

I JORNADA CIENTÍFICA IRYSS.

La investigación en resultados y servicios de salud en España

Las Palmas de Gran Canaria, 2 de noviembre de 2005

COMITÉ ORGANIZADOR

Virginia Yanes López

Sociedad Canaria de Salud Pública, Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud

José María Valderas Martínez

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

Lilisbeth Perestelo Pérez

Sociedad Canaria de Salud Pública, Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud

Lidia García Pérez

Sociedad Canaria de Salud Pública, Servicio de Evaluación y Planificación del Servicio Canario de la Salud

Miquel Codony Bodas

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

Purificación Barbas López

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

Jordi Alonso Caballero

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

COMITÉ CIENTÍFICO

Jordi Alonso Caballero

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

Xavier Castells Oliveres

Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM-IMAS). Barcelona

Mireia Espallargues Carreras

Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas de Cataluña (AATRCM). Barcelona

Itziar Larizgoitia Jauregui

Department of Health Service Provision, Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra (Suiza)

Soledad Márquez Calderón

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA). Sevilla

Salvador Peiró Moreno

Unidad de Investigación en Servicios de Salud (EVES). Valencia

Jaume Puig Junoy

Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra. Barcelona

José María Quintana López

Unidad de Investigación, Hospital de Galdakao. Vizcaya

Antonio Sarría Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Madrid

I Jornada Científica IRYSS:

La investigación en resultados y servicios de salud en España

Un punto de encuentro para la investigación multidisciplinar en resultados y servicios de salud

La investigación en resultados y servicios de salud cuenta ya con una cierta tradición en nuestro país. Investigadores de diversas disciplinas (economía, epidemiología, sociología, medicina y enfermería, entre otras) han ido focalizando sus trabajos de investigación en este ámbito múltiple, relacionado con la investigación clínica, epidemiológica y de salud pública.

La publicación de los resultados de este tipo de investigación se ha realizado en revistas especializadas (Gaceta Sanitaria, Papeles de Economía, Revista de Calidad Asistencial, por ejemplo) y en el seno de sociedades científicas española muy diversas (AES, SESPAS, SEE, entre otras). Por supuesto, también a nivel internacional. Pero no existe un punto de encuentro para los investigadores de resultados y servicios de salud que recoja la diversidad propia de esta actividad: variado con respecto a las disciplinas de base, pero específico en cuanto a los métodos y los temas de investigación.

La Red de Investigación en Resultados de Salud y Servicios Sanitarios (IRYSS) ha supuesto una oportunidad sin precedentes para dinamizar el trabajo en común de los investigadores en servicios de salud en España. Esta red es fruto de la iniciativa de las redes de investigación cooperativa del Instituto de Salud Carlos III, y ha contribuido al inicio de la superación del fraccionamiento de nuestro trabajo de investigación. Como un paso más en este proceso surge la necesidad de dotarnos de un lugar de encuentro específico para el intercambio científico entre los investigadores en esta área.

El Encuentro de Salud Pública y Administración Sanitaria (ESPAS) ha representado una ocasión especialmente adecuada para convocar esta primera reunión. Por ello, el Comité de Dirección de RedIRYSS ha

decidido organizar esta I Jornada Científica Red IRYSS bajo el lema "La investigación en servicios sanitarios en España".

Entre los objetivos más concretos de esta I Jornada Científica de Investigación Red IRYSS podemos identificar tanto la difusión temprana de los resultados, como el favorecer la comunicación y la colaboración entre los investigadores. También nos parece importante facilitar la visualización de la red IRYSS como impulsora de la investigación en servicios de salud en España.

El programa de la I Jornada Científica Red IRYSS

Se decidió que la jornada incluiría comunicaciones orales plenarias (no paralelas) y comunicaciones en carteles, en parte por una cierta premura en la antelación de la convocatoria. También se tuvo en cuenta adecuarse de la mejor manera posible al entorno ESPAS. Los contenidos de las comunicaciones fueron divididos de manera muy amplia en áreas temáticas: Necesidad/Planificación de servicios; Proceso y Uso de servicios y Resultados y costes de los servicios. Además, se ha incluido una mesa que presentará los productos científicos que han resultado de la colaboración dentro de la Red IRYSS y que tienen una aplicabilidad general.

Para concluir, decidimos aunar esfuerzos con la AEETS (Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias) y compartir la conferencia de clausura impartida por el **Prof. Michael Rowllins**, director del NICE (National Centre for Clinical Excellence). El NICE es, además de un bonito acrónimo, el nombre de una institución modélica en la investigación aplicada a los servicios sanitarios del Reino Unido. El estímulo a la investigación de calidad y útil en servicios de salud que representa el NICE hace necesario conocer mejor

su funcionamiento y aplicabilidad en otros contextos. Este interés no podría estar mejor servido que por el director de la empresa.

Comunicaciones recibidas, evaluación y priorización

El contenido temático y los métodos de selección de los contenidos de la I Jornada Científica IRYSS fueron acordados por su comité científico (formado por: **J. Alonso, X. Castells, M. Espallargues, I. Larizgoitia, S. Márquez, S. Peiró, J. Puig, JM. Quintana, A. Sarria**).

Se utilizó el portal ESPAS y la normativa común del encuentro para la recepción de las comunicaciones. Cada uno de los resúmenes recibidos dentro del plazo ($n = 80$) fue asignado a 3 evaluadores independientes para su valoración ciega. Se rogó a los evaluadores que no valoraran los abstracts en los que tenían conflicto de interés. Todos los resúmenes fueron evaluados por al menos 2 evaluadores (y el 50% de los resúmenes fueron evaluados por 3 evaluadores). Los evaluadores fueron, además de los miembros del comité científico, **A. Domingo, M. Ferrer y JM. Valderas**.

Los criterios utilizados para la priorización de comunicaciones fueron:

- A) Relevancia u oportunidad del tema del trabajo (puntuado de 1, mínima, a 5, máxima);
- B) Calidad científica global del trabajo (puntuado de 1, mínima, a 5, máxima); y
- C) Forma preferible de presentación (oral, cartel).

Además, las comunicaciones tenían que ser asignadas a una de las 4 áreas temáticas de la I Jornada: 1. Necesidad y planificación, 2. Proceso/Uso de servicios, 3. Resultados y Costes y 4. Productos científicos de la Red IRYSS).

Se aceptaron 72 comunicaciones (16 para presentación oral y 56 para presentación en cartel) y 8 resúmenes (10%) fueron rechazados. Se seleccionaron para comunicaciones orales los resúmenes mejor puntuados y en los que había consenso de al menos 2 evaluadores para este tipo de presentación (y el autor la había solicitado). Además se tuvieron en cuenta otros 2 criterios adicionales: evitar la repetición de un mismo grupo de investigación en una mesa y de un mismo tema en una mesa. El resto de resúmenes fue aceptado como comunicación en cartel y fue asignado a cada uno de los 4 temas de la jornada (los mismos que las mesas) por decisión conjunta de al menos 3 miembros del comité científico.

Becas a jóvenes investigadores

Gracias a la eficiencia del comité organizador de ESPAS, se ha podido contar con 5 becas de 1.200 Euros cada una como ayuda a la participación en la I Jornada Científica Red IRYSS. Las becas iban dirigidas a jóvenes investigadores en período de formación reglada que participaran en la jornada presentando al menos una comunicación científica. Los candidatos fueron evaluados por el comité científico evitando el conflicto de interés, realizando una puntuación global de prioridad de 1 (mínima) a 10 (máxima) según la producción científica y la formación del candidato. A los candidatos que eran el primer autor de una comunicación oral, la beca les fue concedida de manera automática.

Comentario final

Consideramos que el número y, sobre todo, la calidad de los resúmenes recibidos constituyen un hito importante. Es cierto que debemos conseguir que la asistencia, la calidad de las presentaciones y de la interacción entre los participantes siga en ese nivel. Pero de momento no podemos más que felicitar a todos los que se han interesado en esta I Jornada y, sobre todo, agradecer de manera muy especial a las personas que más lo han hecho posible. El comité organizador de la jornada (**M. Codony, D. Fiuza, L. García, M. Hollewell, L. Perestelo, JM. Valderas y V. Yanes**) y el tremendo grupo de soporte de ESPAS.

Este paso nos obliga a pensar en la oportunidad de restablecer un espacio multidisciplinario conjunto más allá (aunque sea poco) de los encuentros marcados por las disciplinas de la epidemiología, la economía de la salud o la evaluación y administración sanitaria. Un espacio propio donde los resultados y los métodos específicos de la investigación en servicios de salud tengan su protagonismo y permita consolidar la colaboración entre investigadores.

Es evidente, por otro lado, que hay que tener en cuenta las energías, la masa crítica y las oportunidades ya existentes. El fin último es mejorar la calidad y el impacto de la investigación en resultados y servicios de salud. Es posible que esta I Jornada Científica de la Red IRYSS nos ayude a identificar la mejor manera para conseguirlo. Ese es el espíritu con el que fue diseñada.

¡Nos vemos en Las Palmas!

**El Comité Científico
I Jornada Científica Red IRYSS**

COMUNICACIONES ORALES

MESA 1 Necesidades y priorización de servicios

Moderador:
Andreu Segura

MEDIDA DEL ESTADO DE SALUD Y DE LAS PREFERENCIAS DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE CATARATA

A. Allepuz, M. Espallargues, M. Moharra, M. Comas y F. Cots
Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Servei d'Avaluació i Epidemiologia Clínica de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària.

Antecedentes y objetivos: Existe un interés creciente por conocer el impacto que sobre el estado de salud tienen las enfermedades. Obtener además las preferencias por determinados estados de salud es de utilidad para la evaluación económica y la toma de decisiones. El objetivo consiste en describir el estado de salud en pacientes con indicación de cirugía de catarata (incluidos en lista de espera) según diferentes medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) genéricas basadas en preferencias (utilidades) y específicas.

Métodos: Se trata de un estudio de cohortes en el que se incluyó a los pacientes que entraron en lista de espera para cirugía de catarata entre junio de 2004 y marzo de 2005. Se recogió la agudeza visual (AV) categorizada como leve (AV mejor ojo > 0,4 y peor ojo \geq 0,2), moderada (AV mejor ojo > 0,4 y peor ojo < 0,2), grave (AV mejor ojo 0,2-0,4) y muy grave (AV mejor ojo < 0,2) así como la edad y el sexo. La CVRS se obtuvo a través de entrevista telefónica. Se emplearon el Euroqol-5D y el Health Utility Index Mark 3 (HUI3) como cuestionarios genéricos de CVRS y el VF14 como cuestionario específico. Se calcularon la media, la desviación estándar, la mediana y el rango de forma global y en función de los grupos de AV. Se empleó la prueba de Wilcoxon para evaluar la existencia de diferencias entre estos grupos y se calculó el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: El total de pacientes incluidos fue de 345 con una edad media de 71,1 años (DE: 9,5) siendo el 52,2% mujeres. Presentaron AV leve el 21,7% (75), moderada el 41,5% (143), grave el 25,2% (87) y muy grave el 12% (40). Las utilidades medias fueron de 0,70 (DE: 0,23) a través del Euroqol-5D y de 0,65 (DE: 0,23) a través del HUI3. La puntuación media del VF14 fue de 53,1 (DE: 26,7). Al analizar la CVRS en función de la incapacidad visual los valores del Euroqol-5D pasaron de 0,74 (0,25) a 0,65 (0,24) ($p = 0,03$), los del HUI3 pasaron de 0,71 (DE: 0,23) a 0,60 (DE: 0,22) ($p = 0,02$) y los del VF14 de 66,6 (DE: 24,6) a 28,8 (21,5) ($p < 0,01$) para las incapacidades visuales leve y muy grave respectivamente. La correlación con la AV fue -0,15 ($p < 0,01$) para el Euroqol-5D, -0,17 ($p < 0,01$) para el HUI3 y -0,43 ($p < 0,01$) para el VF14.

Conclusiones: Los pacientes con indicación de cirugía de catarata tienen una afectación sustancial de su estado de salud, especialmente la capacidad visual, que no todas las medidas reflejan. Aunque disponer de valores de utilidades en nuestro medio puede facilitar la labor de los investigadores y contribuir a la incorporación de los años de vida ajustados por calidad a la toma de decisiones, deben considerarse sus limitaciones.
Financiación. Financiado parcialmente por el Instituto de Salud Carlos III (FIS P1031426, Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

002

001

NECESIDAD NORMATIVA, NECESIDAD PERCIBIDA Y BARRERAS DE ACCESO EN LA SALUD MENTAL (ESEMED)

M. Codony, J. Almansa, G. Vilagut y J. Alonso

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Instituto Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes y objetivos: Los trastornos mentales tienen alta prevalencia, gran impacto (personal, social y económico) y tasas elevadas de necesidades no cubiertas. La necesidad percibida se considera uno de los desencadenantes principales de la búsqueda de ayuda. Nuestro objetivo es evaluar el rol de la necesidad percibida en el proceso de búsqueda de ayuda e identificar barreras percibidas de acceso a la atención mental en Europa.

Métodos: Los datos proceden del proyecto "European Study of Epidemiology of Mental disorders" (ESEMED). Diseño transversal. Se entrevistaron muestras representativas de la población adulta de Alemania, Bélgica, España, Francia, Holanda e Italia. La entrevista utilizada fue el WMH-CIDI, que obtiene diagnósticos DSM-IV. Se interrogó sobre presencia y gravedad de síntomas de trastornos mentales, uso de servicios sanitarios, percepción de necesidad de ayuda y percepción de barreras de acceso a la atención. Se examinó la influencia de morbilidad psiquiátrica y variables sociodemográficas sobre la percepción de necesidad en los 12 meses previos y el no recibir ayuda profesional.

Resultados: La expresión de necesidad de atención en presencia de algún trastorno mental en los últimos 12 meses fue del 51,3% (IC 95% 46,4-56,2%) con trastorno grave y del 25,2% (IC 95% 20,9-30,0%) con trastorno no-grave. La expresión de necesidad disminuyó si el trastorno era anterior (16,4%; IC 95% 14,2-18,8%). Entre aquellos con algún trastorno (12 meses) que expresaron necesidad, el 23% (IC 95% 18,3-28,6%) no buscó ayuda profesional. Las principales razones para no buscar ayuda fueron: la creencia en que el problema mejoraría, el deseo de manejarlo sin ayuda o el desconocimiento de donde acudir. Los principales factores asociados con expresar necesidad fueron: tener cualquier trastorno (12 meses), especialmente si era grave, ser hombre y ser joven. Entre aquellos que expresaron necesidad, tener un trastorno grave, vivir en el ámbito rural o vivir en Alemania favorecía la búsqueda de ayuda. Vivir en Italia mostró una asociación negativa con expresar necesidad.

Conclusiones: Los principales factores asociados con la expresión de necesidad fueron la presencia de trastorno mental y su gravedad, pero la subsiguiente obtención de ayuda la explicaban mejor otras variables. El acceso a la atención para los que perciben necesidad es bajo. Es necesario desarrollar intervenciones para superar barreras de acceso y mejorar el conocimiento sobre trastornos mentales y sus opciones terapéuticas.

Financiación. SANCO (SANCO-2004123), Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), CatSalut-Servei Català de la Salut y GlaxoSmithKline.

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD: ANÁLISIS COMPARATIVO UTILIZANDO EL PANEL DE HOGARES COMUNITARIO

C. Hernández Quevedo, A.M. Jones, A. López Nicolás y N. Rice
Department of Economics and Related Studies, University of York; Departamento de Economía, Universidad Politécnica de Cartagena; Centre for Health Economics, University of York.

Antecedentes y objetivos: Las persistentes diferencias en salud entre grupos socioeconómicos es uno de los temas principales en la agenda política de muchos países europeos. Hay una creciente preocupación ya que la equidad en salud y en atención sanitaria en Europa podría verse perjudicada debido a la expansión de la UE y el envejecimiento de su población. Este estudio contribuye a la literatura en desigualdades socioeconómicas en salud y su distribución entre Estados Miembros, entendiendo mejor cómo el grupo socioeconómico al que pertenece el individuo tiene influencia sobre la morbilidad y la desigualdad y su variación entre Estados Miembros. Para ello, utilizamos el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) y dos medidas binarias de limitaciones en salud, un indicador de cualquier limitación y uno de limitación severa.

Métodos: Para medir desigualdades socioeconómicas en salud, empleamos el índice de concentración en salud, en concreto, la metodología propuesta por Jones y López Nicolás (Health Econ 2004; 13: 1015-1030). Esto nos permite explorar las ventajas de utilizar datos de panel, frente a los datos por secciones cruzadas considerados hasta ahora en la literatura. Jones y López Nicolás (2004) distinguen entre desigualdades a corto y largo plazo y proponen una medida de movilidad en renta relacionada con la salud, que mide la discrepancia entre estas dos medidas de desigualdad.

Resultados: El porcentaje más bajo de individuos que perciben cualquier limitación o limitación severa, corresponde a Italia, Bélgica e Irlanda. El porcentaje más elevado de individuos que perciben alguna limitación en su actividad diaria corresponde a Portugal, Finlandia y Reino Unido, mientras que Francia y Portugal presentan el mayor porcentaje de individuos que perciben limitación severa. Los índices de concentración a corto y largo plazo son negativos para todos los países europeos considerados, siendo mayores, en términos absolutos, para nuestra medida de limitación severa frente a cualquier limitación. El índice de movilidad es negativo para todos los países europeos y para ambas medidas de limitaciones en salud.

Conclusiones: Varias conclusiones se derivan de este análisis, de interés para las políticas sanitarias. Primero, hay evidencia de desigualdades socioeconómicas en limitaciones en salud entre Estados Miembros, a corto y largo plazo. En particular, estas desigualdades socioeconómicas favorecen a los individuos más ricos de la sociedad. Segundo, existe una importante diferencia entre desigualdades a corto y largo plazo entre los Estados Miembros en la UE, incluso sobre el corto período de ocho años que cubre el PHOGUE.

003

004

APLICACIÓN DE LA SIMULACIÓN DE EVENTOS DISCRETOS A LAS LISTAS DE ESPERA PARA CIRUGÍA DE CATARATAS

R. Román, M. Comas, L. Hoffmeister, S. Gutiérrez-Moreno, J. Mar, F. Cots y X. Castells

Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica, Instituto de Asistencia Sanitaria (IMAS); Hospital Alto Deba, Osakidetza; Servicio de Evaluación y Planificación, Servicio Canario de Salud.

Antecedentes y objetivos: La Simulación de Eventos Discretos (SED) es una herramienta útil para analizar procesos sanitarios complejos, en los que existe competencia por los recursos y un elevado nivel de incertidumbre. La SED abstrae en un modelo matemático las características de un proceso real y permite su análisis de forma dinámica, teniendo en cuenta la variabilidad a la que éste está sujeto. Además, es una ayuda en la toma de decisiones, permitiendo poner a prueba escenarios hipotéticos sin tener que intervenir en el proceso real. Las listas de espera son un claro ejemplo de la aplicabilidad de estos modelos debido a la considerable brecha existente entre oferta y demanda que provoca una situación de competencia por los recursos.

Métodos: Se define el modelo conceptual de SED que representa todos los posibles estados del proceso de interés y posteriormente se estiman los parámetros necesarios para desarrollar el modelo planteado. Los modelos de SED permiten introducir variabilidad a nivel individual ya que utilizan listas de números aleatorios para asignar atributos a los individuos simulados dentro del modelo. Por otra parte, realizando un análisis de sensibilidad se puede evaluar el impacto en los resultados de la variabilidad de los parámetros introducidos en el modelo. Debido a que los individuos de una misma simulación presentan autocorrelación, el análisis se basa en las medias de una serie de réplicas del mismo modelo con diferentes listas de números aleatorios.

Resultados: Para el caso concreto de la cirugía de cataratas se estudió el impacto en el tiempo de espera según nivel de prioridad de introducir un sistema de priorización respecto a la situación actual, según orden de entrada en lista de espera. Como medida de resultados se utilizó una media de tiempo de espera ponderada por puntuación de prioridad incluyendo todos los pacientes que en algún momento hubieran estado en lista de espera durante un horizonte de 5 años. El resultado fue que, según orden de entrada, los pacientes esperaban 2,3 meses más (IC95% de 2,2 a 2,4), ponderados por prioridad, que cuando se aplicaba el sistema de priorización (tiempos medios ponderados de 4,3 y 2,0 meses respectivamente).

Conclusiones: La SED permite analizar procesos complejos y obtener información para facilitar la toma de decisiones basadas en evidencia científica. Tiene un especial interés en situaciones en que existe competencia por los recursos.

Financiación. AATRM (089/07/2000), FIS (PI020365, G03/202 Y C03/09).

COMUNICACIONES ORALES**MESA 2****Proceso de atención sanitaria**

Moderador:
Salvador Peiró

ÁMBITO GEOGRÁFICO Y MANEJO DEL INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

O. Monteagudo Piqueras y A. Sarriá Santamera

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III; Servicio de Planificación y Financiación. Consejería de Sanidad de Murcia.

Antecedentes y objetivos: Diversos estudios han detectado diferencias en la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos en función del ámbito geográfico en el manejo del infarto agudo de miocardio (IAM). El objetivo de este trabajo es estudiar, la práctica de coronariografías y de técnicas de intervencionismo coronario percutáneo (ICP) que han recibido los pacientes dados de alta en los hospitales de la Comunidad de Madrid (CM), tras haber sufrido un IAM, teniendo en cuenta su ámbito geográfico de residencia.

Métodos: Estudio observacional transversal. Fuente de información: registro de morbilidad asistencial, Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria de la CM (año 2001). El Instituto de Estadística divide la CM en 6 zonas: Municipio de Madrid, Corona metropolitana Norte, Sur, Este, y Oeste, y Municipios no metropolitanos. Variable principal de estudio: práctica de coronariografías e ICP. Variables secundarias: sexo, comorbilidad Charlson, edad, motivo de alta fallecimiento, ámbito geográfico de residencia, asistencia sanitaria en hospital con/sin sala de hemodinamia y centro asistencial. Para el análisis multivariante se tomó como referencia el ámbito geográfico donde menos procedimientos se practicaban. Análisis estadístico: Test Chi Cuadrado, Anova y Regresión Logística (programa estadístico SPSS v 11.0.).

Resultados: Total analizado: 4.520 altas. Se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,000$) entre las distintas zonas geográficas de residencia en: sexo, centro, asistencia en hospital con sala de hemodinamia, edad y práctica de ICP y coronariografías. Aquellas altas hospitalarias cuyo lugar de residencia era la Corona Este fueron las que recibieron el menor número de coronariografías e ICP. Riesgo crudo estimado de recibir coronariografía e ICP, tomando como referencia las realizadas en la Corona Este: OR Madrid: 2,2 (IC 95%: 1,7-2,8); OR de las Coronas Metropolitanas Norte: 2,0 (IC 95%: 1,3-3,1), Sur: 1,2 (IC 95%: 0,9-1,6), Oeste: 2,0 (IC 95%: 1,4-3,0); Municipios no metropolitanos: 1,8 (IC 95%: 1,3-2,5). Al ajustar por la edad, comorbilidad, disponibilidad de sala de hemodinamia, centro, geozona y sexo, las diferencias se desvanecen; OR ajustadas: Madrid: 0,9 (IC 95%: 0,6-1,4); OR de las Coronas Metropolitanas Norte: 0,7 (IC 95%: 0,4-1,4), Sur: 1,6 (IC 95%: 0,9-2,7), Oeste: 0,9 (IC 95%: 0,5-1,7); no metropolitanos: 1,0 (IC 95%: 0,6-1,6).

Conclusiones: En la CM, las diferencias encontradas en la práctica de procedimientos para el manejo del IAM desaparecen al ajustar por los posibles factores de confusión. La variable que explica de forma más significativa la utilización de estos procedimientos, es ingresar en un hospital con disponibilidad de sala de hemodinamia.

005

006

LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) DEL FAMILIAR QUE CUIDA DEL PACIENTE EN DIÁLISIS

C. Valdes, P. Rebollo, F. Álvarez-Ude y C. Estébanez

Instituto Reina Sofía. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo; Hospital Universitario Central Asturias; Hospital General de Segovia.

Antecedentes: Los familiares que cuidan enfermos crónicos, incluyendo pacientes en diálisis, presentan un deterioro de su Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). El objetivo de este estudio fue evaluar la CVRS de los familiares que cuidan pacientes en hemodiálisis (HD) y diálisis peritoneal ambulatoria (DP) en nuestro país, y analizar que variables influyen sobre la misma.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico con 221 pares paciente-cuidador (152 HD; 69 DP). Se emplearon las puntuaciones sumaria física (PSF) y mental (PSM) del SF-36 Health Survey, estandarizadas según normas poblacionales españolas. El apoyo social se evaluó usando el Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC (CASF) y la sobrecarga percibida por el cuidador usando la Escala de Zarit (ESZ). Se recogieron datos sociodemográficos y clínicos de pacientes y cuidadores.

Resultados: La CVRS de los familiares era ligeramente inferior a la de la población general española. PSF se asoció con edad y ESZ del cuidador ($R_2 = 0,15$); PSM con ESZ y CASF del cuidador y con PSM del paciente ($R_2 = 0,29$); ESZ del cuidador con CASF, PSF y PSM del cuidador y con edad, PSF y PSM del paciente ($R_2 = 0,49$). Un 28,3% de los cuidadores tenía $PSM \leq 42$ (indicativa de depresión); la depresión se asoció a ESZ y CASF ($p < 0,001$).

Conclusiones: La CVRS de los familiares que cuidan a pacientes en diálisis es ligeramente inferior a la de la población general española. Los cuidadores de menor edad que atienden a pacientes de edad avanzada y con deterioro de su estado de salud, experimentan mayor sobrecarga, tienen peor CVRS y presentan depresión con mayor frecuencia, lo que se acentúa si el apoyo social es escaso. La aplicación de medidas de apoyo social y psicológico puede contribuir a mejorar la CVRS de los cuidadores y, por ende, el estado de salud de los pacientes a quienes cuidan. *Financiación. Instituto Reina Sofía. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.*

008

LAS HOSPITALIZACIONES EVITABLES POR AMBULATORY CARE SENSITIVE CONDITIONS, ¿SON SOLO CULPA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD?

P. Magán, A. Alberquilla, C. Fuentes, C. González y A. Otero

Cátedra de Medicina de Familia UAM/Novartis, Madrid; Gerencia de Atención Primaria Área 11, Madrid; Hospital 12 de Octubre; Consejería de Sanidad y Consumo, Comunidad de Madrid.

Antecedentes y objetivos: Los Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC) son problemas susceptibles de ser resueltos y/o controlados en Atención Primaria (AP) y constituyen unos grupos diagnósticos que pretenden medir las Hospitalizaciones Evitables (HE). Una forma de evaluar de manera indirecta la capacidad de resolución y prevención de la Atención Primaria de Salud (APS) es el estudio de las HE por ACSC. *Objetivo:* describir el comportamiento de los indicadores HE-ACSC en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y explorar su relación con factores socioeconómicos poblacionales y características de la APS.

Métodos: Estudio transversal, observacional, analítico, ecológico. *Población:* personas mayores de 14 años. *Ámbito de estudio:* la CAM. *Unidad de análisis:* el distrito sanitario (DS). *Mediciones:* la variable de estudio son todas las HE-ACSC incluidas en el Conjunto Mínimo de Datos Básicos al Alta hospitalaria (CMDB-AH) durante los años 2001-2003. *Variable principal:* se han calculado las tasas estandarizadas de ACSC (TE_ACSC) en los 34 distritos sanitarios. *Variables explicativas:* renta media disponible (RMD), porcentaje población con estudios universitarios y el número de médicos de APS/1000 habitantes. La RMD se categorizó en 4 estratos y se tomó como grupo de referencia la renta < 8.994 euros. Se realizó un análisis descriptivo (estadísticos de variabilidad) y mediante modelos de regresión de Poisson se estudió la relación entre las TE-ACSC y los indicadores explicativos.

Resultados: la TE_ACSC varió entre 5,11 y 23,23. Coeficiente de variación (CV)= 0,54, CV ponderado (CVw)= 0,61. Coeficiente sistemático de variación (SCV)= 0,16. CV 5-95 = 0,56. CVw 5-95= 0,63. SCV 5-95= 0,14. Existen diferencias estadísticamente significativas entre la TE_ACSC y la renta ($RR = 0,68$, $p = 0,0047$ para el estrato 3 y $RR = 0,45$, $p < 0,0001$ para el estrato de mayor renta), así como con el porcentaje de población con estudios universitarios ($RR = 0,90$; $p < 0,0001$). No se encontró relación con el número de médicos de APS.

Conclusiones: Se demuestra la presencia de variabilidad en la TE_ACSC en la CA de Madrid durante los tres años de estudio. En la distribución geográfica de las TE_ACSC se observan los menores valores en los DS del centro de la CA y los mayores en la zona sur de la comunidad, de forma inversa a los niveles de renta. Los ACSC son medidores de resultado, que dependen de la APS y probablemente de otros factores (económicos y sociales) ajenos al sistema sanitario y que también determinan la utilización de recursos.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria nº de expediente PI030767. Cátedra de Medicina de Familia UAM/Novartis.

007

RESULTADOS Y APLICACIONES DE LA INICIATIVA DE ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE BARCELONA Y MONTREAL

A. García-Altés, C. Borrell, L. Coté y A. Plaza

Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència de Salut Pública de Barcelona; l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Québec; Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: La medida del desempeño de los servicios sanitarios está recibiendo una mayor atención debido a las presiones fiscales ante un gasto sanitario creciente y al aumento de las expectativas y exigencia de la población. El objetivo de este trabajo es el de presentar los resultados y las aplicaciones de un proyecto colaborativo entre Barcelona y Montreal para analizar el desempeño de sus servicios sanitarios.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de iniciativas de evaluación del desempeño de los servicios sanitarios. De las iniciativas identificadas se escogió la del National Health Service del Reino Unido por ser la más relevante para el contexto urbano de Barcelona y Montreal. Posteriormente, un grupo multidisciplinar de expertos revisó, añadió y priorizó los indicadores, configurando un total de 76 indicadores. La mayoría de ellos fueron calculados para el período 2001-2003, con datos de registros epidemiológicos y de consumo de recursos.

Resultados: Las poblaciones de ambas ciudades son comparables en su estructura de edad, nivel de instrucción y población de nacionalidad extranjera. En Montreal hay una mayor proporción de población mayor de 65 años que vive sola, indicando una mayor necesidad de servicios domiciliarios. Las tasas de hospitalización por angioplastia y bypass coronario en Montreal son el doble que en Barcelona. El número de pacientes con AVC mayores de 65 años con una estancia hospitalaria superior a 20 días y la estancia media hospitalaria de los pacientes con enfermedades cerebrovasculares es mayor en Montreal. Esto señala hacia un problema de falta de servicios de media y larga estancia para los pacientes mayores. Las tasas de parto por cesárea son más altas en Barcelona, probablemente relacionado con la edad de las madres y la práctica privada de la medicina. La prescripción de fármacos genéricos y la realización de cirugía mayor ambulatoria es menor en Barcelona.

Conclusiones: La iniciativa de análisis del desempeño ha sido útil para identificar áreas problemáticas y áreas satisfactorias en cada ciudad. La iniciativa va a continuar, recogiendo datos prospectivamente y extendiéndose al análisis del nivel de desempeño de los servicios sanitarios de las áreas metropolitanas de Barcelona y Montreal. Esta iniciativa permite monitorizar la evolución del estado de salud de la población y del sistema sanitario, sistematizando la relación entre la estructura del sistema sanitario y su desempeño. Además, ayuda a determinar objetivos y prioridades de intervenciones sanitarias, a la vez que facilita su evaluación posterior.

COMUNICACIONES ORALES

MESA 3 Resultados y costes

Moderador:
Soledad Márquez

LA CONSTRUCCIÓN “EN TIEMPO” DE UNA FÍSTULA ARTERIOVENOSA (FAV): UN FACTOR CLAVE PARA REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD Y OBTENER UNA MEJOR EFECTIVIDAD ECONÓMICA

T. Ortega Montoliu, F. Ortega Suárez, P. Rebollo Álvarez, C. Díaz Corte y J.M. Baltar

Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Hospital Universitario Central de Asturias; Instituto I.

Antecedentes y objetivos: El inicio de la hemodiálisis periódica (HDP) con un catéter o injerto en vez de una FAV, unido a acudir tardíamente al nefrólogo, la edad avanzada, la presencia de Diabetes Mellitus (DM) y la entrada no programada en HDP, produce mayor morbilidad y hospitalizaciones e incrementa los costes. El objetivo fue analizar la morbi-mortalidad y el impacto en el coste-efectividad causados por el retraso en tener una FAV adecuada al inicio de HDP.

Métodos: Estudio prospectivo de 110 pacientes que iniciaron HDP entre 1/1/2002 y 31/7/2004 con Clcr entre 5-10 ml/min/1,73 m². **Datos:** sociodemográficos, Índice de Charlson (ICO), tipo y duración del acceso vascular (AV), morbilidad de novo y hospitalizaciones. Los pacientes se dividieron en tres grupos según el AV al inicio de HDP (grupoFAV): G1, tener una FAV funcional al inicio de HDP los 3 primeros meses; G2, no tener FAV al inicio, pero sí en los primeros 3 meses; G3, usar CAT durante los tres primeros meses. Se excluyeron los que acudieron tardíamente al nefrólogo, iniciaron HDP sin programar y aquellos con DM, por ser factores de riesgo para la supervivencia.

Resultados: Entre los tres grupos no se encontraron diferencias significativas respecto a las variables iniciales de los pacientes: edad ($p = 0,10$), sexo ($p = 0,45$), diagnóstico ($p = 0,24$) e ICO ($p = 0,76$). Sin embargo, en las variables de resultado, sí hubo diferencias significativas ($p = 0,000$) entre G1 y el resto: tienen menor morbilidad de novo y menos hospitalizaciones. Se realizó la regresión logística tomando como variables dependientes la morbilidad y las hospitalizaciones y como covariables: edad, sexo, ICO y grupo FAV. Se encontró que G2 y G3 se asocian independientemente a mayor morbilidad y hospitalizaciones ($p < 0,01$). En el análisis Kaplan-Meier se encontraron diferencias estadísticamente significativas: G1 tenían mejor supervivencia que G2 y G3 (33 meses vs. 27 y 24 meses, respectivamente); y los que no tuvieron morbilidad vs. los que sí. Al realizar la regresión de Cox dependiente del tiempo para determinar qué variables se asocian independientemente a la supervivencia ($p < 0,05$), el resultado fue que no tener una FAV adecuada al inicio de HDP (G2 y G3) reduce la supervivencia (RR: 11,32; IC: 1,06-120,6). Por último, el análisis coste-efectividad reflejó que los pacientes de G1 respecto al resto tienen mayor supervivencia y un menor coste por mes de “vida adicional”.

Conclusiones: La morbilidad de novo causada por no tener una FAV adecuada al iniciar HDP disminuye considerablemente la supervivencia y conlleva también mayores costes. *Financiación. FIS 01/10056.*

010

009

RIESGO DE MUERTE EN CARDIOPATÍA ISQUÉMICA. MODELO LOGÍSTICO, RED NEURONAL Y ÁRBOL DE CLASIFICACIÓN

A. Sarria, J. Trujillano, M. Palma, J. March y M. Badia

Agencia de Evaluación de Tecnología Sanitaria (AETS), ISCIII, Madrid; Departamento de Ciencias Médicas Básicas, UdL, Lleida; Servicio de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Antecedentes y objetivos: La búsqueda de modelos que estratifiquen la probabilidad de muerte hospitalaria es fundamental a la hora de evaluar resultados de salud. Nuestro objetivo es evaluar los árboles de clasificación (AC), para el cálculo de probabilidad de muerte en infarto agudo de miocardio (AMI), y compararlos con técnicas basadas en Regresión Logística (RL) y Red Neuronal artificial (RN).

Métodos: Estudio retrospectivo realizado con el CMDB de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco de los años 2001 y 2002 incluyendo los casos con IAM como diagnóstico principal. Los 33203 pacientes se dividen aleatoriamente (70-30 %) en grupo de desarrollo (GD = 23277) y grupo de validación (GV = 9926). Utilizamos las 10 variables predictoras que mostraron más importancia en el análisis univariante (Sexo, Edad, HTA, FV, Arritmia, IC, ACVA, IResp, IRenal y Shock) y como variable de salida el estado (vivo/muerto) al alta hospitalaria. Como AC se utiliza un modelo inductivo según el algoritmo de Breiman, con análisis de sensibilidad basado en índice de Gini y sistema de validación cruzada. Se compara con una RN (perceptrón multicapa con algoritmo de retropropagación del error y validación cruzada), y con RL por selección por pasos. Se valora la capacidad de discriminación de los modelos con el área bajo la curva ROC (ABC (error estándar)), porcentaje de correcta clasificación (PCC %), Sensibilidad (S %) y Especificidad (E %). Punto de corte de probabilidad de 0,5.

Resultados: AC (con 18 nodos terminales y reglas de decisión de 7 variables seleccionadas), RN (10 nodos de entrada, 1 capa oculta con 4 nodos y un nodo de salida), y RL (que selecciona 9 variables en la ecuación logística). En el GD: AC (ROC = 0,85 (0,004), PCC = 92, S = 74, E = 93), RN (ROC = 0,85(0,005), PCC = 92, S = 76, E = 93) y RL (ROC = 0,85 (0,004), PCC = 92, S = 76, E = 93). En GV: AC (ROC = 0,85 (0,007), PCC = 92, S = 73, E = 93), RN (ROC = 0,84 (0,007), PCC = 92, S = 77, E = 93) y RL (ROC = 0,87 (0,006), PCC = 92, S = 77, E = 93).

Conclusiones: El modelo basado en AC (sólo selecciona 7 variables) obtiene valores similares a los otros modelos y conserva la capacidad de discriminación en el GV. Los modelos AC ofrecen como ventaja una simplicidad en su utilización e interpretación ya que sus reglas de decisión no necesitan procesos matemáticos para ser interpretadas. El ejemplo nos sirve para analizar las ventajas y desventajas entre las distintas metodologías empleadas. Aunque los tres modelos muestran propiedades globales similares no asignan siempre, a nivel individual, la misma probabilidad de muerte.

RELACION ENTRE EL USO APROPIADO Y LA GANANCIA EN PARÁMETROS CLÍNICOS EN LA INTERVENCIÓN DE CATARATA

J.M. Quintana, I. Lafuente, U. Aguirre, S. García, F. Aizpuru, J.I. Pijoan, A. Escobar, T. Alberdi y La Red IRYSS de Uso Apropiado Hospital de Galdakao (Bizkaia); Hospital de Txagorritxu (Alava); Hospital de Cruces (Bizkaia); Hospital de Basurto (Bizkaia).

Antecedentes y objetivos: La cirugía de catarata constituye uno de los procedimientos más prevalentes. Además, se han observado altas tasas de variabilidad que cuestionan la existencia de infra y sobre-utilización del procedimiento. Estas y otras razones constituyen el fundamento de la evaluación del uso apropiado de un procedimiento. El objetivo de este estudio consiste en evaluar el uso apropiado para la cirugía de catarata con facoemulsificación, en una amplia muestra de pacientes.

Métodos: Los criterios de uso apropiado fueron desarrollados mediante el método elaborado por la Corporación Rand junto con la Universidad de California (Ucla). Por otro lado, se reclutaron 200 pacientes de 5 hospitales de nuestra área. Se recogieron las siguientes variables que forman parte del algoritmo de uso apropiado: presencia de alguna patología ocular, lateralidad, agudeza visual en el ojo a operar, agudeza visual en el ojo contralateral, agudeza visual esperada, función visual y complejidad técnica. Los datos los recogían los oftalmólogos de los centros participantes. Se evaluó la ganancia de la agudeza visual por el uso apropiado y la existencia de complicaciones durante y la post-intervención. Para tal evaluación se hicieron uso de los test Anova y t-Student respectivamente. También se analizó la asociación entre las complicaciones y el uso apropiado, utilizando para ello el test de la Chi-cuadrado. Se asumió que había significación estadística cuando $p < 0,05$. Los cálculos se realizaron con el programa Sas Institute Inc. V8.02.

Resultados: Un 71,59% fueron consideradas apropiadas, 3,97% inapropiadas y 24,43% dudosas. La ganancia de agudeza visual por uso apropiado fue 0,53 (apropiados), 0,25 (inapropiados) y 0,44 (dudosos). Fue estadísticamente significativo la diferencia entre los apropiados e inapropiados ($p = 0,002$) con una diferencia de 0,28 en la ganancia de agudeza visual. No se observó ninguna diferencia de la ganancia visual entre pacientes con alguna complicación y los que no presentaban ninguna. En cuanto a la distribución de la tasa de complicaciones (durante/ post-intervención) por uso apropiado fue: (9,45%/29,69%) apropiados, (12,5%/25%) inapropiados y (4,55%/34,88%) dudosos, no se mostraron diferencias significativas entre las variables.

Conclusiones: Los apropiados presentan una mayor ganancia de agudeza visual que los inapropiados a igualdad de complicaciones. Todas las complicaciones fueron menores (edemas, Etc...) Este resultado debería ayudar a clínicos y gestores para indicar apropiadamente a pacientes que están en la lista de espera empleando este criterio explícito.

Financiación. FIS P103/0550. Convocatoria 2003.

011

012

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE BY-PASS CORONARIO SIN CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA SEGÚN EL RIESGO BASAL

I. Ferreira González, A. Ribera Solé, P. Cascant y G. Permanyer Miralda

Unidad de Epidemiología; Servicio de Cardiología; Hospital Vall d'Hebron.

Antecedentes y objetivos: El beneficio en la vida real de la cirugía coronaria sin circulación extracorpórea sobre la cirugía coronaria con circulación extracorpórea, así como el perfil de riesgo preoperatorio más favorecido por una u otra, es desconocido. El objetivo del presente estudio es comparar la efectividad de la cirugía coronaria sin circulación extracorpórea con la cirugía coronaria con circulación extracorpórea en función del perfil de riesgo preoperatorio.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo realizado en cinco centros de tercer nivel de Cataluña. Todos los pacientes en los que se realizó una primera intervención quirúrgica de derivación aortocoronaria entre Noviembre 2001 y Noviembre 2003 fueron incluidos de forma consecutiva. En cada paciente se registró el EuroSCORE preoperatorio, tipo de procedimiento realizado y las variables de resultado quirúrgico intrahospitalario. Para asegurar un ajuste estadístico óptimo en la valoración del efecto de la cirugía sin circulación extracorpórea se construyó un Propensity Score.

Resultados: 1602 pacientes fueron intervenidos; 787 tenían un riesgo basal preoperatorio moderado/alto (EuroSCORE > 3), realizándose cirugía sin circulación extracorpórea en 347; 798 tenían un riesgo moderado/bajo (EuroSCORE ≤ 3), realizándose cirugía sin circulación extracorpórea en 349. El EuroSCORE medio en la cirugía sin bomba vs. cirugía con bomba fue menor en el conjunto de la población (3,7 vs. 3,97; $p = 0,1$) y en el subgrupo de alto riesgo (5,9 vs. 6,15; $p < 0,001$) pero no en el subgrupo de bajo riesgo (1,6 vs. 1,6; $p = 0,7$). Tras ajustar por el "propensity Score" los pacientes intervenidos sin bomba tuvieron menos eventos intrahospitalarios mayores (muerte intrahospitalaria, infarto de miocardio y necesidad de reintervención). Este beneficio fue mayor en el grupo de bajo riesgo (OR entre 0,27 y 0,4; $p < 0,05$) que en el grupo de alto riesgo (OR entre 0,4 y 0,7; p NS).

Conclusiones: En condiciones de práctica clínica real la cirugía sin bomba podría ser más efectiva que la cirugía con bomba. A diferencia de estudios previos, nuestros resultados sugieren que dicho beneficio es mayor en los pacientes de riesgo preoperatorio basal bajo.

Financiación. Agencia d'avaluació de recerca i tecnologies mèdiques de Catalunya.

COMUNICACIONES ORALES**MESA 4****Recursos y herramientas para la investigación generados por la Red IRYSS**

Moderador:
Virginia Yanes

013

CARTOGRAFIANDO LA UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN ESPAÑA: ATLAS VPM

J. Beltrán, N. Martínez, F. Pradas, M. Ridao, R. Sotoca, J. Libroero, E. Bernal y S. Peiró

I+CS; Gobierno de Aragón; EVES.

Antecedentes y objetivos: Desde hace 30 años se vienen describiendo en EE.UU. importantes variaciones geográficas de práctica médica entre áreas sanitarias contiguas. La descripción de estas variaciones informa las políticas sanitarias y apunta hipótesis para la investigación en servicios de salud. Nuestro objetivo es describir y difundir las variaciones geográficas de práctica médica existentes en el Sistema Nacional de Salud español.

Métodos: Estudio descriptivo, ecológico, de las variaciones geográficas en las tasas de utilización de los servicios hospitalarios en 144 áreas de salud españolas que atienden a 30 millones de españoles. Selección de las cohortes: Se consideraron los pacientes dados de alta en 2002 por cirugía ortopédica y traumatológica (fractura de cadera, artroplastia de cadera, artroplastia de rodilla) y cirugía general (apendicectomía, colecistectomía, hernia inguinal, hernia ventral, proctología, amputación de miembro inferior). Variable principal: tasa de utilización estandarizada por edad y sexo, por 10.000 habitantes. Análisis: Estimación de las tasas de utilización por 10.000 habitantes, estandarizadas por edad y sexo y estadísticos deterministas de áreas pequeñas (razón de variación, intervalo intercuartílico, coeficiente de variación simple y ponderado, componente sistemático de la variación y razón de utilización estandarizada) para el 90% de los valores centrales. Se estiman, adicionalmente, la probabilidad de ser intervenido a determinada edad y las diferencias en la utilización de los servicios en función de la edad y el género. Mediante el análisis de ANOVA se estima el efecto de vivir en una u otra comunidad autónoma. Finalmente, se cartografiaron las tasas estandarizadas y la razón de utilización estandarizada.

Resultados: Se han encontrado importantes variaciones en todas las condiciones y procedimientos estudiados. La razón de variación osciló entre 2,39 para la fractura de cadera y 4,61 para la artroplastia de cadera. Por su parte el Coeficiente sistemático de la variación osciló entre 4% para fractura de cadera y un 14% para artroplastia de rodilla. El patrón de variaciones cambió en función del género observándose un incremento de la variabilidad en mujeres del 30% en cirugía proctológica y amputaciones, mientras que la artroplastia de cadera y la reparación de hernia inguinal presentan mayor variabilidad en hombres (4 y 6%, resp.) Se observó un efecto moderado de la Comunidad Autónoma en la producción de variaciones en colecistectomía (32% de la variabilidad) y reparación de hernia inguinal (40%).

Conclusiones: En España hay importantes variaciones de práctica en procedimientos quirúrgicos programados. El lugar de residencia influye en la probabilidad de recibir dichos procedimientos.

Financiación. ISCIII.

014

BIBLIOPRO: LA BIBLIOTECA VIRTUAL DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE RESULTADOS PERCIBIDOS DE RED IRYSS

J.M. Valderas, M. Ferrer, J. Mendivil, D. Pangusion, V. Pizarro y J. Alonso

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).

Antecedentes y objetivos: En los últimos años se han desarrollado numerosos cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes (RPP) que estimaciones recientes sitúan en alrededor de 1275. Se presenta aquí la iniciativa surgida al amparo de Red IRYSS de construcción de una biblioteca virtual que incluya todos los instrumentos aptos para uso en población española.

Métodos: Se ha desarrollado un protocolo para la construcción y mantenimiento de la biblioteca que considera la identificación de los instrumentos, la confección de fichas técnicas orientadas al usuario y la publicación en red de la información de acuerdo con los autores. La identificación de los instrumentos incluye bases de datos genéricas (Medline, ISI, LILACS, IBECS, IME, TESEO, TDR) y específicas (QOLID), tanto en formato electrónico, como en otros formatos tradicionales. Para cada una de ellas se han definido estrategias de búsqueda específicas. El proceso de identificación se realiza de forma independiente por al menos dos investigadores distintos. La ficha técnica de cada instrumento incluye el nombre del instrumento, su autor y dirección de correspondencia y una referencia bibliográfica (prácticamente en todos los casos, la más antigua). Para los instrumentos adaptados, esta información también se facilita en relación con el instrumento original. Además se facilita información estructurada sobre el tipo de instrumento, la población para la que ha sido concebido, el número de ítems y las dimensiones que cubre. Se incluyen también descargas, de disponibilidad variable: descripción estandarizada, instrumento, manual, resultado de la evaluación, bibliografía, algoritmos de puntuación y otros.

Resultados: Se ha construido la biblioteca BiblioPRO de acceso libre y gratuito en el sitio web <http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/html/es/dir279/doc7975.html>. Actualmente incluye información sobre más de 350 instrumentos, tanto genéricos como específicos. Se ha construido un motor de búsqueda que permite acotar las búsquedas según el concepto medido (capacidad funcional, calidad de vida, preferencias o satisfacción) y según 24 áreas terapéuticas diferenciadas, entre las que se incluye la de los instrumentos genéricos. También es posible acotar según población o realizar búsquedas directas por el nombre del instrumento, sus siglas o por el autor, ya sea del instrumento original o de la adaptación. Desde su puesta en funcionamiento ha recibido numerosas consultas tanto nacionales como internacionales. Se prevé que las primeras descargas estén operativas a partir de diciembre de 2005.

Conclusiones: En una iniciativa pionera y en el marco de la Red IRYSS, ha sido posible la construcción de una biblioteca virtual de instrumentos percibidos para uso en población española.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

016

EL MÉTODO RAND: APLICACIÓN EN LA CIRUGÍA DE CATARATA

N. González, J.M. Quintana, I. Garai, S. de Fernando, E. Aguayo, M. Baré, E. Andradás Y La Red IRYSS de Uso Apropiado

Hospital de Galdakao (Bizkaia); Dirección Territorial de Bizkaia (Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco); Hospital de Cruces (Bizkaia); Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Corporació Parc Taulí (Sabadell); Agencia Lain Entralgo (Madrid).

Antecedentes y objetivos: El método Rand constituye una de las técnicas de consenso más empleadas en los últimos años. El RAM se desarrolla en 7 fases: elaboración de la síntesis de la evidencia científica (bibliografía), creación de un listado de indicaciones, formación del panel de expertos, primera ronda de puntuación, análisis de los resultados de la primera ronda, reunión conjunta del panel de expertos (segunda ronda del panel), análisis final y edición de los resultados y conclusiones. El objetivo de este estudio consistió en la aplicación del Ram para obtener criterios de uso apropiado para la cirugía de catarata por facoemulsificación.

Métodos: La búsqueda bibliográfica se realizó en la base de datos Medline y se delimitó entre los años 1990 y 2003. La revisión dio lugar a un informe en el que se incluyeron 180 referencias y que sirvió como base para la creación de un listado de escenarios, que fueron divididos en tres capítulos: catarata simple, con retinopatía diabética y con otras patologías oculares. Posteriormente, se formó un panel de 15 expertos en Oftalmología, a quienes se envió toda la documentación para proceder a la primera ronda de puntuación, en una escala de 1 a 9. Los datos fueron analizados y presentados a los panelistas en una reunión presencial, en la que se resolvieron los desacuerdos y se procedió a la segunda ronda de puntuación. Los resultados dieron lugar a la creación de algoritmos, árboles de decisión y un programa informático para la introducción y consulta de datos. Además, los criterios creados han sido aplicados a una muestra de pacientes en un trabajo de campo desarrollado en 20 hospitales de toda España.

Resultados: En ambas rondas los panelistas puntuaron 765 escenarios, de los cuales el 32,9% fueron considerados apropiados, 30,1% dudosos y 37% inapropiados. Las variables que más influencia tuvieron en la creación de los árboles de decisión fueron: agudeza visual del ojo a operar, función visual, agudeza visual esperada y del ojo contralateral. De los 765 escenarios teóricos, 205 fueron empleados en los pacientes estudiados en el trabajo de campo.

Conclusiones: En este estudio se han obtenido unos criterios de uso apropiado, algoritmos de decisión y un software donde poder disponer de toda la información. Con todos estos productos se pretende facilitar la labor tanto de los clínicos como de los gestores, aportando datos para la evaluación del funcionamiento de los servicios sanitarios.

Financiación. FIS G03/202 Redes Temáticas. 2003.

015

GESTIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE CIRUGÍA DE CATARATA Y ARTROPLASTIAS DE CADERA Y RODILLA BASADAS EN LA PRIORIZACIÓN: DESARROLLO DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA

A. Allepuz, F. Pérez, M. Espallargues, P. Juez y M. Mias

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Antecedentes y objetivos: Desde la línea 3.3 de la Red IRYSS se elaboró un sistema de priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de catarata y artroplastias de cadera y rodilla. Este sistema permite ordenar la lista de espera en función de la necesidad/beneficio esperado de la intervención. El objetivo consiste en desarrollar una aplicación informática que se integre en los sistemas de información de los centros facilitando la aplicación en la práctica clínica del sistema de priorización y que permita gestionar la lista de espera en función de la prioridad de los pacientes.

Métodos: Se ha desarrollado una aplicación que contiene 7 módulos relacionados con la priorización de los pacientes y con la gestión de los quirófanos: pacientes (permite revisar y editar la lista de espera generada), procedimientos (crea el listado de procedimientos), quirófanos (permite definir sus horarios), médicos (establece el número de médicos y su disponibilidad), parámetros de prioridad (incluye tiempos de garantía y puntos de corte según prioridad), programación (genera la lista de espera ordenada según los criterios de prioridad) y cuadro de mando (ofrece un breve análisis descriptivo de las principales variables como tiempo estimado de espera en función de la prioridad). Se trata de una aplicación web desarrollada en Java diseñada para funcionar sobre la mayoría de servidores de aplicaciones o bases de datos y sobre la mayoría de navegadores en la parte cliente. El diseño de la aplicación incorpora las medidas de seguridad imprescindibles para la adecuada protección de los datos.

Resultados: La aplicación informática permite gestionar la lista de espera de cualquier tipo de procedimiento de forma sistemática actualizando su información de forma inmediata y reduciendo el tiempo dedicado a la programación de las intervenciones al integrar la información disponible sobre los pacientes, los médicos y los quirófanos. Por otro lado, ofrece la posibilidad de introducir durante la visita médica la prioridad de los pacientes y aproximar su fecha de intervención, conocer las características de los pacientes pendientes de ser operados y es una herramienta útil para realizar el seguimiento y la supervisión de la aplicación del sistema de priorización.

Conclusiones: La aplicación informática desarrollada permitiría incorporar a la práctica diaria el sistema de priorización al hacer posible que la información recogida ordene de forma efectiva la lista de espera. Su incorporación al sistema de información del centro facilitaría la incorporación de sistemas de priorización para procedimientos diferentes al de cirugía de catarata y artroplastia.

Financiación. Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

COMUNICACIONES EN CARTEL

MESA 1 Necesidades y priorización de servicios

NECESIDAD, CAMAS Y FASCINACIÓN TECNOLÓGICA

M. Ridaó, F. Pradas, R. Sotoca, N. Martínez, J. Beltrán, J. Librero, E. Bernal y S. Peiró

I+CS; Gobierno de Aragón; EVES.

Antecedentes y objetivos: Las variaciones en la práctica médica son uno de los fenómenos más largamente estudiados en la investigación en servicios sanitarios. Entre las hipótesis sobre su génesis se han destacado: diferencias de salud en la población, la distinta oferta de servicios y la existencia de médicos entusiasmados por el uso determinadas tecnologías. Se describen las VPM encontradas para distintos procedimientos quirúrgicos y condiciones clínicas y se analiza la influencia de los factores señalados en la producción de las mismas.

Métodos: Estudio ecológico de las altas producidas en 97 áreas de salud españolas en 2002 por distintos procedimientos quirúrgicos (artroplastia de cadera, artroplastia de rodilla, colecistectomía, hernia inguinal, hernia ventral) y condiciones clínicas (ACV, infarto de miocardio, EPOC, diabetes). *Variable principal:* tasa de utilización por 10.000 habitantes. *Variables explicativas:* de demanda (edad y sexo); de oferta (camas totales por 1.000 habitantes, camas específicas por 1.000 habitantes); de "fascinación" (cirugía MIR, centros con trasplante hepático, disponibilidad de alta tecnología). Análisis: se estudio la modificación de las variaciones al estandarizar por edad; para evaluar el efecto de la oferta se estimaron los coeficientes de correlación entre camas y tasas crudas de utilización y entre tasas de utilización entre sí. Para evaluar el efecto de la fascinación, se calcularon los coeficientes de correlación entre variables de fascinación y tasas crudas.

Resultados: Se han encontrado importantes variaciones en la utilización de las condiciones y procedimientos evaluados. La RV5-95 para las condiciones y procedimientos anteriores osciló entre 3,27 para el caso de la diabetes y 33,8 para artroplastia de rodilla. Estas variaciones apenas se redujeron cuando se realizó el ajuste por edad (2,94 y 26,9 respectivamente). La alta correlación entre condiciones clínicas ($r = 0,5$) y procedimientos (entre $r = 0,5$ y $r = 0,58$) sugiere un efecto importante de la oferta de servicios. Las camas generales influyeron en la tasa de altas por condiciones clínicas ($r = 0,37$). La mayor oferta de camas correlacionó inversamente con la tasa de colecistectomía ($r = -0,23$) y hernia ventral ($-0,24$). La fascinación tecnológica se correlacionó negativamente con la tasa de apendicectomía ($r = -0,21$), colecistectomía ($r = -0,24$), hernia inguinal ($r = -0,37$) y hernia ventral ($r = -0,23$).

Conclusiones: Parece mantenerse la hipótesis de que las variaciones para las distintas condiciones y procedimientos tienen poco que ver con las necesidades de salud de la población, expresadas por edad y sexo, mientras que la oferta mantiene su fuerza como factor explicativo. La fascinación tecnológica puede explicar parte de las variaciones encontradas en procedimientos quirúrgicos comunes.

Financiación. ISCIII.

018

017

DIFERENCIAS SOCIO-ECONÓMICAS EN EL ESTADO DE SALUD DENTAL DE LOS ANCIANOS EN BARCELONA

V. Pizarro, M. Ferrer, A. Domingo-Salvany, J. Benach, C. Borrell, J. Puigvert y J. Alonso

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Universitat Pompeu Fabra; Agència de Salut Pública de Barcelona; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Las malas condiciones y las desigualdades socio-económicas de salud dental en los ancianos han sido descritas en numerosos países. Estas malas condiciones se deben en parte a la acumulación de lesiones y a una tardía detección de necesidades de tratamiento. Por esta razón, las inequidades en el estado de salud oral de los ancianos podrían explicarse por barreras o limitaciones en el acceso a servicios de atención odontológicos. Estos problemas pueden ser especialmente importantes en un país como España, que cuenta con un sistema nacional de salud, pero con limitada cobertura de tratamientos odontológicos para adultos. El objetivo de este estudio es valorar la salud dental y las diferencias socioeconómicas asociadas en los ancianos de la ciudad de Barcelona.

Métodos: Entre los años 1993 y 1994, se realizó un estudio transversal con entrevista domiciliaria de una cohorte de ancianos (creada en 1986 con una muestra representativa de los mayores de 65 años residentes en la comunidad de la ciudad de Barcelona). Se realizó examen oral a 561 personas, que representan el 62,9% de los 891 sobrevivientes, recogiéndose la información de acuerdo al índice CAOD (Dientes Careado, Ausentes y Obturados), y además se recogió información socio-demográfica y de utilización de servicios odontológicos. La variable CAOD es discreta y no simétrica, por ello se construyó un modelo multivariado Log-lineal de Poisson para evaluar la asociación de las variables sociodemográficas y de utilización de servicios con éste índice.

Resultados: El 41,7% de las personas ancianas evaluadas presentaban desdentamiento total. Entre los individuos dentados, el número de dientes remanentes y obturados era bajo (media 14,9 y 1,2, respectivamente), mientras que la media de dientes careados que necesitaban obturación era de 2,2. La utilización de servicios fue baja tanto en individuos dentados como desdentados (20% y 7,7% visitaron un dentista durante los 6 meses previos a la entrevista, respectivamente). El índice CAOD en individuos dentados (media 16,4) muestra una asociación significativa con la clase social ($p = 0,001$) después de ajustar por edad, género, cobertura sanitaria y utilización de servicios odontológicos.

Conclusiones: La alta proporción de desdentamiento total y el bajo número de dientes remanentes entre los individuos dentados indican que las extracciones han sido la principal forma de tratamiento para este grupo generacional. Por otra parte, las desigualdades socio-económicas encontradas en el estado de salud dental de los ancianos, junto con la baja proporción de visitas al dentista indicaría un problema de acceso a este tipo de servicios.

Financiación. Fondo de Investigación Sanitaria (91/0629), Instituto de Salud Carlos III (RCESP C03/09), DURSI (2001 SGR 00405), Fundación BBVA-Fundación Carolina.

VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE PRIORIZACIÓN PARA PACIENTES EN LA LISTA DE ESPERA

A. Escobar, J.M. Quintana, A. Bilbao, B. Ibáñez y J.C. Arenaza

Hospital de Basurto; Hospital de Galdakao; Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias.

Antecedentes y objetivos: Una de las formas de juzgar la eficacia del sistema sanitario es que las personas que tienen mayor necesidad sean atendidas antes y no en función de la fecha de entrada en la lista de espera. Debido a las amplias listas de espera por las artroplastias, nos enfrentamos a cómo priorizar a los pacientes. El objetivo del estudio fue validar unos criterios de priorización para pacientes que iban a ser intervenidos de artroplastia primaria de cadera o rodilla.

Métodos: Los criterios explícitos fueron desarrollados mediante una adaptación del método RAND de uso apropiado. Las variables fueron definidas por el equipo investigador y por grupos focales de pacientes. Las variables incluidas fueron: dolor mecánico (3 categorías), limitaciones funcionales al caminar (3 categorías), dolor en reposo (3 categorías), otro tipo de limitación funcional (2 categorías), alteraciones en la exploración física (3 categorías), amenazas al rol social (cuidado de familiares, capacidad de trabajo o vivir independientemente) (2 categorías), y existencia de otras patologías que puedan mejorar con la intervención (2 categorías). Estudiamos la validez del instrumento en 635 pacientes, comparándolo con el cuestionario específico de artrosis de cadera y rodilla WOMAC. Realizamos un ANOVA tomando como variables dependientes la puntuación obtenida por los pacientes al aplicar el instrumento creado (de 0 a 100 puntos), y las puntuaciones de cada una de las dimensiones del cuestionario WOMAC dolor, rigidez y capacidad funcional. La variable de agrupación fue los tres grupos que define el método RAND adaptados (urgente, preferente y ordinario). Finalmente, calculamos el coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones obtenidas por los pacientes y las puntuaciones de cada escala del WOMAC.

Resultados: Las medias de las puntuaciones obtenidas al aplicar el instrumento de priorización fueron 82,5 (urgentes), 44,2 (preferentes) y 23,1 (ordinarios) ($p < 0,0001$). Las diferencias de medias en las tres dimensiones del WOMAC asimismo fueron estadísticamente significativas según el grupo de prioridad asignado a cada paciente. Finalmente las correlaciones halladas estaban en valores de 0,66 para el dolor, 0,76 para la capacidad funcional y de 0,48 para la rigidez.

Conclusiones: Los presentes datos apoyan la validez del instrumento de priorización creado para la artroplastia de cadera o rodilla.

Financiación. FIS 01/0184; FIS G03/202 Redes Temáticas (Red IRYSS).

019

020

ADECUACIÓN, PRIORIZACIÓN Y RESULTADOS DE CIRUGÍA DE CATARATAS EN ANDALUCÍA: AVANCE DE RESULTADOS

J.R. Lacalle, J. Martínez-Tapias, C. Milla, E. Perea, I. Montero, A. Conteras, E. Delgado, A. Rojano y F. Rodríguez-Hurtado

Universidad de Sevilla; H. U. Virgen de las Nieves. Granada, H. Costa del Sol. Málaga. Málaga, H. de Antequera. Málaga.

Antecedentes y objetivos: La cirugía de cataratas es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado en el sistema sanitario público de Andalucía (SSPA), y su lista de espera está sometida a una regulación que garantiza un tiempo máximo. La indicación de esta cirugía se basa en la agudeza visual. Pero hay otros aspectos, funcionalidad social y calidad de vida que se deben tener en cuenta en la indicación. Por otro lado, se desconoce si la priorización de la lista de espera puede resultar beneficiosa para el paciente. La línea desarrolló un panel de expertos, con la metodología de uso apropiado de RAND, con el que se han establecido unos criterios explícitos de indicación apropiada y un sistema de priorización

Objetivos: 1. Medir la proporción de indicación apropiada de cirugía de cataratas (primer ojo) en el SSPA. 2. Evaluar los criterios de priorización en los pacientes en lista de espera. 3. Medir resultados clínicos y oftalmológicos: funcionalidad, calidad de vida, utilidades, expectativas y satisfacción (del paciente), antes y después de la intervención. 4. Valorar la relación entre la indicación apropiada y nivel de priorización y los resultados finales obtenidos en el seguimiento, globalmente y comparativamente por centros.

Métodos: Inclusión de pacientes a intervenir de cataratas en todos los hospitales participantes (4) durante un periodo de 10 meses. Se estima una inclusión de 1275 pacientes. Se aplican los criterios explícitos de indicación y priorización en la catarata desarrollados por este equipo en la línea 2.2 de uso apropiado de red IRYSS. Revisión de la historia clínica de pacientes incluidos, con un formulario estandarizado. Revisión al 2º mes después de la intervención. Medición de calidad de vida con instrumentos estandarizados (SF-36/SF6D y VF-14), antes de la intervención y al 2º mes tras la intervención, por encuestas postales.

Resultados: Tras 9 meses de trabajo de campo se han incluido a 855 pacientes, 63,6% de los esperados. Se han intervenido a 269 pacientes (20% de la muestra). La tasa de respuesta de los cuestionarios pre-intervención, sin recordatorios, es de 42,8%. La edad media es 72,6 años, con un ligero predominio de mujeres (53,4%). El 74,8% tenía una agudeza visual < 0,2. Sin embargo, solamente el 33,8% reconocían limitaciones en las actividades de la vida diaria, y el 42,9% en las actividades de ocio.

Conclusiones: Se comentan los principales obstáculos en la ejecución del proyecto, y se propone una interpretación de los hallazgos, en cuanto a los aspectos estructurales y organizativos.

Financiación. FIS P1030823.

PRIORIZACIÓN Y ADECUACIÓN EN LOS PROCEDIMIENTOS INCLUIDOS EN LISTA DE ESPERA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

E. Andradas Aragonés, J.A. Blasco Amaro, S. Escalona López, J.M. Beqiristain, B. Elizalde y A. Escobar Martínez

UETS Agencia Lain Entralgo; Departamento de Sanidad Dirección Territorial Guipuzcoa; Unidad Investigación Hospital Basurto.

Antecedentes y objetivos: Los países con sistemas de salud financiados principalmente con dinero público tienen en común las listas de espera en la atención sanitaria. En nuestro sistema sanitario la forma tradicional de gestionar las listas de espera ha sido utilizar el tiempo de espera como único elemento para establecer el orden de los pacientes. El objetivo de esta revisión bibliográfica es identificar los métodos que se utilizan a nivel nacional e internacional para priorizar pacientes en lista de espera.

Métodos: Se ha realizado una búsqueda de artículos publicados dentro de la literatura biomédica presente en las siguientes bases de datos: MEDLINE (1966): (Health Priorities OR appropriateness mp.) AND Waiting Lists CINAHL: (priority mp. OR appropriateness mp.) AND (Waiting Lists OR Health Services Accessibility OR Ambulatory Surgery OR Treatment Delay OR Surgery, operative) CANCERLIT: (Health Priorities OR appropriateness mp.) AND Waiting Lists EMBASE: (priority mp. OR appropriateness mp.) AND Waiting Lists mp. MEDLINE IN PROCESS & OTHER NON-ANEXED CITATIONS (1966 to present): (priority mp. OR appropriateness mp.) AND Waiting Lists mp. PASCAL BIOMED: (Health Priorities OR appropriateness mp.) AND Waiting Lists mp. Se ha limitado la búsqueda a inglés, francés, alemán, italiano y español. La búsqueda fue efectuada en enero de 2005.

Resultados: Se han encontrado un total de 336 artículos, entre los cuales se ha llevado a cabo una selección atendiendo a los siguientes criterios de exclusión: *Patología:* procesos clínicos quirúrgicos y procedimientos diagnósticos no relacionados con la lista de espera. *Política sanitaria:* no relacionados con procedimientos característicos en la lista de espera quirúrgica Finalmente se han seleccionado 156 publicaciones, de las cuales 118 son artículos y 38 revisiones, que pueden ser clasificadas en los siguientes grupos: métodos utilizados en priorización de procesos en lista de espera (86 artículos), procesos clínico-quirúrgicos relacionados con la lista de espera (44 artículos), política sanitaria relacionada con procedimientos en lista de espera quirúrgica (26 artículos). Cada una de estas categorías, a su vez se ha dividido en subcategorías.

Conclusiones: Los sistemas de priorización combinan criterios clínicos y sociales que definen la necesidad del paciente de ser intervenido. El fin último de estos métodos es conseguir el acceso a los servicios de salud apropiados y efectivos y que el acceso sea priorizado en base a las necesidades y el potencial beneficio que el paciente pueda obtener.

022

021

EL ÍNDICE EQ-5D PARA EVALUAR EL IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES SOBRE LA SALUD EN EUROPA

M. Martínez-Alonso, G. Vilagut, H.H. König, S. Bernert y J. Alonso

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; University of Leipzig.

Antecedentes y objetivos: Evaluar el impacto sobre el estado de salud de los trastornos mentales comunes en población general europea.

Métodos: Los datos provienen del proyecto "European Study of Epidemiology of Mental Disorders" (ESEMeD), un estudio transversal, estratificado y multietápico de una muestra aleatoria representativa de 21.425 habitantes mayores de 18 años y no institucionalizados de la población general de: Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España (2001-2003). ESEMeD fue diseñado para evaluar entre otros aspectos, la prevalencia, comorbilidad y calidad de vida de personas con trastornos mentales comunes mediante entrevista domiciliar y usando la versión del CID-I de WHO World Mental Health Survey Initiative. La entrevista incluía el EQ-5D para definir el estado de salud. Para calcular el índice o preferencia poblacional se utilizaron las tarifas británicas obtenidas por Dolan a partir del método de equivalencia temporal, las cuales proporcionan puntuaciones de -0,54 (peor) a 1 (mejor).

Resultados: La prevalencia de algún trastorno mental en los últimos 12 meses fue del 9,6%. La media de puntuación del índice EQ-5D para aquellos con algún trastorno mental fue de 0,816 (IC 95% 0,803-0,830), para aquellos con alguna enfermedad física crónica fue de 0,882 (IC 95% 0,875-0,889) y para aquellos sin trastorno mental ni enfermedad crónica fue de 0,978 (IC 95% 0,973-0,982). Según el tipo de trastorno mental, las puntuaciones medias fueron 0,769 (IC 95% 0,746-0,792) para trastorno/s del estado de ánimo, 0,808 (IC 95% 0,790-0,826) para trastorno/s de ansiedad y 0,893 (IC 95% 0,866-0,920) para abuso o dependencia de alcohol. Los cinco trastornos con mayor impacto sobre el estado de salud fueron: distimia, ansiedad generalizada, pánico, episodio de depresión mayor y enfermedad cardíaca.

Conclusiones: En comparación con las enfermedades físicas crónicas, tener algún trastorno mental en los últimos 12 meses ocasiona un impacto mayor sobre la salud. Dada su alta prevalencia (y que su acceso a tratamiento es relativamente bajo), los trastornos mentales emergen como una fuente muy relevante de necesidad de atención sanitaria en Europa.

Financiación. SANCO (SANCO-2004123), Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), Red SIG-RIRAG (G03/061) y Red RCESP (C03/09), CatSalut-Servei Català de la Salut y GlaxoSmithKline.

LA ANGIOPLASTIA CORONARIA PRIMARIA (ACTP PRIMARIA) EN CATALUÑA. ESTIMACIÓN POTENCIAL DE LA DEMANDA

A. Pozuelo, J. Benet, A. Guarga y E. Torné

Consorci Sanitari de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: Marrugat et al, estimaron que se habrían producido 68.494 IAM en el año 2002 en España (11.294 en Cataluña), con una mortalidad a los 28 días del 56,5% (40,2% antes de asistencia hospitalaria) Situación clínica diferencial es el IAM con elevación de segmento ST, tributaria de tratamiento de reperfusión coronaria. Las opciones terapéuticas son la fibrinólisis o la ACTP primaria. Según la Sociedad Española de Cardiología, la tasa de utilización de ACTP primaria es de 170 por millón en el 2004 (465 Navarra y 62 Asturias, Cataluña: 76) Los objetivos son estimar la demanda potencial de la ACTP primaria en Cataluña y realizar una primera valoración de la oferta asistencial para este procedimiento.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica no exhaustiva sobre eficacia de los dos tratamientos de reperfusión, y sobre la incidencia estatal de IAM y de IAM con elevación del segmento ST y utilización de la ACTP primaria como tratamiento de reperfusión en la que basar la estimación. Para valorar la oferta asistencial, se realizó una encuesta a los centros catalanes (red pública y privada), sobre la estructura de salas de hemodinámica, recursos humanos, actividad realizada, disponibilidad horaria.

Resultados: Una revisión (metaanálisis 22 de ensayos clínicos aleatorizados) concluye que la ACTP primaria mejora la supervivencia de la fibrinólisis hospitalaria y que la fibrinólisis extrahospitalaria presentaría una mortalidad a los 30 días equivalente a la ACTP primaria (solo un ensayo). La Sociedad Europea de Cardiología recomienda la ACTP primaria si se realiza 90 minutos después del primer contacto sanitario. Se ha estimado que 1.329 casos anuales podrían ser susceptibles de ACTP primaria en Cataluña; aplicando sucesivas condiciones: contacto con el sistema sanitario, elevación de segmento ST, atención hospitalaria en el periodo ventana de reperfusión, opción terapéutica por la ACTP primaria. En el año 2004, había 14 centros con laboratorio de hemodinámica en Cataluña; uno con disponibilidad 24 horas/día.

Conclusiones: La ACTP primaria y la fibrinólisis extrahospitalaria son técnicas complementarias de aplicación condicionada a factores locales de intervalo temporal de acceso a los recursos. La estimación de la demanda de ACTP es claramente superior a la actividad real. La disponibilidad del recurso de 24 horas no sería principal causa de esta diferencia (18 casos semanales -70% del total- ocurrirían con un único recurso disponible). Factores de tipo organizativo (celeridad en el diagnóstico y transporte urgente, coordinación de la oferta en horario de tarde y el drenaje posterior a otros centros) tendrían mayor relevancia.

023

024

TRAYECTORIAS EVOLUTIVAS DE LA CALIDAD DE VIDA Y USO DE SERVICIOS SANITARIOS: CARACTERÍSTICAS BASALES DE UNA MUESTRA ESPAÑOLA DE 8 A 18 AÑOS

E. Villalonga Olives, J.A. Palacio Vieira, J.M. Valderas, S. Berra, J. Alonso y L. Rajmil

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Agència d'Avaluació en Tecnologia i Recerca Sanitària.

Antecedentes y objetivos: KIDSCREEN es el primer cuestionario genérico creado en 13 países europeos que mide calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en población infantil y adolescente de 8 a 18 años. La obtención de valores poblacionales de referencia fue el objetivo de la última fase del proyecto, para el que se recogió una muestra representativa de la población española. El presente estudio describe las características basales de esta muestra.

Métodos: Se realizó un muestreo telefónico representativo de familias españolas. Un total de 882 chicos/as y sus familias respondieron a un cuestionario postal durante 2003. Se analizaron las variables edad, sexo, CVRS (KIDSCREEN) y salud mental de los chicos/as: así como el nivel socioeconómico familiar (mediante el Índice de Bienestar Económico Familiar) y el máximo nivel de estudios entre los padres. KIDSCREEN se compone de 52 ítems con respuestas que se agregan en 10 dimensiones mediante el cálculo de la media de las puntuaciones y la transformación a una escala 0-100. La salud mental fue evaluada con el Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ), que permite detectar casos límite y probables de problemas de salud mental. Se realizaron análisis descriptivos de las variables mencionadas, comparando además las medias obtenidas en las dimensiones del KIDSCREEN por edad y sexo.

Resultados: El 49,1% eran de sexo femenino y el 63,1% adolescentes (12-18 años). El 8,9% de la muestra fueron casos límite y el 6,2% probables casos de problemas de salud mental. Un 20,3% de familias era de nivel socioeconómico elevado y el 29,8% de nivel bajo. El máximo nivel de estudios de la familia fue el nivel primario o menor en el 52,2% de la muestra. En la mayoría de las dimensiones del KIDSCREEN los niños/as (8-11 años) puntuaron más (mejor CVRS) que los adolescentes ($p < 0,05$). Las chicas puntuaron menos que los chicos en 7 de las 10 dimensiones del estudio y puntuaron más en 2 de las 3 dimensiones restantes ($p > 0,05$).

Conclusiones: Se cuenta con una muestra basal representativa de población adolescente española. La salud mental, el género, la edad y el estatus socioeconómico influyen en la CVRS. El estudio longitudinal permitirá analizar la evolución de las diferencias en CVRS y sus factores asociados, para confirmar o descartar hipótesis elaboradas en estudios transversales.

Financiación. Este estudio ha sido financiado por la Unión Europea (contrato N° QLGT-2000-00751), el Instituto de Salud Carlos III (Red IRYSS G03/202) y el Fondo de Investigación Sanitaria (PI042504 y PI042315).

026

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y COSTES DE LAS ALTAS HOSPITALARIAS. REGIÓN DE MURCIA, 2003-04

L. Hernando Arizaleta, O. Monteagudo Piqueras, J.M. Cayuela Fuentes, J.A. Palomar Rodríguez, M.E. González Pérez, J.A. García Crespo y M. López Sánchez

Servicio de Planificación y Financiación Sanitaria Dirección General de Planificación, Financiación y Política Farmacéutica Consejería de Sanidad de Murcia.

Antecedentes y objetivos: Estimar la distribución geográfica de las altas hospitalarias por las principales enfermedades cardiovasculares y los costes asociados, en función del Área de Salud de residencia, con independencia del hospital de atención.

Métodos: Estudio descriptivo. *Fuente de información:* Registro de Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria de la Región de Murcia (RM). *Período de estudio:* 2003-04. *Población:* Pacientes mayores de 19 años dados de alta en hospitales radicados en la RM (992.099 personas, Padrón 2004, INE) y con diagnóstico principal 410 (Infarto agudo de miocardio-IAM-) y 430-437 (Enfermedad cerebrovascular-ECV-) de la CIE 9MC. Las Áreas de Salud que constituyen la RM son: I. Murcia Municipio; II. Cartagena; III. Lorca; IV. Noroeste; V. Altiplano; VI. Vega del Segura. Se estandariza de forma directa el número de episodios por Área de Salud, utilizando como estándar la población total de la RM. El gasto hospitalario en régimen de ingreso (para 2004) se extrajo de la aplicación de los costes por GRD (Pesos españoles de 2002, actualizados a 2004 con los valores utilizados por el Ministerio de Sanidad). Se calcularon las Razones de variación (RV).

Resultados: En el periodo se generaron 3471 altas por IAM y 7247 por ECV. Para el IAM, la tasa de la RM es de 6,85 por 1.000 habitantes, con un recorrido de tasas estandarizadas que oscila entre 7,74 para el Área de Salud de la Vega del Segura y 5,62 para el Altiplano (RV = 1,37); para las mujeres los valores son 6,62 (7,56, Vega del Segura-5,73, Noroeste; RV = 1,32) y para los hombres 7,09 (7,93 Vega del Segura -4,63, Altiplano; RV = 1,71). Para la ECV, la tasa regional es de 3,31 (Cartagena: 3,67 - Altiplano 2,10; RV = 1,74), para las mujeres, 2,16 (Vega del Segura: 2,57 - Altiplano: 1,09; RV = 2,35) y para los hombres 4,46 (Cartagena: 5,05- Altiplano: 3,10; RV = 1,62). El coste del IAM en 2004 fue un 2,7% del coste total de la atención especializada en régimen de ingreso, siendo la ECV un 3,7%, lo que da un total del 6,4%. Por Áreas de Salud los valores oscilan entre un 7,2% del Área del Noroeste y 5,4 del Altiplano (RV = 1,33).

Conclusiones: Las áreas con mayor RV han sido la V y VI, con respecto al IAM en hombres y a la ECV en mujeres. Según las tasas estandarizadas, en el Área V la baja frecuencia de casos es congruente con el bajo gasto. Llama la atención cómo la alta tasa del Área VI, no se corresponde con el mayor gasto sanitario. Dado que la utilidad de los estudios descriptivos es generar hipótesis, este hallazgo debe tenerse en cuenta en estudios posteriores.

025

PERFIL DE LA PREVALENCIA SINTOMÁTICA DE ARTROSIS Y DE LA UTILIZACIÓN DE ARTROPLASTIA DE RODILLA

L. Hoffmeister, R. Román, M. Comas y X. Castells

Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica, Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS).

Antecedentes y objetivos: Comparar el perfil de prevalencia de artrosis sintomática de rodilla con el perfil de utilización de artroplastia de rodilla por edad y sexo.

Métodos: Se usó la estimación de la prevalencia sintomática del estudio EPISER con población española. A partir de los datos del CMBD, fueron calculadas las tasas estandarizadas de prótesis de rodilla de personas mayores de 50 años, asociadas al diagnóstico de artrosis, de las comunidades autónomas de Andalucía, Aragón, Cataluña y País Vasco.

Resultados: En el EPISER, se encuentra una disminución de la prevalencia sintomática de artrosis de rodilla, a partir de los 75/80 años (33,7% entre los 70-79 y 21,3% entre los de 80 o más años). Asimismo, las tasas de utilización crecen hasta el quinquenio 70-74 años (56,6 por 10.000 habitantes de 50 o más años), luego decaen levemente en el siguiente quinquenio y drásticamente entre quienes tienen 80 y más años (14,4 por 10.000 habitantes de 50 o más años), situación común en las cuatro CCAA. Por otra parte, las mujeres presentan tasas entre dos y tres veces por encima de las de los hombres.

Conclusiones: El declive de la prevalencia sintomática en edades avanzadas es contradictorio con la irreversibilidad de la artrosis y su relación con el envejecimiento. Esto se explicaría por la competencia de muertes, suponiendo una mayor tasa de mortalidad entre quienes tienen artrosis, hipótesis de la que no se ha encontrado evidencia. Otra explicación serían las diferencias en la declaración de síntomas, especialmente del dolor, asociadas con la edad. Estas ocurrirían por un proceso de subdeclaración producido por la adaptación al dolor y por la existencia de comorbilidades en personas de avanzada edad. Las mujeres declaran mayor dolor, presentando una mayor prevalencia de artrosis y de utilización de prótesis. La utilización es coherente con el perfil por edad de la prevalencia, apoyando la pertinencia del uso de síntomas en la medición de la presencia de artrosis, ya que son estos los que tienen impacto en términos de necesidad de atención de la población. Sin embargo, la ausencia de un crecimiento monótono de la prevalencia impide su utilización para estimar la incidencia a través de los métodos existentes para enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento. Este fenómeno sería común en este tipo de enfermedades, donde son relevantes, tanto para la definición de la enfermedad como para la indicación de tratamiento, los síntomas y la capacidad funcional valorados por el paciente.

Financiación. AATRM (089/07/2000), FIS (PI020365, G03/202 Y C03/09).

027

EVOLUCIÓN DEL IMPACTO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS HOSPITALARIOS

F. Cots, X. Castells, O. Vall, O. García, M. Riu y A. Felipe

Servicio de Evaluación y Epidemiología Clínica-Hospital del Mar; Servicio de Pediatría-Hospital del Mar; Unidad de Investigación en servicios Sanitarios-IMIM-IMAS.

Antecedentes y objetivos: Un flujo intenso de inmigrantes en un período corto de tiempo, supone un impacto evidente en la estructura poblacional y consecuentemente en la utilización de servicios sanitarios. En el área de influencia del Hospital del Mar de Barcelona ha habido un incremento de población inmigrante que ha supuesto, en pocos años, que más del 20% de la población del área sea Inmigrante de Países de Renta Baja (IPRB). Su estructura sociodemográfica es totalmente distinta a la de la población autóctona. El objetivo de la comunicación es analizar como ha evolucionado la utilización de servicios hospitalarios por parte de la población inmigrante en el período 2000-2004.

Métodos: Se analizan todos los actos asistenciales que se han producido en el período 2000-2004. En primer lugar se depuran los registros sobre origen de los pacientes. Puesto que todos los niños nacidos en España se registran como españoles independientemente del origen de sus familias, se ha contado con bases de datos realizadas por el servicio de pediatría y neonatología que han permitido asignar a estos niños a los grupos de países de origen de los padres. Se agrupan los pacientes en dos grandes grupos: IPRB por un lado y nacionales o de países de renta alta, por otro. Las atenciones se han agrupado en 68.750 altas, 486.319 consultas externas y 866.369 urgencias. La evolución se ha establecido como el porcentaje de atenciones de población inmigrante sobre población total.

Resultados: El porcentaje de atenciones de urgencias evoluciona desde el 13,3 al 23,0% en cinco años. La actividad ambulatoria incrementa el porcentaje entre el 2,3 y el 6,1%. La actividad de hospitalización incrementa entre el 7,7 y el 13,3%.

Conclusiones: El peso de la población inmigrante ha incrementado de forma relevante en el período estudiado. Las diferencias entre la utilización de servicios es muy elevada (23% de urgencias y 6% de consultas externas). Estas diferencias suponen un patrón de utilización diferenciado que tiene un impacto no neutral sobre la oferta de servicios sanitarios.

028

PROYECTO SUBER, NIVELES DE FUNCIÓN SOCIAL DETERIORO COGNITIVO Y LIMITACIONES FUNCIONALES EN MAYORES DE 70 AÑOS EN UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

A. Villafaina Barroso, S. García García, J.J. Morales Lomas, R. Rodríguez Lima, D. López Crespo, I. Sánchez Becerra, M.J. Cano Lozano, A.L. Villanueva Romero y C. Carrasco Ramos

Servicio Extremeño de Salud; Servicio Social de Base.

Antecedentes y objetivos: Generales Evaluar la función social de las personas objeto del programa Específicos Evaluar las interacciones y los recursos sociales Evaluar la capacidad de adaptación del individuo al entorno Evaluar el grado de deterioro cognitivo de las personas objeto de estudio.

Métodos: Entrevista personal y domiciliaria por un farmacéutico y un psicólogo a las personas incluidas en el estudio, mayores de 70 años de la ZBS de Pueblonuevo (Badajoz). Mediante un test se valora el Funcionamiento Social, la Limitación Funcional y el Grado de Deterioro Cognitivo.

Resultados: Función social De los 388 entrevistados, un 17% poseen buenas relaciones sociales, un 49,7% tiene leves dificultades en su funcionamiento social; un 24,5% están moderadamente incapacitados socialmente; un 6,4% se encuentran gravemente incapacitados socialmente y un 2,3% están totalmente incapacitados socialmente. Entre 70 y 75 años y a partir de los 90 no existen diferencias entre sexos. En el segmento de 75 a 90 sí existen diferencias; las mujeres obtienen mejor puntuación. Deterioro cognitivo De los 400 entrevistados, en un 72,8% no se aprecia deterioro cognitivo; un 14,1% tienen deterioro cognitivo leve; un 5% padecen deterioro cognitivo moderado; un 4,8% padecen deterioro cognitivo grave y un 3,5% padecen deterioro cognitivo muy grave. A medida que aumenta la edad aumenta también el grado de deterioro cognitivo. A partir de los 75 años, se observa que los hombres obtienen peores resultados que las mujeres a medida que aumenta la edad. Limitación funcional: De las 400 entrevistados, un 33,8% no padecen ninguna limitación funcional; un 30,5% padecen limitación funcional leve; un 19,5% padecen limitación funcional moderada; un 14,0% padecen limitación funcional severa y un 7% requieren total supervisión por parte de sus cuidadores. A menor limitación funcional mejor puntuación en recursos sociales.

Conclusiones: 1. Las relaciones interpersonales son fundamentales para el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores 2. Las mujeres manejan mejor las relaciones sociales, poseen una red más amplia y mantienen lazos afectivos más intensos 3. La viudez presenta más problemas para los hombres 4. La actividad diaria es fundamental para mantener las capacidades cognitivas 5. Las limitaciones funcionales dificultan los contactos sociales y disminuyen el autoconcepto y la autoestima 6. La Soledad, es una de las enfermedades más prevalentes en este grupo de edad Estos son resultados preliminares de un proyecto, que pretende abordar la salud desde un punto de vista integral y multidisciplinar.

Financiado con 15.000 euros por la Consejería de Sanidad y Consumo Junta de Extremadura.

COMUNICACIONES EN CARTEL

MESA 2

Proceso de atención sanitaria

CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS ¿ES ÚTIL EN SALUD MENTAL?

J. Autonell Caldentey, A. Fernández Sánchez y D. Suárez Lamas
Sant Joan Déu, SSM.

Antecedentes y objetivos: En España los Sistemas de Información Sanitaria implementados en Salud Mental tienen características muy variables en las diferentes Comunidades Autónomas. Son escasamente explotados y existen controversias sobre su utilidad. El objetivo de nuestro trabajo es estudiar la utilidad del CMBD para evaluar la efectividad de las intervenciones psiquiátricas.

Métodos: La medida seleccionada para evaluar la efectividad fue el reingreso hospitalario. Un panel de expertos identificó los factores de riesgo asociados a reingreso en pacientes con esquizofrenia. A partir de los datos del CMBD de los años 2001-2002 de cuatro Comunidades Autónomas se estudiaron los reingresos de un total de 10292 pacientes dados de alta con diagnóstico principal de esquizofrenia. Se utilizaron modelos de ajuste de riesgo y, en otro análisis, se estimó la probabilidad de reingreso mediante regresión de Cox.

Resultados: En los análisis bivariados las variables que alcanzaron la significación estadística fueron comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico y la comorbilidad con el abuso de alcohol. Al desarrollar los modelos de regresión logística ninguna variable clínica alcanzó la significación estadística para ser incluida en el modelo final. En el análisis de regresión de Cox las variables asociadas con incrementar el riesgo de reingreso fueron la comunidad autónoma, tener un diagnóstico de esquizofrenia subtipo hebefrénica y tener un diagnóstico comórbido de hepatitis. El diagnóstico de esquizofrenia subtipo episódica disminuía el riesgo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos parecerían indicar una escasa utilidad del CMBD en el campo de la psiquiatría. Sin embargo habrá que ensayar otras metodologías estadísticas que pudieran ser más adecuadas a las características de las variables. O incluir otras variables más relacionadas con las características de la esquizofrenia y otros diagnósticos psiquiátricos.

Financiación. Red YRISS. FIS G03/2002.

029

030

VARIACIONES MEDICARE, VARIACIONES A LA ESPAÑOLA

R. Sotoca, F. Pradas, J. Beltrán, N. Martínez, M. Ridao, J. Libroero, E. Bernal y S. Peiró

I+CS; Gobierno de Aragón; EVES.

Antecedentes y objetivos: Las variaciones de práctica médica han sido bien descritas para la población estadounidense asegurada por MEDICARE. Se arguye que estas VPM se deben al tipo de incentivos que dominan el sistema: pago por acto tanto a proveedores como a médicos. En España, por el contrario, los incentivos funcionarían en sentido contrario: Sistema retrospectivo de financiación de hospitales (poco efecto de la financiación GRD), pago por salario y un pequeño pago por acto en los programas de reducción de listas de espera. Según esto, sería de esperar una menor variabilidad en el SNS español con respecto al estadounidense.

Métodos: *Diseño:* estudio ecológico de las tasas estandarizadas de utilización por 10.000 habitantes en mayores de 65 años de los siguientes procedimientos: fractura de cadera, artroplastia de cadera, artroplastia de rodilla, colestectomía y amputación del miembro inferior. *Fuentes:* Los datos españoles se obtuvieron del banco de datos del proyecto VPM-IRYSS, cuya fuente es el CMBD hospitalario del año 2002 (111 áreas sanitarias que afectan al 75% de la población española). Los datos americanos se obtuvieron de las bases de datos disponibles en <http://www.dartmouthatlas.org> y afectan a 307 áreas Medicare. *Análisis:* entre los estadísticos habituales de variaciones de práctica se calculó la tasa de utilización estandarizada por edad, razón de variación para el 90% y el 50% (RV5-95) de valores centrales. Adicionalmente, se representaron gráficamente las áreas sanitarias españolas y estadounidenses.

Resultados: La tasa mediana de utilización por 10.000 mayores de 65 años fue siempre superior en las áreas Medicare 29,88 vs. 18,21 en artroplastia de cadera; 58,94 vs. 39,79 en artroplastia de rodilla; 15,85 vs. 9,42 en amputación y 49,83 vs. 27,74 en colestectomía. El rango de razones Medicare/España osciló entre 1,48 para artroplastia de rodilla y un 1,79 para colestectomía. Salvo para el caso de la colestectomía, un 10% de las áreas españolas se encuentra con tasas superiores a la mediana Medicare. La variación fue mayor, sin embargo para el caso español, incluso al considerar el 50% de los valores centrales. Aquí la RV25-75 fue un 27% (colestectomía) y un 38% (artroplastia de cadera y amputación) mayor que en Medicare.

Conclusiones: Pese a tener tasas de utilización inferiores las variaciones encontradas en España son superiores a las americanas. Eliminado el efecto de los valores extremos estas variaciones persisten. La estructura de incentivos del sistema español puede afectar a la tasa global pero no contribuye a mitigar las variaciones de la práctica en procedimientos con variable dosis de incertidumbre.

*Financiación. ISCIII.***MORTALIDAD AJUSTADA COMO MEDIDA DE LA EFECTIVIDAD EN CIRUGÍA DE CÁNCER GÁSTRICO**

J. Real, M. Baré, J. Cabrol, G. Navarro, R. Campo y C. Pericay

Epidemiología. Fundació Parc Taulí; UDIAT; Servei de cirurgia; Unitat oncologia; Corporació Sanitària Parc Taulí; Grupo de evaluación de la efectividad. RED IRYSS.

Antecedentes y objetivos: 1. Evaluar la mortalidad hospitalaria en cirugía de cáncer gástrico. 2. Definir y evaluar un modelo de ajuste de riesgo de mortalidad.

Métodos: Estudio retrospectivo de datos provenientes del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria (CMBD) de Andalucía, Aragón, Cataluña y Madrid del año 2001 y 2002. Se incluyeron todas las altas con el diagnóstico principal de cáncer gástrico (CIE-9-MC: 151) en las cuales constase un procedimiento quirúrgico terapéutico. Un grupo de expertos elaboró una lista de factores de riesgo, comorbilidades, complicaciones y procedimientos candidatos a ser analizados en relación a la mortalidad. Se construyó el modelo mediante regresión logística (método Enter) ajustando por edad, índice Charlson, tipo de ingreso y las variables con significación ($p < 0,1$) y con una frecuencia $\geq 2\%$. La fuerza de asociación se expresó mediante su Odds Ratio (OR). Se evaluó su ajuste mediante la prueba de Hosmer-Lemeshow y el área bajo la curva ROC. **Resultados:** Se identificaron un total de 3241 altas en 4 comunidades autónomas de las cuales 2055 (63,4%) fueron en hombres. La edad media fue de 67,6 ($\pm 12,2$). La mortalidad fue del 10,3% (IC95%: 9,3 – 11,4), y se observaron algunas variaciones entre comunidades autónomas, con un rango entre 9% y un 12%. Las variables que mejor explicaron la mortalidad en el modelo final fueron (OR; IC95%): Insuficiencia renal, (1,4; 8,3-23,7), Peritonitis, (8,7; 3,8-19,7), Absceso intrabdominal (4,6; 2,5-8,3), Neumonía (3,2; 2,0-5,3), Infiltración de órganos vecinos, (2,6; 1,7-4,1), Infección de herida operatoria (1,8; 1,2-2,5), Gastrectomía total (1,5; 1,1-1,9), y Linfadenectomía simple (0,25, 0,1-0,8), ajustado por edad (=85años:16,3; 6,3-41,8), Índice Charlson (= 3: 1,6; 0,8-3,1) y tipo de ingreso (urgente: 1,8; 1,4-2,3). No se rechazó la hipótesis de bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow (p -valor = 0,68) y el área bajo la curva ROC fue de 0,79 ($p < 0,001$). El modelo obtuvo un porcentaje de acierto global del 90,3%.

Conclusiones: 1) La tasa de mortalidad hospitalaria fue del 10,7% (IC95%: 9,3 – 11,4). 2) El modelo de mortalidad intrahospitalaria ajustado obtuvo una buena capacidad discriminativa (90%) y asumió una buena calibración del mismo. 3) A pesar de la congruencia de los resultados, el CMBD presenta limitaciones derivadas de la ausencia de otros factores que están relacionadas con la mortalidad hospitalaria.

Financiación. FIS, red temática G03I\202.

032

031

ADECUACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CATARATA APLICANDO EL MÉTODO RAND

G. Navarro Rubio, M. Baré Mañas, J. Gracia Martínez, X. Núñez Pérez, M.T. Sellares Fabres, T. Pujol Domingo y J. Visa Nasarre

Corporació Parc Taulí.

Antecedentes y objetivos: El grupo de trabajo de uso apropiado de la red temática IRYSS ha desarrollado criterios explícitos de indicación de la cirugía de catarata. El objetivo del estudio es aplicar dichos criterios explícitos desarrollados según la metodología RAND, para identificar el grado de utilización apropiada de la intervención de catarata por facoemulsión.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de una cohorte de pacientes con indicación de cirugía de catarata en la Corporación Parc Taulí desde noviembre del 2004. Se excluyeron pacientes menores de 17 años y mayores de 90 y pacientes con procesos malignos, patologías orgánicas o psiquiátricas que les impidan colaborar en el estudio. Se recogieron variables sociodemográficas, enfermedades asociadas, otras enfermedades oftalmológicas, evaluación oftalmológica pre y post intervención, datos de la intervención de la catarata y de las complicaciones durante la intervención. Se aplicaron los criterios explícitos desarrollados por la Corporación RAND y basada en el trabajo con un grupo de expertos, para calcular la tasa de indicación apropiada.

Resultados: Hasta la fecha, se ha indicado la intervención a 234 pacientes con una media de edad de 73,4 años (40 a 90 años), de los cuales se han operado el 30% ($n = 70$). El 61% de los pacientes eran hombres, el 64% no trabajaba y el 62% presentaba una agudeza visual en el ojo a operar = 0,4. Antes de la intervención el 46% presentaba limitación en las actividades de la vida diaria, 27% limitación en las actividades de ocio y un 8% disconfort. Respecto a la comorbilidad presentada, un 5% de los pacientes eran diabéticos sin retinopatía asociada y un 3% presentaba glaucoma o maculopatías antes de la intervención. En un 70% (IC 95%: 55,5-85,0) de los pacientes intervenidos la indicación fue adecuada y en un 30% (IC95%: 15,0-44,5) inadecuada. La apropiación corresponde en mayor frecuencia al escenario de catarata simple con agudeza visual en el ojo operado = 0,4 y dificultades para desarrollar las actividades de la vida diaria mientras que la inapropiación corresponde a pacientes con catarata simple, agudeza visual del ojo a operar = 0,5 y sin alteraciones visuales o con limitaciones en actividades de ocio.

Conclusiones: Hasta la actualidad el 70% de los pacientes incluidos en el estudio siguen los criterios de adecuación desarrollados y el 30% se consideran inapropiados. La aplicación de criterios de adecuación permitirá la autoevaluación y el análisis de la adecuación en relación a los resultados clínicos.

*Financiación. Red IRYSS. Fondo de Investigación Sanitario.***UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS. VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA. CATARATAS EN MAYORES DE 64 AÑOS**

R.J. Gómez Lázaro, C. Fuentes Leal y S. Severiano Peña

Consejería de Sanidad y Consumo-Comunidad de Madrid; Ministerio de Sanidad y Consumo.

Antecedentes y objetivos: Las variaciones en la utilización de servicios sanitarios se conocen desde hace más de 60 años. Parte de la variabilidad se ha asociado con la accesibilidad a la asistencia, con cuidados innecesarios o inapropiados y con diferencias en la oferta de recursos, entre otras razones. Las intervenciones sobre cristalino son procesos de variabilidad intermedia. *Objetivos:* Describir variaciones en las tasas de utilización de procedimientos quirúrgicos sobre cristalino en mayores de 64 años, en la Comunidad de Madrid (CM), en el año 2001.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo de tasas (ajustadas por edad y sexo) por 10.000 habitantes de 65 o más años, de intervenciones quirúrgicas sobre cristalino, calculadas por lugar de residencia a partir de las altas del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de 2001. El CMBD de la CM recoge las altas de todos los centros públicos y privados de forma exhaustiva. Análisis ecológico de la variabilidad observada mediante los indicadores de variación del análisis de áreas pequeñas.

Resultados: El CMBD de 2001 recoge un total de 31.771 episodios de intervención sobre cristalino correspondientes a 27.833 personas de 65 ó más años residentes en la CM. La tasa ajustada para la CM fue de 354,1. La razón de tasas oscila entre 1,7 (487,2 vs. 290,0) para las tasas crudas (entre áreas) globales y 42,6 (184,4 vs. 4,3) para las tasas crudas al desagregar por distritos y financiación del episodio asistencial. Los coeficientes de variación no ponderado y ponderado globales entre áreas de salud (0,16 y 0,12 respectivamente) y entre distritos (0,26 y 0,21 respectivamente) indican variabilidad intermedia. Al desagregar por dependencia funcional del centro o por financiación de la asistencia lo público arroja más coeficientes que indican variabilidad intermedia que alta (rango: 0,24-0,52) y lo privado coeficientes que indican variabilidad alta, excepto uno que indica variabilidad intermedia (rango: 0,37-0,72), viéndose mayores diferencias para la financiación de la asistencia que para la dependencia funcional del centro. Ninguno de los chi cuadrado calculados supera el umbral de significación estadística de 0,05, ni para áreas ni para distritos, encontrándose una significación mayor de 0,1.

Conclusiones: Las intervenciones sobre cristalino realizadas en la CM en residentes de 65 y más años en 2001 tuvieron variabilidad intermedia. Sin embargo, en el ámbito privado se observa variabilidad más alta que en el público especialmente cuando se considera la financiación de la asistencia.

033

034

VARIABLES RELACIONADAS CON LA ADECUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS

R. Villegas, S. Márquez-Calderón, M.L. Buzón, E. Briones y F. Martínez-Pecino

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: La implantación de marcapasos ha sido una tecnología de rápida difusión. La simplificación de la técnica de implantación ha sido un factor que ha contribuido a ello. Sin embargo, la decisión de implantar un marcapasos es compleja, y sus resultados pueden depender de la selección de los candidatos. Se analizaron los factores relacionados con la adecuación, dentro del Estudio de Adecuación de la Implantación de Marcapasos en Andalucía.

Métodos: Estudio observacional de corte transversal con revisión de historias clínicas (en 8 hospitales). La variable principal fue la adecuación de la indicación (se utilizaron los resultados de un panel RAND realizado dentro del mismo proyecto). Se recogieron características de los pacientes, del hospital y del servicio indicador. Se realizaron un análisis bivariante y un análisis multivariante de regresión logística por el método de pasos hacia delante.

Resultados: Se analizaron 1123 implantaciones. Las mujeres fueron menos de la mitad de la muestra, los mayores de 64 años fueron más del 80%, y un 17% tuvo un índice de comorbilidad (Charlson) mayor de 1. El diagnóstico más frecuente fue el bloqueo aurículo-ventricular de 3er grado. En casi la mitad de los casos la indicación la realizó algún servicio de Cardiología. Se clasificaron como apropiados un 62% (700), como dudosos un 25% (282) y como inapropiados un 13% (141). En el análisis bivariante las variables asociadas con la adecuación fueron los grupos diagnósticos, la comorbilidad, el hospital y el servicio indicador. El análisis multivariante se realizó para aquellos grupos de diagnósticos que tenían al menos 20 casos y con variabilidad en la adecuación. Se incluyeron 537 pacientes (48% del total), de los que 427 tuvieron una indicación apropiada (79,5%) y 110 inapropiada (20,5%). Las variables asociadas con la inadecuación fueron el hospital, la comorbilidad y el grupo diagnóstico. Sólo uno de los hospitales fue diferente a la categoría de referencia, con casi 4 veces más inadecuación. El índice de Charlson mostró una relación directamente proporcional a la inadecuación (OR mayor de 4 en puntuaciones superiores a 2). Respecto a los grupos de diagnósticos, tres de ellos tuvieron mayor inadecuación que la categoría de referencia (disfunción del nodo sinusal); el bloqueo crónico bi o tri fascicular, el bloqueo aurículo-ventricular de 2º grado tipo I y la miocardiopatía hipertrofica. Al probar modelos sin incluir el grupo de diagnóstico y la comorbilidad, la única variable que seguía siendo significativa fue el hospital.

Conclusiones: Este estudio muestra parte de la variabilidad existente en la implantación de marcapasos permanentes en Andalucía, siendo el hospital la variable más relacionada con la adecuación de la indicación.

Financiación. Financiado por el FIS (98/0396) y por la Red de investigación cooperativa IRYSS (G03/202).

VARIACIONES EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

K. Latorre, B. Ibáñez, B. Garitano y F. Aizpuru

U Investigación Osakidetza-Alava; BIOEF; Dirección de Sanidad-Gipuzkoa; Grupo VPM-CAV.

Antecedentes y objetivos: En los últimos años se ha impulsado la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en el ámbito del SNS. Este desarrollo es muy desigual entre las distintas CCAA y entre distintas zonas bajo la misma administración. El objetivo de este estudio, piloto previo a la realización del número correspondiente del Atlas de VPM, es describir las variaciones geográficas dentro de la CAPV de la modalidad (con/sin ingreso) de algunos procedimientos quirúrgicos: cirugía de catarata, artroscopia de rodilla, colecistectomía laparoscópica, cirugía de varices, amigdalectomía, hemorroidectomía, herniorrafias y RTU (en este resumen se presentan resultados de los tres primeros).

Métodos: Se consideran las 20 áreas en que el EUSTAT divide el territorio de la CAPV. El número de intervenciones se ha obtenido del CMBD de la CAPV, años 2000-2003, y los denominadores del censo de población del año 2000. Se consideró cirugía sin ingreso si la fecha de intervención y alta coinciden, -estancia de 0 días-, salvo en el caso de la laparoscopia en que se consideró una estancia máxima de un día. Para analizar las tendencias generales a ingresar a los pacientes que son operados en cada área, se representa geográficamente la proporción de individuos que no han requerido ingreso con respecto al total de operaciones. Para estimar el riesgo de incidencia en cada área para cada procedimiento, se han utilizado: Metodología clásica. Cálculo de la razón de incidencia estandarizada por edad y Métodos de suavización de riesgos: modelos de sexo (estandarización indirecta) mixturas discretas de Schlattmann y Bohning, y modelos markovianos propuestos por Besag, York y Mollié. Las estimaciones se realizan considerando todos los procedimientos realizados en cada área y las tasas de cirugía sin ingreso. Los resultados se representan cartográficamente, lo que permite la comparación visual tanto de los distintos métodos como de las diferencias de tasas. Se calculan, además, los estadísticos habituales: Razón de Variación (RV) y Coeficiente de Variación (CV).

Resultados: El 96% de la cirugía de catarata se realiza de manera ambulatoria y sin gran variación geográfica (RV = 3,64; CV = 0,03). En artroscopias y colecistectomías se observa una variación mayor entre áreas (RV = 18,62 y 10,64 respectivamente; CV: 0,82 y 0,54). En cuanto al riesgo de incidencia, comprobamos que la metodología clásica presenta estimaciones poco estables en las comarcas menos pobladas cuando se estudian procedimientos poco frecuentes.

Conclusiones: Se observan variaciones en la modalidad indicada en función del área geográfica en distintos procedimientos. La metodología empleada estabiliza los riesgos en las áreas menos pobladas. El estudio avala la pertinencia de estudiar las variaciones en CMA en el SNS.

036

035

INDICACIÓN APROPIADA DE LA CIRUGÍA DE CATARATA: DESARROLLO DE UN PROGRAMA INFORMÁTICO

N. González, U. Aguirre, A. Bilbao, G. Achutegui, J.M. Beguiristain, B. Elizalde, A. Escobar y la Red IRYSS de Uso Apropiado

Hospital de Galdakao (Bizkaia); Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias (Bizkaia); Dirección Territorial de Álava (Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco); Dirección Territorial de Gipuzkoa (Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco); Hospital de Basurto (Bizkaia).

Antecedentes y objetivos: La intervención de catarata por facoemulsificación es el procedimiento quirúrgico más frecuente; además, va en aumento, y como en otros procedimientos quirúrgicos, presenta variabilidad en su indicación y aumento de las listas de espera. Aun así, no existen criterios explícitos sobre la indicación apropiada, ni recursos y soportes que faciliten la labor de los profesionales sanitarios y ayuden a mejorar la calidad de la asistencia que dispensan.

Métodos: Se utilizó la metodología desarrollada por el grupo RAND-UCLA para la creación de criterios explícitos sobre la indicación apropiada de la intervención de catarata por facoemulsificación. En primer lugar, se seleccionaron aquellos indicadores clave para la intervención de la catarata. Posteriormente, se convocó a un panel de expertos compuesto por 12 oftalmólogos de toda España. Ayudados por una revisión crítica de la bibliografía y su experiencia, valoraron la indicación de la intervención en dos rondas, puntuando, según un método Delphi modificado, 1,071 escenarios en una escala entre 1 (totalmente inapropiado intervenir) y 9 (totalmente apropiado). Los resultados se incluyeron en un programa informático creado "ad hoc" mediante el software Microsoft Visual Basic 6.0. El programa incorpora el algoritmo de uso apropiado, así como los resultados de la 2ª ronda del panel de expertos, y permite también introducir datos reales.

Resultados: Se incluyeron 4 grandes capítulos: catarata simple, retinopatía diabética, otras patologías que pueden afectar al pronóstico visual y distrofia corneal. Otras variables incluidas fueron: la agudeza visual del ojo a intervenir, agudeza visual del ojo contralateral, lateralidad y función visual. De los 1,071 escenarios valorados por los panelistas, 304 (28,4%) fueron considerados indicaciones apropiadas, 342 (31,9%) dudosas y 425 (39,7%) inapropiadas. Todas las variables mencionadas fueron incluidas en el programa informático, permitiendo así realizar consultas sobre el uso apropiado de una indicación determinada, así como introducir datos de los pacientes.

Conclusiones: Los criterios explícitos sobre la indicación apropiada generados por este panel e incorporados a este programa permitirán tanto a los clínicos como a los gestores realizar consultas rápidas sobre la indicación de esta intervención. Además, la base de datos permitirá registrar información de forma estandarizada, pudiendo evaluarse la práctica clínica diaria al incorporar indicadores básicos de la misma.

Financiación. FIS G03/202 Redes Temáticas 2003.

IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA REMODELACIÓN DE LOS HOSPITALES

E. Laporte y O. Colomer

Hospital de Sabadell – Corporació Parc Taulí – Institut Universitari (UAB).

Antecedentes y objetivos: La incorporación de nuevos aparatos gracias a los avances tecnológicos de los últimos años, ha hecho cambiar tanto el propio entorno quirúrgico como las estrategias terapéuticas. Han potenciado la implementación de los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria, han permitido una cirugía intracavitaria menos agresiva con la incorporación de la endoscopia, han favorecido el desarrollo de procedimientos muy complejos en pacientes de alto riesgo. Los avances en el campo de la endoscopia endoluminal y de la radiología intervencionista han potenciado un trasvase de pacientes tradicionalmente quirúrgicos a dichas especialidades. La revisión de la actividad asistencial llevada a cabo durante los años 1997 y 2004 en nuestra institución nos hace reflexionar sobre la necesidad de remodelación estructural de los hospitales.

Métodos: Hemos analizado la actividad terapéutica intervencionista (MIT) en el hospital -procedimientos mediante cirugía vídeo-endoscópica, endoscópicos endoluminales del aparato digestivo y los llevados a cabo mediante técnicas bajo control radiológico-, así como la actividad del Centro de Cirugía Ambulatoria.

Resultados: Se comprueba que la actividad intervencionista global del Hospital (excluyendo la cirugía menor) se ha incrementado en un 27,6% i que la MIT ha pasado de un 27 al 41% respecto a ésta. Con los mismos recursos estructurales, las intervenciones por laparoscopia se han incrementado casi un 80% y la radiología intervencionista en más de un 870%. Respecto a la Cirugía Ambulatoria, se ha incrementado un 41% la Cirugía Mayor, en detrimento de un descenso del 15% de la Cirugía Menor.

Conclusiones: La progresiva implantación de las MIT ha condicionado variaciones en los programas quirúrgicos tradicionales y en la ocupación de las camas de hospitalización. La actividad ambulatoria global se ha visto incrementada notablemente a raíz de la aplicación de las nuevas tecnologías en el campo terapéutico y en el de la comunicación. Las estructuras hospitalarias tienden inevitablemente al desarrollo de áreas asistenciales ambulatorias tecnológicamente avanzadas y a limitar el número de camas de hospitalización, que serán ocupadas progresivamente por pacientes más críticos. Paralelamente, los profesionales deberán reconducir su actividad y, sobre todo, su capacidad de interrelacionarse más allá de su propia especialidad.

037

038

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE USO APROPIADO POR GRUPOS ESPAÑOLES EN EL PERIODO 1985-2003

J. Martínez Tapias, E. Aguayo de Hoyos, E. Perea-Milla, J. Ramón La-calle, S. Márquez, A. Escobar, M. Bare, E. Briones y X. Quintana

Subdirección médica de I.C. y D. Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Hospital costa del Sol; Universidad de Sevilla; Agencia de Evaluación Tecnológicas Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: La evaluación de uso apropiado se ha establecido como una estrategia que permita una vez identificado el grado de variabilidad en la práctica clínica normalizar y homogenizar dicha práctica al establecer patrones del buen quehacer clínico. La metodología de uso apropiado mezcla mejor evidencia científica disponible con opinión de expertos tratando de dibujar patrón de referencia sobre el que contrastar realidad clínica habitual. Proponemos identificar, revisar y evaluar comparativamente producción científica de grupos españoles desde 1985 hasta 2003 en las bases de datos electrónicos, y otras con estrategia sistemática de búsqueda.

Métodos: La estrategia de búsqueda utiliza las palabras clave siguientes en el Mesh como Mayor Topic y no como keywords de la base de datos PubMed: Utilitation Review, Appropriateness, Physician's practice patterns, Outcome Assessment, Quality assurance health care. Conocida los problemas de sensibilidad y especificidad que aporta la base de datos de Medline, decidimos completar la búsqueda, añadiendo los siguientes términos en modo texto: RAND AEP, Adecuation evaluation protocol. Utilizamos criterios de exclusión: Artículos de evaluación económica, de pruebas diagnósticas siempre que no contraste el instrumento de adecuación, grupos no españoles, estudios genéticos o investigaciones básicas, artículos que no aclaren instrumento de adecuación contra el que se mide, estudios de grupos educativos (escolares que no tengan que ver con salud), de efectividad y de clasificación de factores de riesgo y pronóstico. Testamos otras bases: Índice médico español, LILO, IBACS y TESEO Y las agencias de evaluación tecnológicas de: Andalucía, Madrid, Cataluña, País Vasco y Galicia.

Resultados: Encontramos 131 artículos en revistas indexadas de las que un 58% tiene factor de impacto, con impacto medio de 1,23. Igualmente encontramos 10 tesis y 12 informes de las agencias tecnológicas testadas. Se clasifica 92 artículos de los que revisamos su abstract con las siguientes características: El uso de la metodología se realiza como aplicación, en Atención hospitalizada, en adultos, evaluando el uso de los servicios sanitarios a través del AEP, Guías y método RAND, con diseños observacionales y retrospectivos y con dispersión importante en el tipo de revista y por autores, donde también se refleja, que los grupos más sólidos y estables por su trayectoria y producción son el vasco, madrileño y catalán.

Conclusiones: Aunque la revisión no es sistemática es reproducible y de adecuada exhaustividad a tenor de las fuentes utilizadas. Los resultados reflejan actualizadamente la situación y características del uso de apropiado por grupos españoles en periodo de estudio.

Financiación. Línea de uso apropiado de la Red YRYSS G03/202 financiada por el Instituto de Salud Carlos III.

UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE EN UN DISTRITO SANITARIO

F.J. Gracia San Román, E. Andradras Aragonés, R. Plá Mestre, M.J. López-Pedraza Gómez y J.A. Blasco Amaro

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Lain Entralgo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; Subdirección de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes y objetivos: El presente trabajo trata de caracterizar la respuesta de un grupo poblacional (Distrito de Vallecas) ante la percepción de necesidad urgente de atención sanitaria, la demanda global que genera y su repercusión en los distintos dispositivos del sistema sanitario público para la implantación de medidas orientadas a la mejora en el ámbito de la atención urgente. El distrito estudiado (Vallecas) pertenece al Área sanitaria 1 de Madrid y cuenta con una población de 286.410 habitantes, lo que supone el 42,5% de toda la población del área 1.

Métodos: Estudio de utilización de servicios de atención urgente por la población del distrito de Vallecas en el año 2002. Se incluyen aquellos dispositivos públicos implicados en la atención urgente de Vallecas: tres hospitales, dos Servicios de Urgencia de Atención Primaria (SUAP) y los servicios de emergencia (SUMMA-112, que atiende llamadas y presta atención domiciliaria si se precisa, y SAMUR-PC, para atención en vía pública). Las fuentes de información incluyen bases de datos derivadas de la actividad de rutina así como los trabajos de campo realizados en uno de los hospitales y en los SUAP.

Resultados: Se atendieron 224.394 episodios en pacientes del distrito de Vallecas: 55% en los hospitales, 22,6% en los SUAP, 19,3% por SUMMA-112 y un 3% en vía pública. El porcentaje de altas tanto en los hospitales como en los SUAP se sitúa alrededor del 90%. SUMMA-112 movilizó recursos tras las llamadas en un 56% de las mismas, y SAMUR-PC concluyó su atención sin traslado en un 63,6%. Las patologías se codificaron según la CIE-9-ICD y se observa que en los hospitales más del 50% engloban síntomas, signos y estados mal definidos, lesiones y envenenamientos, enfermedades del sistema osteomuscular y del aparato respiratorio. En los SUAP las mismas patologías, añadiéndole la digestiva, explican el 70% de las atenciones. SUMMA-112 registró síntomas y signos en un 25%, mientras que SAMUR-PC atendió en vía pública un 50% de lesiones y envenenamientos y trastornos mentales (incluye abuso de drogas), destacando además casi un 20% de avisos negativos.

Conclusiones: La población de Vallecas es una población frecuentadora de los servicios de atención urgente, recogiendo además un porcentaje elevado de atenciones en urgencias hospitalarias (55%), observándose que gran parte de las patologías, tanto por el elevado porcentaje de altas (90%) como por su clasificación, podían haber sido solucionadas en otro contexto. Es necesario conseguir un uso más eficiente de la atención urgente.

Financiación. Este proyecto ha sido financiado con cargo al Plan Especial de Inversiones en Vallecas Villa y Puente 2000-2005.

040

039

RESULTADOS TRAS TRES AÑOS DE SISTEMA DE COMPRA CAPITATIVA EN UN TERRITORIO DE LA PRUEBA PILOTO

T. Sabater, M.T. Campanera, A. Solano y X. Caballero

Departament de Salut; CatSalut.

Antecedentes y objetivos: El CatSalut (Servei Català de la Salut), se propuso en el año 2002, dinamizar un proyecto de compra de servicios de base poblacional, para la contratación integral de los servicios de salud en cinco zonas de Catalunya, que permitiera superar los problemas generados por la compra fraccionada de servicios y ofrecer una atención integral a las personas. Una de ellas era la comarca de Osona, caracterizada por presentar una mayor complejidad por el número de entidades proveedoras de distinta titularidad.

Métodos: Para realizar el estudio, se han analizado los diferentes registros de información de seguimiento y evaluación disponibles.

Resultados: Durante este período, hay objetivos que ya se han conseguido y consolidado: creación de un centro coordinador, elaboración un plan director de sistemas de información integrado, elaboración de planes de actuación comunitaria, incremento de la capacidad de resolución de algunos niveles asistenciales, sobretudo en atención primaria i sociosanitaria. Encontramos indicadores de cambio en la actividad hospitalaria y a pesar de ello no ha disminuido la accesibilidad de los usuarios a los recursos. El establecimiento de alianzas estratégicas, con objetivos asistenciales comunes, han permitido asumir la gestión conjunta del riesgo sobre el gasto, en aquellas partidas sobre las cuales se establece está corresponsabilidad (farmacia, prestaciones ortopédicas y transporte sanitario no urgente). El resultado de las actuaciones realizadas ha sido positivo de manera que ha permitido revertir en el territorio, nuevas actuaciones, reposiciones y modernización de instrumentos. También se ha planificado una serie de proyectos, que actualmente están en fase de estudio y análisis para la implantación en un futuro próximo: nuevos planes de actuación para el abordaje de problemas de salud, reordenación de la atención continuada y las urgencias de la comarca, reordenación de la rehabilitación integral para toda la comarca de Osona.

Conclusiones: Después de tres años de implantación del sistema se observan buenos resultados de salud, mejora de la eficiencia, intercambio y traspaso de recursos entre los diferentes niveles asistenciales, mejora la coordinación, mayor equidad en la accesibilidad a los servicios de salud y se han establecido alianzas estratégicas tendiendo a la creación de un sistema integrado de salud que ya funciona en algunos ámbitos de atención.

ADECUACIÓN AL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE CÉRVIX EN UN ÁREA SANITARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

M.J. López-Pedraza Gómez, G. Ariza Cardiel, E. Andradras Aragonés, F.J. Gracia San Román, J.A. Blasco Amaro y R. Plá Mestre

Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (UETS) de la Agencia Lain Entralgo de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid; Subdirección de Planificación Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Antecedentes y objetivos: El Programa de Atención a la Mujer (PAM) del Área Sanitaria 1 de la Comunidad de Madrid integra una serie de actividades dirigidas a prevenir y tratar los problemas de salud más prevalentes en las mujeres. El objetivo de este trabajo es evaluar la adecuación al programa de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix en las consultas externas de ginecología de esta área sanitaria.

Métodos: La población de estudio la constituyen las mujeres que acudieron a la consulta de ginecología de los CEP durante mayo 2003 - abril 2004, excluyendo aquellas cuyo motivo de consulta fue planificación familiar, embarazo, revisiones o comunicación de resultados. Se revisó una muestra de historias clínicas obtenida a partir de un muestreo aleatorio simple con asignación proporcional a los CEP del Área.

Resultados: Se revisaron 963 HC de mujeres con una media de edad de 43,3 años (IC95%: 15,3-71,3). Al 70,4% (629) del total se les solicitó una citología. Para la evaluación de la adecuación fueron seleccionadas 474 mujeres a las que se les había realizado una citología en el contexto de una consulta de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix, siendo el 28% menores de 35 años, el 64,3% entre 35 y 65 años, y el 7,1% mayores de 65 años. Únicamente en un caso constaban en la historia clínica factores de riesgo para el cáncer de cérvix. El porcentaje de adecuación varía atendiendo al número de citologías realizadas previamente y a los tres grupos de edad que diferencia el protocolo: en las menores de 35 años, siguiendo las recomendaciones del PAM, la proporción de adecuación encontrada es del 0%; entre 35 y 65 años las citologías fueron realizadas de forma adecuada al protocolo en un 34,7% (del total de inadecuación un 81,4% corresponde a una "sobreindecación" de citologías); en las mayores de 65 años la adecuación al protocolo fue del 42,4% (correspondiendo un 57,9% de la inadecuación a una "sobreindecación" de citologías).

Conclusiones: En las consultas de diagnóstico precoz de cáncer de cérvix de los CEP del Área 1 se realizan citologías de forma sistemática no adecuándose en la mayoría de los casos al protocolo. El porcentaje de adecuación varía ampliamente en función del grupo etáreo. El principal motivo de inadecuación lo constituye la realización de citologías con intervalos de tiempo menores a los recomendados, representando un 53,3% de las citologías realizadas a mujeres entre 35 y 65 años, hecho que está siendo abordado en el área como elemento de mejora.

Financiación. Plan Especial de Inversiones en Vallecas Villa y Puente 2000-2005.

041

042

CALIDAD ASISTENCIAL EN EVENTOS OBSTÉTRICOS: IMPACTO DE UNA INTERVENCIÓN

R.M. Ortiz Espinosa, S. Muñoz Juárez, S. Núñez Paredes y G. Santiago

Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo/Área Académica de Medicina; Secretaría de Salud de Hidalgo/Coordinación de Investigación; Servicios de Salud de Hidalgo/Hospital Obstétrico.

Antecedentes y objetivos: La calidad de la atención en México es visualizada como un indicador de evaluación que permite evaluar el impacto de los programas asistenciales y preventivos, por lo tanto constituye una herramienta para la provisión de servicios accesibles, equitativos y con un alto nivel profesional. El objetivo fue evaluar el impacto de una intervención de capacitación de la Norma Oficial Mexicana (NOM-007) de la atención de la mujer en la atención obstétrica, como una herramienta para mejorar los niveles de calidad.

Métodos: El diseño de investigación fue un diseño cuasi-experimental, del tipo antes-después. La intervención consistió en una capacitación sobre la NOM-007 al personal que proporciona atención obstétrica, entendiendo a ésta como atención de parto y/o cesárea. Se efectuaron dos mediciones, a través de una encuesta sobre la calidad de la atención recibida durante la estancia hospitalaria, una antes de la intervención y otra posterior a ella. La encuesta se aplicó por personal ajeno al hospital, capacitado y estandarizado. Se utilizaron pruebas de hipótesis para evaluar diferencias estadísticas entre el antes y el después y se utilizó el riesgo relativo como medida de asociación.

Resultados: La población estudiada estuvo conformada por 352 pacientes. La proporción de mala calidad en la primera medición fue de 7,3% IC95% 2,3-12,3 y en la segunda fue del 2,6% IC al 95% 0,33-4,9. El monitoreo de la actividad uterina mostró una mayor proporción en la postintervención (27,3% IC al 95% 21,5-33,5 vs. 42,3% IC 95% 33,1-51,4) con diferencias significativas $P < 0,05$. El promedio de veces en que se tomó la frecuencia cardíaca fetal durante el trabajo de parto fue superior en la postintervención 3,8 vs. 4,1 ($P < 0,05$). La atención del médico en la primera medición se percibió como poco amable en un 11,4%, en contraparte con un 2,1% de la postintervención $P < 0,05$. El promedio de tiempo de la realización de la ruptura de membranas artificial, efectuada por el médico, se redujo de manera significativa de 19,8 minutos en la primera medición a 10,57 minutos contra la segunda $P < 0,05$. El Riesgo Relativo postintervención, en comparación con la preintervención, mostró ser protector en cuanto a la percepción de mala calidad RR = 0,35, IC 95% 0,12-0,97.

Conclusiones: La capacitación para el desempeño de sus funciones en el personal que atiende a las pacientes que demandan atención obstétrica, tiene un efecto favorable en la mejorara de la calidad de la atención, sirviendo como una herramienta para elevar la percepción de buena calidad.

044

ESTRATEGIAS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS Y PRÁCTICA CLÍNICA EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA

A.I. Soler Castillo, M.A. García Cubillo, J. Martínez Tapias, J.L. Morales Torres, S. Pérez Vicente, M.M. Rodríguez del Águila, F. Luque Martínez, A. Fernández Sierra y E. Aguayo de Hoyos

Subdirección Médica de I. C. y D., Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes y objetivos: La evidencia de la variabilidad de la práctica médica en hospitales, implica el uso correcto de su medición y la actuación de intervenciones que acerquen la práctica clínica al uso adecuado de recursos. Proponemos evaluación del uso de tecnología, intervención con los clínicos (feedback y mejor evidencia disponible) y reevaluación posterior en el uso de RNM, y Angioplastia, profilaxis de enfermedad tromboembólica de patología médica sobre la que presentaremos los resultados preliminares.

Métodos: Ensayo no controlado de antes después en pacientes. *Población de estudio:* RNM y angioplastias realizadas en 2003, profilaxis tromboembólica, pacientes mayores de 15 años, no quirúrgicos, ingresados en 2003 y sin anticoagulantes previos Instrumentos de medición del uso apropiado serán la Guía Pretemed, Indicaciones de uso de RNM Osteba y para la Angioplastia las indicaciones propuestas por el Instituto Carlos III. Tras obtener muestra se evaluará a través de historias clínicas obteniendo los datos de uso adecuado en cada uno de los procesos analizados. Posteriormente realizar difusión del estudio entre los clínicos procediendo a medir en los seis meses siguientes y contrastando los resultados.

Resultados: Presentamos resultados de evaluación de profilaxis trombotica profunda en pacientes médicos utilizando guía Pretemed validada por instrumento Agree con una puntuación de 88.1% de los puntos posibles. Se incluyeron 210 pacientes (IC 95%, y 0,07) y una P estimada en un 70% uso adecuado, a través de nuestro aleatorio simple de población de estudio 18.913 pacientes GRDs no quirúrgicos, completando la información con historias clínicas. Se excluyen de muestra el 6% por ACO hay perdidas por déficit de registro del 15%. Edad media es de 49,85 con DE (6,105), siendo mujeres el 55,2%. Procesos más frecuentes fueron: Embarazo puerperio (31,01%) Infección aguda grave (23,26%) Neoplasia (11,63%) y EPOC (10,08). Estancia superior a 4 días en 56,7%, edad superior a 60 años 39%. Carácter venoso central 7,9%, quimioterapia 5,6%, y fétula o vendaje de mmii o enfermedad tromboembólica previa 3,9 y 4,5 respectivamente. Lo más significativo es que en un 17% del total se ha indicado profilaxis tipo cero (uso de medidas mecánicas) no beneficiándose de la profilaxis de tromboembolismo (dosis de anticoagulantes al riesgo moderado o alto riesgo) de patología: Infrautilización de la técnica. En un 40% se indicó dosis terapéuticas profilaxis correspondientes riesgo alto cuando correspondía profilaxis de riesgo bajo o moderado (medidas mecánicas o dosis medias de antitrombóticos) sobreindica uso de anticoagulantes sin necesitarlo: sobreutilización de la técnica médica.

Conclusiones: Guía Pretemed es instrumento valido para evaluar uso apropiado de enfermedad tromboembólica en patología médica, su difusión y uso debe permitir mejorar la práctica clínica de esos procesos, hipótesis que esperamos demostrar al finalizar estudio.

Financiación. Fundación Virgen de las Nieves.

043

ENSAYO CLÍNICO NO ALEATORIZADO DE UNA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN UN CAMPAMENTO DE VERANO PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO I

L. García Pérez, P. Serrano Aguilar y L. Perestelo Pérez

Servicio de Evaluación y Planificación, Servicio Canario de la Salud.

Antecedentes y objetivos: La educación diabetológica forma parte del tratamiento de la diabetes mellitus (DM) y los campamentos de verano son un marco de provisión de educación e intervención psicosocial complementaria que han sido insuficientemente evaluados. El objetivo del estudio es evaluar la efectividad de la intervención psicoeducativa recibida en un campamento de verano para niños con DM tipo 1 sobre la hemoglobina glicosilada (HbA1c), los conocimientos sobre la enfermedad, la ansiedad, los trastornos de la alimentación y la utilización de servicios sanitarios.

Métodos: Ensayo clínico no aleatorizado. Los sujetos de estudio son niños entre 11 y 18 años con DM tipo 1. El grupo de intervención (GI) está formado por 34 niños que recibieron una intervención psicoeducativa en un campamento de verano. Los niños fueron evaluados antes del campamento y a los 4 meses con cuestionarios validados autocumplimentados de conocimientos sobre la DM, ansiedad (STA1) y trastornos de la alimentación (EDI-II). Las medidas clínicas (HbA1c, Índice de Masa Corporal-IMC) y la utilización de recursos se obtuvo de las historias clínicas durante un año de seguimiento. El grupo control (GC), formado por 23 niños, recibió la educación y asistencia sanitaria habitual. Se comparan los resultados de ambos grupos durante el año posterior a la intervención mediante pruebas para muestras relacionadas e independientes.

Resultados: Los dos grupos son comparables en cuanto a sus características sociodemográficas. En el GI se observan valores de HbA1c media anual deficientes que no experimentan cambios significativos tras la intervención; el nivel de conocimientos, la ansiedad estado-rasgo, el IMC, las visitas al especialista y los ingresos hospitalarios anuales no variaron significativamente; sólo mejora significativamente la satisfacción corporal. El GC tampoco experimenta variaciones significativas en cuanto a utilización sanitaria, ansiedad, trastornos de la alimentación y conocimientos; sí se observan diferencias significativas en cuanto a la mejora de los conocimientos relacionados con la higiene y el incremento de la HbA1c media anual y el IMC.

Conclusiones: No se observan variaciones relevantes en cuanto a utilización de los servicios sanitarios, ansiedad, trastornos de la alimentación y conocimientos sobre la DM ni en el GI ni en el GC. Por el contrario, el IMC y la media anual de la HbA1c aumentan en el GC mientras que no varían en el GI. Los resultados indican la necesidad de futuros estudios que confirmen la efectividad de la intervención.

Financiación. Red IRYSS (G03/202).

045

NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA GESTIÓN DE LA PATOLOGÍA CRÓNICA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

F. García-Lizana y A. Sarria-Santamera

AETS, Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes y objetivos: La aparición de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) y los cambios sociales actuales abren camino a la introducción de nuevas formas de asistencia sanitaria. El incremento de la esperanza de vida viene asociado con un incremento de la patología crónica. El control y la asistencia de las enfermedades crónicas representa uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios. Son necesarios diseño de nuevos procesos asistenciales donde las nuevas tecnologías podrían mejorar muchos aspectos del cuidados de estos enfermos. El objetivo principal de este estudio es investigar la efectividad de la inclusión de las TIC en el control de las enfermedades crónicas.

Métodos: Se llevó a cabo una búsqueda en la base de datos Medline (entre 1996 y enero de 2005) y la Cochrane Library (incluido su registro de ensayos clínicos) para identificar aquellos que cumplieren los siguientes criterios: ensayos clínicos aleatorizados que evalúen la efectividad las TIC (salvo intervenciones que incluyeran exclusivamente teléfono) en el control de la patología crónica y que evaluaran algún criterio clínico. *Criterios de exclusión:* Enfermedades psiquiátricas y dermatológicas y tamaño muestral inferior a 10 en los grupos de comparación. La información fue resumida y evaluada de forma independiente por dos personas.

Resultados: Se identificaron 56 estudios potenciales de los cuales se incluyeron finalmente 25 (5 artículos relativos al asma infantil, 3 a la HTA, 1 de telecuidados domiciliarios, 8 sobre diabetes, 6 de insuficiencia cardiaca congestiva y 2 estudios relativos a sistemas de prevención cardiológico). Su principal limitación está relacionada con el escaso tamaño muestral de los estudios y la diversidad de las técnicas empleadas. En general, la aplicación de las TIC en el control de la patología crónica no mejora los resultados clínicos, aunque no provocan efectos adversos. Los sistemas utilizados para la educación y apoyo social de los pacientes fueron efectivos. La aplicación de la TIC en monitorización de variables fisiológicas para detección y seguimiento de la patología cardiovascular tuvieron mejores resultados clínicos, disminución de la mortalidad y disminución de la utilización de servicios sanitarios.

Conclusiones: La evidencia disponible sobre los beneficios clínicos de la aplicación de las TIC en el control de la patología crónica es escasa. Los sistemas aplicados a procesos asistenciales complejos con sistemas organizativos adecuados, consiguieron mejores resultados. EL avance constante de la tecnología junto con el diseño específico de programas asistenciales promete mejorar los resultados futuros.

046

IMPLANTACIÓN DE GUÍAS DE DERIVACIÓN EN ESCOCIA

E. Frigola-Capell, F. Watson, A. El-Ghorr, J. Anderson y M.L. Hughes
Centro del Cambio y la Innovación (CCI). Departamento de Sanidad. Gobierno Escocés.

Antecedentes y objetivos: En el servicio de salud escocés (NHSIS), primaria y secundaria se dirigen des de centros de salud autónomos y subvencionados por el gobierno. Sanidad establece estándares nacionales y supervisa su cumplimiento. Para reducir las listas de espera a consultas externas, CCI estableció un programa de ámbito nacional de cambio y reorganización del actual sistema sanitario. Su objetivo es que el paciente sea visitado en el momento, lugar y por el profesional mas adecuado. Consta de 5 proyectos que analizan 3 componentes del servicio de derivación: 'demanda', a través de las guías y los centros de coordinación de derivaciones; 'lista de espera', a través del sistema de citación centrado en las necesidades del paciente y 'proveedores' a través de la re-estructuración de servicios especializados y comunitarios. El impacto de estos proyectos es doble, por un lado como conjunto y por otra el que tiene cada uno individualmente. El objetivo de este artículo es reflexionar sobre el proceso de creación, implantación y medida del impacto de las nuevas guías de derivación en la NHSIS.

Métodos: CCI ha publicado guías de derivación basadas en evidencia científica siguiendo el método SIGN (www.sign.ac.uk) para proveer a los médicos de familia de la información necesaria al tratar y derivar al paciente. Se solicito a los centros de salud que formaran equipos locales para seleccionar, adaptar y distribuir aquellas guías que consideraran de su interés. CCI es responsable de la publicidad y divulgación electrónica a ámbito nacional; asesora a los equipos en cuanto a la inclusión de los profesionales clave, revisa sus planes de implantación; promueve el trabajo a través de disciplinas y asesora en técnicas y procesos de cambio. Medidas: numero de centros que adoptan las guías y estrategias utilizadas en su implantación, cambio en el sistema de derivación del medico de familia (encuestas de uso y análisis de calidad de las derivaciones), impacto en las listas de espera, encuestas de satisfacción de pacientes y profesionales.

Resultados: Se han creado un total de 80 guías en 12 especialidades, lo que supone el 70% de signos o síntomas derivados a secundaria (ver www.cci.scot.nhs.uk). Hasta Setiembre 2005, 10 de los 15 centros asistenciales están implantando las guías para varias especialidades. Se han establecido redes de profesionales a ámbito nacional y local. La compilación de datos ha empezado y finalizara en marzo del 2006.

Conclusiones: Para el éxito del proyecto ha sido crucial el apoyo e involucrar des del inicio a profesionales clave, asegurando una amplia representación geográfica, multidisciplinar así como opinión de pacientes. Futuros proyectos quizás querrán considerar estas metodologías para la implantación del cambio en el sistema sanitario.

**COMUNICACIONES
EN CARTEL****MESA 3
Resultados y costes****¿CUÁL ES LA MEJOR ESTRATEGIA PARA EL AJUSTE DEL RIESGO EN LA EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA CIRUGÍA CORONARIA? COMPARACIÓN ENTRE UNA ESCALA LOCAL Y EL EUROSCORE**

A. Ribera, I. Ferreira, P. Cascant, J. Pons y G. Permanyer
Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron; Agencia Catalana de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica.

Antecedentes y objetivos: Las escalas de riesgo son una herramienta importante para la evaluación de resultados de la práctica clínica. Los distintos instrumentos desarrollados en cirugía cardiaca difieren en el ámbito en que se desarrollaron y que determinará cual es la población de referencia en sus posteriores aplicaciones. El objetivo de éste estudio es revalidar y comparar el funcionamiento de dos escalas: el EuroSCORE y el modelo desarrollado por la Agencia Catalana de Evaluación de Tecnología e Investigación Médica (AATRM), en los pacientes operados de bypass aortocoronario en la sanidad pública catalana.

Métodos: Se reclutaron prospectivamente todos los pacientes programados para una primera intervención de bypass aortocoronario aislado en cinco hospitales de Cataluña. Se recogieron las variables de riesgo según el EuroSCORE y la escala de la AATRM. Se evaluó su capacidad discriminativa mediante el área bajo la curva COR y su calibración mediante el estadístico de Hosmer-Lemeshow y el estudio de la relación lineal entre los valores observados y esperados. La mortalidad ajustada en cada hospital se calculó mediante el cociente entre mortalidad observada y esperada.

Resultados: Se incluyeron 1.605 pacientes. La mortalidad hospitalaria fue del 4,8% y la esperada fue del 7,2% según la escala de la AATRM y del 4,4% según el EuroSCORE. El área bajo la curva COR fue de 0,74 para el modelo de la AATRM y de 0,76 para el EuroSCORE. El valor de P para el estadístico de Hosmer-Lemeshow fue de 0,02 para el modelo de la AATRM y de 0,17 para el EuroSCORE. La pendiente de la relación entre valores observados y valores esperados fue significativamente distinta de 1 (relación perfecta) para ambos modelos, claramente mayor de 1 (sobrestimación) para el modelo de la AATRM y algo menor de 1 (infraestimación) para el EuroSCORE. La ordenación de centros participantes según su mortalidad ajustada fue la misma con ambos modelos. Sin embargo, realizando el ajuste con el modelo de la AATRM la mayoría de centros presentaban una mortalidad observada significativamente menor a la esperada.

Conclusiones: Ambos modelos presentaron una capacidad de discriminación aceptable pero una mala calibración. Sobre todo la escala de la AATRM claramente sobrestimó el riesgo de la cirugía coronaria en Cataluña en el momento actual. Este hecho tiene dos implicaciones: 1. ilustra la utilidad de los modelos locales para detectar cambios en la práctica clínica y 2. sugiere la necesidad de recalibrar o modificar periódicamente los modelos predictivos para su óptimo funcionamiento en la práctica.
Financiación. AATRM 06/1/22/2000; ISCIII-Red IRYSS G03/202.

047

048

EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL TRATAMIENTO DE LA BRADICARDIA CON MARCAPASOS BICAMERAL FRENTE A MONOCAMERAL

J. Mercader Cuesta, J.M. Rodríguez Barrios, D. Serrano Contreras, J. Caro y J.A. Ward

Hospital de Granollers; Medtronic Ibérica; Caro Research Institute.

Antecedentes y objetivos: El uso de marcapasos se ha convertido en los últimos años en el tratamiento por excelencia para las personas con disfunción del ritmo cardíaco. Actualmente existen dos grandes tipos de marcapasos para el tratamiento de la bradicardia debida a enfermedad de nodo sinusal o a bloqueo auriculoventricular: el marcapasos monocameral (VVIR) y el bicameral (DDRR). A pesar que los DDRR han demostrado tener un mejor control del ritmo cardíaco, actualmente el uso de este tipo de dispositivos no está muy extendido. El objetivo fue pues, evaluar las consecuencias clínicas y económicas a largo plazo, asociadas al uso de marcapasos bicamerales frente a VVIR en el ámbito español.

Métodos: Se adaptó para el ámbito español un modelo de simulación de eventos discretos que representaba la evolución clínica de un paciente con bradicardia, tras la implantación de un DDRR o un VVIR. Para ello, se creó una cohorte de 1.000 pacientes a los que se asignaron unas características clínicas basales diferentes para cada uno. Se creó un gemelo de cada uno de ellos para evaluar una segunda cohorte, de forma que uno de los gemelos recibe un marcapasos DDRR, y el otro un marcapasos VVIR. Los datos clínicos fueron extraídos a partir de una revisión de la literatura publicada, y los datos de uso de recursos así como los costes fueron facilitados por el Hospital de Granollers. La perspectiva del análisis fue la del Sistema Nacional de Salud, por lo que sólo se incluyeron costes directos. El horizonte temporal del modelo fue de 5 años, y tanto costes como beneficios fueron descontados a una tasa anual del 3%.

Resultados: El uso de marcapasos DDRR supuso en nuestro modelo una disminución relativa del 17% de Fibrilaciones Auriculares (FA), de un 24% de FA crónicas y de un 26% de ACVA respecto al grupo VVIR. Basándonos en 100 replicaciones, el coste medio incremental por paciente tratado con marcapasos DDRR frente a VVIR fue de 331 €. El modelo proyecta un incremento de 0,09 AVAC por paciente tratado con marcapasos DDRR, lo que nos condujo a un ratio coste-efectividad incremental medio de 3,678 €/AVAC. El análisis de sensibilidad mostró que los resultados eran sensibles a la proporción de pacientes con VVIR que desarrollan el síndrome del marcapasos que podrían entonces someterse a una operación de reemplazo del dispositivo insertado, y la proporción que recibe un dispositivo ratio-receptivo.

Conclusiones: Los resultados del análisis coste-efectividad demuestran que el uso de marcapasos DDRR frente a VVIR, en pacientes con bradicardia de nodo sinusal o a bloqueo auriculoventricular, es una estrategia eficiente para el ámbito español.

Financiación. Medtronic Ibérica S.A.

049

DIAGNÓSTICOS Y PRESCRIPCIÓN FARMACÉUTICA: SU CAPACIDAD PARA MEDIR LA MORBILIDAD Y LOS COSTES

J. Coderch, P. Ibern, J.M. Inoriza y L. Vall-Llossera

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (Girona); Universitat Pompeu Fabra (Barcelona).

Antecedentes y objetivos: La medida de la morbilidad poblacional es esencial para las organizaciones sanitarias integradas (OSI). Sistemas de ajuste de riesgo como Clinical Risk Groups (CRGs) y Diagnostic Cost Groups (DCGs) permiten una aproximación agregando datos asistenciales en base poblacional. CRGs clasifica pacientes según diagnósticos en 1.061 grupos mutuamente excluyentes que se agregan hasta en 37 grupos clave de estado de salud (ACRG3). DCGs utiliza 2 sistemas de clasificación: grupos clínicos homogéneos (DxGroups) basados en diagnósticos que clasifican 781 categorías jerarquizadas en 284 Categorías Condicionales (CC) y en 30 Aggregated condicional Categorías (ACC); y grupos de equivalentes terapéuticos (RxGroups) basados en códigos de medicamentos prescritos que clasifican en 155 categorías mutuamente excluyentes agrupadas en 18 Aggregated RxGroups (ARxG). DCGs permite hacer grupos de morbilidad sin disponer de diagnósticos clínicos. Se pretende evaluar la capacidad de estos sistemas de ajuste de riesgo al describir la morbilidad atendida y predecir el consumo farmacéutico.

Métodos: Estudio observacional transversal. Comarca de 36 municipios con 115.566 habitantes. Una OSI gestiona el único hospital y 4 de sus 5 Zonas Básicas Salud. Datos propios de la OSI, CMBDAH y prescripción farmacéutica. Creación de base de datos de pacientes residentes en la comarca en 2002 con variables: edad, sexo, municipio, ICD9-CM. Agregación de códigos ATC y gasto farmacéutico para 2002 y 2003. Clasificación de los pacientes mediante los programas CRGs y DCGs. Análisis de datos con BussinesObjects y SPSS.

Resultados: Se muestra la variación del gasto farmacéutico explicada mediante R2 de modelos de regresión, aunque no permite la comparación convencional entre distintos sistemas ya que no ajusta por la distribución sesgada de los gastos. *Para 2002:* con sexo y edad, R2 = 8,4%; con sexo, edad y morbilidad según CRGs (ACRG3), R2 = 27%; con morbilidad según DCGs, R2 = 30,4% con CCs y R2 = 16,5% con ACCs; con datos farmacéuticos R2 = 35,7% con RxG y R2 = 26,1% con ARxG. *Para 2003:* R2 = 26,3% para CCs; R2 = 12,9% para ACCs; R2 = 25,9% con RxG; y R2 = 19,8% con ARxG.

Conclusiones: Los CRGs y DCGs permiten clasificar la población según morbilidad atendida y/o prescripciones farmacéuticas. Esta aproximación inicial muestra que la información diagnóstica o de prescripción farmacéutica mejoran sensiblemente la variación explicada del gasto farmacéutico que si se utiliza tan sólo edad y sexo. No pueden establecerse aún conclusiones sobre cual de los dos sistemas es capaz de predecir mejor el gasto futuro. Dentro del proyecto en desarrollo, se establecerán análisis de predictibilidad del gasto, farmacéutico y general, para obtener datos comparables.

Financiación. Agencia de Evaluación de Tecnología e Investigación Médicas (AATRM), Generalitat de Catalunya, Proyecto 128/01/2004.

050

ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA ESTIMULACIÓN DEL NERVIÓ SACRO (ENS) MEDIANTE INTERSTIM® EN PACIENTES CON INCONTINENCIA FECAL (IF) E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE SU INTRODUCCIÓN PROGRESIVA EN ESPAÑAM. Brosa¹, A. Navarro², A. Muñoz², J.M. Rodríguez³ y D. Serrano³*¹Oblique Consulting, Barcelona, ²H. Mútua de Terrassa, Barcelona, ³Medtronic, Madrid, España.*

La incontinencia fecal (IF) es una de las condiciones con mayor impacto psicológico y social en individuos sanos. La estimulación del nervio sacro (ENS) se presenta como una alternativa frente a la cirugía en casos en que los tratamientos conservadores no han sido efectivos. Interstim® ha demostrado una efectividad y seguridad mayor que las técnicas quirúrgicas en pacientes con IF con lesión muscular del esfínter anal (LM) o en pacientes con esfínter intacto (sin LM)

Objetivo: Analizar la relación entre costes y efectos de dos escenarios del manejo de la IF con y sin ENS, y estimar el potencial impacto presupuestario de su introducción progresiva en el entorno español.

Métodos: Se ha construido un modelo de análisis de decisiones que representa los cursos clínicos posible en cada uno de los escenarios evaluados (con y sin ENS disponible) así como sus consecuencias clínicas y económicas a medio-largo plazo mediante un modelo de Markov. Los datos clínicos se tomaron de la literatura y validados por un panel de expertos clínicos, que estimaron además las variables de uso de recursos sanitarios. El horizonte temporal fue cinco años, y los indicadores de efectividad fueron los años de vida ajustados por calidad (AVACs) y los años libres de incontinencia (AVLI). Tanto los costes como los efectos fueron descontados al 3% anual. Para la estimación del impacto presupuestario, se ha partido de datos de prevalencia y diagnóstico de diversos estudios aplicados a la población española, y se ha estimado el número potencial de pacientes sometidos a ENS a partir de las previsiones de ventas de Interstim®.

Resultados: La introducción de Interstim® en el esquema terapéutico de la IF tiene un coste-efectividad asociado de 22.546 euros y 22.910 euros por AVAC en pacientes con LM y sin LM respectivamente. En términos del impacto presupuestario, suponiendo unas tasas de introducción de Interstim® de entre 150 y 250 pacientes/año, se ha estimado un impacto presupuestario de 320.049 euros, 490.550 euros y 667.824 euros en los próximos tres años (incremento neto de 0,3% a 0,5% del coste total de los pacientes con IF).

Conclusiones: Interstim® como segunda línea terapéutica alternativa a la cirugía tras el fracaso inicial de la eferoplastia en pacientes con LM, o bien como primera línea alternativa a la cirugía en pacientes sin LM, supone una terapia eficiente para el entorno español, generando una mejora en la calidad de vida de los pacientes a un coste adicional relativamente bajo, que sería asumible para el SNS.

049

VALIDACIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL "CHRONIC LIVER DISEASE QUESTIONNAIRE"

M. Ferrer, O. Garin, J. Córdoba, G. Olivé, M. Flavià, V. Vargas, R. Esteban y J. Alonso

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Hospital Universitari Vall d'Hebron; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El "Chronic Liver Disease Questionnaire" (CLDQ) fue desarrollado para la evaluación de la Calidad de Vida en pacientes con enfermedad hepática crónica de diversa etiología y gravedad. Contiene 29 ítems divididos en 6 dimensiones: Fatiga, Función Emocional, Preocupación, Actividad, Síntomas Abdominales y Síntomas Sistémicos. El objetivo de este estudio fue desarrollar la versión española del CLDQ equivalente a la original, y evaluar su aceptabilidad, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio.

Métodos: La adaptación lingüística se llevo a cabo mediante traducción y retro-traducción, paneles de expertos, y pruebas piloto con pacientes. La versión final, fue completada, junto con el cuestionario de salud SF-36, por 149 pacientes consecutivos. La puntuación Child-Pugh de gravedad fue evaluada por el médico responsable de cada paciente. Para evaluar la fiabilidad, el cuestionario fue re-administrado a una sub-muestra de pacientes estables (n = 55). La validez se evaluó mediante análisis factorial exploratorio, gradiente de las puntuaciones según estado gravedad y correlación con las puntuaciones del SF-36. La sensibilidad al cambio se evaluó en la sub-muestra de pacientes que fueron transplantados durante los primeros seis meses de seguimiento (n = 18).

Resultados: Los coeficientes de fiabilidad para la puntuación global del CLDQ fueron 0,90 (correlación intra-clase) y 0,93 (alfa de Cronbach). El 66% de los ítems de la versión española mostraron el peso factorial más elevado en la dimensión asignada en la versión original. La puntuación global del CLDQ presentó medias desde 5,5 en los pacientes más leves (sin cirrosis), hasta 4,5 en los más graves (Child C) siguiendo un gradiente de gravedad estadísticamente significativo (p = 0,012). La mejoría observada tras el trasplante en la mayoría de las puntuaciones del CLDQ presentó un tamaño del efecto superior a 0,8.

Conclusiones: La versión española del CLDQ es fiable, válida, sensible al cambio, y equivalente a la original. Estos resultados confirman el uso del CLDQ en pacientes españoles con enfermedad hepática crónica tanto en estudios nacionales como internacionales.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (RNIHG C03/02, RED IRYSS G03/202 y G03/155), Generalitat de Catalunya (2001SGR 00405) y Schering-Plough International.

051

052

IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. RESULTADOS DEL "EUROPEAN STUDY OF EPIDEMIOLOGY OF MENTAL DISORDERS (ESEMED)"

G. Vilagut, M. Martínez-Alonso, A. Domingo-Salvany y J. Alonso
Comité Científico de ESEMED-MHEDEA 2000. Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes y objetivos: Estudiar el impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida relacionada con la salud en la población general europea y evaluar las diferencias entre países.

Métodos: Los datos proceden del proyecto ESEMED, un estudio transversal con entrevista personal a domicilio de una muestra representativa de la población adulta no institucionalizada de Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España (n = 21.425). Se administró la versión computerizada del CIDI desarrollada para el World Mental Health Survey (WMH-CIDI), que incluye el cuestionario SF-12. Las medidas sumario mental (MCS) y física (PCS) del SF-12 fueron estimadas para los grupos diagnósticos puros principales (trastorno puro del estado de ánimo, trastorno puro de ansiedad y trastorno puro de abuso o dependencia de alcohol) en los últimos 12 meses y para la comorbilidad entre trastornos de diferentes grupos diagnósticos, mediante regresión lineal múltiple. Se ajustó por las variables sociodemográficas principales y la presencia de trastornos físicos crónicos. Se evaluaron las interacciones entre los grupos diagnósticos y el país.

Resultados: El 51% de la muestra eran mujeres y el 69,2% tenían al menos un trastorno físico crónico. La edad media fue de 47 años (DE = 24,9), un 11,5% había sufrido al menos un trastorno mental en los últimos 12 meses (6,4% ansiedad pura, 2,7% trastorno del estado de ánimo puro, 0,5% abuso o dependencia de alcohol puro). El impacto en el MCS del trastorno del estado de ánimo puro y de la comorbilidad psiquiátrica fue estadísticamente significativo (diferencia media -10,9 y de -11,7, respectivamente). Además, éste varió por país para el trastorno puro de abuso o dependencia de alcohol (de -9,9 a 4,8) y para el trastorno de ansiedad (de -7,7 a -1,3). El impacto en el PCS fue menor, siendo la comorbilidad psiquiátrica la categoría más relevante (-6,8), y se observaron diferencias significativas entre los países en el trastorno puro de ansiedad (con una variación desde -5,7 en Holanda a -0,4 en Bélgica y Alemania).

Conclusiones: El impacto del trastorno puro de ansiedad en los componentes físico y mental de la calidad de vida no fue homogéneo entre países. También, el trastorno puro de abuso o dependencia de alcohol mostró heterogeneidad entre países para la componente mental.

Financiación. SANCO (SANCO-2004123), Comisión Europea (QLG5-CT-1999-01042), Fondo de Investigación Sanitaria (FIS 00/0028-01), Ministerio de Ciencia y Tecnología (SAF-2000-158-CE), Red SIG-RIRAG (G03/061) y Red IRYSS (G03/202), CatSalut-Servei Català de la Salut y GlaxoSmithKline.

DIFERENCIAS EN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) ENTRE PACIENTES EN DIÁLISIS Y SUS CUIDADORES (FAMILIARES, ENFERMERAS Y MÉDICOS)

C. Valdés, P. Rebollo, F. Álvarez-Ude y C. Estébanez
Instituto Reina Sofía. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo; Hospital Universitario Central Asturias; Hospital General de Segovia.

Antecedentes y objetivos: En ocasiones los pacientes en diálisis no pueden expresar su CVRS, siendo necesario recurrir a la percepción que de ella tienen sus cuidadores: familiares (FAM), enfermeras (ENF) y médicos (ME). El objetivo fue comparar las percepciones de los cuidadores (FAM, ENF y MED) sobre la CVRS de los pacientes, y establecer qué variables se asocian a las diferencias encontradas.

Métodos: Muestra aleatoria estratificada por edad y sexo de 14 unidades de diálisis, que incluyó a 221 pares de paciente-cuidador (152 hemodiálisis y 69 diálisis peritoneal). FAM, ENF, MED y el paciente valoraron la CVRS de éste último con el cuestionario EuroQoL-5D que consta de cinco dimensiones: Movilidad (M), Cuidados Personales (CP), Actividades Cotidianas (AC), Dolor/Malestar (DM) y Ansiedad/Depresión (AD) y una escala visual analógica (EVA) que va de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). Además se evaluó la CVRS del paciente y del familiar mediante el cuestionario SF-36 (puntuaciones sumarias física-PSF y mental-PSM) y el grado de dependencia del paciente con la escala de BARTHEL.

Resultados: La concordancia entre las puntuaciones de las diversas dimensiones osciló entre moderada en M (0,56 FAM; 0,55 ENF; 0,47 MED) y CP (0,48 FAM; 0,50 ENF; 0,42 MED) y baja o insignificante en DM (0,32 FAM; 0,40 ENF; 0,18 MED) y AD (0,26 FAM; 0,28 ENF; 0,14 MED). Para la EVA, los coeficientes de correlación fueron: FAM: 0,42; ENF: 0,49; MED: 0,30; Las variables asociadas a la magnitud de las diferencias en la EVA del paciente y sus cuidadores fueron: FAM: comorbilidad (+0,61) y PSM del familiar (-0,48); 2); ENF: escala de BARTHEL (-0,23); MED: edad del médico (-0,41).

Conclusiones: 1) La concordancia entre observadores es moderada para las dimensiones de la CVRS.

Financiación. Instituto Reina Sofía. Fundación Renal Iñigo Álvarez de Toledo.

054

053

CAMBIO CLÍNICAMENTE RELEVANTE EN LAS PUNTUACIONES DEL CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 ENTRE ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN MÉDICA: EL TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA RECOMBINANTE HUMANA (EPO-R HU) DE PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON ANEMIA

P. Rebollo, F. Ortega, C. Valdés, T. Ortega y G. Moscoso

Unidad de Investigación de Resultados en Salud. Hospital Universitario Central de Asturias; Instituto I.

Antecedentes y objetivos: La significación clínica del cambio en una medida de evaluación de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) es importante a la hora de evaluar la eficacia de las intervenciones médicas. R.J. Ferguson et al. han propuesto un método basado en el cálculo del Índice de cambio fiable (Reliable Change Index-RCI). El objetivo del presente estudio fue aplicar esta estrategia basada en el RCI en una muestra de pacientes trasplantados renales con nefropatía crónica del injerto (NCI) y anemia que recibieron EPO-r hu.

Métodos: Estudio prospectivo de 24 pacientes trasplantados renales con NCI y anemia que recibieron EPO-r hu para tratar la anemia. La CVRS fue evaluada con el Cuestionario de Salud SF-36 al inicio del tratamiento y 3 meses después. Se calcularon las puntuaciones T (8 dimensiones) y las componentes sumarias física-PCS y mental-MCS) utilizando las normas poblacionales de España para estandarizar por edad y sexo. También los RCI de las dimensiones del SF-36 se calcularon utilizando las normas poblacionales. Para considerar un cambio como clínicamente relevante se consideraron dos criterios: 1. que la diferencia entre la puntuación pre y post fuera superior al RCI de la dimensión considerada; 2. que la puntuación post cayera dentro del rango de los valores normativos (2 desviaciones estándar de límite).

Resultados: Los RCI calculados para las dimensiones del SF-36 fueron: Funcionamiento Físico (6,79), Rol Físico (5,54), Dolor (7,84), Salud General (11,76), Vitalidad (13), Funcionamiento Social (12,08), Rol Emocional (6,79), Salud Mental (12,70), PCS (7,84) y MCS (8,77). Después del tratamiento las puntuaciones de 3 dimensiones mostraron una mejoría estadísticamente significativa: Rol Físico (p = 0,008), Vitalidad (p = 0,004) y Salud Mental (0,008). De acuerdo con los criterios previamente establecidos sólo una de ellas mostró un cambio clínicamente relevante: Rol Físico, cambio = 11,45 y puntuación final = 48,6.

Conclusiones: Los RCI calculados para el SF-36 con las normas poblacionales españolas, pueden ayudar a determinar la relevancia clínica de un cambio en la puntuación del SF-36, observado después de una intervención médica.

Financiación. RED IRYSS.

CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU APLICABILIDAD EN LAS ENFERMEDADES RARAS

L. Perestelo Pérez, P. Serrano Aguilar, V. Mahtani Chugani y J. Alonso Caballero

Servicio de Evaluación y Planificación. Servicio Canario de la Salud; IMIM-IMAS.

Antecedentes y objetivos: Se dispone de numerosos instrumentos validados, aplicables a diversas enfermedades y poblaciones para medir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), siendo difícil la elección del más idóneo. Este estudio elabora un dossier de información científica de cuestionarios genéricos y específicos disponibles para medir CVRS en la edad adulta; se identifica y valora su aplicación en el ámbito de las enfermedades raras, específicamente en la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) y las Ataxias Espinocerebelosas (AEC); y se establecen recomendaciones para el futuro desarrollo y aplicación de las medidas de CVRS en éste ámbito.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura científica para obtener información sobre instrumentos genéricos de evaluación, publicados desde 1994 a 2004, en la bibliografía internacional, así como aquellos genéricos o específicos adaptados o creados en España. La estrategia de búsqueda se aplicó a tres bases de datos (Medline, Embase y PsycINFO), complementando con la información de otras fuentes de acceso electrónico (Red IRYSS, IME, HTA, y otras agencias de ETS), libros de comunicaciones y resúmenes de congresos. Se realizó la búsqueda de información sobre cada uno de los cuestionarios identificados, así como de las enfermedades raras evaluadas (según la lista oficial de la Red REPIER), describiendo los cuestionarios aplicados para cada enfermedad. Se analizó y valoró la idoneidad de los instrumentos para evaluar CVRS en pacientes con ELA y AEC.

Resultados: Se obtienen 644 referencias incluidas y 7 fuentes de información sobre las características de los cuestionarios. Se identificaron 105 cuestionarios genéricos y 172 específicos. De ellos 124 tenían versión española validada. Se localizaron 30 enfermedades raras que utilizaban 22 cuestionarios genéricos diferentes y 19 específicos. Tras comparar las características de las 30 enfermedades raras encontradas con las características de ELA y AEC se incluyeron para el análisis 11 cuestionarios genéricos y 8 específicos.

Conclusiones: Los cuestionarios genéricos validados en España recomendados para la evaluación de CVRS de pacientes con AEC son el SF-36 y el QLI de Ferrans y Powers. Se recomienda el SIP y el SF-36 para ELA. En cuanto a los cuestionarios específicos no existe ninguno para la evaluación de ACD, por lo que es necesario diseñar uno mediante técnicas cuali-cuantitativas que permitan abarcar todas las dimensiones afectadas específicamente en estos pacientes. En el caso de ELA sería útil y necesario traducir y adaptar al español cuestionarios específicos de CVRS como el ALSAQ-40, ALSAQ-5, y otros cuestionarios para medir el funcionamiento físico como el ALSFRA o el Appel Rating Scale.

Financiación. ISCIII (PI 03/10106). Red REPIER y Red IRYSS.

055

056

MASTECTOMIA Y OOFORECTOMIA PREVENTIVAS EN MUJERES CON MUTACIONES BRCA: REVISIÓN SISTEMÁTICA

M.J. Bermejo Pérez y S. Márquez Calderón

Agencia Evaluación Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

Antecedentes y objetivos: Entre un 15 y 20% de los cánceres de mama se asocian a antecedentes familiares. El desarrollo de la genética molecular ha permitido la identificación de mutaciones en los genes BRCA1 y BRCA2, que tienen alta penetrancia y aumentan la susceptibilidad a este cáncer. En mujeres con estas mutaciones se están considerando la mastectomía bilateral profiláctica (MBP) y la ooforectomía bilateral profiláctica (OBP) como estrategias preventivas. Los objetivos de este estudio son: 1) Comparar la mortalidad por cualquier causa y por cáncer de mama en mujeres con MBP u OBP frente a las no sometidas a cirugía. 2) Determinar si la MBP o la OBP reducen la incidencia de cáncer de mama frente a estrategias no quirúrgicas.

Métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se han desarrollado estrategias de búsqueda en MEDLINE y EMBASE. Otras fuentes bibliográficas consultadas: TRIPDATA-BASE, COCHRANE, BANDOLIER, WOK, páginas web relacionadas y listas de referencia de trabajos incluidos. Criterios de inclusión de artículos: diseño (ensayo controlado u observacional con grupo control), participantes (mujeres BRCA y sin cáncer de mama), intervenciones (MBP u OBP comparadas con cualquier otra estrategia) y resultados (incidencia y/o mortalidad por cáncer de mama y/o mortalidad por todas las causas). La evaluación crítica de los estudios se ha realizado con una lista de criterios diseñada ad hoc. La síntesis de resultados es cualitativa.

Resultados: De los 324 artículos obtenidos en la búsqueda, 11 fueron seleccionados para lectura a texto completo y de estos, sólo 4 cumplieron los criterios de inclusión, 2 sobre MBP y 2 sobre OBP, todos ellos estudios de cohorte. Los 4 estudios incluidos tienen limitaciones en la comparabilidad de los grupos y la validez externa. Ninguno de ellos aportó datos de mortalidad por todas las causas y sólo uno informó del fallecimiento por cáncer de mama de una mujer. Los estudios sobre MBP muestran que las mujeres intervenidas no tuvieron ningún cáncer de mama en 3 años de seguimiento, frente a una incidencia de entre un 12,6% y un 27,5% en el grupo control (vigilancia). Los estudios sobre OBP mostraron que la incidencia era el doble en el grupo de mujeres no intervenidas, en un periodo máximo de seguimiento de 11 años.

Conclusiones: Aunque todos los estudios muestran una reducción en la incidencia de cáncer de mama, esto debe interpretarse con cautela, teniendo en cuenta la ausencia de ensayos clínicos, el escaso número de estudios, los problemas de calidad metodológica de los mismos y la existencia de otros cánceres asociados a las mutaciones BRCA. Además, no puede concluirse que estas intervenciones quirúrgicas sean efectivas en términos de reducción de la mortalidad por cáncer de mama ni la mortalidad total.

Financiación. Financiación parcial del Instituto de Salud Carlos III (Red IRYSS G03/202).

COMUNICACIONES EN CARTEL**MESA 4****Recursos y herramientas para la investigación generados por la Red IRYSS**

057

VALIDACIÓN PRELIMINAR DE LA "DUKE ANTICOAGULATION SATISFACTION SCALE" EN POBLACION ESPAÑOLA

J.A. Carrobes, L. Díaz-Gracia, J.M. Gol-Freixa y J.L. Navarro

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Instituto de Salud Carlos III; Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid; Servicio de Hematología, Hospital Ramón y Cajal.

Antecedentes y objetivos: El tratamiento médico con anticoagulantes orales a largo plazo (TAO, específicamente Sintróm) ha sido abordado, principalmente desde los aspectos biológicos, dejando de lado variables psicosociales que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes y el seguimiento o no del mismo. Dentro de los pocos instrumentos que existen para evaluar la satisfacción con el TAO, se encuentra la Duke Anticoagulation Satisfaction Scale (DASS)(Samsa et al., 2004). El interés básico del presente estudio, es el de poner a disposición de los investigadores de nuestro entorno, el cuestionario DASS validado en una muestra de pacientes españoles. Para alcanzarlo, se tuvieron en cuenta los siguientes objetivos específicos: 1) realizar la versión española (traducción y retrotraducción) del instrumento; 2) explorar la adaptación a la población española del DASS y 3) evaluar la importancia de las variables sociodemográficas y psicosociales asociadas a esta población del TAO y a las peculiaridades del entorno de su asistencia.

Métodos: Participaron 50 pacientes del Hospital Ramón y Cajal, medicados con Sintróm. Para la adaptación de la DASS a la población española se siguió un proceso de traducción y retrotraducción. Se evaluaron, además, los aspectos sociodemográficos, la historia médica previa, la calidad de vida (usando la versión española del SF-36; Alonso, Prieto & Antó, 1999) y la satisfacción con la atención médica recibida, empleando nuestra propia adaptación al español del Patient Satisfaction Questionnaire: PSQ-18 (Marshall et al., 1993; Marshall & Hays, 1994), así mismo en curso de validación.

Resultados: Se presentan los resultados obtenidos en la muestra preliminar de 50 pacientes en relación con las propiedades psicométricas de la Escala DASS adaptada al español, especialmente en cuanto a fiabilidad y validez de la misma se refiere, así como las correlaciones obtenidas entre el DASS y las variables sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Conclusiones: El conocer la posible influencia de las características sociodemográficas y de las variables de tipo psicosocial que pueden estar afectando a las personas que reciben tratamiento de anticoagulación nos permitirá alcanzar una mejor comprensión de esta condición médica y de esta forma se podrán diseñar e implementar nuevas formas de intervención cuyo objetivo sea el de facilitar una mayor adherencia al tratamiento y en consecuencia el propiciar una mejor salud y calidad de vida en nuestros pacientes.

LÍNEA 1.2.A EVALUACIÓN DE LA EFICACIA, EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LAS TECNOLOGÍAS MÉDICAS: ACTIVIDAD 2003-05

M.D. Estrada Sabadell

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; por el Grupo de investigación sobre evaluar la eficacia, efectividad y seguridad de las tecnologías médicas relacionadas con los problemas de salud/uso de servicios identificados-Red IRYSS.

Antecedentes y objetivos: En el marco de la Red IRYSS la línea 1.2.a se centró en 1) medir los efectos o resultados de las tecnologías médicas (TM), 2) estimular la producción de datos primarios en nuestro entorno y 3) difundir las bases conceptuales y metodológicas de la evaluación de TM.

Métodos: Las actividades científicas se han focalizado en: 1) revisiones sistemáticas de la evidencia científica sobre diferentes TM, 2) proyectos de investigación con aplicación de diferentes diseños: estudios descriptivos y de coste-utilidad y 3) elaboración de propuestas para incrementar el intercambio de información, la colaboración y la visibilidad de las agencias/unidades de evaluación de TM españolas y sus productos y servicios. Las actividades se han llevado a cabo mediante la colaboración de los grupos implicados en esta línea.

Resultados: Se revisó la eficacia, eficiencia y situación actual de los coagulómetros portátiles en el autocontrol del tratamiento anticoagulante oral. Se realizó un informe preliminar actualizando una revisión sobre las intervenciones en los trastornos de identidad de género. Están en curso 3 revisiones en las que además se incluye la realización de encuestas (Diagnóstico preimplantacional de portadores de cromosoma x frágil y otros trastornos hereditarios en técnicas de fecundación artificial; Nuevas técnicas de diagnóstico histológico por punción del cáncer de mama y; Radioterapia de intensidad modulada). Se ha creado un registro de exploraciones de la tomografía por emisión de positrones y se ha evaluado su impacto en oncología. Se ha llevado a cabo un análisis coste-utilidad de diferentes estrategias para el cribado, tratamiento e intervalos de cribado de la retinopatía diabética en pacientes con diabetes mellitus tipo I. Se han compartido experiencias y documentación del registro de equipos de TM. Se han establecido unos criterios de indicación de la cápsula endoscópica y se ha propuesto su uso tutelado. Se ha elaborado una "ficha resumen" para cada uno de los productos de evaluación así como una categorización de los mismos. Se ha creado una base de datos para proyectos en curso de las agencias/unidades de evaluación de TM. Se ha elaborado una propuesta para la creación de la Red Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RED-ETS).

Conclusiones: Consecuencia de la actividad científica de la línea 1.2.a se han elaborado diversos productos y actividades: proyectos, informes, artículos y comunicaciones.

Financiación. Financiado por el Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

058

059

LÍNEA 3.3 INSTRUMENTOS DE APOYO A LA PRÁCTICA/GESTIÓN DE LA RED IRYSS: ACTIVIDAD 2003-05

M. Espallargues, A. Allepuz y M. Moharra*

**Grupo de investigación sobre instrumentos de apoyo-Red IRYSS. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.*

Antecedentes y objetivos: En el marco de la Red IRYSS la línea 3.3 se focalizó en el desarrollo de instrumentos de apoyo a la práctica clínica y gestión sanitaria que promovieran y garantizaran la equidad en el acceso y utilización de servicios sanitarios.

Métodos: Las actividades científicas se han centrado en: 1) diseño de un sistema explícito de priorización de pacientes para cirugía electiva a través del método de análisis de conjunto y amplia participación social, y evaluación de su aplicabilidad y utilidad a partir de un estudio evaluativo en hospitales de 4 CCAA; 2) identificación y evaluación de otros sistemas de priorización mediante revisión de la literatura y estudios ad hoc; 3) promoción del uso de los sistemas de priorización a través de la estandarización y publicación de los instrumentos y sus manuales de uso, y el desarrollo de tecnología informática para facilitar la aplicación de dichos sistemas en la gestión de la lista de espera; y 4) difusión y diseminación de los resultados. Además se han llevado a cabo actividades de coordinación e integración con otras líneas con las que hay aspectos de confluencia.

Resultados: Se desarrollaron sistemas lineales de puntos para la priorización de cirugía de catarata y artroplastia de cadera y rodilla con 6-7 criterios de carácter clínico, funcional y social. Los resultados muestran una validez aceptable del cuestionario para establecer la prioridad y parece tener un mayor impacto en la gestión de la lista de espera para artroplastia que para cirugía de catarata. Se revisaron hasta la actualidad otras experiencias nacionales e internacionales sobre priorización y se ha iniciado un estudio descriptivo sobre los sistemas de priorización utilizados para la gestión de las listas de espera de procedimientos quirúrgicos en el SNS. Se ha desarrollado una aplicación informática susceptible de ser integrada en los sistemas de información existentes en los hospitales y preparada para satisfacer las exigencias tanto clínicas como de gestión de la lista de espera. Se ha creado una biblioteca virtual con los instrumentos desarrollados, las instrucciones de uso y las publicaciones derivadas de la actividad de la línea en la sección de Productos/Herramientas de la web (www.rediryss.net). Se ha colaborado con la línea 3.1 (Análisis de necesidades y modelización de la demanda) en la implementación de los modelos para cirugía de catarata y artroplastia y se ha iniciado la colaboración con la línea 2.2 (Uso apropiado) con el objetivo de comparar los sistemas de priorización y adecuación de la indicación.

Conclusiones: Fruto de la actividad científica de la línea se han derivado diversos productos y actividades: proyectos, informes, artículos, comunicaciones y tesis.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

061

EVALUACIÓN DE LA SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL "MINNESOTA LIVING WITH HEART FAILURE QUESTIONNAIRE" MEDIANTE META-ANÁLISIS

O. Garin, M. Ferrer, A. Pont, M. Rué, A. Kotzeva y J. Alonso

Institut Municipal d'Investigació Mèdica; Universitat Autònoma de Barcelona.

Antecedentes y objetivos: El "Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire" (MLHFQ) es el instrumento más utilizado para evaluar la Calidad de Vida (CdV) en pacientes con insuficiencia cardíaca, y ha demostrado adecuadas propiedades métricas en diferentes estudios. Contiene 21 ítems, y su puntuación total varía entre 0 y 105 (peor estado posible). El objetivo de este estudio fue evaluar la sensibilidad al cambio de la puntuación total del MLHFQ a partir de los estudios publicados.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de los estudios longitudinales que evaluaran cualquier intervención para la insuficiencia cardíaca y hubieran utilizado el MLHFQ. La búsqueda se llevó a cabo en PubMed, junto con la revisión manual de las referencias de los artículos identificados. Se incluyeron en un meta-análisis las publicaciones que contenían información sobre el cambio en la puntuación total del MLHFQ (antes y después de la intervención) y su error asociado (SD del cambio). A partir del estimador sumario resultante del meta-análisis, se calculó el tamaño del efecto ("Effect Size", ES = cambio en la puntuación / SD) para cada tipo de intervención. A priori se hipotetizó sobre cual sería el cambio en CdV esperado en cada grupo: tamaño del efecto bajo (ES = 0,2) para control y placebo; moderado (ES = 0,4) para ejercicio y beta-bloqueantes; y elevado (ES = 0,8) para IECAs (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina), manejo especial del paciente y marcapasos bicamerales. En los meta-análisis se escogió el modelo de efectos aleatorios de DerSimonian y Laird, debido a la heterogeneidad entre estudios ($p < 0,01$).

Resultados: De las publicaciones identificadas, se seleccionaron 54 estudios con datos longitudinales sobre la puntuación del MLHFQ. En general los estimadores sumarios de cambio obtenidos por los meta-análisis para cada tipo de intervención, siguieron el patrón hipotetizado. El tamaño del efecto calculado para cada intervención, a partir de estos estimadores, varió desde 0,1 (IC95%: 0-0,2) para el grupo placebo, hasta 0,9 (IC95%: 0,6-1,2) para la intervención de manejo especial del paciente; pasando por un tamaño del efecto de 0,6 (IC95%: 0,4-0,8) en el grupo de beta-bloqueantes.

Conclusiones: La puntuación total del MLHFQ ha demostrado detectar mejoras en CdV en pacientes con tratamiento activo, en contraste con el cambio irrelevante de los grupos placebo y control. La amplia variación en la magnitud de la mejora observada, sugiere que el cuestionario MLHFQ es sensible al cambio y capaz de diferenciarlo según el efecto de la intervención.

Financiación. Comisión Europea QLRI-CT-2000-00551; CIRIT: 2001SGR-00405; SAF2002-11009-E; y RECESP- C03/09.

060

IDENTIFICACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE NECESIDADES DE SALUD EN EL SNS

J. Asua Batarrita, J. Taboada Gómez y C. Martínez Ortega

Unidad de Bizkaia del Plan de Salud de Euskadi. Dpto. de Sanidad, Gob Vasco; Proyecto Describir y Evaluar Problemas de Salud en el SNS - Red IRYSS.

Antecedentes y objetivos: Proyecto desarrollado en la red IRYSS con el objetivo de conocer cuáles son los métodos y criterios para identificar y priorizar necesidades en el SNS, así como analizar las propuestas existentes en la literatura científica y conocer la opinión de los expertos.

Métodos: Encuesta a decisores de los 17 Servicios de Salud (SS) autonómicos para conocer los programas, procesos y criterios de identificación y priorización de las necesidades de salud utilizados en cada SS. Revisión sistemática de la literatura para conocer experiencias y propuestas en otros países. Reunión de un Grupo Focal multidisciplinar de profesionales del ámbito sanitario para debatir este tema.

Resultados: Tasa de respuesta 94,11%. 76% de los SS dicen tener un Plan de Salud y 69% reconocen poseer un Programa de Salud Pública. Principales directrices que guían las prioridades: morbilidad y utilización de los servicios sanitarios en 86%. Criterios más utilizados para priorizar: gravedad de la enfermedad, número de personas afectadas, eficiencia, efectividad potencial e implicaciones para la política sanitaria, impacto financiero y consideraciones sociales y éticas. El proceso de priorización contempla consejo externo en 10 SS, son explícitos y sistemáticos 7 SS, recogen las visiones de los decisores 6 SS, procedimiento implícito 5 SS, consideran puntos de vista de los investigadores 5 SS y es proceso transparente 2 SS. El organismo o parte con mayor influencia en el proceso de establecimiento de prioridades es el nivel político. La Revisión Sistemática ha identificado varias propuestas de procedimientos sistemáticos y explícitos para la identificación y priorización de necesidades de salud. El Grupo Focal manifestó que los profesionales están de acuerdo en que es necesario priorizar, así como que debe ser un proceso proactivo, donde intervengan todos los agentes del sistema y que garantice la efectividad de las intervenciones y la equidad en el acceso al sistema sanitario.

Conclusiones: Los métodos utilizados para la identificación de necesidades en los distintos SS del SNS no son en general explícitos ni transparentes. La bibliografía describe experiencias de procesos de priorización explícitos basados en la información disponible y en consulta a paneles multidisciplinarios, lo que disminuye imprecisiones o sesgos que se dan en procesos implícitos o de consulta de expertos individuales. Los procesos de identificación y de priorización deben implicar a todos los agentes del sistema y realizarse de forma proactiva, siguiendo una metodología previamente descrita. Por otra parte, se debe garantizar que los servicios que se prestan son efectivos, seguros y accesibles para toda la población.

Financiación. FIS - Red IRYSS.

062

EPRO: UNA HERRAMIENTA NUEVA PARA LA EVALUACIÓN ESTANDARIZADA DE MEDIDAS DE RESULTADOS PERCIBIDOS POR LOS PACIENTES

J.M. Valderas, M. Ferrer, J. Mendivil, A. Ribera, V. Serra, L. Rajmil, P. Rebollo, G. Permanyer y J. Alonso

Comité Científico. Resultados Percibidos por los Pacientes de Red IRYSS; Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).

Antecedentes y objetivos: En los últimos años se han desarrollado numerosos cuestionarios de resultados percibidos por los pacientes (RPP), lo que unido a la dispersión de esta información dificulta la elección del cuestionario más apropiado para un propósito dado. Nos propusimos obtener una herramienta para la evaluación estandarizada de los cuestionarios de RPP que facilitara su comparación.

Métodos: Un panel adaptó las recomendaciones de expertos sobre evaluación de medidas RPP, para la obtención de la herramienta. Se realizó una prueba piloto para la evaluación de la factibilidad de su aplicación y la estimación de su fiabilidad (a de Cronbach y coeficiente de correlación intraclase, CCI) y validez (criterio y constructo, a partir de hipótesis a priori). Se evaluaron con la nueva herramienta las versiones españolas en castellano de diecisiete cuestionarios, tanto genéricos (SF-36, EuroQol-5D, etc) como específicos (EORTC-QLQ-C30, Índice VF-14, etc.).

Resultados: La herramienta e-PRO tiene 39 ítems que cubren 8 atributos clave: concepto y modelo de medida, fiabilidad, validez, sensibilidad al cambio, interpretabilidad, carga de administración, formas alternativas de administración y proceso de adaptación cultural y lingüística. Se observó una elevada consistencia interna ($\alpha = 0,95$) y una concordancia interobservador variable (rango CCI: 0,87 a 0,51). Se confirmaron las asociaciones hipotetizadas para el estudio de validez.

Conclusiones: Se dispone de una herramienta nueva para la evaluación estandarizada de las medidas de RPP, que podría facilitar la comparación de medidas de RPP y la elección de la más adecuada.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

063

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DEL MÉTODO RAND EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

D. Maroto, N. González, J.M. Quintana, J.R. Lacalle, S. Chic, S. García, C. las Hayas y la Red IRYSS de Uso Apropriado
Hospital de Galdakao (Bizkaia); Universidad de Sevilla; Hospital de Basurto (Bizkaia).

Antecedentes y objetivos: La Línea 2.2 de la Red IRYSS tiene como objetivo principal evaluar el uso apropiado de procedimientos médicos y quirúrgicos, y trata de validar el método RAND en la intervención de catarata. El método de evaluación de uso apropiado RAND/UCLA conjuga la evidencia científica con la opinión de expertos, desarrollando en su primera fase una revisión sistemática de la bibliografía existente acerca del asunto que se estudia. Los diferentes nodos que colaboran en esta línea se han encargado de partes complementarias de esta revisión bibliográfica: estudios de uso apropiado realizados por investigadores españoles; estudios de uso apropiado llevados a cabo con metodología distinta a la del RAND; estudios de priorización; estudios de uso apropiado realizados con metodología RAND. Esta última parte de la revisión bibliográfica es la que a continuación se presenta.

Métodos: Partiendo de una revisión realizada por RAND Europe en 1999, la presente revisión bibliográfica repasa la literatura producida entre junio de 1999 y diciembre de 2004 y publicada en revistas científicas, informes de instituciones y agencias sanitarias o monografías médicas. Se han realizado búsquedas selectivas y sistemáticas en MedLine, ISI Web of Knowledge y el IME en torno a los términos APPROPRIATENESS, UTILIZATION REVIEW y PHYSICIAN PRACTICE PATTERNS. Asimismo, se ha contactado con especialistas en la metodología RAND, quienes han facilitado otras referencias.

Resultados: Se ha elaborado una rigurosa revisión bibliográfica que consta de 197 referencias que incluyen trabajos sobre la teoría y el funcionamiento del método, aplicaciones del mismo a diversos procedimientos, comparaciones entre paneles y nuevas perspectivas metodológicas. Los investigadores de EE.UU. encabezan los estudios relacionados con el método RAND (85), aunque en Europa Occidental han venido desarrollándose diferentes proyectos de colaboración internacional en los que se ha aplicado esta metodología (hasta 93 referencias). Asimismo, destacan los procedimientos quirúrgicos como los más estudiados (68), junto con los médicos (43) y los diagnósticos (34). Por esto mismo, son las revistas de especialidades las que más referencias ofrecen, seguidas de las de gestión sanitaria.

Conclusiones: El método RAND conserva toda su validez para evaluar el uso apropiado de las tecnologías médicas. En los últimos años se han añadido nuevos campos de estudio a los que aplicarlo, desarrollando indicadores de calidad de los diversos servicios sanitarios, desde atención primaria hasta necesidades específicas de colectivos más sensibles.

Financiación. FIS G03/202 Redes Temáticas 2003.

CREACIÓN Y PUBLICACIÓN DE UN BOLETÍN INFORMATIVO INTERNO DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN EN RED: LA EXPERIENCIA DE INFOIRYSS

J.M. Valderas, M. Mias, M. Espallargues, M. Ferrer, L. Rajmil y J.M. Pons

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM); Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques.

Antecedentes y objetivos: Se presenta el proceso de creación y edición del Boletín informativo interno de Red IRYSS: InfoIRYSS, como herramienta para la comunicación interna y la difusión de las actividades de la misma.

Métodos: El boletín InfoIRYSS se origina aprovechando la experiencia de un documento mensual de comunicación interna de la línea de investigación en Resultados Percibidos por los Pacientes de la red. Su diseño se basa en la aplicación de la imagen corporativa de la red y la estructuración de sus contenidos expande la estructura del boletín previo, con los siguientes apartados: InfoAGENDA (en la que se incluyen todas las actividades tanto internas como externas de interés potencial para los investigadores, InfoPUBLICACIONES (con un listado de todas las publicaciones de Red IRYSS aparecidas en ese mes), InfoRED (apartado específico para la comunicación entre el Comité de Dirección y los investigadores sobre asuntos de interés específico sobre el funcionamiento de la red), InfoLINEAS (con información seleccionada y actualizada sobre el estado de avance de las líneas en el último mes), e InfoAPUNTE (cada mes, una de las ocho líneas presenta un resumen del estado de avance de sus proyectos o un grupo asociado hace una descripción de su grupo y su actividad dentro de la Red). El boletín se publica en castellano en formato electrónico y cuenta con número de depósito legal: B-16.905-2005. Su difusión se realiza: a) mediante correo electrónico y b) su ubicación en el sitio web de la Red (<http://www.rediryss.net>), con acceso directo desde la página principal y con la posibilidad de consultar el catálogo completo de forma totalmente libre y gratuita.

Resultados: Se ha publicado cuatro números de InfoIRYSS con una periodicidad mensual, desde marzo de 2005. Las aportaciones externas al equipo editorial ha sido muy escasa y con frecuencia limitada a grupos en los que existían personas responsables de comunicación. Se logrado su difundido por correo electrónico a todos los miembros de la Red IRYSS y a todas las personas que lo han solicitado. Actualmente, la lista de distribución incluye grupos asociados a la Red, miembros del Comité Asesor Externo y direcciones institucionales del Instituto de Salud Carlos III. Coincidiendo con una actividad de Red IRYSS (Jornada sobre Artroplastias), se ha realizado una tirada impresa de 100 ejemplares distribuidos entre los asistentes. Está en elaboración un número especial en el que se publicarán todos los resúmenes aceptados para su presentación en la I Jornada Científica Red IRYSS.

Conclusiones: La publicación de un boletín informativo ha permitido identificar un canal propio de comunicación entre los investigadores, incrementando la visibilidad y la auditabilidad de la actividad de Red IRYSS.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa IRYSS G03/202).

065

064

AVANCES METODOLÓGICOS EN EL ANÁLISIS DE NECESIDADES Y MODELIZACIÓN DE LA DEMANDA DE SERVICIOS SANITARIOS

M. Comas, X. Castells, R. Román, L. Hoffmeister, F. Cots, J. Mar, S. Gutiérrez-Moreno, M. Espallargues y J.L. Pinto

Institut Municipal d'Assistència Sanitària; Hospital Alto Deba; Servicio Canario de Salud; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Universitat Pompeu Fabra.

Antecedentes y objetivos: El análisis de la necesidad y demanda de servicios sanitarios en la población es una herramienta necesaria para la planificación a medio plazo de la oferta de servicios y la asignación de recursos, que generalmente son escasos para cubrir el volumen de necesidad. En nuestro país existe poca tradición en el uso de herramientas matemáticas para este tipo de objetivos. La línea "Análisis de necesidades y modelización de la demanda" de la Red de Investigación en Resultados y Servicios Sanitarios (RedIRYSS) tiene como objetivo desarrollar la tecnología necesaria para facilitar la aplicación de modelos de evaluación de necesidades y demanda en cirugía electiva, partiendo de las listas de espera para cirugía de cataratas y atroplastia de cadera y rodilla.

Métodos: La metodología se dividió en 3 fases. La primera fue la especificación del modelo conceptual, que contó con investigadores de diversas disciplinas y especialistas clínicos. Se buscó un compromiso entre un modelo conceptual no excesivamente complejo pero que reflejara suficientemente la realidad. La segunda fase consistió en estimar los parámetros que requería el modelo conceptual. Se realizó a través de diversos enfoques metodológicos, utilizando bases de datos administrativas y de estudios propios o ajenos. La tercera fase consistió en implementar el modelo conceptual y los valores de sus parámetros en un modelo de simulación. Por sus características, se utilizó la simulación de eventos discretos y el software SIMUL8.

Resultados: Para los tres procedimientos de estudio se construyeron modelos de simulación acompañados de un fichero en Excel que permite la introducción/modificación de los parámetros y la obtención de resultados de manera sencilla. La difusión de la metodología consiste en una serie de documentos y ficheros de modelo y de resultados disponibles a través de la página web de la RedIRYSS y en la realización de un curso introductorio.

Conclusiones: En el contexto de la línea de investigación "Análisis de necesidades y modelización de la demanda" de la RedIRYSS constituyó un grupo multidisciplinar de investigadores de diferentes Comunidades Autónomas. El conocimiento adquirido permitirá ampliar la aplicación de la metodología a otras enfermedades y procedimientos electivos y a distintos niveles de gestión de servicios sanitarios. Asimismo, el desarrollo y difusión de este tipo de metodología está impulsando el uso de modelos de simulación en la investigación en servicios sanitarios en nuestro país para apoyar la toma de decisiones sanitarias.

Financiación. AATRM (089/07/2000), FIS (PI020365, G03/202 y C03/09).

BIBLIOTECA VIRTUAL DE ESTUDIOS DE EVALUACIONES ECONÓMICAS DE PROGRAMAS SANITARIOS DE LA RED IRYSS. UNA APLICACIÓN A LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

J.L. Navarro Espigares y E. Hernández Torres

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Antecedentes y objetivos: Desde su puesta en marcha en 2003, la Red IRYSS ha generado herramientas para la investigación en sus diferentes líneas. En la línea de Evaluación Económica, la Biblioteca virtual de estudios de evaluaciones económicas de programas sanitarios, recoge resúmenes estructurados de evaluaciones económicas completas realizadas por autores españoles desde 1993 con un formato que facilita ampliamente su análisis. El objetivo de este trabajo es, a partir de estos resúmenes, determinar el estado del arte del tratamiento de la incertidumbre en la literatura sobre evaluación económica en España.

Métodos: Diseño de una base de datos a partir de los campos recogidos en los resúmenes estructurados, clasificando los estudios de evaluación económica según características generales (tipo de estudio, fuentes de datos utilizadas,...) así como relacionadas con el análisis de incertidumbre. Las variables genéricas analizadas fueron año, país e idioma de publicación, tipo de análisis económica llevado a cabo (ACE/ACU/ACB/AMC), tecnología evaluada y fuente de datos de efectividad. En cuanto a los métodos y técnicas de análisis en el tratamiento de la incertidumbre se consideraron la fuente de incertidumbre y el tipo de análisis realizado (análisis de sensibilidad, métodos estadísticos).

Resultados: De los 60 resúmenes estructurados de EETS de la Biblioteca virtual de estudios de evaluaciones económicas de programas sanitarios, 38 (64,41%) incluyen análisis de incertidumbre. El análisis más frecuente es el ACE (86% de los artículos analizados) y el ACE-ACU conjunto (7,89%). La literatura es la fuente de datos más utilizada (50%), seguida de la combinación de fuentes (26,31%) y la realización de un estudio específico (15,79%). Todos los artículos identifican incertidumbre en los parámetros, y dos en la estructura del modelo, reconociendo varias causas de incertidumbre el 62,84% de los artículos. El análisis de sensibilidad más empleado es el univariante (63,16%), seguido del de valores extremos (10,53%) multivariante y umbral (5,26%). Ningún trabajo aplica métodos estadísticos de tratamiento de la incertidumbre recogidos en la literatura.

Conclusiones: La mayoría de autores españoles realizan análisis de la incertidumbre procedente de los parámetros del modelo mediante un análisis de sensibilidad univariante. Los avances teóricos en la última década, con el desarrollo de métodos estadísticos para el tratamiento de la incertidumbre, no se han incorporado aún a los estudios empíricos de EETS. La Biblioteca virtual de estudios de evaluaciones económicas de programas sanitarios elaborada en el marco de la línea de evaluación económica de la Red IRYSS resulta un instrumento de gran utilidad para la investigación en EETS.

066

067

RED IRYSS LINEA 1.2B EFECTIVIDAD PRÁCTICA CLÍNICA. ACTIVIDAD 2003-2005

A.S. Sarriá, M.P. Palma, C.A. Almazán, M.B. Baré, J.P. Pijoán, G.P. Permanyer y J.A. Autonell

AETS-ISCIII; AATRM; CS Parc Taulí; Hospital Cruces; Hospital Vall d'Hebron; Sant Joan de Deu Salut Mental.

Antecedentes y objetivos: El objetivo principal de la línea es evaluar la efectividad de la práctica clínica (EPC). Se priorizaron problemas con: alta prevalencia, importante impacto en la utilización de servicios de salud, y alta probabilidad de malos resultados. Por las limitaciones financieras, se decidió trabajar con bases de datos administrativas (CMBD).

Métodos: Se solicitó el CMBD (2001-2002) de Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco y se crearon las siguientes bases de datos: IAM (33.220 casos), Ictus hemorrágico (13.926 casos), Ictus isquémico (15.798 casos), Esquizofrenia (12.968 casos), CRC (8.624 casos), Colectomía (4.737 casos), Pancreatectomía (518 casos), Gastrectomía (3.241 casos). Para crear las variables de riesgo (comorbilidad) se utilizó el Clinical Classification Software (CCS). CCS es un "agrupador clínico" que agrupa los más de 12.000 códigos diagnósticos y los más de 3.500 códigos de procedimientos de la CIE-9-MC en un número manejable y con significación clínica de categorías: 259 de diagnósticos y 231 de procedimientos. Además, se calculó para cada base de datos el índice de Charlson, un índice genérico de riesgo. En el caso del IAM y CRC se aplicaron sistemas específicos de ajuste de riesgo (ICES y Ghali, respectivamente). La relevancia clínica se ha obtenido a partir del trabajo con clínicos.

Resultados: Estos modelos permitirán comparar la capacidad predictiva de los modelos desarrollados que se estimará en términos de calibración (test de Hosmer-Lemeshow) y discriminación (área bajo la curva ROC).

Conclusiones: Los modelos se han desarrollado y se está en el proceso de su validación.

Financiación. Red Temática de Investigación G 03/202.

EVALUACIÓN DE LA ADECUACIÓN DE TECNOLOGÍAS TERAPÉUTICAS EN TRABAJOS PUBLICADOS INDEXADOS

M. Baré Mañas, G. Navarro Rubio, J. Real Gatiús, J. Cabrol, y resto del Grupo de adecuación de la red IRYSS

Epidemiología. Corporació Parc Taulí (CSPT); Cirugía (CSPT).

Antecedentes y objetivos: El grupo de adecuación de la red IRYSS trabaja sobre cuestiones relativas a la evaluación de la adecuación de tecnologías sanitarias. No existe un fondo bibliográfico único para estas cuestiones. Los objetivos fueron identificar y describir los trabajos publicados en revistas indexadas sobre la evaluación de tecnologías terapéuticas.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos contenidas en PUBMED dónde se incluyen, entre otras, MEDLINE, OVID-MEDLINE y CANCERLIT. Los criterios de la búsqueda fueron: Publicado entre 01-01-1985 y el 31-12-2003, referente a la especie humana, y con alguno de los siguientes términos, bien como palabra clave o como texto libre: "appropriateness", "utilization review", "physician's practice patterns". Se excluyeron los trabajos relativos a la metodología RAND o firmados por autores españoles, así como disertaciones sobre cuestiones relativas a la revisión de la utilización en general o sobre la adecuación, o los que no dispusieran de resumen. Los resúmenes de los artículos identificados fueron revisados por pares para decidir sobre su inclusión y los desacuerdos se consensuaron. Se revisaron los resúmenes de las referencias incluidas para clasificarlas según el año de publicación, la categoría diagnóstica, la tecnología terapéutica o preventiva evaluada, el tipo de instrumento de evaluación de la adecuación, la especialidad médica, el ámbito sanitario, la población en estudio y el diseño.

Resultados: Se identificaron 10540 referencias según los criterios de la búsqueda. La clasificación por pares obtuvo un acuerdo del 93,5%. Se incluyeron finalmente 609 artículos. La tecnología más frecuentemente evaluada fue la terapia con fármacos (271, 44,5%), seguida de la utilización de servicios (175, 28,7%), y de las técnicas de revascularización (37, 6,1%). Los instrumentos utilizados más frecuentemente para valorar la adecuación fueron, por orden, las guías (143, 23,5%), el Appropriateness Evaluation Protocol (91, 15%), y los criterios explícitos (84, 13,8%). El ámbito sanitario más frecuente fue el hospitalario (382, 63%), seguido de las emergencias (61, 10%) y de la atención primaria (54, 8,9%). El diseño más utilizado fue el descriptivo (469, 77%). Se identificaron 25 revisiones (4%).

Conclusiones: La revisión llevada a cabo ha permitido disponer de una primera base de datos de referencias bibliográficas, específica sobre la evaluación de la adecuación de tecnologías terapéuticas fuera de España que estará disponible en la "web" de la red IRYSS. La terapia farmacológica y la utilización de servicios son las tecnologías sobre las que existe más bibliografía indexada. Las guías y el AEP fueron los instrumentos más utilizados.

Financiación. Red IRYSS (G03/202).

069

068

AÑADIENDO VALOR A LOS ANÁLISIS DE COSTES Y DE EVALUACIÓN ECONÓMICA A PARTIR DE SU FÁCIL MANEJO

E. Antón, J. del Llano, M. Barbieri, J.L. Pinto, J.L. Navarro, J. López Bastida, F. Antoñanzas, R. Aguiar y C. Polanco

Fundación Gaspar Casal; Departamento de Economía y Empresa, Universidad de la Rioja; OSTEB; Hospital Universitario Virgen de las Nieves; Universidad de Cork; CRES. Universidad Pompeu Fabra.

Antecedentes y objetivos: Una iniciativa de ámbito europeo liderada por Fernando Antoñanzas de la Universidad de La Rioja, el EURONHEED, sería el antecedente más reseñable a la actividad de la línea 1.3 de la Red IRYSS que coordina la Fundación Gaspar Casal desde este año. Se trabaja conjuntamente con ellos y se utiliza la misma sistemática para la evaluación de estudios provenientes de la Universidad de York. 1. Compilar y evaluar todos los estudios de AC y EE en español desde 1995 hasta la actualidad 2. Crear dos bibliotecas virtuales, una de con los estudios de análisis de costes y la otra, de evaluación económica en español.

Métodos: a) Identificación de literatura científica y de literatura gris sobre estudios de AC y EE de programas tecnologías y medicamentos publicados en español. b) Utilización de las bases metodológicas realizados por organismos de prestigio y bien aceptados, tales como los de la Universidad de York y el National Institute of Clinical Excellence. c) Revisión por pares de todos los estudios identificados. d) Creación y mantenimiento de una biblioteca física y dos virtuales con los estudios de AC y EE revisados.

Resultados: 1. Se han identificado y compilado todos los estudios de AC y EE en español publicados entre 1995 y 2005. 2. Se han evaluado 134 estudios de Evaluación Económica. Pueden consultarse en la página web de la red IRYSS (<http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/html/es/dir422/doc8159.html>). 3. Se han evaluado 72 estudios de Análisis de Costes. Pueden consultarse en la página web de la red IRYSS (<http://www.rediryss.net/pub/units/rediryss/html/es/dir422/doc8160.html>).

Conclusiones: Los distintos agentes del sistema sanitario español disponen de dos bibliotecas virtuales de acceso público y gratuito que les informan sistemáticamente de los resultados de los estudios que sobre análisis de costes y de evaluación económica se han realizado sobre programas, tecnologías y medicamentos en España desde 1995 hasta la actualidad. Los usuarios de estos trabajos podrán comprobar de primera mano, la utilidad de estos estudios para tomar decisiones más informadas, cada uno en su ámbito de actuación: político, gestor, académico, investigador o clínico.

ARTICULANDO LA COMUNICACIÓN EN LA RED IRYSS

M. Mias, I. Parada, A. Parada, M. Espallargues, L. Rajmil, J.M. Valderas, M. Ferrer, J. Alonso y J.M. Pons

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; Institut Municipal d'Investigació Mèdica.

Antecedentes y objetivos: La Red IRYSS está formada por varios grupos de investigadores dispersos geográficamente por todo el territorio español. Está circunstancia plantea la necesidad de establecer canales de comunicación que promuevan la transmisión y el intercambio de la información, el compartir resultados y que faciliten tanto el trabajo en equipo como el del grupo coordinador. Para proceder con éxito a la consecución de los objetivos anteriores la Red IRYSS ha desarrollado un Plan de Comunicación que permite sistematizar y planificar acciones comunicativas entre sus miembros.

Métodos: Se celebraron diversas reuniones de trabajo por parte de los miembros de la Red IRYSS, coordinadas por el project manager, donde se estudiaron y analizaron las necesidades y potencialidades de la Red en materia de comunicación. También se consideró las recomendaciones del Comité Asesor Externo (CAE) de la Red.

Resultados: Se elaboró un Plan de Comunicación que contribuyese a ofrecer una mayor visibilidad externa de la Red IRYSS así como de sus actividades y resultados, al tiempo que se favorecía la interrelación y cohesión entre sus miembros a nivel interno. Las diferentes acciones llevadas a cabo por este Plan de Comunicación, han sido las siguientes: 1) Diseño y adopción de una imagen corporativa unitaria y común de la Red IRYSS 2) Lanzamiento del sitio web de la Red IRYSS (www.rediryss.net) 3) Edición del boletín informativo InfoIRYSS de periodicidad mensual 4) Creación y mantenimiento de listas de distribución a través de correo electrónico, permitiendo la comunicación y el traspaso de información de forma multidireccional. 5) Establecimiento de un calendario de teleconferencias y reuniones presenciales, bien sea del grupo coordinador, plenarias o del CAE, para consensuar diferentes aspectos en el desarrollo de la Red y de mejora de la calidad de sus productos.

Conclusiones: El Plan de Comunicación de la Red IRYSS proporciona un marco para vehicular, de forma planificada y sistemática, las acciones relacionadas con la comunicación y la disseminación de la información a cada uno de los diferentes públicos diana, tanto interna como externamente, haciendo un uso eficiente de los medios y mecanismos de comunicación de los que la Red IRYSS dispone.

070

071

LÍNEA 2.2 DE LA RED IRYSS: USO APROPIADO

J.M. Quintana, G. Navarro, J. Martínez Tapias, E. Perea, J.A. Blasco, F. Eder, I. Arostegui y La Red IRYSS del uso apropiado

Hospital de Galdakao (Bizkaia); Corporació Parc Taulí (Sabadell); Hospital Virgen de las Nieves (Granada); Hospital Costa del Sol (Málaga); Agencia Laín Entralgo (Madrid); Hospital Donostia; Universidad del País Vasco (Bizkaia).

Antecedentes y objetivos: El creciente interés por la mejora de la calidad de los servicios sanitarios ha llevado a observar una gran variabilidad en la utilización de determinados procedimientos en los cuales, además, se da una ausencia de evidencia científica de calidad que facilite la toma de decisiones en este ámbito. El incremento en la frecuencia de determinados procedimientos conlleva, a su vez, un aumento de las listas de espera, lo que lo convierte en un serio problema de calidad en el servicio sanitario. El objetivo final de este proyecto es diseñar y aplicar instrumentos que promuevan y garanticen la calidad de los servicios sanitarios.

Métodos: Se ha empleado el método elaborado por el grupo RAND y la UCLA, para el desarrollo de criterios explícitos de uso apropiado y priorización de la cirugía de catarata. Una vez obtenidos dichos criterios, se ha tratado de establecer un vínculo entre los conceptos de uso apropiado, efectividad y utilización. En una fase posterior, se pretende llevar a cabo una serie de actividades para la difusión y aplicabilidad de los criterios de uso apropiado y priorización desarrollados en las primeras etapas.

Resultados: Junto a los mencionados criterios, elaborados con el método RAND por sendos paneles de expertos en Oftalmología, se ha realizado una revisión bibliográfica entorno a esta y otras metodologías de evaluación de los servicios sanitarios. Este trabajo se plasma en una aplicación informática que permite la implantación de los criterios desarrollados para facilitar la toma de decisiones y consultar toda la información recopilada. Los criterios explícitos se están utilizando en un estudio de campo, el cual se ha basado en una serie de cuestionarios para la recogida de datos de tipo clínico, de calidad de vida y de satisfacción. En próximas fechas, se llevará a cabo una encuesta nacional a diferentes niveles sobre procedimientos prioritarios en la evaluación del uso apropiado, para poder determinar un listado de procedimientos en los que poder aplicar la metodología y sus potenciales usuarios.

Conclusiones: El fin último de esta línea sobre la creación de criterios de uso apropiado persigue su aplicabilidad por parte de los proveedores de servicios sanitarios. Se pretende dar salida y difundir una investigación y transferir el conocimiento logrado a la práctica clínica diaria y a las áreas de gestión de los servicios sanitarios, con el objetivo de mejorar la calidad de los mismos.

Financiación. FIS G03/202 Redes Temáticas 2003.

072

CONSTRUCCIÓN DE UN FILTRO GEOGRÁFICO PARA LA IDENTIFICACIÓN EN PUBMED DE ESTUDIOS REALIZADOS EN ESPAÑA

J.M. Valderas, J. Mendivil, A. Parada, M. Losada-Yáñez, M. Ferrer y J. Alonso

Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM); Agència de Salut Pública de Barcelona; Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATM); Biblioteca Universidad Pompeu Fabra; Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM); Unidad de Investigación en Servicios Sanitarios, Institut Municipal d'Investigació Mèdica (IMIM).

Antecedentes y objetivos: La ubicación geográfica es una medida proxy de numerosas variables que afectan a la generabilidad de los estudios. El volumen de Pubmed (Medline) hace necesarias herramientas específicas para la recuperación de información (filtros). Por ello, se planteó la necesidad de construir un filtro geográfico para la recuperación en Pubmed de estudios realizados en población española.

Métodos: Se ha construido un filtro de segunda generación, basado en la revisión de estrategias previas, para la selección de tres bloques: a) el término "España" en diversos idiomas; b) otros topónimos (comunidades autónomas, provincias, etc); y c) acrónimos de servicios autonómicos de salud. Se evaluó el rendimiento del filtro (sensibilidad y especificidad) tomando como patrón (gold standard) la revisión manual de los ensayos clínicos indicados en Pubmed bajo el término MeSH "Myocardial Infarction", y se comparó su rendimiento con el de la búsqueda simple "spain [adj]".

Resultados: El filtro ha recuperado 74 (98,7%) de las referencias consideradas relevantes y ha demostrado una sensibilidad (88,1%) muy superior a la de la búsqueda simple (45,8%), alcanzándose una especificidad excelente en uno y otro caso (100%).

Conclusiones: Se dispone de un filtro eficiente para la identificación de estudios realizados en población española en Pubmed. Su uso permite hallar las referencias con mayor validez externa para la práctica clínica en España, para la elaboración de guías de práctica clínica y de trayectorias clínicas.

Financiación. Instituto de Salud Carlos III (Red de Investigación Cooperativa en Investigación de Resultados y Servicios Sanitarios (IRYSS) G03/202 y Exp N° 3000118).