

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Jueves 6 de octubre de 2011. 17:30 a 19:00 h

Aula 1 – Escuela Nacional de Medicina del Trabajo

Comunicaciones orales (10 minutos)

Moderador: Jesús González Enríquez

91. USO TUTELADO DE LOS TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS DE LA LIPOATROFIA FACIAL ASOCIADA A VIH-SIDA

C.A. Sánchez-Piedra, J. González-Enríquez, I. Imaz

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), Instituto de Salud Carlos III.

Antecedentes/Objetivos: La lipoatrofía facial es una patología asociada con la infección por VIH. El Plan Nacional sobre el Sida solicitó la inclusión del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofía facial en pacientes VIH en cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud. Debido al déficit de evidencia científica sobre la seguridad y la efectividad a largo plazo de los tratamientos quirúrgicos de la lipoatrofía facial, el Consejo Interterritorial acordó facilitar el acceso a esta intervención financiado por el Fondo de Cohesión (Real Decreto 207/2010 de uso tutelado). El objetivo es evaluar la efectividad y seguridad de la intervención mediante cirugía con materiales de relleno en pacientes VIH con síndrome de lipoatrofía facial.

Métodos: Estudio prospectivo cuyo diseño fue elaborado por un Grupo de Expertos coordinado por el Ministerio de Sanidad y Política Social. Se incluyen pacientes VIH estables, con lipoatrofía facial moderada o severa que solicitan el tratamiento y dan su consentimiento informado. Se prioriza el uso de grasa autóloga y de materiales sintéticos no reabsorbibles (gel de poliacrilamida), y como alternativa, en situaciones clínicas concretas, materiales sintéticos reabsorbibles. Mediante una aplicación web se registran datos basales, de la intervención y de las medidas de resultado en los seguimientos (1, 12, 18 y 24 meses). Se registran acontecimientos adversos, grado de lipoatrofía, calidad de vida y satisfacción del paciente, registro fotográfico. El estudio, encomendado a la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del ISCIII, se inicia en marzo de 2010 con una duración de 3 años.

Resultados: Participan en el estudio 21 hospitales de 12 comunidades autónomas. Hasta diciembre de 2010 se han incluido datos basales de 540 pacientes y 358 han sido intervenidos. La mediana de tiempo en tratamiento antirretroviral es de 8 años. Un 43,9% de los pacientes presenta lipoatrofía facial grave (grado III). La autovaloración del grado de afectación es alta (mediana de 8 en escala de 0 a 10). Un 52,7% de los pacientes ha sido intervenido con los materiales priorizados. No se han comunicado acontecimientos adversos graves.

Conclusiones: El procedimiento de uso tutelado puede ser un instrumento útil como soporte para la toma de decisiones sobre cobertura y financiación de tecnologías sanitarias. Este procedimiento permite el acceso a nuevas intervenciones, condicionado a requisitos preestablecidos (de indicación clínica, capacitación y experiencia, protocolo de investigación, registro de datos), y facilita la generación de evidencias científicas.

140. ESTUDIO FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO CON TRIPTANES DE LAS CRISIS DE MIGRAÑA EN 4 PAÍSES EUROPEOS

M. Hens^a, A. Villaverde^{a,b}, V. Alonso^{a,b}, I. Abaitua^{a,b}, D. Viñuela^c, M. Posada de la Paz^{a,b}

^aInstituto de Investigación de Enfermedades Raras, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; ^bCentro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Raras (CIBERER), Madrid; ^cGerencia de Atención Primaria, Ponferrada, León.

Antecedentes/Objetivos: La migraña es una entidad con un alto coste económico. Los triptanes son el tratamiento usual para las crisis moderadas o severas, o que no responden a analgésicos o AINE, pero su alto coste requiere un cuidadoso análisis de coste-efectividad. Diversos de estos estudios se refieren a un solo país, pudiendo variar significativamente sus conclusiones de un país a otro. Por ello, hemos analizado el coste-efectividad del tratamiento con triptanes de las crisis agudas de migraña en 4 países de Europa occidental, para evaluar su variabilidad.

Métodos: Análisis de coste-efectividad desde la perspectiva del financiador de la asistencia, en el contexto de Atención Primaria, del tratamiento con triptanes de una crisis aguda de migraña, en 4 países europeos (Francia, Italia, UK, España). Se estudiaron los triptanes orales comercializados en el conjunto de estos países (almotriptán, sumatriptán de marca, sumatriptán genérico, y zolmitriptán), con un modelo constituido por un árbol de decisiones, incorporando los costes sanitarios directos y probabilidades de los posibles eventos y resultados. Se calcularon los ratios de coste-efectividad media y coste efectividad incremental, y se efectuaron análisis de sensibilidad.

Resultados: Se observaron sustanciales diferencias de costes entre países, de hasta un 240%. El coste-efectividad de los tratamientos también mostró amplias variaciones, de hasta un 83,38% (almotriptán), 102,21% (sumatriptán genérico), 114,21% (sumatriptán de marca) y 78,13% (zolmitriptán). Almotriptán y sumatriptán genérico resultaron los más coste-efectivos de los fármacos estudiados. Los tratamientos se mostraron más eficientes en Italia, y UK resultó el país con menor eficiencia terapéutica. La ratio de coste-efectividad incremental también mostró amplias variaciones entre los países.

Conclusiones: La variabilidad entre países de los parámetros farmacoeconómicos tiene implicaciones en la toma de decisiones, en la elaboración de recomendaciones internacionales y la armonización de las guías clínicas. Dada la variabilidad observada entre los diversos países, la transferencia de un país a otro de recomendaciones basadas en criterios de eficiencia, y la inclusión de éstas en guías clínicas internacionales deben ser contempladas con precaución. Esta variabilidad también puede ser tenida en cuenta en relación con la reciente

normativa de la UE sobre movilidad de los pacientes y asistencia transfronteriza.

191. EFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN PARA EL CONTROL DE EFECTOS ADVERSOS EN UN HOSPITAL REGIONAL

M.A. Fernández Sierra, M.M. Rodríguez del Águila, M. Skodova, S. Pérez Vicente, M. Idini

UGC Medicina Preventiva, Vigilancia y Salud Pública, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Antecedentes/Objetivos: La medida del riesgo asociado a los cuidados hospitalarios es el principio fundamental de los sistemas sanitarios. En la promoción de la seguridad del paciente se recomiendan acciones encaminadas a prevenir los efectos adversos (EA), detectarlos y mitigar sus consecuencias, entre las que destacan la implantación de sistemas de notificación y registro. El objetivo fue analizar los EA en 4 servicios del Hospital Virgen de las Nieves de Granada antes y después de una intervención.

Métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal con análisis en 2006 y 2009 de muestras de pacientes ingresados en Cirugía General, Medicina Interna, Oncología y UCI. La intervención consistió en una campaña y sesiones hospitalarias sobre higiene de manos, revisión de protocolos, constitución de una comisión sobre seguridad del paciente, sistema de notificación de EA y formación específica sobre seguridad, entre otras. El instrumento utilizado fue el cuestionario MRF2, tomando como variable dependiente EA (sí/no) y como independientes factores sociodemográficos, n.º de factores de riesgo intrínseco y extrínseco y n.º de condiciones de alerta. Se aplicó test de Chi-cuadrado para la comparación de periodos.

Resultados: En 2006 se revisaron 365 pacientes y se detectaron 76 con posible EA. En 2009 el estudio se llevó a cabo con 232 pacientes, de los que 67 presentaron algún EA. La comparativa entre 2006 frente a 2009 arroja diferencias en cuanto a la incidencia de pacientes con EA (20,8 vs 28,9%; $p < 0,05$) e incidencia de EA (24,9 vs 45,3%; $p < 0,001$). Por servicios, existen diferencias para la incidencia de pacientes solo para Medicina Interna ($p < 0,05$); en la comparación de incidencia de EA por servicios hubo valores significativamente más altos en 2009 para Cirugía General ($p < 0,01$) y Medicina Interna ($p < 0,001$). El EA más frecuente fue algún otro efecto adverso (36,3%), cualquier infección nosocomial (31,9%) y RAM (29,7%). Con presencia de efecto adverso hubo diferencias para las siguientes condiciones de alerta: hospitalización previa (24,2-1,0%; $p < 0,001$); fiebre mayor de 38,3 antes del alta (5,5-0%; $p < 0,05$); éxitus (19,8-3,8%; $p < 0,001$); algún otro efecto adverso (36,3-63,8; $p < 0,001$) y cualquier IN (31,9-45,7%; $p = 0,057$). La concordancia entre EA por MRF2 e informe de alta en historia digital fue de 0,606 ($p < 0,001$).

Conclusiones: Se observa una incidencia de EA mayor en el segundo periodo, ello puede ser debido a que un mayor conocimiento de EA y de los programas de seguridad puestos en marcha en el hospital ha originado un mayor registro de eventos en la historia de salud.

Financiación: Proyecto financiado por el ISCIII (exp: 07/0678).

718. IMPACTO DEL MECANISMO DE PAGO POR DESEMPEÑO EN LA EFICIENCIA DE LOS EQUIPOS ODONTOLÓGICOS

M. Cornejo^a, M.J. Letelier^b, S. Godoy^b

^aFacultad de Odontología, Universidad de Chile; ^bUniversidad Diego Portales, Chile.

Antecedentes/Objetivos: Los mecanismos de pago a proveedores de atención de salud han sido utilizados en diferentes entornos como una

estrategia para mejorar la gestión y los indicadores sanitarios. Entre los implementados ampliamente en la década pasada está el pago por desempeño (P4P). Con el objetivo de evaluar su impacto en la eficiencia de los equipos odontológicos de atención primaria de salud, se evalúa el pago basado en el desempeño de los proveedores de atención odontológica sobre el porcentaje (%) de niños/as de 6 años dados de alta odontológica en Chile.

Métodos: Estudio transversal cuasi experimental que compara el porcentaje de niños/as de 6 años dados de alta odontológica los años 2006 ($n = 67.924$), 2007 ($n = 67.268$), en que se utilizó el pago por desempeño (medido por % de cumplimiento de altas comprometidas) con el porcentaje de niños/as de 6 años dados de alta odontológica ($n = 68.578$), el año 2008 (año en que circunstancialmente se suspendió este mecanismo de pago) en las 52 comunas de la región metropolitana de Chile. La principal medida de resultado fue porcentaje de cumplimiento de altas odontológicas de niños/as de 6 años alcanzadas del total comprometido. El análisis estadístico utilizó el test de X^2 para comparar proporciones.

Resultados: Se estimó que el porcentaje de altas disminuyó significativamente de un 93 y un 84% los años 2006 y 2007 respectivamente, a un 54% (IC 95%, 53,62-54,37) el año 2008, periodo anual en que no se utilizó el P4P.

Conclusiones: El régimen de P4P en Chile impactó significativamente el % de niños/as dados de alta odontológica. Los incentivos financieros del P4P pueden mejorar el rendimiento de los equipos odontológicos y podría ser una intervención útil para mejorar los indicadores sanitarios en el ámbito odontológico.

Financiación: Facultad de Odontología Universidad de Chile.

903. MÉTODOS DE EVALUACIÓN PARTICIPATIVA DE SERVICIOS DE PRUEBAS RÁPIDAS DE VIH EN CENTROS DE SALUD

C. García-Riolobos, M. Morán, J. Rico, N. Aerny, M. Esteban-Vasallo, M.F. Domínguez-Berjón, R. Aguirre

Subdirección de Promoción de la Salud y Prevención, Comunidad de Madrid.

Antecedentes/Objetivos: El diseño e implantación de Servicios de Prevención y Diagnóstico Precoz de VIH (SPDP) en 5 centros de salud de Madrid implicó a salud pública, atención primaria (AP), unidades monográficas, laboratorio de referencia y tejido asociativo. La evaluación reconoce que sus necesidades, valores e intereses difieren y los identifica e integra en su diseño para favorecer el uso de sus resultados. Objetivo: Diseñar la evaluación de los SPDP, adecuándola a necesidades y expectativas de actores implicados.

Métodos: Evaluación interna, formativa, participativa, con perspectivas cuantitativa y cualitativa, al año de su puesta en marcha. Fases: 1. Acotación del objeto y elaboración de mapa de actores con interés, influencia y posición en los SPDP. 2. Identificación de necesidades evaluativas: consulta a profesionales de salud pública (grupo de trabajo), equipos de gestión de AP (2 entrevistas individuales), colectivos profesionales de centros de salud (cuestionario *online* con preguntas abiertas: intereses evaluativos, expectativas e implicación en el proceso). 3. Sistematización de la información, formulación de preguntas de diseño, proceso y resultados, clasificación según criterios ad hoc, definición de indicadores y elección de fuentes de información primarias (entrevista, encuesta a usuarios e informes ad hoc) y secundarias (registro consulta de mediación y documentación). 4. Diseño de técnicas, del trabajo de campo y aplicación de instrumentos.

Resultados: Diseño evaluativo: enfoque sistémico, orientado por criterios de eficacia, efectividad, utilización de servicios y adecuación

al contexto (aceptabilidad en profesionales, satisfacción y accesibilidad percibida por usuarios). Se formularon 36 indicadores. Diseño cualitativo: entrevistas semiestructuradas (44) a informantes clave según rol en los SPDP; análisis literal de discursos, saturación discursiva. Diseño cuantitativo: a) estudio descriptivo transversal, población atendida en el primer año, análisis del perfil sociodemográfico, prácticas sexuales, resultados del test y otras variables vinculadas al servicio; b) encuesta a usuarios, cuestionario pilotado (n = 30) aplicado a muestra oportunistas (n = 299), tasa de respuesta 90%

Conclusiones: El diseño evaluativo permitió recoger información sistematizada sobre la puesta en marcha, funcionamiento, desarrollo y resultados del servicio y conocer los factores que pueden afectar al cumplimiento de los objetivos y a su futuro desarrollo, con el fin de mejorarlo y apoyar la toma de decisiones. El proceso fortaleció la capacidad de autoevaluación de los equipos implicados.

rios condiciona la falta de información sobre el impacto de estas aplicaciones en la organización sanitaria.

995. REVISIÓN SOBRE EL IMPACTO DE LA INTRODUCCIÓN DE UN SISTEMA DE TELEMEDICINA EN LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

D. López, A. Kotzeva, C. Almazán

*Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS),
Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.*

Antecedentes/Objetivos: La telemedicina se define como la provisión de servicios de salud mediante el uso de tecnologías de la información y la comunicación en una situación donde los actores no están en el mismo lugar. Las ventajas de su introducción en la práctica clínica hacen referencia al impacto en la calidad de los servicios sanitarios, los costes, los aspectos legales y la organización de los servicios. Nuestro objetivo es conocer y describir la evidencia disponible sobre las actitudes, percepciones y preferencias de los profesionales usuarios del sistema de telemedicina y las posibles implicaciones para su adopción.

Métodos: Revisión sistemática de la evidencia científica. La búsqueda bibliográfica de artículos publicados hasta mayo de 2011 se realizó en: Pubmed, The Cochrane Library, Cochrane Library Plus en español, Índice médico español, ISI Web of knowledge, Psynfo, ISOC Psicología, CRD Databases, Infobase, Trip database. La estrategia de búsqueda estuvo basada en las palabras clave: healthcare, hospital, healthcare professionals, acceptability, satisfaction, attitudes preferences, perceptions, experiences y telemedicine. Se seleccionaron estudios que estudiaban la perspectiva de los profesionales sanitarios frente la introducción de un nuevo sistema de telemedicina.

Resultados: De un total de 258 títulos/resúmenes identificados se seleccionaron 16 publicaciones, realizadas principalmente en Canadá (25%), USA (25%) y Australia (18,8%), y publicadas en el periodo 2006-2010 (81,2%). Los estudios se realizaron mediante cuestionarios y entrevistas semiestructuradas. Los principales aspectos medidos fueron: conocimiento de nuevas tecnologías médicas y de telemedicina, percepción de utilidad de la telemedicina, tiempo y coste de la nueva tecnología, confidencialidad/seguridad de la información del paciente, facilidad de uso, fiabilidad, la comunicación entre profesionales y la necesidad de formación.

Conclusiones: Los profesionales perciben que la telemedicina mejora el control de las enfermedades crónicas y el acceso a la atención sanitaria en zonas geográficamente alejadas o deficitarias en servicios sanitarios. Como posible barrera a su introducción se identificó el cambio de la relación médico-paciente y el desconocimiento de las nuevas tecnologías. En nuestro contexto, la lenta introducción de la telemedicina y su todavía escasa utilización en la provisión de servicios sanita-