP Sitges	12,9	12,8	12,1	21,6	22,2	21,5	5,9	6,9	7,3	9,9	9,2	10,2	56,5	54,2	52,5
204 EAP Vilafranca del Penedès	9,0	8,6	8,1	21,5	21,7	21,3	7,4	7,5	8,5	10,7	11,6	12,4	62,3	62,3	59,1
205 EAP Vilanova i la Geltrú 1	8,9	9,2	9,0	21,2	21,2	21,4	5,1	6,0	6,0	11,5	10,7	10,9	66,1	64,3	61,4
206 EAP Vilanova i la Geltrú 2	12,2	12,3	12,3	23,2	24,3	23,0	8,2	8,7	9,5	10,5	11,2	11,1	62,7	59,4	56,5
273 EAP Arenys de Mar	14,7	15,0	12,8	27,0	26,1	26,0	9,9	10,2	10,3	12,6	11,9	11,8	66,8	65,3	60,9
274 EAP Badalona 4-Gorg	10,2	11,3	10,4	19,6	20,6	19,0	6,4	6,3	6,4	10,7	9,9	12,6	60,6	61,1	58,4
275 EAP Badalona 5-Sant Roc	11,9	13,1	11,6	24,0	24,8	24,3	9,3	10,9	10,5	13,4	15,3	14,8	64,7	66,7	62,5
276 EAP Badalona 6-Llefià	9,2	9,3	9,0	24,1	23,7	22,8	9,6	8,4	8,7	13,5	14,0	13,3	62,2	63,1	58,7
278 EAP El Masnou	11,3	11,5	10,3	24,6	25,9	23,9	7,7	8,6	7,9	9,3	8,5	8,8	60,9	62,4	57,1
279 EAP Mataró 1-La Riera	14,1	13,7	13,2	26,0	23,7	23,7	6,7	6,2	6,1	10,7	10,1	9,3	60,9	56,7	55,7
280 EAP Mataró 5-Ronda Cerdanya	15,9	14,9	12,0	34,8	33,5	32,8	7,9	8,7	7,9	14,6	12,9	13,9	72,5	65,5	64,3
281 EAP Mataró 7-Ronda Prim	15,0	13,8	13,0	29,3	27,6	27,3	8,1	7,1	7,1	13,4	12,4	12,0	68,3	65,2	63,6

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
283 EAP Sant Adrià Besòs 1- Dr. Barraquer	12,7	13,3	12,1	24,2	25,8	24,7	8,0	8,2	8,2	10,4	10,8	11,5	59,1	62,1	60,3
284 EAP Sant Adrià Besòs 2- La Mina	7,2	7,2	7,1	23,9	25,7	24,9	9,3	8,3	8,8	11,3	11,5	11,2	64,4	65,3	62,0
285 EAP Sta. Coloma Gramenet 1-Can Mairner	10,8	11,8	10,3	24,8	24,7	23,7	7,2	7,1	7,2	11,4	11,9	11,8	65,7	66,1	61,6
286 EAP Sta. Coloma Gramenet 4-Major	10,4	11,1	10,1	23,7	24,5	23,7	7,5	7,3	8,1	12,1	12,1	11,7	64,9	65,5	62,4
290 EAP Badalona 10-Nova Lloreda-Montigalà	8,6	9,3	6,9	26,0	29,1	26,7	9,1	9,5	7,9	9,5	10,2	9,7	76,8	83,5	70,1
291 EAP Badalona 11-Burfalà-Canyet	12,1	13,1	11,3	24,4	23,8	22,3	7,0	8,4	7,5	11,4	10,9	10,8	63,3	64,8	59,8
292 EAP Badalona 1-Martí i Julià	9,6	9,8	9,1	31,7	31,5	30,1	8,7	8,6	8,6	11,4	10,5	10,5	66,2	66,2	64,7
293 EAP Badalona 2-Centre-Dalt la Vila	10,5	10,4	9,0	25,1	27,0	24,4	5,3	6,3	5,6	7,9	9,5	9,4	59,7	64,8	57,4
294 EAP Badalona 3-Progrés-Raval	9,9	10,1	10,1	26,8	26,8	25,1	6,4	5,8	6,3	8,9	9,9	10,1	68,7	72,2	66,2
295 EAP Badalona 7A-Gran Sol	9,4	9,7	13,9	23,4	23,2	32,1	8,3	7,6	11,1	13,6	12,9	16,4	60,5	61,4	86,0

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
296 EAP Badalona 7B-La Salut	9,4	9,7	13,9	23,4	23,2	32,1	8,3	7,6	11,1	13,6	12,9	16,4	60,5	61,4	86,0
297 EAP Badalona 8-Nova Lloreda	11,9	12,3	13,0	29,3	30,1	28,5	10,0	10,5	10,2	11,1	11,6	11,9	73,3	73,0	70,4
301 EAP Mataró 2-Centre	14,6	13,4	14,6	25,3	23,8	24,5	4,6	3,8	5,0	13,4	10,6	9,4	67,0	60,8	59,8
302 EAP Mataró 3-Rocafronda	16,1	15,5	15,7	26,5	24,8	26,7	7,2	6,3	6,4	12,7	11,9	12,3	71,4	67,5	64,7
303 EAP Mataró 6-Ronda Gatassa	16,9	14,5	12,7	30,4	29,4	28,3	7,2	7,4	7,3	17,1	15,1	15,1	75,7	73,4	71,4
305 EAP Sant Andreu de Llavaneres	14,9	15,2	15,8	25,0	24,9	25,8	7,8	8,1	9,3	11,7	10,0	11,5	61,8	62,6	58,4
306 EAP Sta. Coloma Gramenet 2-Llatí	9,5	9,1	8,7	20,2	21,7	21,1	7,3	8,5	8,3	12,5	12,2	11,3	69,9	70,1	68,6
307 EAP Sta. Coloma Gramenet 3-Singuierifi	12,9	12,4	11,8	26,7	26,2	24,5	11,0	10,0	9,9	12,7	12,9	12,9	74,0	71,3	68,4
309 EAP Vilassar de Mar	14,2	14,0	12,9	23,0	22,3	21,9	6,4	6,0	5,5	10,5	10,6	10,8	61,2	60,8	58,5
338 EAP Barberà del Vallès	10,5	11,0	10,4	30,7	30,7	32,2	9,3	9,6	9,8	11,5	11,2	10,0	69,2	70,3	67,6
340 EAP Caldes de Montbui	13,4	12,8	13,5	24,4	24,3	23,5	7,0	7,4	7,5	8,9	8,4	8,8	65,2	63,1	60,6
342 EAP Castellar del Vallès	14,1	12,0	12,6	30,0	29,5	32,1	11,3	11,4	12,5	9,8	11,0	12,2	68,6	69,3	72,8

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
343 EAP Cerdanyola Vallès 1-Serrapareira	10,6	10,3	9,2	25,0	26,9	27,0	7,2	7,8	8,0	8,4	8,2	10,7	60,7	60,3	58,6
344 EAP Badia del Vallès	7,3	9,0	8,6	23,1	24,3	25,0	7,1	7,0	7,5	9,4	9,4	10,8	67,5	69,0	67,3
345 EAP La Garriga	9,2	9,4	8,8	31,5	31,7	30,9	9,7	10,6	11,2	11,6	11,6	9,5	64,6	64,4	60,5
346 EAP La Llagosta	13,9	12,4	10,5	24,8	25,3	24,7	6,1	6,6	6,5	10,4	10,2	11,2	64,8	64,7	59,9
350 EAP Martorelles	12,3	12,9	12,6	30,8	31,3	30,4	13,0	13,8	14,3	12,5	12,6	12,7	61,4	63,3	60,1
352 EAP Montcada i Reixac	10,8	10,9	9,4	24,1	25,0	24,5	8,8	9,6	8,6	10,8	10,5	11,7	65,3	64,3	61,4
353 EAP Montornès-Montmeló	8,7	7,9	7,0	27,5	27,4	26,6	6,1	5,9	6,5	10,1	10,0	9,5	60,4	59,1	55,3
354 EAP Parets del Vallès	11,6	12,4	10,6	26,9	26,6	27,1	6,8	7,5	7,3	9,0	9,8	10,3	67,4	66,5	63,9
355 EAP Rubí 2-Castellbisbal	14,8	14,0	13,3	27,0	27,1	27,2	7,6	8,2	8,6	12,6	13,4	13,3	67,1	66,0	64,6
356 EAP Sabadell 2-Creu Alta	13,0	12,4	12,9	26,1	27,2	28,2	7,5	7,0	9,6	9,5	9,6	10,2	65,2	66,5	69,2
357 EAP Sabadell 3A-Ca n'Oriac	12,6	11,6	11,7	28,0	28,4	30,5	8,2	8,2	8,7	11,7	13,1	14,1	73,5	75,3	77,8
358 EAP Sabadell 3B-Nord	16,5	15,7	14,2	30,2	29,9	30,5	9,1	9,7	9,7	11,2	13,9	13,5	80,5	81,5	79,4
359 EAP Sabadell 5-Gràcia-Merinals	13,0	12,2	12,5	25,2	23,8	25,2	7,2	6,9	8,6	9,8	8,4	9,0	67,5	66,7	69,3

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
360 EAP Sabadell 6-Sud	10,9	11,0	10,9	24,1	24,7	26,2	7,6	6,7	7,6	8,5	8,9	9,4	70,9	72,9	74,4
361 EAP Sabadell 7-La Serra	16,9	17,4	17,8	27,7	28,9	29,8	8,1	9,2	9,5	14,9	13,2	15,3	77,6	76,2	78,2
363 EAP Sant Celoni	12,0	11,7	11,4	26,4	26,1	26,0	6,2	5,8	5,6	12,5	12,9	11,8	62,4	61,0	58,9
369 EAP Santa Perpètua de Mogoda	10,1	10,5	10,1	25,8	26,8	28,1	9,4	7,8	8,4	11,5	11,9	12,6	71,4	70,6	69,2
371 EAP Terrassa C-Can Parellada	13,8	11,8	12,0	34,3	33,5	33,6	18,0	17,2	17,1	12,5	12,0	13,3	71,1	69,1	64,9
374 EAP Cardedeu	11,2	10,4	9,6	23,6	23,8	22,5	5,8	6,6	6,9	8,2	8,2	8,7	58,2	58,9	56,4
376 EAP Cerdanyola V. 2-Canaletes-Fontetes	10,3	9,5	8,7	29,2	27,8	28,4	8,1	7,3	8,5	9,8	10,7	14,7	68,7	68,4	65,1
377 EAP Granollers 1 Oest-Canovelles	10,7	11,8	10,6	30,9	31,2	30,8	8,5	8,7	9,2	12,3	13,2	11,0	59,6	61,2	58,2
378 EAP Granollers 4 Sud-Sant Miquel	8,7	8,0	6,7	32,8	30,4	28,3	4,9	4,9	6,4	9,2	9,4	8,9	60,7	58,1	53,6
379 EAP Granollers 2 Nord-Les Franqueses	11,2	11,4	10,9	30,9	29,4	29,1	7,9	8,8	9,1	10,2	10,7	10,9	60,9	63,1	60,2
380 EAP Granollers 3-Centre Est	11,3	11,0	10,0	25,5	26,3	25,2	5,4	5,3	5,6	9,8	9,0	8,4	61,6	61,2	57,8

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
387 EAP Ripolllet 1-Centre	11,1	10,5	9,8	23,7	26,6	26,0	7,3	7,3	7,2	10,6	10,4	10,1	66,0	67,4	63,9
388 EAP Sabadell 1A-Centre	14,3	13,0	12,3	28,6	28,9	30,6	9,6	9,1	10,7	9,0	9,7	9,6	65,5	65,7	66,0
389 EAP Sabadell 1B-Sant Oleguer	15,0	14,4	14,3	28,5	28,5	30,3	8,8	8,3	9,1	9,5	9,8	9,9	65,0	64,8	66,4
390 EAP Sabadell 4A-Concordia	13,1	11,6	11,5	27,3	28,1	29,1	7,7	6,5	8,0	11,1	10,3	10,8	73,8	72,4	73,3
396 EAP Vall de Tenes	10,2	10,1	9,3	26,8	27,2	27,0	6,8	7,9	7,3	9,0	8,3	9,4	65,3	66,5	62,4
437 EAP Barcelona 10B+Ramon Turró	11,8	12,0	11,1	26,3	26,4	25,1	7,3	8,4	8,6	9,4	10,0	10,8	62,0	62,2	58,8
438 EAP Barcelona 10C-Poble Nou	7,8	7,7	7,0	24,9	25,3	24,8	5,8	6,3	6,4	10,9	10,2	10,4	61,7	61,3	58,5
439 EAP Barcelona 10-La Pau	8,2	8,4	8,6	24,2	24,4	24,3	6,7	6,0	7,0	11,5	10,5	10,7	62,5	63,8	63,3
440 EAP Barcelona 1B-Casc Antic	7,4	7,2	7,3	20,4	20,3	19,2	5,0	5,3	6,2	8,0	8,6	8,8	56,6	54,5	51,3
441 EAP Barcelona 1C-Gòtic	7,6	7,9	8,0	21,6	21,0	20,9	5,8	5,1	6,0	8,7	8,4	7,7	54,2	53,4	49,5
442 EAP Barcelona 1D-Raval Sud	11,5	10,9	11,3	18,6	18,5	19,3	6,5	6,4	7,3	8,7	9,1	8,2	58,7	58,9	56,4



Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
443 EAP Barcelona 1E-Raval Nord-Dr. Sayé	7,1	7,3	6,7	20,1	20,1	20,4	5,9	6,7	6,3	9,3	8,4	8,7	54,5	54,1	49,6
444 EAP Barcelona 2A-Sant Antoni	9,4	9,5	8,8	25,2	25,7	25,0	6,1	6,5	7,0	8,0	8,1	8,9	62,0	61,7	59,2
445 EAP Barcelona 2B-Via Roma	9,1	8,3	7,8	23,4	22,4	22,1	6,7	6,2	6,6	6,7	7,3	7,1	58,9	57,3	54,3
446 EAP Barcelona 2H-Passeig Sant Joan	10,2	9,4	8,7	23,2	22,4	22,5	6,5	6,4	6,6	7,7	7,5	7,9	56,1	53,3	50,6
447 EAP Barcelona 3C-Dr. Carles Riba	10,0	10,4	10,2	23,8	21,8	22,6	8,1	7,8	9,0	11,8	11,2	11,8	65,5	65,0	64,3
448 EAP Barcelona 7C-El Carmel	8,2	7,4	7,1	25,7	25,3	24,4	6,8	7,0	7,2	10,8	10,0	10,1	62,3	60,2	59,1
449 EAP Barcelona 8G-Roquetes	11,8	11,5	10,4	25,7	26,4	25,1	7,6	8,6	7,8	10,8	12,0	11,9	66,5	65,0	61,8
450 EAP Barcelona 8H-Ciutat Meridiana	10,4	10,7	10,1	24,9	25,6	25,1	7,6	8,2	8,8	10,3	10,9	10,5	68,8	67,2	62,4
451 EAP Barcelona 8I-Xafarines	8,9	9,1	8,3	25,5	25,7	25,4	7,1	7,4	6,9	13,3	13,3	13,0	62,5	60,9	58,9

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
452 EAP Barcelona 9F-Via Barcino	11,2	10,0	9,7	27,9	26,7	27,1	7,0	7,1	8,5	10,3	9,5	9,8	70,3	69,8	66,0
453 EAP Barcelona 9E-Bon Pastor	10,1	10,4	9,4	27,8	29,9	30,3	10,4	10,5	11,4	10,8	10,8	11,4	65,3	64,6	62,4
454 EAP Barcelona 10J-Verneda Sud	7,7	7,9	7,3	26,8	27,0	27,9	6,8	6,9	8,0	9,5	9,9	9,2	62,7	62,9	59,9
455 EAP Barcelona 10D-Besós	9,5	9,0	8,4	23,8	25,2	24,4	7,0	7,0	7,1	9,6	9,6	10,2	63,0	63,0	59,1
456 EAP Barcelona 10E-Encants	8,6	8,3	8,2	27,2	27,8	28,3	5,3	5,9	6,0	10,6	11,5	11,2	57,9	56,6	52,9
457 EAP Barcelona 10F-Camp de l'Arpa	8,8	8,9	8,3	24,4	24,3	24,4	5,7	5,9	6,2	9,7	8,7	9,8	58,3	56,4	53,6
458 EAP Barcelona 10G-El Clot	9,6	9,4	8,1	22,9	23,0	23,3	6,8	6,9	7,9	8,2	8,0	9,1	62,9	63,0	58,6
459 EAP Barcelona 10H-Sant Martí	8,3	7,5	7,8	24,3	25,1	24,7	7,4	7,3	7,3	9,1	9,4	10,9	57,6	57,4	56,5
460 EAP Barcelona 2C-Esq. Example-Rosselló	10,0	10,0	9,8	24,3	24,7	25,1	5,9	5,6	6,6	8,3	8,7	8,8	57,8	57,1	55,7
461 EAP Barcelona 2D-Universitat	11,1	10,3	10,1	25,9	24,7	25,5	6,9	6,6	7,5	7,3	8,1	6,9	58,8	57,9	55,1

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
462 EAP Barcelona 2E-Esq. Eixample-Casanova	9,4	9,0	8,6	23,0	22,3	22,3	6,7	6,5	6,3	7,8	6,7	7,9	55,6	53,8	52,7
464 EAP Barcelona 2G-Dreta Eixample	11,6	12,3	11,2	26,0	29,8	28,0	10,4	11,8	11,7	7,8	8,3	7,9	56,3	60,2	52,7
465 EAP Barcelona 2I-Sagrada Família	10,6	10,3	9,6	25,1	26,4	27,7	7,0	7,9	8,8	9,1	8,3	9,6	57,7	57,6	56,4
466 EAP Barcelona 2J-Monumental	11,4	15,3	8,7	23,8	36,9	23,5	6,7	9,8	6,2	7,6	9,0	8,0	56,4	79,9	49,6
467 EAP Barcelona 2K-Sagrada Família	9,5	9,6	8,8	26,0	27,0	26,4	7,4	7,9	7,7	8,8	8,7	7,8	61,1	60,0	56,7
468 EAP Barcelona 3A-Les Hortes-Poble Sec	8,0	8,0	7,7	21,3	21,5	21,4	6,9	7,2	7,6	8,6	8,5	8,8	60,1	58,8	57,1
469 EAP Barcelona 3B-Poble Sec-Montjuic	9,7	9,1	8,4	22,3	21,8	22,4	7,6	7,8	7,6	8,5	8,7	9,7	61,9	62,3	60,1
470 EAP Barcelona 3D-Bordeta	10,9	10,1	9,8	23,4	23,5	23,4	7,6	7,1	6,8	8,9	8,5	8,0	65,1	64,9	62,8
471 EAP Barcelona 3E-Sants	8,9	9,1	8,1	21,6	21,8	22,2	6,6	6,7	7,0	8,2	8,0	8,1	62,8	62,8	61,2
473 EAP Barcelona 3G-Numància	9,1	8,5	7,3	21,6	21,0	21,8	5,9	5,6	6,0	7,6	7,6	7,8	61,4	60,0	58,7

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
474 EAP Barcelona 4A-Montnegre	8,6	8,9	7,6	21,8	22,7	22,2	5,7	6,4	6,6	6,9	7,2	7,4	56,0	56,7	54,9
475 EAP Barcelona 4B-Les Corts-Pedralbes	11,2	10,7	9,9	25,8	24,6	23,1	7,1	6,9	6,6	8,3	8,9	7,9	64,8	61,9	55,6
477 EAP Barcelona 5A-Marc Aureli	11,8	10,7	9,0	23,4	22,4	20,6	5,6	5,4	5,3	7,7	7,3	7,1	53,5	51,7	47,5
478 EAP Barcelona 5B-Sant Elies	9,9	9,4	8,3	22,6	22,1	22,2	5,8	5,5	6,1	7,5	7,1	7,7	53,1	52,5	51,5
479 EAP Barcelona 5C-Sarrià	11,4	10,6	10,2	21,9	21,4	20,7	5,9	6,4	6,7	7,2	6,8	6,6	51,2	49,4	46,4
480 EAP Barcelona 5D-Valldiviera-Les Planes	13,3	13,8	15,1	26,5	27,6	33,2	13,0	11,9	14,7	8,2	9,3	10,0	57,6	56,9	66,2
481 EAP Barcelona 5E-Sant Genasi	11,0	9,9	9,3	25,1	25,5	24,5	7,3	7,3	7,7	8,3	8,1	9,4	49,3	48,4	47,0
482 EAP Barcelona 6A-Joanic	10,1	9,8	9,0	25,4	24,3	24,4	5,9	5,8	5,9	8,4	8,0	7,8	58,2	56,3	54,0
483 EAP Barcelona 6B-Vila de Gràcia	9,8	9,3	8,9	24,0	23,4	24,7	5,3	5,3	6,0	8,3	7,5	7,8	58,9	57,3	55,8
484 EAP Barcelona 6C-Lesseps	10,5	10,6	10,3	25,3	25,4	25,4	7,1	6,8	7,7	7,9	7,9	7,4	59,1	56,9	54,9
485 EAP Barcelona 6D-Vallcarca	10,2	9,9	9,6	24,2	24,6	24,2	6,9	7,3	6,9	7,9	8,7	9,1	54,7	53,5	53,0

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
486 EAP Barcelona 7A-Sanllehy	10,6	10,3	10,1	22,4	23,9	24,5	6,1	6,7	6,7	9,1	9,0	9,5	59,9	58,5	57,6
488 EAP Barcelona 7D-Lisboa	9,2	8,6	8,3	22,3	23,8	23,0	6,6	7,3	7,9	8,6	9,1	8,6	54,9	54,0	49,9
489 EAP Barcelona 7E-Sant Rafael	9,1	8,3	7,2	22,5	23,2	23,6	8,2	8,2	8,3	10,1	8,8	9,7	63,9	63,7	59,5
490 EAP Barcelona 7F-Lisboa	8,4	8,2	8,6	24,5	25,4	24,9	6,6	8,1	8,5	8,4	9,1	9,1	65,5	64,2	61,5
491 EAP Barcelona 7G-Guimarães	9,4	9,0	8,7	23,3	23,6	23,7	5,8	5,6	5,8	9,3	8,5	8,9	61,2	60,2	58,8
493 EAP Barcelona 8B-Rio de Janeiro-Porta	9,4	9,2	8,8	24,3	25,4	26,8	6,7	7,7	7,7	9,4	9,2	8,9	59,4	61,8	59,9
494 EAP Barcelona 8C-Turó de la Peira	9,4	9,1	8,7	24,7	23,8	23,4	6,4	6,0	6,4	7,9	8,3	7,9	66,6	64,2	59,3
495 EAP Barcelona 8D-Rio de Janeiro-Prosop.	7,5	7,0	6,8	23,4	22,6	23,0	7,1	7,5	8,3	8,4	8,7	9,3	63,5	62,5	60,9
496 EAP Barcelona 8E-Rio de Janeiro-Verdum	8,6	8,4	9,1	25,3	24,8	24,8	7,9	8,0	8,7	11,3	10,8	11,3	61,7	61,2	60,0

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
497 EAP Barcelona 8F-Guineueta	10,2	10,2	9,4	22,5	22,2	21,9	7,5	7,2	7,5	11,0	11,4	11,5	65,7	64,1	60,2
498 EAP Barcelona 9A-Sagrerá	10,6	9,2	8,8	25,3	25,1	26,1	6,7	6,2	6,9	11,2	10,0	10,7	63,0	62,0	60,3
500 EAP Barcelona 9C-Congrés	8,2	8,4	7,4	22,6	23,7	22,9	5,4	5,5	5,6	8,2	7,8	8,9	54,9	55,5	52,8
598 EAP Barcelona 1A-Barceloneta	10,6	11,0	11,2	24,2	23,0	23,9	5,3	5,5	6,8	8,2	8,5	9,2	57,9	58,3	56,3
695 EAP Badalona 12-Morera-Pomar	12,3	12,0	11,6	27,3	28,0	27,6	11,2	10,2	9,8	10,7	9,7	10,6	74,2	74,0	73,3
697 EAP Mataró 4-Cirera Molins	13,6	12,4	12,0	29,9	29,0	28,0	6,6	5,5	5,8	16,8	16,0	15,6	71,5	67,4	65,1
698 EAP Olesa de Montserrat	16,5	16,5	14,7	24,8	25,2	25,4	8,1	8,1	8,4	13,4	13,2	12,1	69,7	71,0	66,1
699 EAP Rubí 1	12,1	11,9	11,8	25,0	26,2	27,0	7,9	8,0	8,9	9,7	8,7	9,7	61,0	62,9	60,6
701 EAP Terrassa A-Sant Llàtzer	13,6	13,3	12,8	28,2	29,4	29,3	8,5	8,5	8,9	10,5	10,7	11,2	63,6	64,1	62,3
702 EAP Terrassa B-Est	11,4	11,3	10,0	27,2	28,5	28,1	9,9	9,7	9,8	15,1	14,1	13,5	67,0	68,5	65,8
703 EAP Terrassa F-Nord	13,5	13,7	12,7	28,0	29,3	29,2	8,3	8,8	8,7	12,8	12,4	10,6	64,9	65,6	63,2
1004 EAP Barcelona 4C-Les Corts-Helios	9,1	8,8	8,4	25,4	25,6	25,5	6,2	6,3	6,7	8,5	8,5	9,6	60,2	59,3	57,7

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
1083 EAP Vilassar de Dalt	12,6	11,7	11,1	27,3	25,6	25,2	6,3	5,3	5,6	10,8	11,2	12,1	68,7	62,8	58,5
1121 EAP La Roca del Vallès	9,5	8,8	7,6	25,2	27,1	25,4	6,6	6,0	6,6	8,9	9,4	8,2	59,7	63,1	62,3
1122 EAP Mollet del Vallès 1-Est	11,0	11,0	9,5	25,5	26,9	25,7	6,7	7,0	7,1	9,9	10,1	9,9	69,5	67,2	64,8
1123 EAP Mollet del Vallès 2-Oest	12,2	12,1	11,8	24,7	25,4	25,7	5,6	6,6	7,2	11,2	10,6	12,0	67,4	67,0	64,2
1128 EAP Terrassa G-Sud	16,1	14,8	14,0	26,1	25,9	25,1	6,8	6,3	6,3	10,8	10,5	10,7	64,7	63,4	60,1
1273 EAP Barcelona 10A-Vila Olímpica	9,7	8,7	8,8	29,1	28,1	27,8	7,9	7,8	8,1	8,3	7,7	8,4	62,8	60,9	58,2
1325 EAP Badalona 9-Apenins-Montigalà	11,5	10,9	10,1	26,2	25,9	25,2	9,8	10,1	11,1	11,4	10,1	9,7	72,2	72,8	70,7
1785 EAP Terrassa D-Oest	13,8	13,3	12,8	24,8	24,0	23,9	6,7	7,0	7,8	10,7	10,0	10,7	66,4	66,4	63,8
1786 EAP Terrassa E-Rambla	11,2	11,0	10,0	24,9	25,3	24,9	6,4	6,0	6,8	9,9	9,9	10,0	65,3	64,4	62,6
1791 EAP Montgat	13,1	11,3	9,7	26,8	25,8	24,5	9,8	8,7	8,0	9,9	9,2	8,8	69,5	66,0	63,8
1796 EAP Argentona	13,7	14,0	12,8	25,0	25,1	25,3	5,8	7,1	7,4	11,4	10,4	10,3	60,8	61,3	59,3
1933 EAP Barcelona 7B-Sardenya	9,0	9,2	8,9	22,8	22,4	23,3	6,9	6,9	7,7	9,4	9,3	9,3	56,4	54,4	53,7
2038 EAP Sabadell 4B-Can Rull	13,9	13,9	14,4	33,6	33,5	34,7	11,9	11,1	12,3	11,4	11,6	9,3	71,9	73,3	74,2

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
2863 PAIEMV Atenció Primària	11,5	11,4	10,8	24,9	24,3	23,4	5,5	5,2	5,8	7,4	7,8	7,7	60,4	60,7	58,1
2864 MUTJAM Atenció Primària	13,6	13,8	13,3	28,0	28,2	27,1	7,8	7,9	7,4	9,6	9,3	8,3	63,2	65,2	62,2
3449 EAP Cubelles-Cunit	9,7	10,2	8,8	23,3	23,0	23,2	7,6	7,8	8,4	10,8	9,8	11,1	63,3	62,4	59,1
4054 EAP Sta. Coloma Gramenet 5-Santa Rosa	11,0	9,9	9,5	24,9	25,3	25,1	9,0	8,6	8,7	13,8	13,8	13,4	70,2	68,5	65,8
4055 EAP Sta. Coloma Gramenet 6-Fondo	10,8	10,8	10,1	21,4	23,3	23,2	7,2	6,5	7,0	11,5	11,1	11,3	68,2	69,5	66,3
4056 EAP Pallejà	19,4	18,3	18,6	30,5	31,0	29,8	12,4	13,4	14,6	17,0	16,6	18,1	72,4	71,8	72,3
4374 EAP Castelfel·ls 2-Can Bou	13,7	12,7	13,0	27,9	28,1	27,1	14,4	15,2	15,4	9,1	8,8	8,5	56,8	55,5	52,1
4376 EAP Castelfel·ls 1-El Castell	9,9	9,4	8,8	24,3	24,7	24,3	5,5	5,5	6,4	11,2	12,1	14,2	64,9	57,8	56,0
4546 EAP Abrera	15,7	14,9	14,2	23,7	24,0	23,3	9,7	9,0	10,3	12,8	14,3	14,7	72,1	73,2	72,5
4547 EAP Corbera de Llobregat	15,6	15,3	13,4	30,6	31,0	31,2	15,2	15,4	15,9	9,3	9,9	9,6	60,9	57,8	55,3
4548 EAP Sant Quirze del Vallès	12,0	9,8	8,7	29,6	28,4	28,3	9,2	8,8	8,0	13,3	12,6	12,5	70,4	67,0	65,2
4704 EAP Alt Moget	9,1	8,3	8,3	28,2	28,8	28,7	9,6	9,1	10,1	9,6	9,4	8,8	61,2	61,4	59,0



Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepressivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
4819 EAP Martorell Rural	13,3	12,9	11,8	24,9	23,8	23,3	8,9	7,9	9,1	14,0	13,4	12,9	67,7	63,3	61,2
4863 EAP Rubí 3	12,7	11,9	11,5	32,0	33,0	32,0	11,6	10,6	10,8	13,6	13,4	13,3	69,6	68,3	68,0
4957 EAP St. Vicenç dels Horts 2-El Serral	12,6	13,4	13,2	26,2	25,4	26,1	10,7	9,9	10,6	10,4	10,2	12,7	65,7	64,0	60,2
5132 EAP Barcelona 3H-La Marina	8,6	9,0	9,5	23,9	24,9	24,2	8,0	8,6	8,9	10,9	11,0	11,1	65,5	64,3	61,4
5166 EAP Ocata-Teià	13,4	12,3	11,6	25,2	24,9	23,4	7,5	6,7	7,1	9,0	8,9	10,0	58,5	56,8	53,2
5239 EAP Begues-Pou Torre	8,4	8,1	7,0	28,4	27,5	26,5	8,7	9,7	10,4	10,6	12,1	10,4	56,9	57,2	50,8
5945 EAP Cerdanyola Ripoll-et-Farigola	9,3	9,6	9,2	28,1	27,9	26,6	7,6	8,0	6,9	12,2	12,0	8,0	65,9	68,5	64,1
6009 EAP Vilanova i la Geltrú 3-Baix a Mar	10,0	10,1	9,0	20,8	20,4	19,6	6,0	6,5	6,7	10,4	10,7	11,2	62,3	62,1	57,7
6156 EAP Barcelona 8J-Cotxeres	9,0	8,7	8,7	24,9	24,6	24,0	6,1	6,5	6,2	9,0	9,1	8,4	63,9	62,0	60,9
6187 EAP Ripoll-et 2-Pinetons	10,0	9,6	10,0	25,6	24,3	24,9	8,1	6,0	5,8	8,6	6,7	8,7	72,6	68,1	68,9
6188 EAP Palau Solità i Plegamans	9,7	10,1	9,5	24,1	23,4	23,9	10,1	11,0	11,5	10,9	12,1	11,9	66,0	66,5	62,1

Consumo de fármacos considerados como factores de riesgo de fractura en población de 65 años o más por equipos de atención primaria, 2012-2014. Región Sanitaria Barcelona															
Equipo de atención primaria	Población >=65 años consumidora de hipnóticos y sedantes (%)*			Población >=65 años consumidora de antidepresivos (%)*			Población >=65 años consumidora de antipsicóticos (%)*			Población >=65 años consumidora de corticoides (%)*			Población >=65 años consumidora de IBP (%)*		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
6189 EAP Polinyà-Sentmenat	10,2	10,1	10,2	26,6	25,2	26,6	9,0	9,5	10,5	10,6	9,5	9,7	69,4	67,2	68,1
7084 EAP Sant Cugat del Vallès 1	11,0	9,8	9,8	28,7	27,0	27,2	7,5	6,6	7,0	10,6	10,3	11,1	66,0	60,8	58,0
7085 EAP Sant Cugat del Vallès 2	12,4	11,1	10,6	29,0	28,4	27,7	11,4	11,1	10,5	10,6	9,5	9,2	62,2	56,3	52,4
7086 EAP Sant Cugat del Vallès 3	9,7	9,5	9,2	25,5	26,3	27,0	9,8	11,5	12,1	8,2	9,4	9,5	57,9	56,5	56,3
7504 EAP Barcelona CAP Sant Andreu	10,7	10,1	16,7	26,1	26,0	45,0	6,2	6,7	11,1	7,9	8,0	11,0	58,9	56,8	94,6
<b>Total Cataluña</b>	<b>11,6</b>	<b>11,4</b>	<b>10,8</b>	<b>24,5</b>	<b>24,8</b>	<b>24,7</b>	<b>7,6</b>	<b>7,7</b>	<b>8,0</b>	<b>10,2</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>	<b>61,7</b>	<b>61,4</b>	<b>59,3</b>

\*Datos estandarizados por edad.  
Fuente: Sistema de Información Integrado de Salud de Cataluña, 2012-2014.

Tablas de resultados por hospitales de agudos.

Indicadores de atención a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013.												
Unidad proveedora	Número de hospitalizaciones	Media de edad	Índice de Charlson	Fractura pertoproterica (%)	Artroplastia (%)	Tiempo ingreso-intervención (media)	Tiempo ingreso-intervención (3er cuartil)*	Estada media (HA)		Estada media (HA+SS**)		Derivación a un centro SS (%)
								Indicador bruto	Índice estándar	Indicador bruto	Índice estándar	
Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida	475	84,3	1,10	57,3	34,9	3	5	10,7	0,97	45,8	0,80	20,6
Hospital Univ. Joan XXIII de Tarragona	154	83,3	1,03	58,4	32,5	1	3	9,5	0,85	55,5	0,98	60,1
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa	214	83,6	0,86	70,0	27,6	2	3	9,6	0,88	55,3	0,97	22,7
Hospital U Doctor Josep Trueta de Girona	140	83,8	1,05	53,2	32,9	2	3,5	7,9	0,70	72,7	1,32	26,4
Hospital Sant Llorenç de Viladecans	146	84,2	1,36	48,6	34,2	2	4	8,7	0,78	65,4	1,18	37,1
Hospital Universitari de Bellvitge	185	82,7	1,62	45,4	37,8	3	6	16,7	1,47	70,3	1,25	50,3
H. U. Germans Trias i Pujol de Badalona	176	83,9	1,45	60,8	28,4	2	3	11,3	1,01	87,7	1,51	35,7
Centre Hospitalari (Althaia)	303	84,3	1,21	58,9	29,7	3	4	10,9	0,98	53,9	0,94	49,1
Clínica Girona	34	84,4	0,62	29,4	44,1	(a)	(a)	10,8	0,99	69,0	1,19	12,5
Hospital Clínic i Provincial Barcelona	474	85,2	0,85	59,3	33,1	3	4	12,5	1,13	66,3	1,16	42,6
Hospital de Campdevàno	42	85,2	1,10	66,7	28,6	3	6	10,7	0,96	65,2	1,10	67,5
Hospital de Figueras	178	83,9	0,72	58,4	34,8	3	4	12,1	1,12	53,5	0,93	33,1
Hospital Mútua de Terrassa	200	83,9	0,90	62,3	28,0	2	6	10,2	0,91	76,3	1,30	32,3
Fundació Hospital de l'Espirit Sant	114	83,8	0,42	55,3	22,8	2	2	11,7	1,11	74,9	1,33	19,6

Indicadores de atención a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013.

Unidad proveedora	Número de hospitalizaciones	Media de edad	Índice de Charlson	Fractura de pertrocantería (%)	Artroplastia (%)	Tiempo ingreso-intervención (media)*	Tiempo ingreso-intervención (3er cuartil)*	Estada media (HA)		Estada media (HA+SS**)		Derivación a un centro SS (%)
								Indicador bruto	Índice estándar	Indicador bruto	Índice estándar	
Hospital Comarcal Móra d'Ebre	84	85,6	1,10	63,4	32,1	2	3	9,7	0,89	52,9	0,93	28,9
Hospital de Palamós	160	82,6	1,13	54,1	30,0	3	4	9,6	0,86	37,5	0,66	53,0
Hospital de Sabadell	368	83,6	1,06	59,5	32,1	2	4	7,4	0,67	44,7	0,79	58,5
HG Parc Sanitari S. Joan Déu-S. Boi.LI.	111	84,5	1,14	45,0	43,2	2	4	12,0	1,07	66,7	1,20	48,1
Hospital de Sant Celoni	48	84,6	1,40	52,1	37,5	3	3,5	8,5	0,77	28,1	0,49	44,7
Hospital de Terrassa	131	82,5	1,59	57,7	32,1	1	3	11,1	0,97	50,9	0,87	75,2
Hospital General de Vic	193	84,3	1,23	56,8	36,3	1	2	6,9	0,61	41,4	0,73	79,6
Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	326	83,5	0,92	47,4	35,6	(a)	(a)	10,7	0,97	55,7	0,97	66,6
Hospital Comarcal del Pallars	37	84,1	1,05	54,1	24,3	2,5	4	9,3	0,84	58,7	1,03	54,1
Hospital General de Granollers	220	84,1	1,12	55,3	35,9	3	4	9,6	0,85	47,1	0,82	27,3
Hospital Municipal de Badalona	107	84,9	0,89	63,2	23,4	1,5	2	14,0	1,28	74,1	1,29	12,0
Fundació Hospital Residència Sant Camil	154	84,1	0,73	61,0	27,9	2	5	9,4	0,88	42,8	0,75	50,0
Hospital Comarcal de Sant Bernabé	76	84,1	1,09	57,3	36,8	2	3	7,5	0,67	56,9	0,98	39,2

Indicadores de atención a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013.												
Unidad proveedora	Número de hospitalizaciones	Media de edad	Índice de Charlson	Fractura de peritrocantaría (%)	Artroplastia (%)	Tiempo ingreso-intervención (media)*	Tiempo ingreso-intervención (3er cuartil)*	Estada media (HA)		Estada media (HA+SS**)		Derivación a un centro SS (%)
								Indicador bruto	Índice estándar	Indicador bruto	Índice estándar	
HC Sant Jaume Calella i HC de Blanes	208	83,5	0,75	57,6	28,4	(a)	(a)	10,3	0,95	51,3	0,90	41,8
Hosp. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	91	85,2	0,80	53,8	41,8	2	4	9,3	0,85	54,7	0,96	3,4
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	220	83,6	0,81	60,5	34,5	2	5	13,5	1,24	66,3	1,15	29,0
Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)	156	84,0	1,05	55,8	39,7	2	3	9,4	0,85	47,6	0,84	9,2
Hospital Sant Pau i Santa Tecla	99	84,8	0,96	55,1	31,3	2	3	13,7	1,23	67,4	1,17	40,2
Hospital Santa Caterina	132	84,4	1,04	41,7	39,4	3	4	10,4	0,94	35,2	0,62	56,3
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	594	85,1	0,95	56,4	35,7	2	4	10,7	0,96	64,8	1,13	50,4
Plus Hospital de Valls	66	86,4	0,89	63,6	30,3	1	1	10,8	0,98	60,8	1,07	71,9
Hospital Universitari Sagrat Cor	144	85,8	0,63	56,3	34,0	(a)	(a)	13,4	1,22	61,6	1,05	0,0
Hospital de Mollet	103	82,8	1,07	58,3	35,9	(a)	(a)	11,1	1,01	40,8	0,72	5,2
Hospital d'Igualada del CSA	124	84,8	0,96	52,4	37,9	1	2	7,3	0,67	21,3	0,37	31,9
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	118	83,9	0,84	64,3	29,7	1	3	8,4	0,75	62,2	1,08	62,1
Hospital de Mataró	261	84,6	1,00	54,8	29,5	2	3	10,1	0,90	65,6	1,12	23,0
Hospital General de Catalunya	36	83,1	0,53	55,6	36,1	(a)	(a)	9,0	0,79	-	-	0,0

Indicadores de atención a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013.												
Unidad proveedora	Número de hospitalizaciones	Media de edad	Índice de Charlson	Fractura pertrocantería (%)	Artroplastia (%)	Tiempo ingreso-intersección (media)	Tiempo ingreso-intersección (3er cuartil)*	Estada media (HA)		Estada media (HA+SS**)		Derivación a un centro SS (%)
								Indicador bruto	Índice estándar	Indicador bruto	Índice estándar	
Hospital del Vendrell	75	84,5	0,80	50,0	38,7	3	5	10,7	0,98	51,1	0,89	21,9
CSI H. de l'Hospitalet-H. Moisés Broggi	392	84,1	1,40	54,6	35,2	(a)	(a)	14,1	1,24	61,5	1,06	51,1
Hospital Universitari Vall d'Hebron	503	84,3	0,71	52,0	36,8	6	9	16,9	1,55	72,7	1,28	29,2
<b>Cataluña</b>	<b>8.172</b>	<b>84,2</b>	<b>1,01</b>	<b>56,2</b>	<b>33,5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>11,1</b>	<b>1,00</b>	<b>57,2</b>	<b>1,00</b>	<b>39,8</b>

Superior a la media (desviación  $\geq$  20% y estadísticamente significativa).

Inferior a la media (desviación  $\geq$  20% y estadísticamente significativa).

Indicadores de resultados y eventos posteriores a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013-2014												
	Número de hospitalizaciones	Mortalidad alta		Mortalidad a los 30 días		Mortalidad a los 6 meses		Mortalidad al año		Reingresos a los 30 días*		
		%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	
Hospital U. Arnau de Vilanova de Lleida	475	2,7	0,60	8,3	0,87	20,4	1,09	26,2	1,05	3,1	0,74	
Hospital Univ. Joan XXIII de Tarragona	154	3,9	0,91	9,8	1,11	20,3	1,17	23,1	0,97	4,5	1,26	
Hospital Verge de la Cinta de Tortosa	214	5,1	1,19	8,3	0,93	15,1	0,87	19,5	0,84	2,8	0,79	
Hospital U Doctor Josep Trueta de Girona	140	10,7	2,02	15,8	1,46	23,0	1,17	26,6	1,03	4,8	1,24	
Hospital Sant Llorenç de Viladecans	146	4,1	0,80	11,8	1,16	20,8	1,09	29,2	1,13	7,8	1,82	
Hospital Universitari de Bellvitge	185	9,7	1,84	13,8	1,23	24,3	1,18	32,0	1,18	2,0	0,47	
H. U. Germans Trias i Pujol de Badalona	176	2,8	0,70	8,6	0,91	17,7	0,95	21,1	0,83	6,3	1,27	
Centre Hospitalari (Althaia)	303	6,6	1,30	10,9	1,07	18,2	0,94	23,8	0,92	5,7	1,37	
Clínica Girona	34	5,9	1,73	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	0,0	0,00	
Hospital Clínic i Provincial Barcelona	474	3,4	0,76	5,2	0,58	12,7	0,71	19,8	0,81	3,0	0,80	
Hospital de Campdevànol	42	4,8	1,03	14,3	1,35	31,0	1,57	40,5	1,59	1,3	0,36	
Hospital de Figueres	178	5,1	1,31	7,2	0,87	14,4	0,87	19,0	0,84	3,6	1,01	
Hospital Mútua de Terrassa	200	2,5	0,54	10,9	1,21	23,3	1,33	34,2	1,46	7,9	1,71	
Fundació Hospital de l'Esperit Sant	114	10,5	3,28	12,5	1,87	18,8	1,32	25,0	1,29	2,4	0,66	

Indicadores de resultados y eventos posteriores a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013-2014											
	Número de hospitalizaciones	Mortalidad alta		Mortalidad a los 30 días		Mortalidad a los 6 meses		Mortalidad al año		Reingresos a los 30 días*	
		%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar
Hospital Comarcal Móra d'Ebre	84	9,5	1,79	13,4	1,35	20,7	1,07	23,2	0,90	3,8	0,92
Hospital de Palanós	160	5,6	1,15	15,0	1,51	21,8	1,16	26,5	1,08	1,4	0,40
Hospital de Sabadell	368	4,3	0,83	8,5	0,84	17,2	0,93	23,0	0,93	2,3	0,62
HG Parc Sanitari S. Joan Déu-S. Boi.LI.	111	4,5	1,05	8,5	0,90	15,1	0,80	25,5	1,00	11,0	2,63
Hospital de Sant Celoni	48	2,1	0,40	20,8	1,86	25,0	1,20	27,1	0,97	2,2	0,56
Hospital de Terrassa	131	4,6	0,73	11,6	0,95	17,8	0,83	24,0	0,86	1,9	0,44
Hospital General de Vic	193	1,0	0,20	12,5	1,15	17,2	0,84	25,5	0,96	1,4	0,37
Hospital del Mar (Parc Salut Mar)	326	4,6	1,09	7,6	0,87	15,2	0,89	21,3	0,93	5,7	1,39
Hospital Comarcal del Pallars	37	0,0	0,00	2,7	0,28	16,2	0,87	18,9	0,77	4,6	1,04
Hospital General de Granollers	220	5,0	1,00	9,7	0,96	18,1	0,95	20,8	0,83	4,8	0,99
Hospital Municipal de Badalona	107	6,5	1,43	6,7	0,77	15,4	0,88	26,9	1,12	6,8	1,60
Fundació Hospital Residència Sant Camil	154	3,9	1,11	10,0	1,30	16,0	1,02	22,0	1,02	2,1	0,56
Hospital Comarcal de Sant Bernabé	76	2,6	0,50	6,6	0,60	15,8	0,81	19,7	0,78	7,3	1,66
HC Sant Jaume Calella i HC de Blanes	208	5,8	1,60	11,4	1,50	19,7	1,27	26,9	1,28	4,7	1,34



Indicadores de resultados y eventos posteriores a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013-2014												
	Número de hospitalizaciones	Mortalidad alta		Mortalidad a los 30 días		Mortalidad a los 6 meses		Mortalidad al año		Reingresos a los 30 días*		
		%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	
Hosp. d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	91	2,2	0,51	6,6	0,72	16,5	0,94	23,1	0,99	1,2	0,24	
Hospital Universitari Sant Joan de Reus	220	4,5	1,03	10,3	1,20	21,2	1,24	25,6	1,10	4,6	1,18	
Hospital Sant Joan de Déu (Martorell)	156	2,6	0,60	11,0	1,24	24,7	1,41	31,8	1,32	7,1	1,54	
Hospital Sant Pau i Santa Tecla	99	2,0	0,38	5,3	0,49	17,0	0,84	26,6	1,00	2,4	0,66	
Hospital Santa Caterina	132	3,0	0,73	6,9	0,80	16,8	0,96	27,5	1,14	2,5	0,67	
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	594	4,4	0,87	9,2	0,93	17,4	0,91	23,9	0,93	4,2	1,00	
Pius Hospital de Valls	66	3,0	0,55	3,0	0,28	13,6	0,67	18,2	0,66	1,6	0,41	
Hospital Universitari Sagrat Cor	144	2,8	0,64	7,6	0,88	15,3	0,87	19,5	0,83	-	-	
Hospital de Mollet	103	6,8	1,78	9,9	1,25	18,8	1,16	27,7	1,25	1,7	0,43	
Hospital d'Igualada del CSA	124	4,0	0,93	9,8	1,05	22,8	1,26	25,2	1,04	3,2	0,71	
Hospital Comarcal de l'Alt Penedès	118	1,7	0,36	5,1	0,62	17,9	1,07	22,2	0,98	3,9	1,01	
Hospital de Mataró	261	3,4	0,71	6,6	0,68	16,6	0,88	21,6	0,86	3,0	0,70	
Hospital General de Catalunya	36	0,0	0,00	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	-	-	
Hospital del Vendrell	75	2,7	0,63	5,5	0,61	17,8	0,99	28,8	1,19	2,8	0,77	

Indicadores de resultados y eventos posteriores a la fractura de cuello femoral por centro hospitalario, 2013-2014											
	Número de hospitalizaciones	Mortalidad alta		Mortalidad a los 30 días		Mortalidad a los 6 meses		Mortalidad al año		Reingresos a los 30 días*	
		%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar	%	Índice estándar
CSI H. de l'Hospitalet-H. Moisés Broggi	392	7,1	1,23	12,4	1,13	21,1	1,04	28,4	1,05	4,2	1,00
Hospital Universitari Vall d'Hebron	503	6,8	1,55	9,9	1,15	17,3	1,03	24,4	1,07	5,8	1,50
<b>Total</b>	<b>8.172</b>	<b>4,7</b>	<b>1,00</b>	<b>9,5</b>	<b>1,00</b>	<b>18,3</b>	<b>1,00</b>	<b>24,5</b>	<b>1,00</b>	<b>4,1</b>	<b>1,00</b>

Favorable respecto a la media (estadísticamente significativa).

Desfavorable respecto a la media (estadísticamente significativa).

\* Este indicador ha sido calculado sobre el total de personas hospitalizadas durante los años 2013 y 2014.

# Bibliografía

1. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. 10 anys del Registre d'Artroplasties de Catalunya (RACat). Número especial. Desembre 2015. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
2. Álvarez-Nebreda ML, Jiménez AB, Rodríguez P, Serra JA. Epidemiology of hip fracture in the elderly in Spain. *Bone*. 2008;42(2):278-85.
3. Burgers PT, Hoogendoorn M, Van Woensel EA, Poolman RW, Bhandari M, Patka P, et al; HEALTH trial investigators. Total medical costs of treating femoral neck fracture patients with hemi- or total hip arthroplasty: a cost analysis of a multicenter prospective study. *Osteoporos Int*. 2016 Jun;27(6):1999-2008.
4. Cancio Trujillo JM, Clèries M, Inzitari M, Ruiz Hidalgo D, Santa Eugènia González SJ, Vela E. Impacte en la supervivència i despesa associada a la fractura de fèmur en les persones grans a Catalunya. Monogràfics de la Central de Resultats, número 16. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
5. Herrera A y colaboradores. Acta de Fracturas Osteoporóticas en España (AFOE). Grupo de Estudio e investigación en Osteoporosis SECOT. Madrid: Medical & Marketing Communications; 2003.
6. Instituto de Información Sanitaria. Estadísticas comentadas: la atención a la fractura de cadera en les del SNS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010.
7. Kanis JA, Odén A, McCloskey EV, Johansson H, Wahl DA, Cooper C; IOF Working Group on Epidemiology and Quality of Life. A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporos Int*. 2012;23(9):2239-56.
8. Librero J, Peiró S, Leutscher E, Merlo J, Bernal-Delgado E, Ridaó M, et al. Timing of surgery for hip fracture and in-hospital mortality: a retrospective population-based cohort study in the Spanish National Health System. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:15.
9. Lofthus CM, Osnes EK, Falch JA, Kaastad TS, Kristiansen IS, Nord-Sletten L, et al. Epidemiology of hip fractures in Oslo, Norway. *Bone*. 2001;29(5):413-8.
10. Lofman O, Berglund K, Larsson L, Toss G. Changes in hip fracture epidemiology: redistribution between ages, genders and fracture types. *Osteoporos Int*. 2002;13(1):18-25.
11. Martínez O, Domingo L, Arias J, Marinelli M, Nardi J, Puig Ll, Espallargues M, en nom del Registre d'Artroplasties de Catalunya (RACat).

- 10 anys del Registre d'Artroplasties de Catalunya (RACat) [editorial]. *Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia*. 2016;1(1):6-18.
12. Mesa Ramos M. Prevención interdisciplinar de la fractura de cadera. *Rev Osteoporos Metab Miner*. 2013;5;1:5-6.
  13. Riggs BL, Melton LJ 3rd. The worldwide problem of osteoporosis: insights afforded by epidemiology. *Bone*. 1995;17(5 Suppl):505S-11S
  14. Schwartz AV, Kelsey JL, Maggi S, Tuttleman M, Ho SC, Jonsson PV, et al. International variation in the incidence of hip fractures: cross-national project on osteoporosis for the World Health Organization Program for Research on Aging. *Osteoporos Int*. 1999;9(3):242-53.
  15. Serra JA, Garrido G, Vidán M, Marañón E, Brañas F, Ortiz J. Epidemiología de la fractura de cadera en ancianos en España. *An Med Intern*. 2002;19(8):389-95.
  16. Serra-Sutton V, Martínez O, Allepuz A, Espallargues M. Registre d'artroplasties de Catalunya. Resultats de maluc i genoll 2005-2008. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
  17. Serra-Sutton V, Martínez O, Allepuz A, Espallargues M, Nardi J, Pallisó F, et al. Registre d'artroplasties de Catalunya. Resultats de maluc i genoll 2005-2008. *Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia*. 2011;1:58-74.
  18. Serra-Sutton V, Tebé Cordoní C, Martínez Cruz O, García-Altés A, Espallargues M, en nom del Comitè Assessor i de Direcció del RACat. Registre d'artroplasties de Catalunya. Segon informe dades 2005-2010. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.
  19. Simunovic N, Devereaux PJ, Sprague S, Guyatt G, Schemitsch E, DeBeer J, Bhandari M. Effect of early surgery after hip fracture on mortality and complications: systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2010;182(15):1609-16.
  20. Thorell K, Ranstad K, Midlöv P, Borgquist L, Halling A. Is use of fall risk-increasing drugs in an elderly population associated with an increased risk of hip fracture, after adjustment for multimorbidity level: a cohort study. *BMC Geriatr*. 2014;14:131.
  21. Vila J, Marin F, González-Macias J, Martín D, Tojeiro S, Díez-Pérez A. Validación de un algoritmo para el cálculo del riesgo absoluto de fracturas no vertebrales por fragilidad en una cohorte de mujeres posmenopáusicas. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(13):501-5.

