

XXXII JORNADAS DE ECONOMÍA DE LA SALUD

Bilbao, 15-18 de mayo de 2012

SESIÓN DE PÓSTERES I

Miércoles, 16 de mayo de 2012. 14:00 a 15:00 h

Evaluación económica I

P-001. ANÁLISIS DE COSTE EFECTIVIDAD DE MULTAQ® (DRONEDARONA) PARA LA NUEVA INDICACIÓN

F. Pérez-Alcántara, X. Llobet de los Inocentes y C. Crespo

Oblikue Consulting, S.L. Departamento Médico Sanofi.

Objetivos: Evaluar el ratio coste efectividad incremental (RCEI) a largo plazo de dronedarona tanto frente a terapia estándar como frente a otros antiarrítmicos (amiodarona, sotalol o flecainida) en el tratamiento de la fibrilación auricular (FA) tras la restricción de indicación.

Material y métodos: Mediante un modelo de Markov se compararon costes y años de vida ajustados por calidad (AVAC) a largo plazo de las distintas opciones de tratamiento, a partir de datos del estudio ATHENA y literatura relacionada. Se consideraron los costes asociados al tratamiento (farmacológico, inicio y monitorización), a complicaciones (estados de salud) y a ocurrencia de eventos adversos. El uso de recursos fue identificado mediante panel de expertos y literatura relacionada. La perspectiva del análisis fue la del financiador con un horizonte temporal de toda la vida del paciente, asumiendo una duración de tratamiento de 16 meses (frente a terapia estándar) y a largo plazo (frente a otros antiarrítmicos). Se realizó un análisis de sensibilidad probabilístico (ASP) para evaluar la incertidumbre de los datos.

Resultados: El tratamiento a largo plazo con dronedarona frente a terapia estándar presentó un RCEI de 6.286€/AVAC. Frente a otros antiarrítmicos, los resultados permanecieron por debajo del umbral de 30.000€ comúnmente aceptado como coste efectivo. Concretamente, el RCEI frente a amiodarona fue de 4.317€/AVAC, frente a sotalol fue de 2.277€/AVAC, y frente a flecainida fue de 5.264€/AVAC. Los ASP realizados, confirmaron la robustez de los resultados.

Conclusiones: Dronedarona sigue siendo una alternativa coste efectiva en el tratamiento de la FA bajo la nueva indicación.

P-002. QUALITY-HTA, MODELO DE CÁLCULO DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN DE ESTUDIOS ECONÓMICOS DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS

J. Belaza y J. Vallejo

Gabinete Claves.

Introducción: Si las evaluaciones económicas acreditan calidad en su elaboración y resultados, demostrada ante terceros independientes, se gana en transparencia, credibilidad y capacidad de decisión. Hemos desarrollado la acreditación Quality-HTA aplicando técnicas de gestión de calidad a estos procesos de evaluación. Fundamentos de Quality

HTA. Criterios: área del proceso a auditar Indicadores: unidad de valor obtenido de agrupaciones de ítems aplicables. Ítems: cuestiones esenciales para el cumplimiento de la calidad. Se presentará en la comunicación el algoritmo completo y cálculo de calidad. Algoritmo del modelo: 1. Determinar el perfil de indicadores del patrón de referencia y del caso auditado, ajustando previamente las variables no aplicables, para cada estudio auditado. 2. Determinar la desviación absoluta y en %, de cada indicador respecto de la referencia. 3. Representaciones gráficas de las desviaciones absolutas y porcentuales comprobando el % de consecución de cada indicador y la magnitud absoluta de la desviación. 4. Cálculo de los indicadores de calidad ICe, ICd y cuartil alcanzado.

Conclusiones: Quality HTA es el primer intento de incluir conceptos y métodos de Calidad con auditoría de un tercero en los estudios de Evaluación Económica de Tecnología Médica. Respecto a indicadores de calidad hemos preferido utilizar el módulo del vector de diferencia entre patrón y ejemplo y emplear el cuartil alcanzado, sin obviar revisar el % de consecución alcanzado para todos los indicadores.

P-003. EVALUACIÓN DE ABATACEPT E INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y RESPUESTA INADECUADA A METOTREXATO

F. Navarro, I. Gilloteau, K. Sennfält, J. Sabater, L. Betegon, S. Luján y W. Stam

Universidad de Sevilla.

Objetivos: Estimar los costes de abatacept e infliximab para alcanzar los estados de remisión o bajo nivel de actividad (EBNA).

Métodos: La dosis, tasa de efectos adversos graves (EAG) y el tiempo (meses) en remisión o EBNA se obtuvieron del ensayo ATTEST. Los costes (fármacos, infusión y manejo de efectos adversos) de bases de datos españolas. Los análisis se realizaron para el año de duración del ensayo, los primeros 6 meses y los 6 meses siguientes. La estimación de costes en la vida real se hizo extrapolando datos españoles sobre el aumento de dosis de infliximab, y la tasa de efectos adversos de un meta-análisis.

Resultados: Los costes anuales de un paciente respondedor/en EBNA fueron menores para abatacept (81.823€/43.345€) que para infliximab (116.366€/63.378€). En los primeros 6 meses del ATTEST los costes por paciente-mes en remisión/EBNA fueron 12.866€/7.023€ para abatacept vs 11.458€/5.729€ para infliximab. Abatacept se asoció a menores costes por paciente-mes en remisión/EBNA en los 6 meses siguientes (5.863€/3.160€ vs 7.373€/4.016€). El tratamiento más allá del año, en condiciones de vida real, tendría un coste por mes en remisión/EBNA a favor de abatacept (5.840€/3.094€), comparado con infliximab (7.761€/4.227€). Los mayores costes de abatacept durante los 6 primeros meses se compensarían entre 10-12 meses en condiciones de vida real.

Conclusiones: Los resultados favorables en términos de coste-consecuencia para abatacept según los datos de los meses 7-12 del ATTEST y vida real indicarían que abatacept es un tratamiento con un buen perfil desde el punto de vista clínico y económico.

P-004. EVALUACIÓN ECONÓMICA DE NUEVA TECNOLOGÍA DE GESTIÓN IMPLEMENTADA EN PACIENTES CRONIFICADOS EN UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA (UTIP)

A. Medina, R. Kurtzbart y L. Busso

Investigaciones Económicas del Hospital El Cruce, Alta Complejidad en Red, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Análisis de minimización de costos, de pacientes que se cronificaron (más de 30 días internados habiendo perdido indicación de UTIP) durante su internación en UTIP. Comparación de tecnologías de gestión de internación en: UTIP, Cuidados Intermedios e Internación Domiciliaria.

Material y métodos: Estudio prospectivo de nueva metodología de gestión en pacientes cronificados durante su permanencia en UTIP (16 camas) del Hospital El Cruce-Alta Complejidad en Red (Argentina) en el 2011, motivado en estudio retrospectivo de análisis de costos durante 2009-2010. Los costos día cama corresponden al total directo e indirecto promedio por nivel de complejidad.

Resultados: Entre los años 2009-2011, de los pacientes internados en UTIP (1.061), el 3,1% (33) se cronificaron. En el 2009 utilizaron 460 días, en 2010 1.703 días en UTIP decidiéndose habilitar camas de Cuidados Intermedios, donde utilizaron 366 días más. Debido al aumento de pacientes cronificados implementamos esta nueva metodología de gestión para disminuir costos. Así, en el año 2011 disminuimos los días de cronificados en UTIP a 948, utilizando más días de Cuidados Intermedios (1.288), generando un ahorro del 30% (€279.000). El costo anual (2011) hubiera representado en UTIP€1.483.636 (€682 día), en internación domiciliaria hubiese sido de€474.368 (€218 día) y en Cuidados Intermedios de€1.015.144 (€454 día).

Conclusiones: La nueva metodología de gestión disminuyó costos, generando mayor capacidad para pacientes críticos. La comparación de modalidades de gestión evidencia que el costo día en UTIP de un paciente cronificado equivale a 1,5 días en Cuidados Intermedios, o 3,1 días en Internación Domiciliaria.

P-005. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE DABIGATRÁN PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS EN EL MARCO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA VASCA

A. Echeto, P. Acevedo y M.J. Gardezábal

Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Objetivos: Evaluar el impacto económico de la introducción de dabigatrán para prevención del ictus, en el presupuesto sanitario del Departamento de Sanidad y Consumo de la CAV.

Material y métodos: El AIP se ha realizado desde la perspectiva del financiador con un horizonte temporal de 4 años (2012-2015). Se ha diseñado un árbol de decisión basado en datos de prevalencia para estimar la población con FANV susceptible de ser tratada con anticoagulantes orales. Las alternativas del estudio son acenocumarol, warfarina y dabigatrán. Se han contemplado costes sanitarios directos, farmacéuticos y no farmacéuticos. Se han incluido costes de la monitorización de INR en pacientes tratados con acenocumarol y la determinación de la función renal (pacientes que comienzan tratamiento con dabigatrán). Se ha realizado análisis de sensibilidad univariante.

Resultados: El escenario más conservador (7.865 pacientes tratados con dabigatrán en el 2012) supone un impacto presupuestario neto de 9,1 M€ (8,8 M€ en el presupuesto farmacéutico y 284.000€ en costes no farmacéuticos). En el año 2015 (13.600 pacientes) el impacto presupuestario será de 13,5 M€ (15,3 M€ en el presupuesto farmacéutico y -1,8 M€ en costes no farmacéuticos). El ahorro en costes no farmacéu-

tics es sensible al número de pacientes tratados con dabigatrán y el coste de monitorización del INR.

Conclusiones: El AIP muestra que dabigatrán tendrá un elevado impacto en el presupuesto sanitario. El presupuesto farmacéutico es la partida que asumiría el mayor coste. En el 2012 el impacto de dabigatrán puede suponer el 1,5% del presupuesto farmacéutico total destinado a recetas.

P-006. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA ESTERILIZACIÓN DE ENDOSCOPIOS RÍGIDOS CON STERRAD VS AUTOCLAVE EN ESPAÑA

R. Busutil, O. Espallardo y A. Emmermann

Johnson&Johnson Medical.

Objetivos: Varios estudios han reportado notables reducciones en daños y reparaciones de endoscopios rígidos (ER) cuando fueron esterilizados con Sterrad™ en vez de con Autoclave. El objetivo de este estudio es analizar las consecuencias económicas de esterilizar ER con Sterrad™ vs Autoclave desde la perspectiva de un hospital.

Material y métodos: Se desarrolló un modelo de decisión interactivo, usándose la literatura publicada para estimar las dos variables clave (% de ER dañados con Sterrad y también con Autoclave). Se incluye un análisis de sensibilidad de doble vía (generando 121 escenarios mediante variación en $\pm 25\%$ de las dos variables clave). Precios medios incluidos en el modelo: 1.000 unidades de esterilización (UE) de ER y 2.000€ por reparación de ER. 0,56€ en consumibles/UE para Autoclave. En base a precios de lista, se estimaron 11,99€ en consumibles/UE para Sterrad. El horizonte temporal se estableció en un año, asumiendo 100% de uso para ambas tecnologías.

Resultados: Se logró una reducción del 21% del presupuesto con Sterrad vs Autoclave (11.870€ de ahorro anual). Los mayores costes de esterilización fueron ampliamente compensados por los ahorros en reparaciones de ER. Sterrad condujo a un ahorro de costes vs Autoclave en el 100% de los escenarios del análisis de sensibilidad.

Conclusiones: Este análisis añade una nueva componente de apoyo en favor de la esterilización de ER con Sterrad, que ahorra costes en comparación con Autoclave. Pese al abordaje conservador que puede favorecer a Autoclave, el uso de Sterrad conduce a unos ahorros del 21% para el presupuesto del hospital.

P-007. IMPACTO PRESUPUESTARIO EN PACIENTES CON CONTRACTURA DE DUPUYTREN: FASCIECTOMIA VS. COLAGENASA DE CLOSTRIDIUM HISTOLYTICUM.

M. de Salas-Cansado, J.M. Arandes, M. del Cerro y M. Cuadros

Departamento de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados, Pfizer España.

Objetivos: Calcular el impacto presupuestario (IP) de la fasciectomía (FSC) frente al tratamiento farmacológico con la colagenasa de Clostridium histolyticum (CCH) para el tratamiento de la contractura de Dupuytren en España.

Métodos: Se diseñó un estudio de minimización de costes tras asumir como similares la efectividad de FSC y CCH. En el grupo CCH se recogieron costes del fármaco, administración y visitas, a través de ensayos clínicos y de un estudio en vida real. Los costes de la FSC se obtuvieron de un estudio local retrospectivo observacional que incluyó el tipo de ingreso, visitas, urgencias, reingresos, pruebas, fármacos y rehabilitación. Los costes unitarios fueron (base de datos e-SALUD y BOT). Los resultados se presentan desde la perspectiva del SNS para los próximos 3 años. Se parte de 5.100 cirugías/año (+ 5% anual) y se estima una penetración de CCH del 20, 30 y 40% en pacientes operados y del 10, 20 y 30% en sujetos diagnosticados no tratados. Los datos fueron

consensuados con un panel de expertos. Se realizó un análisis de sensibilidad modificando las principales variables.

Resultados: El coste medio por FSC fue de 2.250€ (72% pacientes hospitalizados), variando entre 1.703€ para pacientes ambulatorios y 2.467€ hospitalizados. El coste medio con CCH fue 1.220€ (1,5 inyecciones/cuerda y 4 visitas), pudiendo disminuir hasta 898€ (1,1 inyecciones/cuerda y 3 visitas). El IP acumulado a 3 años es de 45.971€ [-2,993; 3,870M€].

Conclusiones: Según este estudio, la inclusión de la CCH supone un impacto presupuestario acumulado a 3 años de 45.971€ [-2,993; 3,870M€] para el SNS.

P-008. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA INTRODUCCIÓN DE SIKLOS® EN EL SNS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA FALCIFORME

Á. Hidalgo, A. Ivanova, M.V. Gardeta y C. Escalante

Universidad de Castilla-La Mancha.

Objetivos: Estimar el impacto presupuestario de la introducción de Siklos® (dosis de inducción de 20 mg/kg/día), en el mercado español para el tratamiento de la anemia falciforme (AF) en los pacientes severos y moderados, niños y adultos.

Métodos: Se desarrolló un modelo de evaluación económica (período 2012-2015), utilizando valores predeterminados, validados con un panel de expertos. El año base para los costes fue 2011. Se asume una tasa de descuento anual del 3% para los costes, un peso medio de 32,24 kg y 71 kg, niños-adultos, respectivamente, y una sustitución proporcional de cuota de mercado para Siklos®. El impacto presupuestario se determina como la diferencia entre los resultados antes y después de la introducción de Siklos®.

Resultados: Adecuar la terapia de la AF en España a Siklos®, único medicamento aprobado por la EMEA para el tratamiento de la AF, supondría un gasto de €1,3M para el SNS (2012-2015). Los análisis de sensibilidad mostraron que los resultados mejoran para el grupo de niños; las transfusiones, tanto ocasionales como crónicas, afectan mayormente a los resultados obtenidos para el grupo de pacientes adultos; las variaciones del incumplimiento de Hydrea® mejoraría notablemente el coste acumulado de introducir Siklos® [de €1,3M a €0,2M].

Conclusiones: La introducción paulatina de Siklos®, en sustitución de Hydrea®, en pacientes con AF, supondría un gasto acumulado de €1,3M para el SNS español, permitiendo a cambio el cumplimiento del protocolo europeo de farmacovigilancia.

P-009. COSTE-EFECTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA DE UNA ASEGURADORA EN COLOMBIA

H. Arévalo, N. Guarín y L. Vélez

Salud Total EPS.

Objetivos: Evaluar la costo-efectividad en el primer año del programa de intervención de riesgo cardiovascular, en pacientes con enfermedad renal crónica y sus precursoras (hipertensión arterial y/o diabetes mellitus), afiliados a una empresa aseguradora en Colombia.

Material y métodos: Se construyó un modelo de Markov simulando una cohorte de 10.000 pacientes, comparando la evolución entre estados sin intervención y después de la implementación del programa de riesgo cardiovascular en el año 2010. Las probabilidades de transición entre los diferentes estados y los costos se calcularon a partir de la información de la cohorte de pacientes con enfermedades precursoras y enfermedad renal crónica seguidos durante los años 2009, 2010 y 2011. Las utilidades esperadas se calcularon a partir de los estadios

correspondientes según el EQ-5D, expresándose los resultados obtenidos como costo incremental por año de vida ajustado por calidad (AVAC). Se realizó un análisis de sensibilidad para las variables clave.

Resultados: Se analizó la información correspondiente a 49.228 pacientes en 18 ciudades del país con seguimiento por 36 meses. Desde la perspectiva del pagador, para el caso base el costo incremental muestra un ahorro de 3.353,33€ por AVAC ganado. El modelo muestra sensibilidad a variaciones en el costo.

Conclusiones: Se presenta el primer ejercicio de evaluación económica de una intervención de riesgo en una población con enfermedades crónicas, que se muestra como costo efectiva en el primer año de implementación, lo cual es consistente con otros estudios y con el tiempo requerido para obtener impacto en este tipo de patologías.

P-010. EQUIVALENCIA DE DOSIS-EFECTO ENTRE EPOETINAS. DIFICULTADES PARA LA ELECCIÓN DEL MEDICAMENTO MÁS EFICIENTE

J. Arrieta, I. Gallardo, M.L. Muñoz, C. Robledo, R. Aguirre, A. Maza, J. Molina e I. Iribar

Hospital de Basurto.

La equivalencia de dosis no siempre es la que sugieren los fabricantes. Entre la epoetina (EPO) y la darboepoetina (DA) se han manejado equivalencias a efectos de pago de 260 Uds por mcg, diferente de 200:1 propuesta por los fabricantes. Hemos analizado retrospectivamente la sustitución de EPO por DA en todos los pacientes en hemodiálisis, de centros públicos y concertados de la Comunidad Autónoma durante tres años. La equivalencia en "intención de tratar" fue de 350 a 400 Uds de EPO por µg de DA. La dosis media requerida de DA disminuyó significativamente en el primer mes de cambio de EPO (23,3 ± 12,5 µg/semana vs 54,1 ± 29,8 µg/semana, p < 0,0001). La equivalencia de dosis real ha sido de 413 Uds por µg. Los niveles de Hb se mantuvieron sin diferencias durante dos años post cambio. El tiempo medio en que los pacientes se mantuvieron con niveles objetivo de Hb fue de 4 ± 3 meses con EPO y de 8 ± 5 meses con DA (p < 0,0001). En regresión multivariante no se apreció la influencia del uso de hierro, calidad del agua de HD, estado inflamatorio e índice de Charlson, sobre la respuesta. El PVL de las EPO es similar a una equivalencia de dosis de 200:1 obtenida de ensayos en fase 2-3. Una equivalencia de dosis sensiblemente diferente influye en la elección de la EPO más eficiente y deben analizarse las dosis equipotentes y la estabilidad de la respuesta en condiciones reales.

P-011. COST-CONSEQUENCE ANALYSIS COMPARING ROMIPILOSTIM TO RITUXIMAB IN THE TREATMENT OF ADULT IMMUNE THROMBOCYTOPENIA (ITP) IN SPAIN

M.F. López Fernández, M.E. Mingot Castellano, D. Valcárcel Farreiras, V. García, M. Chulikavit, A. Perrin e I. Campos Tapias

Hospital Complejo Universitario de la Coruña.

Objectives: Romiplostim, a thrombopoietin-receptor agonist, is approved for second-line use in ITP patients. Rituximab, an immunosuppressant, is currently used off-label. This analysis compared the cost per responder for romiplostim versus rituximab in Spain.

Methods: A decision analytic model was constructed to estimate the 6-month cost per responding patient (achieving a platelet count $50 \times 10^9/L$) according to the most robust published data. Romiplostim patients received weekly injections; rituximab patients received 4 weekly intravenous infusions. Medical resource costs were obtained from Spanish reimbursement lists. Treatment non-responders incurred bleeding-related event management costs as reported in clinical trials.

Medical resource utilization and clinical practice were based on international treatment guidelines and validated by local clinical experts.

Results: Response rates to rituximab and romiplostim were 62.5% and 83%, respectively. Mean overall treatment costs for rituximab and romiplostim were €13,459 and €16,288, respectively. Dividing costs by the response rates resulted in a mean cost per responder of €21,535 for rituximab, 10% higher than the cost of €19,624 for romiplostim. The higher cost per responder for rituximab was largely due to the higher proportion of non-responders, which increased the incidence of bleeding-related events and subsequent management costs, including rescue therapies. Sensitivity analyses on resource use, rescue medication use, and rituximab schedule were performed.

Conclusions: Over a 6-month period, romiplostim was associated with a lower cost per response compared to rituximab. Findings suggest that romiplostim may provide a more efficient use of resources in the Spanish healthcare system.

Gestión, innovación y formas organizativas I

P-012. EFICIENCIA EN LA COBERTURA Y PROVISIÓN SANITARIA, COMPARACIÓN ENTRE COSTA RICA Y GUATEMALA

J.R. Vargas

Universidad de Costa Rica.

Objetivos: El sistema sanitario, junto con el educativo, son las más visibles resultantes del estado de bienestar. Se evalúa cómo ambos procesos ocurren en Costa Rica, ejemplo de desarrollo humano y universalidad de políticas sociales en las últimas décadas, contrastando esos resultados con los de Guatemala.

Material y métodos: Se utiliza información estadística atinente a ambas historias macroeconómicas y sanitarias. El análisis empírico ilustra las enormes dificultades para construir el marco de causalidad unidireccional de las relaciones entre los regímenes de producción y el bienestar. La gestión para mejorar el desarrollo económico encuentra que los consensos al interior de la sociedad son la clave para los logros en Costa Rica y para los conflictos en Guatemala. Técnicas econométricas de series históricas es el método básico.

Resultados: Hay una serie de eventos que pueden describirse como resultado del azar o alternativamente como obra de líderes que hicieron la diferencia. La manera en que se organiza el sistema de prestación de servicios de salud es resultado de ese equilibrio. Por otra parte, hay una cierta pérdida del crecimiento potencial de la economía resultado de la opción escogida.

Conclusiones: El análisis de casi cien años de historia permite ilustrar que no todo es pérdida relativa, si se analiza en un horizonte suficientemente amplio. Este hallazgo es congruente con la manera en que se construye salud: el desarrollo de capital humano es un proceso más lento que el del capital físico, que ya es de por sí, lento.

P-013. PAPEL DE LOS PROFESIONALES DE SALUD EN EL SISTEMA SANITARIO

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: El nivel de conocimiento sobre un medicamento incluye el objetivo terapéutico (efectividad, indicación), proceso de uso

(pauta, posología, forma de administración, duración), seguridad (precauciones, contraindicaciones, interacciones, efectos adversos) y conservación, la relación del profesional de la salud (médico, odontólogo, enfermeros) con el farmacéutico exige un alto nivel de comunicación y coordinación (equipo multidisciplinar).

Objetivos: Analizamos la valoración que hacen los pacientes polimedificados, a partir de 3 medicamentos crónicos, sobre el nivel de información recibida por cada uno de los agentes de salud, las actitudes de médicos, odontólogos y enfermeras sobre el consejo que debe ofrecerse a los pacientes en una terapia propuesta (vigilancia de la eficacia, de reacciones adversas, entrega de instrucciones y consejos, contraindicaciones...) y quién es el profesional más idóneo, a juicio de los pacientes.

Material y métodos: Se desarrolló un cuestionario con 10 ítems tras una revisión de la literatura que incluía eficacia, adicción, sinergismo, interacciones, reacciones adversas, régimen terapéutico, objetivo terapéutico, proceso de uso, seguridad, conservación... El cuestionario se presentó a los pacientes. Las variables incluían en función del nivel de consejo quién es la persona más capacitada para ello (en cada una de las variables propuestas).

Resultados: 1. El farmacéutico es el personal mejor valorado para tal función, especialmente en seguridad farmacológica y conservación ($p < 0,01$). 2. Los enfermeros y odontólogos no se consideran los profesionales más idóneos para responder ni siquiera a cuestiones habituales. 3. El médico (hospitalario) es el que en más se confía en el objetivo terapéutico y proceso de uso ($p < 0,01$).

P-014. SOLUCIÓN RFID PARA LA GESTIÓN Y CONTROL DEL MATERIAL QUIRÚRGICO EN UN HOSPITAL

P. Novas Rodríguez

Hospital Son Llàtzer.

Objetivos: Implantar una solución RFID para la gestión y control del material quirúrgico con la idea de saber cuánto nos cuesta una IQ (saber lo que nos gastamos y en que no lo gastamos) sin cargar nuevas tareas al personal del bloque quirúrgico simplificando el proceso administrativo (hoja de implante, pedidos,...) y mejorando el proceso logístico (caducidades, inventarios...).

Material y métodos: Fase 1: instalación para el control de consumos de un quirófano con sus basuras. Fase 2: esta fase, en la que nos encontramos, nos permite generar la hoja de implantes en todos los quirófanos, así como también enviar los consumos de los implantes utilizados a HP y SAP. Fase 3: esta fase nos permitirá poder tener los consumos de todo el material utilizado en todos los quirófanos, también habrá un sistema que nos permitirá llevar el stock del almacén de quirófanos y controlar las caducidades.

Resultados: Control de los costes del bloque quirúrgico. Simplificación del proceso administrativo, ya que todo se gestiona on line. Disposición de inventarios en tiempo real. Control de las caducidades. Reducción de los tiempos en el proceso logístico. Optimización de la planificación de compras.

Conclusiones: La RFID es una herramienta más que se debe utilizar para innovar aportando realmente valor añadido a las organizaciones.

P-015. HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA ÚNICA POR PACIENTE EN OSAKIDETZA: SI QUIERES LLEGAR LEJOS CAMINA ACOMPAÑADO

R. Sánchez Bernal, M. Ogueta Lana, M. Madrid Conde, J.I. Armentia Fructuoso, F. Encinar Martín y Ó. Álvarez Guerras

Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.

Objetivos: 1. Disponer de una historia clínica electrónica única que permita encontrar la información necesaria en tiempo real, a un solo

“clic”. 2. Posibilitar continuidad de cuidados 3. Implantar historial fármaco terapéutico único. 4. Habilitar mecanismos no presenciales de relación con el paciente y/o su familia 5. Reducir los costes de funcionamiento.

Material y métodos: Diseño: grupo multidisciplinar de profesionales que incluye médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, farmacéuticos, biólogos, fisioterapeutas, matronas, ópticos, trabajadores sociales, administrativos, economistas e informáticos. Población: 1.104 personas. Herramientas: técnicas del grupo nominal, selección ponderada. Delphi. Diagrama de Pareto, causa-efecto y de Gantt, etc.

Resultados: 1. Hemos creado Osabide Global, Aplicación sencilla, intuitiva, y amigable, adaptada a cada clínico y modificable, (valorada por los clínicos con 9,2 sobre 10). 2. La información clínica está centrada en el paciente y facilita la continuidad de cuidados. 3. Existe una pantalla única del clínico, otra del paciente, y se facilita la realización de actividad no presencial e historial fármaco terapéutico, un e-book como evolutivo. 4. Se visualizan a un solo “clic” los resultados y no se imprimen. 5. En radiología digital se ahorra 3,4 millones de€/año, y en papel cientos de miles de euros.

Conclusiones: Osabide Global mejora y facilita la práctica clínica diaria, y la relación entre niveles asistenciales, mejora la seguridad clínica y reduce costes. Tras los > 700.000 evolutivos registrados en Osakidetza, Osabide Global es una experiencia consolidada, con vigencia a medio y largo plazo, y que contribuye a la sostenibilidad del sistema.

P-016. ANÁLISIS SOBRE LA DERIVACIÓN DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y VICEVERSA. ESTUDIO PATHWAYS

B. Font, C. Roldán, F.J. Escalada, P. Ezkurra, J.C. Ferrer y C. Ortega, en nombre de los investigadores del estudio PATHWAYS

Novartis Farmacéutica.

Objetivos: Conocer los motivos de derivación de pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) entre Atención Primaria (AP) y Atención Especializada (AE). Conocer el grado de cumplimiento de recomendaciones nacionales.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico nacional en consultas de AP y AE (Endocrinología). Se recogieron datos sobre motivos de derivación de pacientes con DM2 en práctica habitual y en pacientes concretos. Los documentos de referencia para el análisis del grado de cumplimiento fueron: Recomendaciones de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN) y Guía de Práctica Clínica del Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).

Resultados: Análisis realizados sobre práctica habitual de 143 médicos de AE/641 de AP y sobre derivaciones de 805 pacientes de AE/3.624 de AP. Derivaciones a AE: en 31,8% de los casos existe un protocolo de coordinación con AE y el método de comunicación más común es el parte interconsulta (89,2%). El criterio de derivación en práctica habitual más declarado (80,5%) fue inestabilidad metabólica y la causa más frecuente en pacientes fue reevaluación (48,4%). El 46,8% de los profesionales aplicaban todos los criterios MSC y el 3,9% todos los criterios SEEN. Derivaciones a AP: en 46,2% de los casos existe un protocolo de coordinación con AP y el modo de comunicación más común fue historia clínica (53,5%). El criterio de derivación más declarado (96,5%) fue consecución de objetivos, motivo también más frecuente en derivaciones concretas.

Conclusiones: Se deduce la necesidad de una mejor coordinación entre niveles asistenciales para optimizar y homogeneizar el proceso de derivación.

P-017. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS EN LOS PACIENTES CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD (DE TIPO HÚMEDO) EXUDATIVA. ESTUDIO OPTIMAL

B. Font, R. Lahoz, R. Casaroli-Marano y M. Roura

Novartis Farmacéutica, S.A.

Objetivos: Evaluar la disponibilidad de los recursos sanitarios y los procedimientos que se llevan a cabo en los pacientes con degeneración macular asociada a la edad (de tipo húmedo) exudativa (DMAE-h) en la práctica clínica diaria en las unidades de retina a nivel nacional.

Material y
Métodos: Estudio observacional, transversal, multicéntrico en el que participaron 39 centros. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años con neovascularización coroidea activa principal/recurrente secundaria a DMAE-h, diagnosticada entre 12-18 meses previos al inicio del estudio.

Resultados: Participaron 266 pacientes (diciembre 2009-julio 2010). La media de edad fue de 76,1 ($\pm 8,1$) años, el 55,6% fueron mujeres. La evaluación de los parámetros logísticos y disponibilidad de recursos por los investigadores mostró que semanalmente se visitaban de mediana (Q1-Q3) 20 (10-50) pacientes con DMAE-h, siendo 10 (10-25) nuevos casos. El tratamiento se realizaba mayoritariamente en quirófanos (61,5%), disponiendo de 1 (1-2) quirófanos/centro, utilizables para el tratamiento 2 (2-5) días/semana. El tiempo transcurrido entre la solicitud de consulta hasta su realización fue de 20 (15-30) días. Los investigadores consideraron insuficientes los recursos de personal para exploraciones (84,6%) y para tratamiento (46,2%). Un 30,8% y 20,5% reflejaron carencia de equipos para diagnóstico, como la tomografía de coherencia óptica y la angiografía fluoresceínica.

Conclusiones: Este estudio evidencia un mayor requerimiento en la disponibilidad de recursos para el diagnóstico y tratamiento de la DMAE-h. Estos resultados junto con la actual política de reducir el presupuesto en el sistema de salud español, pueden tener un impacto negativo en el diagnóstico y tratamiento de la DMAE-h.

P-018. SITUACIÓN DE LA UNIDAD DE GESTIÓN DE INGRESOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR (CÁDIZ)

E. de Antonio Martín, M.S. Reyes Martín Montero, M. Prado Cala y E. López Álvaro

Plataforma Provincial Logística Integral.

Introducción: A lo largo de los últimos años, se han producido una serie de hitos que afectan directamente al transcurso del proceso de gestión de ingresos y contribuyen a la disminución de la facturación. Por ello, es necesario detectar las causas que han propiciado este hecho.

Objetivos: Analizar el proceso de facturación de la Unidad de Gestión de Ingresos (UGI) y su situación a lo largo del periodo 2005-2010.

Métodos: Análisis descriptivo de los datos económicos y de actividad (importe facturado, expedientes aperturados, notificados, facturados y no facturados) durante el periodo de estudio, para conocer la situación actual de la unidad y su evolución.

Resultados: Se produce un notable descenso en el importe liquidado, a pesar del aumento del número de liquidaciones. Las causas externas detectadas son: la adhesión al convenio de asistencia para los beneficiarios de ISFAS en el 2005, la adhesión al convenio de tráfico, la falta de actualización de las tarifas de la Orden de Precios Públicos y la instauración del DIRAYA en el 2007. En el 2010, se produce un incremento del 8,41% en cuanto a expedientes aperturados y un decremento del 5,56% en cuanto a liquidaciones notificadas, con respecto al 2005. En el importe liquidado, se produce un importante decremento con respecto al periodo 2009. Del total de expedientes que se han tramitado en el 2010, el 40,47% no han sido facturados finalmente.

Conclusiones: Existe diversidad de causas que afectan a la disminución de la facturación de la asistencia, a los terceros obligados al pago.

P-019. EVOLUCIÓN DE LOS OBJETIVOS DE LAS UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA HOSPITALARIAS

E. de Antonio Martín, J.J. Mercader Casas, R. Higuera Romero y J.M. Mateos Gautier

Plataforma Provincial Logística Integral.

Objetivos: Estudiar la evolución del grado de consecución de los objetivos marcados en los Acuerdos de Gestión Clínica de las unidades Neurología, Ginecología y Obstetricia y Oncología, en el periodo 2006-2008. Evaluar si se produce efecto Ratchet.

Métodos: Análisis comparativo descriptivo del cumplimiento de los objetivos definidos para las Unidades de Gestión Clínica consideradas. Las variables analizadas, han sido objetivos correspondientes a las dimensiones actividad y rendimiento, accesibilidad, orientación al usuario y gestión económica.

Resultados: Neurología obtiene una importante mejora en el cumplimiento de los objetivos a la par que aumenta la exigibilidad de la mayor parte de los objetivos estudiados. Tan sólo, en la dimensión económica, el objetivo fijado de aumento máximo del capítulo II, se incumple. Para Ginecología y Obstetricia, la exigibilidad de los objetivos tiende a aumentar, mejorando los resultados de los mismos. Tan sólo en el caso de la dimensión gestión económica, se incumple el objetivo de incremento máximo del capítulo I en el 2008. En el caso de Oncología, los objetivos se cumplen en todos los periodos, manteniéndose prácticamente constante la exigibilidad de cumplimiento de éstos.

Conclusiones: No es posible afirmar la existencia de efecto Ratchet, ya que a pesar de aumentar la exigibilidad, de los objetivos, los resultados se mantienen o incluso mejoran.

P-020. FACTURA INFORMATIVA: TRANSPARENCIA COSTES SANITARIOS EN EL SERVICIO SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

R. Martínez Jiménez, C. Gómez González, K. Sarhrawi Cerezo, E. Peinado Álvarez y D. Muñozerro Muñoz

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Objetivos: Informar a los pacientes el coste de la asistencia prestada en el uso de los servicios sanitarios. Conocimiento por los profesionales del gasto sanitario de la prescripción.

Métodos: El material utilizado ha sido el CMBDA (2010) y el INFORCOAN-HyD (2010) para obtener el coste unitario por línea funcional, en este caso la CMA. El periodo estudiado ha sido un año desde octubre 2010-octubre 2011

Resultados: Los 40 GDRs más frecuentes realizados en los hospitales del SSPA, representan el 50% de la casuística atendida en los centros hospitalarios en 2010. Los costes obtenidos para los 20 GRD más frecuentes de CMA en el total del SSPA, oscilan desde 2.281€ para el GRD 266 (Injerto de piel), y 1.903€ para el GRD 359 (procesos sobre útero y anejos sin cc), por el contrario los más bajos son el GRD 351 (esterilización del varón) 552€, y para el GRD 362 (Interrupción tubárica, endoscopia) 787€. El proyecto se inició el 25 Octubre el 2010, y hasta octubre de 2011 se han entregado más de 22.000 facturas que reflejan un coste de 23.265.865€. El proyecto está implantado en 29 (66%) centros hospitalarios, incorporando un total de 60 procedimientos quirúrgicos.

Conclusiones: Los procedimientos con mayor número de facturas entregadas son cataratas (que con un 54,2%, representan el 69% del coste facturado) colonoscopias (12,1%) y hernias (6%).

Evaluación de políticas sanitarias. Cuidados de larga duración y dependencia

P-021. VALORACIÓN DEL USO DE LA WEB SOCIAL EN CENTROS SANITARIOS

C. Bermúdez-Tamayo, R. Alba-Ruiz, J. Jiménez-Pernett, J.F. García Gutiérrez y C. García-Pérez

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad para apoyar la Investigación.

Objetivos: Conocer el uso de las aplicaciones Social Media (SM) en los centros hospitalarios españoles así como la percepción de gestores/as de dichos centros en cuanto a valoraciones, razones de uso, factores de éxito y dificultades para la implementación de dichas aplicaciones.

Material y métodos: Estudio transversal y descriptivo de los centros sanitarios españoles y de su presencia en las aplicaciones SM mediante un cuestionario online dirigido a una muestra de responsables de distintas áreas. Se realizaron análisis univariantes y bivariantes, atendiendo al tamaño del centro y al carácter público/privado.

Resultados: Las redes sociales son las más utilizadas 14% seguidas de los blogs 2% y las herramientas de microblogging 1%. Las valoraciones negativas se vinculan con la posibilidad de abuso por parte de profesionales, las positivas con la mejoría de la comunicación. Como razones de uso destacan las relacionadas con la idea de maximizar la exposición del centro, frente a las dudas con respecto a la seguridad de la información y las políticas restrictivas de la organización. Entre los factores de éxito se identifican las formas creativas para mantener el interés de los usuarios así como la disponibilidad de tiempo y recursos humanos para desarrollarlas y mantenerlas actualizadas.

Conclusiones: El uso de herramientas SM por los centros hospitalarios españoles es incipiente y el tipo de centro parece incidir en su uso. Las valoraciones, razones de uso, factores de éxito y dificultades de implementación priorizan la necesidad de un uso adecuado por parte de los profesionales.

P-022. EVALUACIÓN DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA EN UN HOSPITAL

R. Alba-Ruiz y C. Bermúdez-Tamayo

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad para Apoyar la Investigación.

Objetivos: La evaluación científica tiene como propósito apoyar y orientar la toma de decisiones de un hospital. El principal objetivo pretende evaluar la producción científica del Hospital Virgen de las Nieves de Granada gracias a herramientas de software libre que puedan ser aplicadas en un proceso de análisis de información, de manera que, al ser integradas en un procedimiento, logren cubrir todas las etapas del proceso.

Material y métodos: Se identificaron herramientas de software libre para el análisis, evaluación y gestión interna de la I+D del hospital para permitir automatizar la recuperación de la información, realizar diversos tipos de análisis bibliométricos, visualizar el comportamiento de las variables estudiadas y sus interrelaciones mediante gráficos, mapas y redes, entre otros. El marco temporal para el análisis comprende el período 2005-2010 y las bases de datos empleadas: Web of Science de ISI Web Knowledge, Pubmed, Embase.

Resultados: Se detectó un total de 22 herramientas de software libre que se implementaron satisfactoriamente en un sistema de información científica gracias a un conjunto de indicadores que logran abarcar gran parte de la actividad científica del hospital. Mediante el análisis cuantitativo se han identificado 1.322 publicaciones.

Conclusiones: Se concluye con la identificación de un grupo de herramientas de software libre que han sido integradas en un procedimiento de evaluación mediante indicadores bibliométricos para la captura, el análisis de información y la visualización del comportamiento de diferentes variables, que son de gran utilidad para generar un nuevo conocimiento para la toma de decisiones del HUVN.

P-023. ESTUDIO INICIAL SOBRE LA EVALUACIÓN EN COMUNICACIÓN Y SU RETORNO DE LA INVERSIÓN EN LA RED HOSPITALARIA ESPAÑOLA

G. Marca, L. Escriche y B.Ortiga

Facultat d'Empresa i Comunicació. Departament de Comunicació. Universitat de Vic.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de evaluación del desempeño y del retorno de la inversión de las actividades realizadas por el departamento de comunicación.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo de los departamentos de comunicación de los hospitales de la red del sistema nacional de salud Español. Se seleccionó una muestra representativa del catálogo de hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo, de patología aguda. Se realizó una encuesta mediante un cuestionario online a los responsables de dichos departamentos, en mayo de 2011.

Resultados: Se obtuvieron 75 respuestas (tasa de respuesta del 25%). El 70% corresponden a hospitales de más de 400 camas, 80% de titularidad pública. El 75% afirmaban haber realizado evaluaciones en el último año, en el 62% realizadas por personal interno. El método de monitorización más puntuado fue el estudio de casos (96%) y el clipping (91%). Un 50% de los casos afirmaban estar totalmente y muy de acuerdo en utilizar la evaluación para justificar el presupuesto invertido, aunque el 56% afirmaba destinar a la evaluación menos del 1% del presupuesto.

Conclusiones: La mayoría de los hospitales españoles evalúan sus actividades de comunicación. Existe un acuerdo en que la evaluación es una herramienta que permite justificar el presupuesto del departamento de comunicación. No obstante, el compromiso con el proceso de evaluación es bajo según presupuesto destinado a estos fines.

P-024. IMPACTO EN LA SALUD DE CAMBIOS EN LA LEGISLACIÓN DE LA GESTIÓN Y ELIMINACIÓN DE RESIDUOS SANITARIOS CITOTÓXICOS Y RADIATIVOS

J.B. Coromina-Lozano y M. Trapero-Bertran

Departament de Dret Privat, Universitat de Girona.

Objetivos: La actividad hospitalaria usa recursos que producen una serie de residuos sanitarios. Este artículo (a) revisa la legislación española vigente en materia de gestión y eliminación de residuos sanitarios citotóxicos y radiactivos (RSCR); (b) describe los efectos externos en salud de la gestión actual de estos residuos; y (c) evalúa el impacto, en términos de costes y beneficios, que producirían futuros cambios en la legislación.

Métodos: Revisión y análisis de: (a) la legislación vigente a nivel español, estatal, autonómico y local y análisis de jurisprudencia de los RSCR; (b) el impacto de los RSCR en términos de salud y cuantificación de los costes y beneficios que se derivan de estos; y (c) las evaluaciones económicas de los residuos sanitarios.

Resultados: La legislación vigente de los RSCR plantea deficiencias respecto al almacenamiento y destrucción de éstos comportando un riesgo real para la salud. La exposición a largo plazo está asociada con incrementos en las tasas de bronquitis y reducción en la función pulmonar, elevadas tasas de síntomas respiratorios y de cáncer de pulmón. Una regulación más específica, técnica y unificada evitaría ries-

gos en la salud de la población derivados del proceso desde el almacenamiento al transporte.

Conclusiones: La introducción de mejoras en la legislación vigente de los residuos sanitarios parece ser clave para reducir los riesgos en salud y hacer más coste-efectiva su gestión. Se destaca la falta de estudios coste-efectividad de la gestión de residuos sanitarios, aunque hay extensa literatura epidemiológica de los riesgos de la gestión actual.

P-025. PROYECTO COLABORATIVO PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE INTEGRADO EN EUSKADI A PACIENTES CON DEPRESIÓN

N. Artaza^a, J.A. de la Rica^b, A. Gabilondo^c, A. Retolaza^b, P. Ortueta^d, J.M. Aiarzaguena^e y J. Sagarzazu^f

^aO+berri Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. ^bRed de Salud Mental de Bizkaia. ^cRed de Salud Mental de Guipúzcoa. ^dComarca Uribe. ^eComarca Bilbao. ^fOSI Alto Deba.

Objetivos: General: la puesta en marcha y evaluación del proyecto colaborativo, por un lado y la mejora de la calidad asistencial en depresión por otro. Específicos: mejorar calidad de vida relacionada con la salud mental de los pacientes con depresión que acuden a atención primaria (AP). Mejorar la coordinación entre AP y salud mental (SM). Mejorar la satisfacción de pacientes y profesionales. Tanto en el plano clínico como organizativo se pretende mejorar la calidad de la asistencia sanitaria de la depresión en las siguientes fases asistenciales: mejorar la identificación del riesgo de depresión, mejorar la fiabilidad diagnóstica, mejorar la adecuación y calidad del tratamiento, mejorar la coordinación entre profesionales a lo largo del proceso asistencial.

Material y métodos: Metodología Breakthrough Series (BTS) del Institute for Healthcare Improvement (IHI). Marco conceptual: Modelo Chronic Care. Otros recursos y métodos: PHQ9, para el cribado, diagnóstico, seguimiento de pacientes con depresión. EQ-5D, para medir el impacto en la calidad de vida. Cuestionario D'amour que mide colaboración entre niveles asistenciales. Cuestionario SAD PERDONNS. Cuestionarios de satisfacción.

Resultados: Diseño de un modelo de intervención integral y coordinado para pacientes con depresión en AP. Implementación del modelo por 10 equipos multidisciplinares y multinivel de distintas organizaciones sanitarias de Euskadi. Mejora cuantitativa y cualitativa de los objetivos establecidos. Difusión del modelo y resultados al conjunto del Sistema Sanitario Vasco.

Conclusiones: La implementación de una intervención asistencial de eficacia demostrada es viable y mejorará la calidad de vida, la coordinación y la satisfacción de profesionales y pacientes con depresión.

P-026. VALORACIÓN DE LOS CUIDADOS INFORMALES PRESTADOS A PERSONAS QUE PADECEN ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y CON LIMITACIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

I. Aranda, J. Oliva, Á. Hidalgo, A. González y C. Vilaplana

Facultad de Ciencias Sociales de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha.

Objetivos: Estimar el valor económico de los cuidados informales prestados a personas en situación de dependencia con esclerosis múltiple (EM).

Material y métodos: A través de la EDAD se identificaron personas con EM y sus cuidadores principales. Se estimaron el total de horas de cuidado informal y se aplicó el método de coste de sustitución para su valoración económica. Se eligieron dos escenarios de valoración utilizando el Informe de las Personas Mayores en el 2008 editado por el IMSERSO. Escenario 1: salario medio de la hora de servicio público de ayuda a domicilio de las 3 CCAA de menor valor; escenario 2: el salario

medio nacional. Se realizó un análisis estadístico para estudiar la influencia del grado de dependencia sobre las horas de cuidado prestadas.

Resultados: La EDAD identificó a 60,9 mil personas con EM y algún tipo de discapacidad. Un 28,39% varones y un 71,61% mujeres. La edad media de estas personas fue de 63,1 años. Las horas de cuidados totales prestadas a personas que padecen EM ascendieron a 122,2 millones. Según el escenario aplicado, las valoraciones monetarias oscilaron entre los 937,3 y los 1.553,1 millones de euros. Según el grado de dependencia, moderada, severa y gran dependencia, una persona con EM precisaría 20, 30 y 40 hora más de cuidado a la semana respectivamente, frente a una persona no dependiente.

Conclusiones: Los cuidados informales en personas que padecen EM representan una elevada carga social. El grado de dependencia influye en la necesidad de prestación de cuidados personales.

P-027. CARGA ECONÓMICA Y NECESIDADES NO CUBIERTAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN ESPAÑA

M. Balañá Vilanova, A.M. González Esteban, N. Iranzo Papiol, W.I. García, B. Chamorro, R. Prieto, I. López, Á.M. Poyato y T. Arbizu, en representación del Grupo de Estudio TRIBUNE.

^aNovartis Farmacéutica S.A, Barcelona; ^bHospital de Bellvitge, Barcelona; ^cHospital Príncipe de Asturias, Madrid; ^dHospital La Paz, Madrid; ^eHospital Virgen del Rocío, Sevilla; ^fHospital Santa María del Puerto, Cádiz.

Objetivos: Estimar los costes asociados al tratamiento de la esclerosis múltiple (EM) en España, así como discernir el grado de asociación entre la severidad de la enfermedad, la presencia de recaídas y la carga económica implicada.

Material y métodos: Se diseñó un cuestionario electrónico para permitir la captura de datos demográficos de los pacientes con EM, las características de la enfermedad, la gravedad según Expanded Disability Status Scale (EDSS), las comorbilidades, las recaídas y el consumo de recursos como consecuencia de su tratamiento.

Resultados: Se analizó la información de un total de 324 pacientes españoles con EM. La mayoría de los pacientes (94,0%) de la muestra habían recibido tratamiento con terapias modificadoras de la enfermedad. El coste medio asociado por paciente y año se estimó en 20.659€ para pacientes con EM leve (EDSS entre 0 y 3), en 43.948€ para casos moderados (EDSS 4-6,5) y en 59.347€ para casos de EM grave (EDSS 7-9). Los pacientes con EM remitente-recurrente con una puntuación EDSS ≥ 5 y que reportaron haber experimentado alguna recaída durante los últimos 12 meses presentaron mayores costes totales asociados en comparación con aquellos pacientes que no habían presentado riesgo de recaída(s) (9.430€ de diferencia).

Conclusiones: La progresión de la EM y las recaídas se asocian con un aumento considerable de los costes económicos de la enfermedad. En consecuencia, una reducción en la frecuencia de recaídas y la desaceleración de la progresión de la enfermedad pueden disminuir significativamente la carga económica de la EM.

P-028. LOS ESTUDIOS DE APNEAS DEL SUEÑO EN DOMICILIO CON TELEMONITORIZACIÓN A DOMICILIO DE PACIENTES CRÓNICOS REDUCEN LA DEMORA, AUMENTAN LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES Y LA EFICIENCIA DEL SISTEMA

C. Egea Santaolalla, J. Durán Cantolla, J.L. Lobo Beristain, J.I. Armentia Fructuoso, E.M. Báñez Hernández y R. Sánchez Bernal

Osarean: Osakidetza no Presencial.

Objetivos: Desarrollar y validar un proyecto de colaboración entre la Unidad de Trastornos del Sueño y la empresa suministradora de CPAP

(Tratamiento que distribuye aire ligeramente presurizado durante el ciclo respiratorio, a través de presión positiva en vía aérea), para la implantación de estudios de sueño domiciliarios.

Material y métodos: Definición de polisomnografía (PSG) y/o poligrafía respiratoria para diagnosticar o descartar un SAHS. La PSG/PR se realizará durante el período nocturno y en colaboración con la empresa Oximesa SL, un sistema para la realización, bajo supervisión del Hospital, de pruebas de sueño simplificadas (60% del total) en domicilio, con posterior recogida y volcado del estudio en un servidor encriptado, garantizando en todo momento la confidencialidad de los datos. La UTS analiza los resultados y emite el informe clínico.

Resultados: 1. La demora en adultos ha bajado de 4,4 meses a 1,2 y en los niños de 8,7 a 4,4 meses. Esto supone ahora una espera técnica de 1-12 semanas para las diferentes pruebas, frente a los más de 8,7 meses anteriores. El 905 de los pacientes se decantó claramente por el uso del domicilio.

Conclusiones: La implantación de estudios domiciliarios con la colaboración externa de empresas supone una clara reducción de listas de espera sin pérdida de calidad, eficiencia del sistema, y es preferida por los pacientes. El éxito de esta telemonitorización a domicilio nos hace ser optimistas en cuanto a extrapolarlos a otras patologías como estudio de parasomnias a domicilio en niños, narcolepsia, pacientes con ventilación mecánica, etc.

P-029. CONSEJO SANITARIO: ATENCIÓN CONTINUADA Y COORDINADA AL PACIENTE CRÓNICO

V. Martín Ramos, R. Roca Castro, A. Martínez Martín, N. Fernández Ruiz, I. Nido Menchaca, O. Hurtado Luguera, J.K. Gil Borica, M.A. Calvo Goitia, L. Gancedo Méndez, M. Lafuente Vegas y E. Maestre Ania

Consejo Sanitario-Emergentziak.

Introducción: Funciones: Consejo Sanitario. Triage telefónico: problemas agudos. Seguimiento de crónicos. Prevención: DEPLAN (diabetes). 1. Necesidad de transformar la organización de servicios actual hacia la atención a pacientes crónicos. 2. Implicación del paciente poniendo a su disposición herramientas para la co-responsabilidad con su enfermedad (prevención de enfermedades crónicas). 3. Enfatizar actividades de prevención y promoción de la salud. 4. Utilizar TICs para promover modelos complementarios de atención.

Objetivos: Desarrollar un modelo organizativo asistencial, que dé respuesta a las necesidades sanitarias del paciente. Promover el autocuidado en procesos autolimitados. Dar continuidad de cuidados implicando todas las organizaciones asistenciales. Orientar hacia el recurso asistencial más adecuado. Facilitar acceso rápido y dar una respuesta segura al usuario.

Métodos: Puesta en marcha del Consejo Sanitario. Formación de 16 enfermeros en informática y atención a distancia. Realización de 76 procedimientos de atención protocolizada. Coordinación con los sistemas asistenciales. Realización de procedimientos conjuntos que aseguren la continuidad en la atención al crónico.

Resultados: Implantación progresiva del Consejo Sanitario. Colaboración con los diferentes niveles asistenciales en el seguimiento del paciente crónico.

Conclusiones: La atención de enfermería de procesos leves autolimitados y la educación sanitaria fomenta el aprendizaje de autocuidados y un mejor uso de los servicios sanitarios. Una adecuada gestión de la demanda, atendiendo a los pacientes en el tiempo y por el profesional más adecuado contribuye a mejorar la satisfacción. Un adecuado control y seguimiento del crónico contribuye a reducir el número de ingresos hospitalarios. Colaborando todos los niveles asistenciales se garantiza una cobertura completa y coordinada.

SESIÓN DE PÓSTERES II

Miércoles, 16 de mayo de 2012. 15:00 a 16:00 h

Evaluación económica II

P-030. LA INMUNIDAD NATURAL: ELEMENTO RELEVANTE EN DETERMINADAS EVALUACIONES ECONÓMICAS

R. Lorente y F. Antoñanzas

Departamento de Economía y Empresa, Universidad de La Rioja.

Objetivos: La capacidad de defensa del cuerpo humano ante las infecciones es un elemento que apenas se tiene en cuenta en las evaluaciones económicas. El objetivo de este estudio es analizar la influencia en los resultados de una evaluación económica de tanto la omisión como la consideración de la inmunidad natural de la persona; la repercusión se ilustra al caso de las lesiones pre-cancerígenas de cérvix.

Material y métodos: Se han realizado 100 réplicas del modelo, con la metodología de eventos discretos, en una evaluación económica aplicada a mantener un programa profiláctico, frente a su ausencia. Se ha estudiado la repercusión de la consideración o no de la inmunidad natural, en los resultados clínicos y de eficiencia. Los valores de inmunidad, por tramos de edad, para la infección analizada, han sido obtenidos de una publicación española de 2010.

Resultados: Al considerar las defensas naturales en el modelo, el número de lesiones pre-cancerígenas evitadas por el programa es de 41. Sin embargo, si se omite dicha variable, el número asciende a 373 lesiones evitadas. En la evaluación económica, los resultados de costes por lesión evitada son 28.886€ al considerar la existencia de inmunidad natural y de 5.216€ al omitir dicha variable.

Conclusiones: Los usuarios de los resultados de las evaluaciones económicas han de tener presente si se ha incluido o no la inmunidad natural, ya que los resultados de eficiencia del programa de intervención son diferentes y pueden alterar la decisión de su implantación o mantenimiento.

P-031. LOS CO-FACTORES DE PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD: ¿IMPORTANTES PARA LA EVALUACIÓN ECONÓMICA?

R. Lorente y F. Antoñanzas

Departamento de Economía y Empresa, Universidad de La Rioja.

Objetivos: Los cofactores de progresión de la enfermedad habitualmente han quedado omitidos en los estudios de evaluación económica. El objetivo de este trabajo es mostrar su influencia en los resultados de dichas evaluaciones. Para ilustrar su impacto se aplican a un ejemplo sobre las lesiones pre-cancerígenas de cérvix.

Material y métodos: A partir de una evaluación económica sobre una actuación profiláctica, con metodología de eventos discretos, se ha estudiado la implicación en los resultados, que tendría la asignación de distintos valores para los co-factores de progresión de la enfermedad. Concretamente, la no consideración de los mismos, que supone un valor del 100% para la progresión, un 53,55%, según los datos disponibles del estudio, y un supuesto del 75%. Los resultados son los correspondientes a la aplicación de 100 réplicas del modelo para cada uno de los tres escenarios señalados.

Resultados: En la evaluación económica, los resultados de costes por lesión evitada son 15.874,23€, con una progresión del 100%, 28.886,69€ (aumento del 82%) y 20.693,11€ (aumento del 30%), según la progresión por los co-factores sea el 53,55% o el 75%, respectivamente.

Conclusiones: La valoración de los co-factores de progresión de la enfermedad repercute en los resultados, pero no necesariamente de forma proporcional y directa. La interpretación de los resultados de las evaluaciones económicas ha de tener presente los distintos supuestos de trabajo considerados para los co-factores y así como su valoración.

P-032. ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE APIXABAN VS DABIGATRÁN EN LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN ARTROPLASTIA DE RODILLA Y CADERA

J.F. Gómez Cerezo, I. Gómez Arrayas, C. Suárez Fernández, L. Betegón Nicolás, M. de Salas-Cansado y C. Rubio-Terrés

Hospital Universitario Infanta Sofía. Hospital Ruber Internacional. Hospital Universitario de La Princesa. Bristol-Myers Squibb España. Pfizer España. Health Value.

Objetivos: Realizar un estudio coste-efectividad de apixaban vs dabigatrán en la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en la artroplastia de rodilla (ATR) y cadera (ATC).

Material y métodos: Modelo de análisis de decisiones, con un periodo postprofilaxis de 90 días, y un modelo de Markov con un horizonte de 5 años. El modelo incluyó las complicaciones del TEV a corto y largo plazo (trombosis distal y proximal, embolismo pulmonar, sangrados y síndrome posttrombótico). Los datos de eficacia se obtuvieron de un metaanálisis de comparaciones indirectas. El coste de los fármacos se calculó para las dosis de la ficha técnica, y la deducción obligatoria (apixaban 2,5 mg día coste 2,85€ y dabigatrán 220 mg día coste 1,94€). El coste de las complicaciones del TEV se obtuvo de fuentes españolas. Se aplicó una tasa de descuento del 3,5%.

Resultados: El metaanálisis ha mostrado la mayor eficacia de apixaban vs dabigatrán en la prevención del TEV. A consecuencia de la mayor eficacia y mejor tolerancia con apixaban se ganarían más años de vida y años de vida ajustados por calidad que con dabigatrán, a la vez que se generarían menores costes, por tanto apixaban sería un tratamiento dominante tanto en ATR como en ATC. El análisis de sensibilidad probabilístico concluye que apixaban sería coste-efectivo en el 100% de las simulaciones.

Conclusiones: A partir de un metaanálisis de comparaciones indirectas y de costes españoles se puede concluir que apixaban es un tratamiento coste-efectivo vs dabigatrán en la prevención del TEV en ATC y ATR.

P-033. IMPACTO PRESUPUESTARIO PARA EL SNS DE LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO CON APIXABAN EN PACIENTES SOMETIDOS A ARTROPLASTIA TOTAL DE RODILLA O CADERA

I. Gómez Arrayas, C. Suárez Fernández, J.F. Gómez Cerezo, L. Betegón Nicolás, M. de Salas-Cansado y C. Rubio-Terrés

Hospital Ruber Internacional. Hospital Universitario de La Princesa. Hospital Universitario Infanta Sofía. Bristol-Myers Squibb España. Pfizer España. Health Value.

Objetivos: Analizar el impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud (SNS) de apixaban para la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en artroplastia total de cadera (ATC) o rodilla (ATR).

Métodos: Se consideraron los costes de adquisición de: a) fármacos (apixaban, dabigatrán, enoxaparina, fondaparinux, otras heparinas, rivaroxaban y warfarina), b) complicaciones del TEV a corto y largo plazo (trombosis venosa profunda [TVP] distal y proximal, embolismo pulmonar [EP], c) hemorragias intracraneales, d) otros sangrados: mayores, no mayores clínicamente relevantes, leves y e) síndrome posttrombótico [SPT]). La eficacia se estimó mediante un metaanálisis de

comparaciones directas o, de no haberlas, indirectas. Los datos poblacionales y los costes unitarios se obtuvieron de fuentes españolas. El horizonte temporal fue de 5 años. Los costes (€ de 2010) se descontaron al 3,5% anual.

Resultados: Se estimó que en cinco años apixaban supondría el 23% de la prevención del TEV y enoxaparina descendería del 60% al 33%. Las tasas de TEV y muerte con apixaban serían inferiores en ATC y ATR a las observadas con enoxaparina (-3,5% y -10,0%), produciéndose menos sangrados (-0,7% y -1,6%). Con estos supuestos, la introducción de apixaban produciría un ahorro de 547.422€ en 5 años. En el caso de considerar sin coste la administración ambulatoria de las heparinas, el ahorro sería de 270.068€.

Conclusiones: Con estos supuestos la introducción de apixaban reduciría la tasa de TEV y sangrados en comparación con enoxaparina, disminuyendo el gasto del SNS asociado a la prevención del TEV

P-034. IMPACTO ECONÓMICO DE ZOELY, UN NUEVO ANTICONCEPTIVO ORAL: IMPLICACIONES PARA EL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL

L. Kaskens, I.Lete y J. Darba

BCN Health.

Objetivos: Evaluar el impacto presupuestario de Zoely®, un nuevo anticonceptivo oral para el Sistema Nacional de Salud (SNS).

Material y métodos: Se desarrolló un modelo de impacto presupuestario para estimar el impacto económico a 4 años de la introducción Zoely®. Se estimó la población diana y la carga económica antes y después de la introducción de Zoely® incluyendo todas aquellas mujeres entre 15 y 44 años de edad que toman anticonceptivos orales financiados por el SNS. Aparte de los costes farmacológicos también se han considerado las pruebas diagnósticas y de seguimiento, las visitas médicas y los costes de los efectos adversos. Los costes están expresados en euros del año 2011 y se ha utilizado una tasa de descuento del 5%.

Resultados: Se estimó la población objetivo tratada con anticonceptivos orales financiados por el SNS en el año 2011 en 90.213 mujeres, alcanzado la cifra de 268.209 mujeres en el año 2014. El coste total del tratamiento con anticonceptivos orales financiados en España en los próximos 4 años fue estimado en 152,6€ millones antes de la introducción Zoely® y en 154€ millones después de su introducción. El coste medio anual por mujer tratada fue estimado en 216€ antes de la introducción de Zoely® y en 217€ después de su introducción.

Conclusiones: La introducción de Zoely® implicará un coste adicional de 991.000€ para el SNS en los próximos 4 años, que resulta en un aumento de sólo 1€ en el coste medio anual por mujer tratada con anticonceptivos orales por el SNS.

P-035. ANÁLISIS ECONÓMICO DE LOS TRATAMIENTOS CONVENCIONALES Y DE LOS PARCHES DE CAPSAICINA AL 8% EN PACIENTES CON DOLOR NEURÓPÁTICO

L. Kaskens, A. Toledo y J. Darba

BCN Health.

Objetivos: Este estudio calcula los costes sanitarios directos asociados con los tratamientos convencionales y con los parches de capsaicina al 8% en pacientes tratados de dolor neuropático.

Material y métodos: Los datos de prevalencia se obtuvieron de la literatura publicada en España. También se utilizó un cuestionario semi-estructurado para estimar la utilización de recursos sanitarios dentro del hospital, y de esta forma evaluar el impacto de la aplicación en la Unidad del Dolor. Los costes considerados fueron los fármacos (carbamazepina, capsaicina, pregabalina, lidocaina, duloxetine, ami-

triptilina, gabapentina y parches de capsaicina al 8%), las visitas a los profesionales sanitarios, las pruebas diagnósticas, las hospitalizaciones y el tratamiento no farmacológico complementario.

Resultados: La población con dolor neuropático en el año 2010 se estimó en 235.480 pacientes, de los cuales 217.819 eran pacientes tratados. El coste de los tratamientos convencionales para ese año se estimó en 449 millones de euros y los costes con los parches de capsaicina al 8% en 446 millones.

Conclusiones: Los costes sanitarios directos de los pacientes con dolor neuropático son más bajos con los parches de capsaicina en comparación con los tratamientos convencionales.

P-036. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE RESINCRONIZACIÓN CARDÍACA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN CLASE FUNCIONAL NYHA I Y II EN ESPAÑA

L. Almenar, B. Díaz, A. Quesada, C. Crespo, B. Martí, S. Mealing, C. Linde y C. Daubert

Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Fe.

Objetivos: Combinar los resultados clínicos de la cohorte europea del estudio REVERSE y los costes asociados a la incorporación de la terapia de resincronización cardíaca (TRC) a la terapia médica óptima (TMO) en pacientes sintomáticos leves o asintomáticos con disfunción del ventrículo izquierdo y marcadores de asincronía cardíaca en España.

Métodos: Modelo de Markov de TRC+TMO vs TMO basado en un análisis CE retrospectivo con datos de la literatura y panel de expertos para reflejar las consecuencias clínico-económicas del manejo de los pacientes en España. El horizonte temporal fueron 10 años y los costes expresados en euros del año 2010. Se descontaron tanto los costes como los efectos al 3%.

Resultados: TRC-ON presentó una reducción de la necesidad de estancia hospitalaria del 94% en UCI (0,006 vs 0,091d) y 34% en planta (0,705 vs 1,076d) con unos costes totales superiores a TRC-OFF. Los pacientes que sobreviven con TRC-ON (88,2% vs 77,5%) permanecen en clases funcionales más leves durante más tiempo. El RCEI fue de 18.431€ por AV ganado y 21.500€ por AVAC ganado a 10 años. El análisis de sensibilidad probabilístico mostró que la probabilidad de que TRC-ON fuera coste-efectivo es del 75,4% a los 10 años.

Conclusiones: El uso de TRC añadido a TMO representa un uso eficiente de recursos en pacientes con insuficiencia cardíaca en clase funcional NYHA I y II, con razones de coste-efectividad a los 10 años por debajo del umbral de eficiencia definido para el Sistema Nacional de Salud español.

P-037. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE GAXILOSE: UN NUEVO FÁRMACO-TEST PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA HIPOLACTASIA EN ESPAÑA

L. Kaskens, A. Ramírez de Arellano y J. Darba

Departamento de Farmacoeconomía, Ferrer International.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue comparar el coste y la efectividad de Gaxilose® frente a otros procedimientos diagnósticos disponibles para identificar la intolerancia a la lactosa en el sistema sanitario español.

Material y métodos: Se realizó un análisis coste-efectividad mediante un árbol de decisiones comparando Gaxilose® con el test de aliento, la glucemia capilar en sangre y la biopsia intestinal. Los datos de efectividad, expresada como la sensibilidad de la prueba o la proporción de verdaderos positivos identificados por la prueba del total de enfermos, provenían de los resultados clínicos del estudio EUDRA. El

uso de recursos sanitarios asociados a los tests y sus costes fueron obtenidos de una revisión de la literatura. El horizonte temporal del análisis fue de un año. Todos los costes se expresaron en euros del año 2011.

Resultados: La proporción de pacientes diagnosticados, medida a través de la sensibilidad, era más alta con Gaxilose® (0,991) mientras que el test de glucemia capilar en sangre presentaba la más baja (0,748). Los costes sanitarios directos por paciente oscilaban entre los 139€ del test de Gaxilose® y los 1.328€ para la biopsia intestinal.

Conclusiones: Los resultados de Gaxilose® indican que es la opción más efectiva y menos costosa en el diagnóstico de la hipolactasia en comparación con los otros tests diagnósticos utilizados actualmente, demostrando una sensibilidad más alta en el diagnóstico de nuevos casos de hipolactasia.

P-038. ANÁLISIS DE COSTE-UTILIDAD E IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA CON ALENDRONATO DE LA FRACTURA OSTEOPORÓTICA DE CADERA EN CATALUÑA

M.J. Pueyo, X. Surís, M. Larrosa, J. Fusté y A.J. García-Ruiz

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Determinar si la prevención farmacológica primaria de la fractura osteoporótica de cadera (FC) es coste-útil en Cataluña y conocer su impacto presupuestario.

Material y métodos: Análisis coste-utilidad con perspectiva social y horizonte temporal de 10 y 20 años. Análisis de sensibilidad univariante. Se compara no hacer nada con una intervención de cribaje de osteoporosis en mujeres > 64 años y, en las diagnosticadas, tratamiento con alendronato genérico durante 10 años. Se elaboran árboles de decisión para los grupos de 65-69, 70-74 y 75-79 años. Los datos de FC provienen de las altas de 2009. Para los costes se utilizan las tarifas de la aseguradora pública.

Resultados: Las 9.262 FC supusieron un coste directo de 55 millones€ (5.943,4€/paciente) y un coste total de 227 millones€ (10 años). La intervención domina en todos los grupos de edad a 20 años. En cualquier horizonte, grupo de edad y escenario el valor por AVAC es aceptable para España (Abellán. Rev Esp Salud Pública. 2009;83:71-84). El impacto presupuestario de la intervención en el grupo de 75-79 años (8,9 millones€ anuales) incrementa en un 31% el coste directo actual, y en un 0,5% el presupuesto público de farmacia. Considerando los costes totales y a 20 años, el ahorro medio anual es de 7,4 millones€.

Conclusiones: La prevención de FC con alendronato en mujeres osteoporóticas > 64 años es coste-útil a largo plazo (20 años) con bajo impacto presupuestario en el grupo de 75-79 años.

P-039. ANÁLISIS FARMACOECONÓMICO DEL TRATAMIENTO DE LA BACTERIEMIA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA (SARM) CON DAPTOMICINA Y VANCOMICINA

C. Rubio-Terrés, D. Rubio-Rodríguez, N. Majos Oro y S. Grau Cerrato

Health Value.

Objetivos: Comparar la eficiencia de daptomicina (DAP) frente a vancomicina (VAN) en el tratamiento de la bacteriemia por SARM.

Métodos: Modelo de análisis coste-efectividad. Eficacia: a partir de un ensayo clínico aleatorizado, en el que se compararon DAP (6 mg/kg/día IV) y VAN (1 g IV cada 12 horas), ambos con o sin gentamicina (1 mg/kg IV cada 8 horas). Utilización de recursos: a partir del ensayo clínico, las fichas técnicas de los medicamentos y fuentes españolas. Costes unitarios de fuentes españolas. Se realizaron un análisis probabilístico de Monte Carlo y análisis determinísticos.

Resultados: Tasas de curación clínica: mayores con DAP (44,4%; IC95% 43,5-45,4%) que con VAN (31,8%; IC95% 30,9-32,7%). Con DAP: menos costes por fracasos del tratamiento (antibióticos de rescate, pruebas adicionales, prolongación de la estancia hospitalaria y reacciones adversas) que con VAN. Coste medio de la enfermedad por paciente: 12.329€ con DAP y 12.696€ con VAN (diferencia de 367€). DAP fue el tratamiento dominante (más eficaz, con menores costes que VAN) tanto en el análisis probabilístico como en los determinísticos. En la simulación de Monte Carlo DAP fue el tratamiento más coste-efectivo en el 100% de las 10.000 simulaciones efectuadas, para una disponibilidad a pagar de 12.000€ por curación adicional (coste aproximado de un episodio de bacteriemia por SARM).

Conclusiones: De acuerdo con este modelo, daptomicina es más coste-efectiva que vancomicina en el tratamiento de la bacteriemia por SARM. El mayor coste de adquisición de DAP no implica un mayor coste de esta infección.

P-040. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE EVALUACIONES ECONÓMICAS DE INFLIXIMAB EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

E. Gómez Bermúdez, N. García-Agua Soler, D. Moreno Sanjuán, F. Martos Crespo y A.J. García Ruiz

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento, Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga.

Objetivos: El objetivo es realizar una revisión sistemática de evaluaciones económicas del uso de Infiximab en el tratamiento de la artritis reumatoide.

Métodos: Se realizó una búsqueda en diversas bases de datos sanitarias (Pubmed, Inter Science Database, NHS-ED, Cochrane Library) y se seleccionaron todos aquellos estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión fijados. Posteriormente, se extrajo toda la información necesaria para su análisis, como las características de evaluación económica, los datos clínicos de eficacia/efectividad (población base), la perspectiva del estudio, los tipos de costes, el horizonte temporal, los resultados tanto cuantitativos como cualitativos o los posibles conflictos de intereses.

Resultados: Finalmente se identificaron un total de 8 artículos para el análisis. En la mayoría de estos artículos se analizaba únicamente la adición de infliximab al tratamiento ya instaurado de metotrexato (o similar). Sólo en uno de ellos, la comparación fue frente a etanercept y adalimumab. Los datos obtenidos variaron entre 14.500€/AVAC y 53.000€/AVAC.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos, podemos concluir que infliximab combinado con metotrexato parece ser una opción coste-efectiva en la mayoría de los casos – con una disponibilidad a pagar de 30.000 euros/AVAC – al compararlo con metotrexato en monoterapia en el tratamiento de la artritis avanzada. Aunque en los estudios donde sólo se valoran costes infliximab no suele verse favorecido, al incluir datos de eficacia y utilidad, infliximab sería una de las opciones terapéuticas en cuanto a criterios de coste-efectividad.

P-041. COSTE-EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS CON ANTI-TNF. EVALUACIÓN FARMACOECONÓMICA

N. García-Agua Soler, E. Gómez Bermúdez, D. Moreno Sanjuán, F. Martos Crespo y A.J. García Ruiz

Cátedra de Economía de la Salud y Uso Racional del Medicamento, Departamento de Farmacología, Universidad de Málaga.

Objetivos: Comparar los diferentes anti-TNF usando criterios de eficiencia, para que sirva como guía de ayuda a la prescripción racional del tratamiento en artritis reumatoide.

Métodos: Los fármacos a evaluar fueron: adalimumab (ADA), certolizumab-pegol (CZP), etanercept (ETN), golimumab (GLM), infliximab (IFX). La eficacia de cada uno de los medicamentos analizados (% pacientes ACR50) ha sido obtenida de los estudios de intervención pivotaes, aleatorizados, doble ciego, en pacientes no respondedores a metotrexato y naïve para agentes biológicos. Únicamente se tuvieron en cuenta los costes directos de cada medicamento y presentación a nivel hospitalario. Se han utilizado 2 abordajes diferentes. En primer lugar, el coste por NNT (número necesario a tratar); en segundo lugar, conocer la relación coste-eficacia de cada medicamento empleando un modelo de simulación de Monte-Carlo (MCM). La perspectiva fue Sistema Nacional de Salud, CCAA u hospitales y el horizonte temporal fue de 1 año, tiempo suficiente para alcanzar objetivos terapéuticos propuestos.

Resultados: El menor coste por NNT durante el primer año de tratamiento fue para CZP (31.093 euros) y el mayor para IFX (69.643 euros). La secuencia de tratamiento que obtuvo el menor coste anual fue CZP seguido de IFX con un total de 10.803 euros, seguido de cerca de CZP seguido de ETN. La secuencia que obtuvo mayor eficacia (0,5738) fue la de ADA seguido de ETN y su contraria (ETN seguido de ADA). La estrategia con mejor relación coste-eficacia fue CZP seguido de ETAN (opción dominante) y en segundo lugar la estrategia antónima (ETAN seguido de CZP).

P-042. ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE APIXABAN VS ENOXAPARINA EN LA PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO VENOSO EN ARTROPLASTIA DE RODILLA Y CADERA

C. Suárez Fernández, J.F. Gómez Cerezo, I. Gómez Arrayas, L. Betegón Nicolás, M. de Salas-Cansado y C. Rubio-Terrés

Hospital Universitario de La Princesa. Hospital Universitario Infanta Sofía. Hospital Ruber Internacional. Bristol-Myers Squibb España. Pfizer España. Health Value.

Objetivos: Realizar un estudio coste-efectividad de apixaban vs enoxaparina en la prevención del tromboembolismo venoso (TEV) en la artroplastia de rodilla (ATR) y cadera (ATC).

Material y métodos: Modelo de análisis de decisiones, con un periodo postprofilaxis de 90 días, y un modelo de Markov con un horizonte de 5 años. El modelo incluyó las complicaciones del TEV a corto y largo plazo (trombosis distal y proximal, embolismo pulmonar, sangrados y síndrome posttrombótico). La eficacia se obtuvo de un metaanálisis de comparaciones indirectas. El coste de los fármacos se calculó para las dosis de la ficha técnica. El coste de las complicaciones del TEV se obtuvo de fuentes españolas. Se aplicó una tasa de descuento del 3,5%.

Resultados: El metaanálisis ha mostrado la mayor eficacia de apixaban en la prevención del TEV. A consecuencia de la mayor eficacia y mejor tolerancia, con apixaban se ganarían más años de vida y años de vida ajustados por calidad que con enoxaparina, a la vez que se generarían menores costes, por tanto apixaban sería un tratamiento dominante tanto en ATR como en ATC. El análisis de sensibilidad probabilístico concluye que apixaban sería coste-efectivo en el 100% de las simulaciones.

Conclusiones: A partir de un metaanálisis de comparaciones indirectas y de costes españoles se puede concluir que apixaban es un tratamiento coste-efectivo vs enoxaparina en la prevención del TEV en ATC y ATR.

Costes y prevalencia I

P-043. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS Y COSTES ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS Y SANGRADO EN CIRUGÍA ORTOPÉDICA DE CADERA O RODILLA

A. Sicras-Mainar, M. de Salas-Cansado, B. Ruiz-Antorán, D. Cuesta-Peredo, I. Lizano-Díez, L. Betegón y R. Navarro

Badalona Serveis Assistencials, S.A.

Objetivos: Conocer la utilización de recursos sanitarios y costes asociados al diagnóstico y tratamiento de la trombosis y sangrado en artroplastia primaria total de cadera (ATC) o rodilla (ATR), durante tres meses de seguimiento en práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio observacional, multicéntrico y retrospectivo, a partir de los registros médicos (hospitalario y ambulatorio) pertenecientes a tres centros hospitalarios-públicos españoles (año 2010). Se incluyeron pacientes ≥ 40 años que hubieran recibido profilaxis-anti-coagulante. Se consideraron aleatoriamente tres grupos; a) control (sin complicaciones), b) sangrado; y c) trombosis. Se incluyeron variables generales, utilización de recursos y sus costes. Análisis estadístico: regresión logística y ANCOVA para la corrección de los modelos; ($p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 141 pacientes (control: 60; sangrado: 60; y trombosis: 21). La edad media (DE) fue de 68,7 (10,4) años, 68,1% mujeres. La ATR fue la localización más frecuente (71,6%). Se asoció la edad con el sangrado ($OR = 1,1$) y la EPOC con la trombosis ($OR = 1,8$, $p < 0,05$). El promedio de días de estancia de los grupos de trombosis, sangrado y control fue de 13,9; 11,5 y 7,4, respectivamente $p < 0,001$. Los costes totales por grupo fueron 10.484€; 8.766€ y 6.496€ respectivamente, $p < 0,05$. El coste se asoció mayoritariamente con las estancias hospitalarias ($\beta = 0,651$), ingresos ($\beta = 0,536$) e infecciones intrahospitalarias ($\beta = 0,157$), $p < 0,001$. Todos los resultados agrupados fueron comparables entre ellos según el hospital y el tipo de artroplastia.

Conclusiones: Los mayores costes se producen en pacientes con trombosis y sangrado respectivamente. Los costes se relacionaron con los días de estancia y las infecciones intrahospitalarias. A pesar de los esfuerzos profilácticos realizados, aún existe un cierto margen de mejora.

P-044. COMPARACIÓN DE COSTES EN DOS MODALIDADES DE REHABILITACIÓN EN PRÓTESIS DE RODILLA: DOMICILIARIA VERSUS HOSPITALARIA

A. López Villegas, C. Martín Saborido, D.J. Catalán Matamoros, J. Vita Martínez, R. López Liria y M.Á. Iniesta Bonillo

Subdirección de Gestión, APES Hospital de Poniente.

Objetivos: Averiguar si existen diferencias entre los gastos ocasionados por la rehabilitación domiciliaria versus hospitalaria en el proceso de recuperación de prótesis de rodilla.

Material y métodos: Comparación de los costes de ambos tipos de rehabilitación en una muestra de 88 pacientes, entre 2008 y 2009 en el Complejo Hospitalario Torrecárdenas (Almería) perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Éstos se evaluaron mediante cálculo microcoste: personal, transporte e instalaciones/material, utilizando el programa de análisis de costes por servicios denominado: Sistema de Control de Gestión Hospitalaria del SAS.

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de pacientes respecto a la edad, estancia hospitalaria y el número de sesiones recibidas según el tipo de rehabilitación asignada. La media del coste fue de 412,51€ (DE = 141,72) para los

pacientes tratados en su domicilio y de 582,86€ (DE = 150,38) para los que recibieron la rehabilitación en el hospital, ésta diferencia fue significativa ($p < 0,001$). En la domiciliaria los costes de personal suponen el 57,86% del gasto total; en cambio, en la rehabilitación hospitalaria el transporte constituye el 67,77%. La opción terapéutica domiciliaria es un 29,23% más económica que la hospitalaria.

Conclusiones: La rehabilitación en el hospital resultó ser la modalidad más costosa, coincidiendo con la mayoría de las conclusiones de otros estudios internacionales. El traslado del personal sanitario al domicilio de los pacientes es una actividad más económica, que habría que considerar a la hora de asignar recursos sanitarios a éste tipo de proceso patológico.

P-045. USO DE RECURSOS Y COSTES ASOCIADOS EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA TRATADOS CON ANTIMUSCARÍNICOS EN PRÁCTICA MÉDICA HABITUAL

A. Sicras-Mainar, J. Rejas-Gutiérrez y R. Navarro-Artieda

Dirección de Planificación, Badalona Serveis Assistencials, S.A.

Objetivos: Evaluar el uso de recursos y costes asociados en pacientes con vejiga hiperactiva (VH) tratados con fesoterodina, solifenacina o tolterodina en práctica médica habitual.

Métodos: Estudio observacional, longitudinal, y retrospectivo, con muestreo sistemático de registros médicos de pacientes > 18 años, ambos sexos, con diagnóstico de VH (CIE-9-MC: 596.51), seguidos entre 2008-2010 en seis centros de atención primaria (AP) y dos hospitales, y que recibieron tratamiento por primera vez con los antimuscarínicos analizados. Se analizaron el uso de recursos y sus costes (directos e indirectos) correspondientes.

Resultados: El análisis incluyó registros de 833 pacientes (64,3% mujeres, edad media: 70,0 años) tratados con fesoterodina (N = 226), solifenacina (N = 409) o tolterodina (N = 198). Por grupos, la mediana de persistencia al tratamiento fue de 10,1, 10,6 y 13,5 ($p = NS$), y el uso de absorbentes (incontinencia urinaria) del 23,0%, 25,9% y 36,4% ($p = 0,005$), respectivamente. Del coste total de 1,7 millones de euros, el 93,2% fueron costes directos y el 81,0% fue ocasionado en AP), con un promedio/paciente de 2.004€. Los costes totales, corregidos por edad, sexo, comorbilidad y duración del tratamiento, fueron inferiores con fesoterodina, 1.732€ (1.422-2.042) frente a 2.125€ (1.882-2.368) y 2.266€ (1.890-2.643) con solifenacina y tolterodina, respectivamente ($p = 0,021$), debido a menores costes sanitarios: 1.723€ (1.568-1.878), 1.876€ (1.755-1.998) y 1.986€ (1.798-2.175), respectivamente ($p = 0,032$), como consecuencia de una menor utilización de visitas médicas y costes de absorbentes para incontinencia.

Conclusiones: En práctica clínica habitual, los pacientes con VH tratados con fesoterodina, en comparación con solifenacina o tolterodina, mostraron una menor utilización de recursos y costes sanitarios.

P-046. COSTE POR RESPUESTA DE ROMIPILOSTIM EN COMPARACIÓN CON ELTROMBOPAG EN EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOCITOPENIA INMUNE PRIMARIA (PTI) EN ESPAÑA

M. Brosa, I. Campos y L. Gutiérrez

Oblikue Consulting, S.L. Amgen S.A.

Introducción: Romiplostim y eltrombopag son fármacos financiados en España para pacientes con PTI refractarios a otros tratamientos. En la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) que comparen directamente la eficacia de ambos fármacos, existe una comparativa indirecta realizada por el NICE que concluye que romiplostim parece ser más efectivo que eltrombopag para la variable de respuesta global a 6 meses (83% y 57%, respectivamente). **Objetivo:**

Comparar el coste por respuesta de romiplostim y eltrombopag en el tratamiento de la PTI.

Métodos: Dosis: obtenida de los ECA (fichas técnicas). La mediana de romiplostim fue 2,5 µg/kg/semana y la dosis media de eltrombopag, 55 mg/día (en 21,5% de pacientes fue 25 mg; en 41% 75 mg; y en el 37,5% restante 50 mg). Coste: para romiplostim, se estimó en viales o microgramos (según práctica clínica habitual), considerando un paciente español representativo (70 kg); para eltrombopag, se estimó en miligramos. El análisis contempló únicamente el coste de los fármacos a PVL con la deducción del RDL-8/2010. Tasa de respuesta: se obtuvo de la comparativa indirecta.

Resultados: El coste mensual con romiplostim fue 2,314€ en el análisis por vial y 1,620€ en el análisis por microgramos, y para eltrombopag, 1,979€. Dividiendo estos costes por las tasas de respuesta, los costes mensuales por respuesta fueron 2,787€ y 1,951€ para romiplostim respectivamente, y 3,472€ para eltrombopag.

Conclusiones: En España, los costes por respuesta de romiplostim fueron inferiores a los de eltrombopag. Adicionalmente, romiplostim parece ser menos costoso que eltrombopag si se considera el coste por µg.

P-047. COSTES DE LA PREVENCIÓN DE LOS EVENTOS RELACIONADOS CON EL ESQUELETO (ERE) EN PACIENTES CON METÁSTASIS ÓSEAS (MO) DE TUMORES SÓLIDOS EN ESPAÑA

I. Durán, M.Á. Seguí, D. Isla, R. Khanna y L. Gutiérrez

Centro Integral Oncológico Clara Campal.

Introducción: Los pacientes con tumores sólidos y MO pueden sufrir EREs. Dado el impacto negativo en calidad de vida y el coste asociado a su manejo, la prevención de los EREs resulta crítica. El fármaco más utilizado en España para prevenir los EREs es el ácido zoledrónico (AZ).

Objetivos: Estimar los costes anuales en prevención de EREs con AZ en pacientes con MO de tumores sólidos en España.

Métodos: Se estimó mediante estudios epidemiológicos el número de pacientes con MO de tumores sólidos tratados con AZ. Se incluyeron costes de medicación a PVL y de administración y monitorización según eSalud. Se calcularon costes anuales totales según frecuencia de administración de AZ por tumor (mama [CM], próstata [CP] y otros tumores sólidos [OTS]), con datos del estudio "European Tandem Oncology Monitor". En los pacientes que recibían quimioterapia intravenosa se asumió coste cero para la administración/monitorización.

Resultados: En España 12.289 pacientes son tratados anualmente con AZ. Por término medio reciben 15,5, 14,9 y 15,9 dosis respectivamente según sean CM, CP u OTS. Un 38,0% de los pacientes con CM, 35,5% con CP y 47,9% con OTS no reciben quimioterapia intravenosa. Los costes anuales de tratamiento ascienden a 65 millones de euros: 74,4% de medicación, 25,3% de administración y 0,3% de monitorización.

Conclusiones: La prevención de los EREs representa una carga notable para el Sistema Nacional de Salud. Sería deseable poder minimizar estos costes a través de tratamientos eficaces, cuya vía de administración y monitorización supongan un menor empleo de recursos y costes.

P-048. INCIDENCIA, USO DE RECURSOS Y COSTES ASOCIADOS A LA NEURALGIA POSTHERPÉTICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE BASE POBLACIONAL

A. Sicras, J. Pérez, R. Navarro y J. Ibáñez

Badalona Serveis Assistencials.

Objetivos: Determinar la tasa de incidencia, los tratamientos administrados y la utilización de recursos y costes sanitarios y no sanitarios, en pacientes con herpes zoster (HZ) y neuralgia postherpética (NPH).

Material y métodos: Se efectuó un diseño observacional, realizado a partir de la revisión retrospectiva de registros de pacientes de seis centros de atención primaria y un hospital (Badalona). Se incluyeron todos los pacientes > 30 años que demandaron atención por HZ entre el 1/1/2007 y el 31/12/2010. Se elaboraron dos grupos de estudio según la presencia/ausencia de NPH con un año de seguimiento. Principales medidas: sociodemográficas, tratamientos y co-morbilidad. El modelo de costes diferenció los costes sanitarios directos (atención primaria/especializada) e indirectos (productividad laboral). El análisis estadístico: modelos de regresión logística y ANCOVA, $p < 0,05$.

Resultados: Se reclutaron 1.506 pacientes con HZ; edad media: 61,2 años; mujeres: 59,2%. El 15,1% (N = 228; IC: 8,1-22,1%) presentó una NPH (tasa de incidencia: 0,8/1.000 habitantes/año (IC: 0,7-0,9/1.000 habitantes/año), y aumentó con la edad (≥ 65 años: 19,7%). El uso de medicamentos fue superior en el grupo con NPH vs HZ (5,3 vs 3,3; $p < 0,001$). Los costes totales fueron de 1.827,1€ vs 457,5€; $p = 0,003$ respectivamente; debido a mayores pérdidas de productividad laboral (692,2€ vs 62,4€) y costes sanitarios (1.135,0€ vs 395,1€), $p < 0,001$. Todos los componentes del coste mantuvieron estas diferencias.

Conclusiones: La NPH es una complicación frecuente. Estos pacientes presentan una importante carga económica. La incidencia y los costes aumentan con la edad.

P-049. ANÁLISIS ECONÓMICO DINÁMICO DE LA EFICIENCIA DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA

R. Pradas, A. Gil de Miguel, A. Álvaro, R. Gil-Prieto, C. Méndez, P. Guijarro, R. Lorente y F. Antoñanzas

Universidad de La Rioja.

Objetivos: Medir los efectos epidemiológicos, sanitarios y económicos de la implementación de la vacunación sistemática con la vacuna antineumocócica conjugada trecevalente (VNC13) en la cohorte de 65 años en España.

Material y métodos: Se desarrolló un modelo matemático dinámico de transmisión de enfermedades basado en ecuaciones diferenciales para describir como la incorporación de esta medida preventiva modifica la cadena de contagio por neumococo. Se asumió una cobertura del 70% en la cohorte de 65 años, estos recibieron una única dosis de VNC13 (318.000 sujetos). Los datos epidemiológicos (eficacia vacunal y cobertura de serotipos incluidos en la vacuna); coeficientes del modelo matemático y costes de las enfermedades neumocócicas fueron calculados en base al CMBD y datos publicados.

Resultados: La efectividad resultante al aplicar la medida a 1.522.460 individuos durante un periodo de 5 años supondría evitar 125.906 contagios, distribuidos en 71.436 neumonías hospitalarias, 48.022 extrahospitalarias, 1.758 bacteriemias primarias, 24 empiemas, 579 meningitis y 4.087 neumonías bacteriémicas. Se generaría un ahorro neto asociado en términos sanitarios de 101.845.087€.

Conclusiones: El modelo matemático refleja con exactitud la dinámica de los contagios neumocócicos en España. La intervención sanitaria resulta eficiente en términos globales; los ahorros generados resultan más evidentes al final del periodo evaluado, dado el carácter acumulativo de la medida. Las neumonías hospitalarias evitadas suponen la partida más importante de ahorro asociado a la implementación de la vacunación antineumocócica conjugada en el adulto.

P-050. IMPACTO ECONÓMICO DE LA COMBINACIÓN BECLOMETASONA/FORMOTEROL EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA PERSISTENTE DE MODERADO A GRAVE EN ESPAÑA

L. Kaskens, C. Basolas y J. Darba

BCN Health.

Objetivos: El objetivo del estudio consiste en determinar el impacto económico de la combinación beclometasona/formoterol extrafina en el tratamiento del asma persistente de moderado a grave en España.

Material y métodos: Se desarrolló un modelo de impacto económico para calcular la repercusión económica a 5 años vista de la combinación de beclometasona/formoterol extrafina en el tratamiento del asma persistente de moderada a grave en España. Se ha cifrado la población actual con asma persistente de moderada a grave mayor de 18 años, el coste de las hospitalizaciones, visitas al centro de salud y la carga económica de tratar a dicha población con las combinaciones fluticasona/salmeterol, budesonida/formoterol y beclometasona/formoterol. El estudio se ha realizado desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Resultados: Se ha estimado que la población con asma persistente de moderado a grave tratada en España con combinaciones era de 385.000 pacientes en el año 2010, alcanzando los 499.000 pacientes en el año 2017 debido al incremento demográfico de la población española y al incremento de la prevalencia del asma. El coste total del tratamiento en España del asma persistente de moderada a grave para los próximos 5 años fue estimado en 2.290 millones de euros con las combinaciones de fluticasona/salmeterol y budesonida/formoterol, y en 2.250 millones cuando se considera beclometasona/formoterol.

Conclusiones: La prescripción de beclometasona/formoterol en el tratamiento del asma persistente de moderada a grave representa un ahorro de costes en los presupuestos del sistema sanitario de 40 millones de euros durante los próximos 5 años.

P-051. PREVALENCIA DE ACROMEGALIA

L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena, M.J. Gardeazábal Romillo y P. Acevedo Heranz

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Objetivos: Estimar la prevalencia de pacientes que padecen acromegalia en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV) a partir del consumo de los principios activos (pegvisomant, octreotida, lanreotida) indicados para esa patología.

Material y métodos: El análisis se ha realizado tomando como fuente de datos los recogidos del Sistema de Información de Farmacia del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco del uso de pegvisomant, octreotida y lanreotida. Estos datos parten de la facturación de recetas del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza en la CAPV. El periodo de análisis es el año 2009. Los datos de consumo se expresan en dosis diarias definidas (DDD) por 1.000.000 habitantes y día (dosis habitante/día [DHD]) = [DDD consumidas/población total \times tiempo en días] \times 1.000.000).

Resultados: El NDDD de pegvisomant, octreotida y lanreotida consumidas en la CAPV en 2009 ascendió a 38.799. Siendo el número de pacientes con acromegalia por cada millón de habitantes de 49 en la CAPV.

Conclusiones: La acromegalia es una enfermedad rara causada en 95% de los casos por un adenoma hipofisario productor de hormona de crecimiento, con una prevalencia entre 40 y 60 casos por cada millón de habitantes, según la bibliografía consultada. En la bibliografía no

aparecen muchos datos sobre la prevalencia, y menos en nuestro medio, pero los obtenidos en nuestro estudio son equiparables a los pocos existentes; en la CAPV es de 49 pacientes por cada millón de habitantes.

P-052. MORTALIDAD PREMATURA Y AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS A CAUSA DE ICTUS EN LAS ISLAS BALEARES

M. Comendeiro Maaloe, E. Castaño Riera, C. Jiménez Martínez y C. Campillo Artero

Direcció General de Gestió Econòmica i Farmàcia, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social de les Illes Balears.

Objetivos: Analizar mortalidad prematura (MP) por ictus en Islas Baleares (IB), año 2009, su evolución y comparación con cifras nacionales.

Métodos: Utilizando códigos I60-I64 e I69 del CIE-10 del registro de defunciones, se analizan cifras absolutas y construyen tasas brutas y ajustadas de mortalidad (método directo) utilizando la población estándar europea. Fijada la cota en 75 años se calculan años potenciales de vida perdidos (APVP) como indicador para evaluar MP.

Resultados: El 4,5% de fallecimientos en IB (351) fueron por ictus (3,63% en hombres, 5,44% en mujeres); 2,17 puntos porcentuales inferior a cifra nacional (1,81 en hombres, 2,54 en mujeres). La tasa de mortalidad por ictus en España disminuye a lo largo de la última década y más acusadamente en IB, pasando de $66,7 \times 100.000$ en año 2000 a $31,89 \times 100.000$ en 2009. Sin embargo, la MP no sigue esta pronunciada tendencia. El 23,36% de los fallecimientos por ictus en 2009 son prematuros, 3,09% del total de MP, (18,57% en España). Más hombres que mujeres fallecen prematuramente por ictus, 30,14% frente al 18,54% de mujeres. 945 APVP se atribuyeron a ictus en IB, 480 en hombres ($9,15 \times 10.000$) y 465 en mujeres ($9,24 \times 10.000$).

Conclusiones: Más mujeres que hombres fallecen por ictus, representando ésta una de las principales causas de fallecimiento en mujeres. Sin embargo, más hombres fallecen prematuramente. Reducir la MP es un aspecto considerado en la Estrategia de Ictus de IB 2012-2016. Se precisan acciones específicamente dirigidas al control de factores de riesgo y acciones que permitan una inmediata identificación y tratamiento.

P-053. MEDIDA DE LA CARGA EPIDEMIOLÓGICA Y EN COSTES DE LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA POBLACIÓN DEL PAÍS VASCO MEDIANTE SIMULACIÓN DE EVENTOS DISCRETOS

J. Mar, A. Arrospide, M. Soto, P. Martínez-Lage, F. Moreno y U. Díaz

Unidad de Gestión Sanitaria, Hospital Alto Deba.

Objetivos: Reproducir matemáticamente la situación epidemiológica actual (año 2010) de la enfermedad de Alzheimer (EA) en la población del País Vasco para calcular la carga de la EA en la población del País Vasco en 2010 a nivel epidemiológico (discapacidad) y económico (coste de la prevalencia).

Métodos: Para la representación de la epidemiología de la EA se va a utilizar la simulación de eventos discretos (SED). En el caso de la EA, el modelo poblacional deberá representar matemáticamente en el sistema todas las cohortes de la población que contengan individuos con EA en sus diferentes etapas: preclínica, prodrómica y clínica. Además deberá incorporar el progreso de la EA una vez alcanzado el estado clínico mediante los cambios en el nivel cognitivo (MMSE), problemas de conducta (NPI), actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, toma de medicación específica para la EA y toma de medicación psiquiátrica. Los parámetros de progreso de la enfermedad se van a

obtener de la bibliografía y los económicos de las bases de datos de servicios sociales. Se van a incorporar los costes debidos por la atención a la dependencia.

Resultados: Los resultados de validación son la incidencia y prevalencia de la EA. Los resultados de investigación serán la prevalencia según niveles de discapacidad y su conversión en costes.

Conclusiones: Se espera mostrar que los modelos de representación matemática permiten medir la carga de la EA a nivel poblacional. Su interés es que el primer modelo matemático poblacional de la EA desarrollado en España.

Medición de la CVRS. Demanda, utilización y estilos de vida

P-054. ESTADO DE SALUD DE LOS COLOMBIANOS: UNA APLICACIÓN DEL EQ-5D

R.A. Vianabarcelo, J. Navarro España y H.M. Pinto Prieto

Universidad Industrial de Santander. Escuela de Economía y Administración. Colombia.

En el presente estudio se describen los estados de salud de la población colombiana utilizando el EQ-5D. Para ello, se utilizan los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada por el Ministerio Nacional de la Protección Social en el año 2007. Para aplicar el EQ-5D se hizo necesario el agrupamiento de varios niveles de salud. La muestra total utilizada corresponde a 38.730 registro estratificados por sexo (57% de género femenino y 43% masculino) y edad (de 20 a 69 años). Los estados de salud pueden ser expresados por medio de un código de 5 dígitos que representa la respuesta a las 5 dimensiones del EQ-5D. Por ejemplo el estado de salud. 11232, no involucra problemas movilidad, de cuidado personal, problemas moderados para realizar actividades de todos los días, problemas severos de dolor o malestar y problema moderados de ansiedad y depresión. En análisis permitió identificar que el 91.84% de la población presenta problemas moderados de ansiedad y depresión lo cual puede ser una consecuencia de que el 66.44% de la población manifestó presentar problemas moderados de dolores y malestar y que estado más se repite es el 22111 con una frecuencia del 61,8% para los hombres y el 49,10 para las mujeres.

P-055. ESTIMACIÓN DE UTILIDADES EN PACIENTES CON TRASTORNO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA A PARTIR DE INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS O GENÉRICOS: ¿CUÁLES SON LAS DIFERENCIAS?

J. Cuervo, P. Rebollo, J. Mauriño, L. Cordero, I. Castejón y H. Díaz-Cuervo

BAP Health Outcomes.

Objetivos: Comparar los valores de utilidad asociados al estado de salud de pacientes con esquizofrenia o trastorno bipolar obtenidos a partir del cuestionario específico TooL (TOLerability and quality Of Life questionnaire) respecto al EQ-5D y SF-6D.

Material y métodos: Estudio transversal multicéntrico en pacientes mayores de edad con trastorno bipolar o esquizofrenia y sintomatología estable según criterio clínico. El estado de salud fue evaluado mediante el cuestionario TooL, EQ-5D (TTO y VAS), SF-6D y también con la escala de Impresión Clínica Global (CGI-SI). Se calculó el coeficiente de correlación de Spearman-rho-, correlación intra-clase entre

las puntuaciones de las medidas y se analizó concordancia según el método de Bland-Altman. Además, se compararon los valores de utilidad según impresión clínica (CGI-SI-; Kruskal-Wallis).

Resultados: Participaron 37 pacientes esquizofrénicos y 33 con trastorno bipolar. Edad media 41,88 (11,08) años, 62,9% varones. Según CGI-SI el 50% estaban dudosamente-levemente enfermos, 35,7% moderadamente enfermos y el 13,3% marcadamente-extremadamente enfermos. Aunque se encontraron asociaciones significativas y altas (ρ 0,657-0,996), existían diferencias entre las puntuaciones del Tool y las escalas genéricas ($p < 0,001$) (también entre EQ-5D y SF-6D). Se encontró una concordancia baja, incluso entre los instrumentos genéricos. Las medidas genéricas sobreestimaban el 80% de los estados de salud en comparación con el Tool. Finalmente, se encontraron diferencias significativas según CGI-SI para todas las medidas de utilidad ($p < 0,05$).

Conclusiones: La concordancia entre las medidas de utilidad para estos pacientes es baja. Parece pertinente considerar los valores de utilidad específicos en los análisis de sensibilidad aplicados a estudios coste-efectividad en estas patologías.

P-056. CARGA DE LA ENFERMEDAD ATRIBUIBLE AL HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO Y CLÍNICO EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

C. Crespo, F. Pérez-Alcántara y C. Polanco

Departamento de Estadística, Universidad de Barcelona.

Objetivos: El hipotiroidismo subclínico (HS), definido como la presencia de concentraciones elevadas de TSH junto a niveles normales de hormonas tiroideas en pacientes asintomáticos, es un trastorno frecuente en la población general, especialmente en mujeres, y está asociado a eventos cardiovasculares. El objetivo es estimar la carga del HS y su conversión a hipotiroidismo clínico (HC) en España.

Material y métodos: El análisis se llevó a cabo con la metodología de la OMS para este tipo de estudios. Se calculan los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), los años de vida perdidos (AVP), las pérdidas de salud por discapacidad (AVD) y la mortalidad asociada al HS y HC en función de la fracción atribuible ajustada. La prevalencia de los factores de riesgo en la población general, así como las HR se obtuvieron de la revisión de la literatura y fuentes oficiales (CMBD, registro mortalidad hospitalaria).

Resultados: Se estima que en España hay 2.767.124 personas con HS y HC, en concreto 1.949.820 con la TSH entre 4,5-6,9 mUI/L, 539.988 con la TSH entre 6,9-10 mUI/L y 278.317 con TSH entre 10-19,9 mUI/L. Cada año serían atribuibles al HS 3.055 eventos cardíacos, 1.100 muertes cardíacas, 15.790 AVAD (10.420 AVP y 5.369 AVD). El HS representa entre el 1,6-2,6% de los AVAD cardiovasculares.

Conclusiones: La considerable carga socioeconómica estimada para el HS y el riesgo de evolución a HC de esta patología silente sugieren la utilidad del cribado del HS en grupos de riesgo, previa evaluación de la eficiencia de estas intervenciones.

P-057. UTILIDADES A PARTIR DEL EQ-5D EN PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA EN CANARIAS

L. García-Pérez, P. Pinilla-Domínguez, M.F. Dávila-Ramos, A. Copca-Álvarez, J.J. Ruiz-Hernández, M. Díaz-Escofet y A. Escobar-Martínez

Fundación Canaria de Investigación y Salud. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud.

Objetivos: Conocer la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) hospitalizados

en Canarias y estimar sus utilidades analizando la influencia de factores sociodemográficos y clínicos como sexo o gravedad según la clasificación de NYHA. Un objetivo secundario es obtener utilidades para su inclusión en un modelo económico de evaluación de un dispositivo cardíaco.

Métodos: Análisis descriptivo dentro de un estudio multicéntrico observacional y prospectivo de una cohorte formada por pacientes con diagnóstico de IC ingresados en las plantas de cardiología o medicina interna de varios hospitales de Canarias. Se evaluó la CVRS por medio del cuestionario EQ-5D entre otros. Se estimó la utilidad para toda la muestra y por subgrupos de pacientes, aplicando las tarifas españolas EVA (Escala Visual Analógica) y ET (Equivalencia Temporal).

Resultados: Se presentan los resultados de una muestra de 139 pacientes reclutados hasta el momento (48% hombres, 75 años de media). Las utilidades medias (DE) de toda la muestra son: 0,4585 (0,2887) (tarifa EVA) y 0,379 (0,4534) (tarifa ET). Las mujeres presentan peor CVRS (EVA) que los hombres (0,4078 vs 0,5115); la CVRS (EVA) es menor en los estados de salud de menor capacidad funcional: 0,6204 los pacientes con NYHA-I y 0,3192 los pacientes con NYHA-III.

Conclusiones: Se observan diferencias entre grupos y en general una baja CVRS, posiblemente debida a tratarse de pacientes hospitalizados. Estos hallazgos en el ámbito local coinciden con la literatura internacional y podrán ser de utilidad para el modelo económico en desarrollo.

P-058. ESTUDIO SOBRE LA UTILIZACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DIAGNÓSTICAS DE CT Y MRI EN EL SECTOR PÚBLICO

F. Reyes Santías y D. Vivas Consuelo

Universidad de Vigo.

Objetivos: Evaluar las variables que inciden en la utilización de las tecnologías de CT y MRI de titularidad pública.

Material y métodos: Sujeto: tecnologías de diagnóstico por imagen, CT y MRI. Totalidad equipos de titularidad pública de la Comunidad Autónoma de Galicia. Variables: de actividad, de recursos sanitarios y sociodemográficos. Los datos de la muestra para la realización del análisis de regresión son datos de panel. Metodología: análisis de componentes principales. Se ha utilizado el método de rotación ortogonal varimax. Análisis de regresión múltiple. El método de estimación empleado ha sido el de Mínimos Cuadrados Ordinarios (MCO).

Resultados: Análisis de componentes: primer factor: recursos sanitarios y actividad hospitalaria; segundo factor: actividad radiológica y tecnología CT; tercer factor: investigación y docencia y dos tecnologías "big ticket", una diagnóstica y otra terapéutica; cuarto factor: actividad trasplantadora; quinto factor: diagnóstico y tratamiento del cáncer; sexto factor: dispersión geográfica. Análisis de regresión, las variables con mayor influencia en el número de exploraciones de CT son: factor "Radiología", factor "Dimensión del hospital y su actividad" y factor "Diagnóstico y tratamiento del cáncer". Las variables con mayor influencia en el número de exploraciones de RM son: factor "Radiología", factor "Trasplantes" y factor "Dispersión geográfica".

Conclusiones: En la utilización de las tecnologías de CT y RM se cumple la Ley de Roemer, que relaciona la utilización de los servicios hospitalarios con su disponibilidad. Las tecnologías de CT y RM son complementarias. En el uso de la tecnología de CT se da un supuesto de demanda inducida.

P-059. EL POTENCIAL IMPACTO DE LA OBESIDAD EN DIABETES, ATAQUES AL CORAZÓN, HIPERTENSIÓN, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CRÓNICAS EN ESPAÑA

O. Espallardo, R. Busutil, G. Ribaric y M. López-Belmonte

Johnson&Johnson Medical.

Objetivos: Estimar el impacto en la población adulta española del aumento de índice de masa corporal (IMC) en diabetes, ataque al corazón (ACor), hipertensión, ansiedad crónica (A) y depresión crónica (D).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la Encuesta Europea de Salud (España, 2009). Se excluyeron aquellos individuos menores de 18 años y/o con IMC < 18,5 y/o sin IMC reportado. El tamaño de muestra resultante fue de 19.800 adultos (89,6% de la muestra inicial). Se aplicó un modelo de regresión logística para cada una de las cinco variables dependientes. Los grupos según IMC se establecieron en "18,5-24,9", "25-29,9", "30-34,9" (g3) y "35 o más" (g4).

Resultados: La prevalencia de diabetes diagnosticada fue del 7,7%; (OR ajustado para g3: 2,3; IC95%: 2,0-2,7; OR_g4: 4,2; IC: 3,4-5,3). La prevalencia de hipertensión fue del 23,6%; (OR_g3: 3,4; IC: 3,0-3,8; OR_g4: 5,8; IC: 4,8-6,9). La prevalencia de ACor fue del 2,8%; (OR_g3: 1,7; IC: 1,3-2,1; OR_g4: 1,6; IC: 1,1-2,5). La prevalencia de AC fue del 8,2%; (OR_g3: 1,6; IC: 1,3-1,8; OR_g4: 2,3; IC: 1,8-2,9). La prevalencia de DC fue del 7,9%; (OR_g3: 1,7; CI: 1,4-2,0; OR_g4: 2,7; CI: 2,2-3,4). Todos los OR detallados resultaron estadísticamente significativos ($p < 0,05$ para OR_g4 en Acor y $p < 0,001$ para el resto).

Conclusiones: Los resultados muestran cómo el riesgo de padecer las comorbilidades estudiadas crece ampliamente en aquellos pacientes con IMC > 35. Dado su potencial impacto, se requeriría diseñar e implantar estrategias efectivas de prevención, así como una adecuada provisión de tratamiento.

P-060. UN BARÓMETRO DE SALUD PARA COSTA RICA

A. Mora-Benavides y J.R. Vargas

Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: El objetivo principal es determinar las posibilidades de establecer un barómetro de la salud para Costa Rica, con el fin de sugerir las variables que podrían ser incluidas.

Material y métodos: Se realiza una investigación de corte documental, se localizan las principales fuentes de información disponibles al público, del 2000 al 2010, y se estudia la posibilidad de utilizarlas como base de un barómetro de salud.

Resultados: En esta primera aproximación al análisis de los indicadores de salud con el objetivo de establecer un barómetro de salud para Costa Rica, se ha determinado que existen una gran variedad de fuentes de información, entre las principales se encuentran el CCP, el INEC y la gran generadora de información la CCSS. Dentro de los indicadores más estables se encuentran los relacionados con los resultados generales de salud; los indicadores de mortalidad; los indicadores de atención; y los indicadores demográficos. Cabe destacar que no se cuenta con indicadores de satisfacción ni de calidad de los servicios de salud.

Conclusiones: Se concluye que no es factible el establecimiento de un instrumento de este tipo, dado que solamente se conoce una encuesta que recoge información sobre la percepción de la salud y de los servicios de salud de los usuarios o no del Sistema de Salud Pública. Sin embargo, dados los indicadores sociales de Costa Rica, y los problemas básicos de asignación de recursos este tipo de herramientas serían importantes para los decisores de política pública.

P-061. DOCTOR, DOCTOR TOMO VARIAS PASTILLAS, ¿ME PUEDE PRESCRIBIR OMEPRAZOL? ESTUDIO DE UTILIZACIÓN DE INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES

L. Braceras Izaguirre, I. Elizondo López de Landache, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena, M.J. Gardeazábal Romillo y P. Acevedo Heranz

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Introducción: El elevado consumo de inhibidores de la bomba de protones (IBPs) está ligado a la sobreprescripción de AINE en detrimento de los analgésicos y a la consideración errónea de los pacientes y profesionales sanitarios de que son inocuos. Se prescriben sin un objetivo terapéutico predefinido y se cronifican sin que haya una causa clínica que lo justifique.

Objetivos: Análisis de IBPs en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), determinación de la prevalencia de uso y un posible uso inadecuado.

Material y métodos: El consumo de IBPs en la CAPV se obtuvo del sistema de la Dirección de Farmacia del Gobierno Vasco, de los medicamentos facturados a través de receta con cargo al Sistema Nacional de Salud en la comunidad. El consumo se expresó en dosis diarias definidas por 1.000 habitantes y día.

Resultados: El uso de IBPs creció un 48% desde 2006 a 2011. La DHD de 2006 es 67 y 98 en 2011. A lo largo del periodo estudiado todos los principios activos han aumentado su consumo; el omeprazol ha sido el IBP más utilizado en la CAPV, el 75% de los IBPs de 2011.

Conclusiones: La utilización de IBPs creció de 2006 a 2011, siendo el omeprazol más consumido. Los niveles de utilización en la CAPV son superiores a los comunicados en otros países europeos (en Noruega son 30 de cada 1.000 y en Italia 27); en la CAPV se multiplicó por 1,5 de 2006 a 2011 (se pasó de una DHD de 67 a 98).

P-062. THE IMPORTANCE OF SPATIAL EQUITY IN HEALTH CARE

A.L. Godoy Caballero y L.R. Murillo Zamorano

University of York. Universidad de Extremadura.

The aim of this research is to analyse the importance of the spatial equity in the delivery of health care, given that, although the objective of "health for all" has been widely pursued during years, differences still remain affecting the access to health services. In order to do that, a review of the main existing literature has been carried out. Concepts such as equality, equity, access or accessibility are deeply examined in this paper. Throughout the literature, cross-country differences in access to health care have been studied. As a result, it can be argued that the present spatial inequities lead to an even utilization of health care among citizens. This is especially significant in developing countries and more generally in those characterised by a rural and dispersed population. This paper also shows that by applying certain policies, these inequalities can be reduced and can thereby help populations enjoy a better access to health care services. Therefore, it can be concluded that an effort can be made in those countries and regions with an unequal distributed health care. Consequently, this improved spatial equity could be translated into a better quality perceived by health system users.

P-063. DIFERENCIAS ENTRE EL CONSUMO RECOMENDADO Y OBSERVADO DE LAS TIRAS REACTIVAS PARA LA MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA GLUCOSA CAPILAR EN ESPAÑA

A. Olry de Labry-Lima, J. Espín y J. García-Valero

Escuela Andaluza de Salud Pública. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Introducción: En la diabetes, el autoanálisis es la medición que realiza el propio paciente de su glucemia, resultando una herramienta fundamental para el autocontrol.

Objetivos: Estimar la diferencia entre el consumo recomendado por la Sociedad Española de Diabetes (SED) y el consumo observado de tiras reactivas para la monitorización de glucosa capilar en personas diagnosticadas de diabetes tipo 1 y 2.

Métodos: Como variable dependiente se consideró la diferencia relativa entre el consumo recomendado por la SED (2010) y el consumo observado, que se obtuvo de una revisión de los diferentes anuncios de licitaciones de compras de tiras reactivas de glucosa, páginas Web de las consejerías de salud y de la base de datos IMS. Para ello se utilizaron la prevalencia ENS06, perfil de prescripción, control glucémico, adherencia al autoanálisis y consumo profesional.

Resultados: En España se deberían consumir unos 650,2 millones de tiras/año y el consumo observado es de 421,6 millones de tiras, el 69,67% de lo recomendado. Esto quiere decir que a nivel nacional, se consume un 30,33% menos de tiras de lo recomendado. Además, se observa una gran heterogeneidad entre Comunidades Autónomas.

Conclusiones: El consumo es significativamente inferior a lo recomendado por la SED. El impacto presupuestario de esta diferencia supondría un coste de 73,4 millones de euros al año para el Sistema Nacional de Salud.

P-064. FACTORES DETERMINANTES DE LA PARTICIPACIÓN LABORAL EN CONSUMIDORES DE DROGAS ILEGALES

B. Ribera, B. Casal, P. Rungo y L. Currais

Facultad De Economía Y Empresa.

Objetivos: El uso de drogas ilegales genera una importante carga social, destacando el peso de las pérdidas de productividad laboral, con porcentajes en torno al 70% del coste total. El objetivo principal es identificar los principales determinantes de la baja participación en el mercado de trabajo de los consumidores de drogas ilegales. Entre otras variables se estudia el impacto de la intensidad de consumo, el haber recibido tratamientos y el tipo de droga consumida.

Material y métodos: Se utiliza información procedente de un registro clínico de personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas en el Servicio Gallego de Salud en el año 2010. Se utilizarán modelos probit bivariados de ecuaciones simultáneas (restringidos y no restringidos) para estudiar la relación entre las variables de interés.

Resultados: Los resultados preliminares muestran que el haber recibido tratamientos previos modifica actitudes y comportamientos ante las drogas, y reducen la intensidad de consumo. Los resultados obtenidos en las ecuaciones de empleo muestran una relación positiva con la probabilidad de participar en el mercado de trabajo. Consumo patológico y drogas de dependencia reducen la probabilidad de estar empleado.

Conclusiones: Los primeros resultados obtenidos son de marcado interés para el análisis y la evaluación de la efectividad de las medidas que se articulan para mitigar el impacto de los consumos de drogas sobre el bienestar individual y colectivo (coste social). El tratamiento y la disminución de la intensidad de consumo contribuyen a la reducción del daño a través de una mayor participación laboral.

P-065. SALUD EN BRASIL: DILEMAS Y CONTRADICCIONES

M. Teixeira y R.M. Pastrana

Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ.

Objetivos: Poner de relieve las desigualdades entre dos ciudades, situadas en zonas diferentes, a partir de los indicadores que expresan las líneas abismales entre las unidades de análisis seleccionadas.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo que tiene como punto de partida el Índice de Desarrollo Humano Municipal – IDH-M en los municipios de Manari (PE) y São Caetano do Sul (SP), ubicados en el noreste y sureste del país. Fueron analizados: el índice de exclusión social - IES (2000), que varía en la escala de -1 a 1, y cuanto más lejos de +1, peores son las condiciones locales y la tasa de analfabetismo, la expectativa de vida al nacer, además del compromiso municipal en la financiación de la salud.

Resultados: El municipio de Manari tiene el más bajo IDH-M del país (0,47), IES (2000) fue de 0,25 y la tasa de analfabetismo (2003) fue del 66%. En el otro extremo está São Caetano do Sul (0,921, IES 0,86 y el analfabetismo se situó en el 9,6%. En cuanto a la evolución de la financiación y al gasto público en salud, el municipio de Manari ha dedicado a la salud el 19,18% de su propio presupuesto, lo que representa el 67,54% de la financiación pública de la salud en 2007.

Conclusiones: Este trabajo muestra evidencias de la presión que el Sistema Nacional de Salud (SUS) sufre con el nivel de desigualdad que resulta en condiciones de salud y de vida muy diferentes en el país.

P-066. SALUD Y RIESGOS PSICOSOCIALES: EVIDENCIAS ENTRE LA POBLACIÓN OCUPADA EN ESPAÑA

M.L. González Álvarez y A. Clavero Barranquero

Universidad de Málaga.

Objetivos: Es de esperar que dadas las condiciones económicas actuales, la precariedad y la incertidumbre laboral tengan un impacto significativo sobre la salud no sólo de las personas que pierden su trabajo, sino también de las que continúan trabajando. Por ello, esta investigación pretende poner de manifiesto la relación entre los riesgos psicosociales, por ejemplo, el estrés laboral, y la salud física y mental de la población ocupada en España.

Material y métodos: La fuente de información seleccionada es la Encuesta Nacional de Salud 2006, ya que por primera vez incluye información sobre estrés en el trabajo y grado de satisfacción laboral. Para analizar los distintos indicadores de salud se estimarán modelos de variable dependiente discreta como un probit ordenado o modelos de probabilidad logit.

Resultados: Los resultados sugieren que la salud autopercebida de las mujeres ocupadas es peor que la de los hombres, además presentan mayores problemas de espalda, piel, estreñimiento y ansiedad o depresión. Por tanto, su consumo de medicamentos y utilización de servicios sanitarios se incrementa. Una mayor prevalencia de los riesgos psicosociales, como el estrés laboral, o de las responsabilidades familiares afecta negativamente a la salud autopercebida y aumenta la probabilidad de padecer ciertas patologías.

Conclusiones: La principal implicación de los resultados radica en que es preciso incentivar la prevención de riesgos psicosociales, con objeto de reducir los negativos efectos sobre la salud y la equidad, ya que el estrés duradero y sus consecuencias suelen ser más comunes en las clases sociales más desfavorecidas.

SESIÓN DE PÓSTERES III

Jueves, 17 de mayo de 2012. 14:00 a 15:00 h

Evaluación económica III

P-067. SESGO DE PATROCINIO Y CONCLUSIONES EN LOS ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DEL USO DE ESTATINAS PARA PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

S. Peiró, F. Catalá-López, M. Ridaó, A. García-Altés y G. Sanfélix-Gimeno

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

Objetivos: Analizar las evaluaciones económicas publicadas sobre el uso de estatinas para prevención cardiovascular (CDV) y evaluar si la financiación se asocia con las conclusiones del estudio (sesgo de patrocinio).

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática en PubMed/MEDLINE (hasta junio de 2011) para identificar los análisis coste-efectividad del uso de estatinas para prevención CDV que expresaran sus resultados como coste por años de vida ganados y/o años de vida ajustados por calidad. La revisión se limitó a 6 estatinas autorizadas: simvastatina, pravastatina, fluvastatina, lovastatina, atorvastatina y rosuvastatina. Las intervenciones fueron clasificadas: 1) comparador: estatina vs estatina y estatina vs comparador no activo; 2) prevención primaria vs secundaria. Se establecieron las relaciones entre la fuente de financiación (industria vs no industria) y sus conclusiones cualitativas (a favor, en contra o neutral).

Resultados: Se incluyeron 72 estudios. El 65% de trabajos evaluó alguna estatina frente a un comparador no activo (placebo). El 64% de los trabajos fueron financiados por la industria. En prevención primaria, es mucho menos probable que los estudios financiados por la industria tengan conclusiones desfavorables o neutrales (0% vs 59%; $p < 0,001$). Por el contrario, no se detectaron estas diferencias en los estudios de prevención secundaria (0% vs 13%; $p = 0,212$).

Conclusiones: En los análisis coste-efectividad del uso de estatinas para prevención CDV primaria, la fuente de financiación se asocia con las conclusiones cualitativas del estudio sugiriendo la presencia de sesgo de patrocinio.

P-068. COSTE-EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

F. Catalá-López, M. Ridaó, G. Sanfélix-Gimeno y S. Peiró

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

Objetivos: Analizar las evaluaciones económicas sobre las alternativas farmacológicas frente al trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes que están comercializadas en España.

Material y métodos: Revisión sistemática de la literatura. Se realizó una búsqueda en PubMed/MEDLINE, SCOPUS (incluye EMBASE), bases de datos del Centre for Reviews and Dissemination (NHS EED, HTA y DARE), páginas web de agencias de evaluación (CCOHTA de Canadá, NICE de Reino Unido, programa HTA de Reino Unido, Plataforma AUnETS). Se incluyeron únicamente estudios que consideraran al menos metilfenidato (en cualquiera de sus formulaciones) o atomoxetina como alternativas de tratamiento farmacológico en niños y/o adolescentes con TDAH.

Resultados: Se incluyeron 11 estudios (54% desarrollados en Reino Unido) publicados en 9 artículos o informes. Las características más frecuentes fueron: análisis coste-utilidad (82%), perspectiva del sistema sanitario (82%), horizonte temporal corto (91%) y financiación

privada (50%). Metilfenidato se incluía en todos los estudios y atomoxetina en 4 estudios. Metilfenidato (en cualquiera de sus formulaciones) y atomoxetina aparecen como alternativas coste-efectivas frente a placebo o no tratamiento, aunque con razones coste-efectividad incremental variables. Las escasas comparaciones directas entre metilfenidato (en cualquiera de sus formulaciones) y atomoxetina presentan resultados contradictorios pudiendo existir potenciales sesgos.

Conclusiones: La evidencia procedente de los trabajos revisados presenta problemas de transferibilidad o extrapolación al contexto del Sistema Nacional de Salud. Sería necesario considerar la información de revisiones previas sobre la eficacia clínica y la seguridad, junto al coste del tratamiento por paciente.

P-069. COSTES EVITABLES POR DUPLICIDAD DE PRUEBAS RADIOLÓGICAS

D. Moreno Sanjuán, N. García-Agua Soler, V. Vieitez Fernández, E. Gómez Bermúdez, M.J. Gómez Márquez y A.J. García Ruiz

Hospital Regional Carlos Haya. Universidad de Málaga.

Objetivos: Cuantificar el coste directo generado como consecuencia de la duplicidad de radiografías de tórax AP-L (anteroposteriores y laterales) solicitadas para los vistos buenos en anestesia de los pacientes quirúrgicos del Hospital Regional de Málaga Carlos Haya en el Pabellón Civil durante el año 2011.

Métodos: Se han identificado todos aquellos pacientes que tras haberseles realizado una radiografía de tórax en el Servicio de Urgencias (ajenas a su procedimiento quirúrgico y sin hallazgos significativos) posteriormente, en menos de 45 días, se les ha realizado otra radiografía de tórax para su visto bueno de anestesia.

Resultados: De todos los pacientes analizados se detectaron un total de 261 casos con duplicidad de radiografía de tórax. Teniendo en cuenta que el coste de una radiografía simple, ajustado por Unidad Relativa de Valor (URV), en este Hospital es de 12,68 euros y que la radiografía AP-L son 2 unidades radiológicas, el coste total es de 25,36 euros (sin impresión de placas). Por lo que se ha detectado un coste radiológico directo evitable por URV de 6.619 euros en dicho hospital durante el año 2011.

Conclusiones: Se observa que existe realización innecesaria de pruebas radiológicas, identificando así un área de ineficiencia. Es cierto que el importe, aunque bajo en sí para los presupuestos de los Hospitales Generales, si se extrapolara al resto de hospitales y a otras pruebas diagnósticas mostraría una cuantía económica superior nada desdénable.

P-070. COST-EFFECTIVENESS OF DASATINIB VERSUS HIGH-DOSE IMATINIB AND NILOTINIB IN PATIENTS WITH CHRONIC MYELOID LEUKAEMIA RESISTANT TO STANDARD-DOSE IMATINIB IN PORTUGAL

L. Kaskens, M. Abecassis, R. Vitorino, J. Carrasco y J. Darba

BCN Health.

Objectives: To assess the cost-effectiveness of dasatinib 100 mg/day vs imatinib 600 mg/day, imatinib 800 mg/day and vs nilotinib 800 mg/day in chronic phase CML patients, resistant to prior therapy with imatinib 400 mg/day from the perspective of the Portuguese National Health Service (NHS).

Methods: A cost-utility Markov model was developed to consider the Portuguese treatment practice. Four health states were considered, three represented CML phases (chronic, accelerate and blast) and the death state with one-month cycles. The model was populated with efficacy data from clinical trials, resource utilization by expert opinion,

published quality of life data for CML laypersons and unit prices from official price lists. A deterministic sensitivity analysis was performed to test the robustness of the results.

Results: The results showed that chronic phase CML patients resistant to standard dose imatinib gain on average 2.72 life-years, or 2.38 quality adjusted life-years, when treated with dasatinib 100 mg/day compared with imatinib 600 mg/day or compared to imatinib 800 mg/day and on average 0.53 life-years, or 0.47 quality adjusted life-years compared to nilotinib 800 mg/day. The incremental cost per quality adjusted life year gained (QALY) amounts to €39,941 when dasatinib 100 mg/day is compared with imatinib 600 mg/day, and to €14,470 when compared to imatinib 800 mg/day and to €29,422 when compared to nilotinib during a lifetime period.

Conclusions: The results indicate that dasatinib is a cost-effective option in CML patients resistant to standard-dose imatinib in comparison with high-dose imatinib and nilotinib.

P-071. EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA DE CRIBADO POBLACIONAL DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE CÁNCER DE CÉRVIX EN CANTABRIA

M.Á. Ramos Barrón, A.B. García Garrido, M.E. Grande González y J.A. Vázquez Rodríguez

SUAP Torrelavega (Servicio Cántabro de Salud).

Introducción y objetivos: El cáncer de cérvix representa a nivel mundial el 2º más frecuente en mujeres a expensas de países en vías de desarrollo. En España la incidencia es 7,1% y la mortalidad 3,1 casos por 100.000 mujeres/año, con tendencia progresiva (estudio Afrodita). Siendo el cribado poblacional más eficaz que el oportunista, el Consejo de la Unión Europea recomienda realizar cribado poblacional de cáncer de cérvix entre los 20 y 65 años cada 3-5 años. El objetivo de este trabajo es la evaluación de un programa de cribado de cáncer de cérvix en la población de Cantabria analizando de forma concreta: 1. La eficiencia del programa poblacional. 2. Su comparación con los costes del cribado oportunista. 3. La mejor accesibilidad (sin exclusiones geográficas, sociales, económicas ni culturales). 4. El incremento en la tasa de cobertura de la población diana objeto del programa.

Material y métodos: 1. Encuesta de salud de Cantabria del año 2006. 2. Datos poblacionales y epidemiológicos obtenidos del INE, GLOBOCAN, u otras fuentes adecuadas. 3. Registro de Mortalidad y Tumores de Cantabria. Consejería de Sanidad. ICANE. 4. Costes directos e indirectos de la realización del cribado. 5. Análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Resultados y conclusiones: Transformar programas de cribado oportunistas en poblacionales con la suficiente garantía de calidad permitirá mejorar accesibilidad, efectividad y eficiencia, evitando la realización de pruebas innecesarias. El estudio económico correspondiente permite justificar en todo caso, y especialmente en tiempos de crisis, la pertinencia de la implementación de este tipo de programas.

P-072. USO INAPROPIADO Y COSTES EVITABLES DE PRUEBAS POR IMAGEN EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ICTUS EN CANARIAS

C. Valcárcel-Nazco, P. Serrano-Aguilar y J.M. Ramos-Goñi

Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS).

Objetivos: Describir el patrón de uso, las variaciones y el uso inapropiado de las pruebas radiológicas de imagen para el diagnóstico y

manejo clínico del ictus. Se determinan los costes evitables asociados al posible uso inapropiado.

Métodos: Se obtiene información relevante para la toma de decisiones clínicas y de gestión sobre el uso de pruebas de imagen para el ictus, explotando las bases de datos de uso rutinario en hospitales canarios. De las bases de datos centrales de cada uno de los hospitales participantes, se extraen los datos de los pacientes ingresados desde el 1 enero 2010 hasta el 31 diciembre 2010 con diagnóstico de ictus isquémico o AIT. Se evalúan las pruebas de imagen, describiendo su uso como: frecuencia de utilización, temporalidad o tipo de prueba. Además, se elige un estándar de buena práctica clínica para comparar la información obtenida sobre el uso de pruebas y establecer la siguiente clasificación: uso apropiado y uso inapropiado. Este último, permitirá estimar posibles costes evitables.

Resultados: El uso de RMN es creciente, y no sustituyendo sino sumándose al uso de TAC en el manejo de los pacientes con ictus. Este patrón es general, aunque observándose variaciones en el uso de pruebas entre los diferentes centros canarios. Los criterios de disponibilidad de las tecnologías no explican las variaciones. Los costes evitables constituyen un segmento sensible de los costes totales de las pruebas.

Conclusiones: Estos estudios son necesarios para desinvertir en aquellas prácticas que no son adecuadas ni producen un beneficio para los pacientes.

P-073. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO (AIP) DE UN PROCEDIMIENTO DE TELEMEDICINA (TELE-ESPIROMETRÍA) EN PROGRAMAS DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD DE LAS ESPIROMETRÍAS EN PACIENTES CON EPOC

J.C. Bayón Yusta, A. Gutiérrez, N. Marina, J.B. Gáldiz y E. López de Santamaría

Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (OSTEBA). Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Objetivos: Calcular el impacto que un procedimiento de tele-espirometría en atención primaria puede tener en el presupuesto del financiador del sistema sanitario.

Métodos: Se analizó un nuevo procedimiento de tele-espirometría en sustitución del habitual bajo dos escenarios: a) las espirometrías de mala calidad no se repiten; b) se repiten al menos una vez. La población se calculó con base a datos de prevalencia para la EPOC en España. La perspectiva del estudio fue la del financiador del sistema sanitario y el horizonte temporal de 5 años (2010-2014). Se calcularon los costes directos: de la maniobra espirométrica, de la plataforma informática y de formación y personal para su manejo. La efectividad se midió como la proporción media de espirometrías con calidad A+B. Para ambos escenarios se realizó un AIP y un análisis de sensibilidad univariante.

Resultados: La población estimada con EPOC a la que se realiza espirometría pasa de 32.850 (2010) a 35.207 (2014). 275 (2014) fueron los Centros de Salud incorporados al procedimiento de tele-espirometría. Para el procedimiento de tele-espirometría, el coste (2010) por espirometría fue de 48,17€ y la efectividad del 83% y para el procedimiento habitual de 37,95€ y del 57%. El AIP (2014) reflejó para el escenario uno un incremento de 206.313€ en el coste total de las espirometrías (-352.136€ en las espirometrías de mala calidad) y para el escenario dos una disminución de 132.438€ (-569.912€).

Conclusiones: Dependiendo del escenario, incorporar el procedimiento de telemedicina puede incrementar el presupuesto en un 13,8% o producir un ahorro del 6,3%.

P-074. IMPACTO PRESUPUESTARIO DEL CAMBIO EN EL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE TERAPIAS RESPIRATORIAS DOMICILIARIAS EN EL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

D. González Vergara, S. Márquez Peláez y J.L. López Campos

Servicio de Neumología, Hospital de Alta Resolución Sierra Norte.
Agencia Pública Empresarial Sanitaria Bajo Guadalquivir.

Introducción: El síndrome de apneas-hipopneas del sueño (SAHS) consiste en la aparición de episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño por una alteración anatómico-funcional de la vía aérea superior. El tratamiento de elección es la presión continua sobre la vía respiratoria (CPAP), que se considera coste-efectivo y es financiado por el sistema nacional de salud.

Objetivos: Evaluar el impacto presupuestario en 5 años del cambio de sistema de prestación de CPAP en los pacientes con SAHS, del sistema actual de alquiler a empresas de oxigenoterapia domiciliar mediante concurso, a un sistema de compra de los equipos por parte del centro hospitalario.

Material y métodos: En el centro hospitalario se ha calculado el coste anual de la prestación con CPAP mediante el sistema actual de alquiler y se ha comparado con los costes anuales de adquisición, mantenimiento y consulta estimados para dar servicio a los pacientes actuales y estimados futuros según la incidencia.

Resultados: El coste del alquiler anual supera el 100% del coste del equipo, considerando su vida útil, el personal de enfermería especializado para revisión y la reposición de equipos fuera de garantía y mascarillas anuales, el ahorro estimado supera los 190.000€ a los cinco años.

Conclusiones: El sistema de adquisición supone importantes ahorros en costes al sistema de salud, aunque en centros hospitalarios con gran población de referencia, habría que considerar la importante inversión necesaria debido a la alta prevalencia de la enfermedad.

P-075. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRESUPUESTARIO DE SOMATULINA AUTOGEL EN EL TRATAMIENTO DE LA ACROMEGALIA EN ESPAÑA

M. Brosa, A. Ilgrande, G. Tapias y C. Crespo

Oblikue Consulting, S.L. Ipsen Pharma, S.A.

Objetivos: La acromegalia es una enfermedad de baja incidencia y prevalencia. Somatulina Autogel (Ipsen) y Sandostatin LAR (Novartis) son análogos de la somatostatina de acción prolongada de similar eficacia. Somatulina Autogel está autorizado para inyección en intervalos de dosis prolongados de 6-8 semanas con la dosis de 120 mg. El objetivo de este estudio es valorar las consecuencias presupuestarias de un mayor uso de Somatulina Autogel en el tratamiento de la acromegalia en España.

Material y métodos: Se construyó un modelo de impacto presupuestario para comparar el coste anual (farmacológico y administración) del tratamiento con Somatulina Autogel y Sandostatin LAR. El número total de pacientes fue estimado en base a la prevalencia de la enfermedad y a datos de mercado. Se estimó el potencial impacto presupuestario derivado de un mayor uso de Somatulina Autogel y en función del porcentaje de pacientes que utiliza diferentes intervalos de dosis.

Resultados: El coste total anual fue de 9.687€ y 11.218€ por paciente con Somatulina Autogel y Sandostatin LAR, respectivamente. La diferencia se basa en el supuesto de que el 50% de los pacientes que reciben Somatulina Autogel 120mg puedan beneficiarse del intervalo de dosis prolongado (cada 8 semanas). Este ahorro podría representar una reducción de 0,2-0,6 millones de euros si el porcentaje de pacientes tratados con Somatulina Autogel (estimado un 42%) aumentara hasta el 50-70% en España.

Conclusiones: El uso de Somatulina Autogel en pacientes con acromegalia en España resultaría con menos costes en comparación con otros análogos de la somatostatina de acción prolongada.

P-076. ANÁLISIS FÁRMACO-ECONÓMICO DE ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, RISEDRONATO, ALENDRONATO E IBANDRONATO EN EL MANEJO DE OSTEOPOROSIS EN POSMENOPÁUSICAS

Y. Fernández, D. Di Giammarco y Y. Sierra

Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela.

Objetivos: Evaluar la relación costo-efectividad de los tratamientos ácido zoledrónico, risedronato, alendronato e ibandronato para el manejo de la osteoporosis en mujeres posmenopáusicas.

Material y métodos: El horizonte temporal fue de tres años, con una perspectiva social. La medida de efectividad fue porcentaje de reducción de riesgo de fractura, según resultados de estudios controlados, aleatorizados y doble ciego. La selección basada en estudios con el mayor grado de recomendación, según el "Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)" de Oxford. Los costos de tratamientos a precios de mercado del año 2009. Se realizó el análisis incremental para la reducción de riesgo de fracturas de caderas.

Resultados: La evaluación costo-efectividad (costo/porcentaje de reducción de riesgo de fractura) de los tratamientos en fractura de cadera fue: ácido zoledrónico 58 dólares, alendronato 61 dólares, risedronato 106 dólares, se excluyó Ibandronato por evidencia insuficiente. En fracturas vertebrales clínicas ácido zoledrónico 31 dólares, alendronato 50 dólares, risedronato 67 dólares e ibandronato 43 dólares. El análisis incremental para fracturas de cadera sugiere que el tratamiento anual, ácido zoledrónico, constituye la mejor opción de tratamiento. Alendronato representa la opción menos costosa y disminuye el riesgo de fractura en 38%. Ácido zoledrónico es el siguiente tratamiento más costoso, y reduce el riesgo de fractura de cadera en 3% más que alendronato, por lo que su razón costo efectividad incremental es de 15 dólares por porcentaje de reducción del riesgo de fractura.

Conclusiones: La relación costo-efectividad y el análisis costo-efectividad incremental muestran que ácido zoledrónico representa la mejor opción de tratamiento.

P-077. EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE UN SISTEMA DE PRIORIZACIÓN PARA ARTROPLASTIAS DE RODILLA Y CADERA

C. Tebé, M. Comas, P. Adam y M. Espallargues

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.

Objetivos: Evaluar el impacto de la aplicación del sistema de priorización para las artroplastias de rodilla (AR) y cadera (AC) sobre el orden de intervención y el tiempo de espera.

Métodos: Estudio retrospectivo evaluativo con datos del registro de listas de espera del Servei Català de la Salut. Se analizó la asociación (rho Spearman) entre la puntuación de prioridad (PP) con el tiempo de espera y con el orden de intervención. Se realizó un análisis de simulación para comparar una aplicación estricta de la PP con una aplicación first-in first-out (FIFO).

Resultados: Entre 2003 y 2009 fueron alta por AR 46.096 pacientes y AC 20.590. Un 67% de los pacientes con AR disponía de PP, por un 46% de los pacientes con AC. La distribución de la PP para ambos procedimientos fue asimétrica negativa con una media de 67 puntos para AR y 70 para AC. La asociación de la PP con el tiempo de espera no fue significativa (-0,02 AR y -0,12 AC), tampoco con el orden de intervención (-0,09 AR y -0,15 AC). La simulación mostró que el orden real de

intervención se asemejaba más a un FIFO que a una aplicación estricta de la PP. El análisis por centros mostró que en algunos centros existía priorización y además ésta se asociaba con la PP.

Conclusiones: La PP fue registrada de forma notable para ambos procedimientos. Su impacto sobre el orden de intervención y el tiempo de espera no fue destacable en conjunto pero sí en algunos centros.

P-078. EVALUACIÓN ECONÓMICA DEL USO DE UN TEST DE DIAGNÓSTICO FARMACOGÉNICO EN SU APLICACIÓN EN ESQUIZOFRENIA

J.C. Rejón, J. Gaultney y K. Redekop

Institute for Medical Technology Assessment.

Objetivos: El objetivo principal el estudio del coste-efectividad del uso de un test de diagnóstico farmacogenético para ajustar la dosis del antipsicótico Risperidona en pacientes con un primer episodio de esquizofrenia. El objetivo secundario del estudio es aportar recomendaciones para investigaciones futuras, principalmente sobre áreas en las que la escasez de evidencia dificulta el aporte de análisis robustos que faciliten la toma de decisiones.

Material y métodos: Mediante un árbol de decisiones semi-Markov y probabilístico con dos ramas, comparamos ésta nueva tecnología con la práctica habitual en el NHS. Los parámetros utilizados para completar el árbol son principalmente tomados del Clinical Antipsychotic Trial of Intervention (CATIE) y mediante el uso de suposiciones basadas en artículos publicados. Los costes son medidos en libras esterlinas (£) y la efectividad de las estrategias en años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Resultados: La relación de coste-efectividad incremental (RCE) es de 19.249 £/AVAC.

Conclusiones: El resultado muestra que la utilización de un test farmacogenético en pacientes esquizofrénicos previo al ajuste individual de dosis ofrece un gran potencial de ser costo efectivo, ya que está por debajo de los límites de coste efectividad establecidos por el NICE en 20.000-30.000 £/AVAC. En cualquier caso, la escasez de evidencia en este punto tan temprano del desarrollo de estas tecnologías hace que estos resultados deban ser tratados con precaución, y apunta a la necesidad de un estudio prospectivo que aporte datos sobre nuestras suposiciones, y que apoyen la utilidad clínica de esta tecnología.

Gestión, innovación y formas organizativas II

P-079. CONTRIBUCIÓN DE LA CIRUGÍA SIN INGRESO A LA EFICIENCIA EN EL COSTE DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA. SERVICIO SANITARIO PÚBLICO ANDALUZ

R. Martínez Jiménez, C. Gómez González, L. Gavira Sánchez y J.L. Rocha Castilla

Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Objetivos: Analizar el beneficio aportado en términos de coste que ha supuesto, las intervenciones realizadas en el ámbito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Estimar el potencial de coste evitable en el resto de los procedimientos quirúrgicos susceptible de ser abordados por CMA.

Métodos: Se ha analizado el CMBDA del 2010, del SSPA utilizando el sistema de clasificación de pacientes en Grupos Relacionados para el Diagnóstico. Para el cálculo del coste hemos empleado el sistema de

contabilidad analítica del SSPA, INFORCOANHyD. Para medir la eficiencia hemos calculado los costes evitados por Cirugía Mayor Ambulatoria (CECMA), siendo este la diferencia del coste de las altas realizadas en CMA para un mismo GRD, respecto al coste unitario de ese mismo GRD en régimen de hospitalización.

Resultados: El número total de altas en CMA realizadas en el año 2010 ha sido 171.250 (66% de resolución) El coste unitario de la línea funcional de CMA, para el total del SSPA es de 1.061€. En el año 2010, se ha calculado que el beneficio aportado por la CMA, asciende a 312.491.328€ en el total de intervenciones realizadas. Del mismo modo, el coste potencialmente evitable podría aportar unos ahorros alrededor de 434 millones de euros.

Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria sigue siendo una de las áreas de producción más eficientes para el sistema sanitario tanto en beneficios de comodidad y bienestar del paciente, puesto que altera e interfiere mínimamente en su vida familiar, como en términos económicos para los servicios de salud.

P-080. LAS CONSULTAS NO PRESENCIALES EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES Y LES EVITA TENER QUE IR AL HOSPITAL

E.M. Báñez Hernández, F. Encinar Martín, J.I. Armentia Fructuoso, A. Echeverría Antón, Ó. Álvarez Guerras y R. Sánchez Bernal

Hospital Universitario de Álava.

Objetivos: 1. Facilitar la atención de los pacientes con dolor crónico de forma telefónica 2. Evitar el traslado físico de los pacientes 3. Valorar la mejora de los tiempos de demora 4. Valorar la aceptación de los pacientes para ser atendidos mediante esta modalidad.

Métodos: Creación de la Historia Electrónica Única de Osakidetza, Osabide Global. Propuesta de nuevas agendas, con estandarización de los plazos de seguimiento, primando las consultas no presenciales. Cuestionarios sencillos para los pacientes en los que se les solicita su opinión sobre su seguimiento mediante consulta telefónica.

Resultados: Las demoras han experimentado una extraordinaria mejora, siendo de 3 días para primera consulta preferente, de 15 días para primera consulta ordinaria y de 22 días para procedimientos terapéuticos. Se evita su desplazamiento a la Unidad de forma rutinaria, siendo de especial interés en pacientes con domicilio lejano al hospital, pacientes con trabajo activo y pacientes y familiares con dificultad para el desplazamiento (silla de ruedas, andadores, muletas). Las consultas programadas no presenciales (45% del total de las sucesivas de seguimiento), han reducido drásticamente las consultas telefónicas inesperadas y las inasistencias. La satisfacción de los pacientes ha sido > 94%

Conclusiones: Facilita la atención a los pacientes crónicos, se optimiza la atención al paciente, ya que desde el mismo puesto asistencial se realizan la redacción electrónica del evolutivo, se pauta el tratamiento, se evitan los riesgos, incomodidades y costes correspondientes a los desplazamientos del paciente y acompañantes, y ayuda a la sostenibilidad del sistema, reduciendo los costes.

P-081. EL CONSEJO SANITARIO TELEFÓNICO EN OSAKIDETZA REDUCE LAS VISITAS AL MEDICO, RESUELVE LOS PROBLEMAS Y MEJORA LA SATISFACCIÓN DE LOS CIUDADANOS

M. Hidalgo Arias, T. Garmendia Tolosa, Ó. Álvarez Guerras, B. Gómez Bravo, J.X. Llano Hernández y R. Sánchez Bernal

Osarean: Osakidetza no Presencial.

Objetivos: 1. Mejorar la capacidad de resolución no presencial de los profesionales, fundamentalmente de enfermería. 2. Disminuir la necesidad de atención presencial en los casos clasificados como más leves/

autolimitados evitando consultas y desplazamientos innecesarios. 3. Promocionar el autocuidado en el domicilio en los casos más leves/autolimitados 4. Facilitar el acceso a una consulta inmediata no presencial.

Material y métodos: Desarrollo de algoritmos de atención no presencial de síntomas que permiten estratificar el riesgo del paciente, teniendo en cuenta la experiencia previa en Osakidetza, y en otros sistemas de salud (Catalán y NHS). Se ha elaborado una Aplicación Informática que permite realizar secuencialmente las preguntas/respuestas, validando y consensuando los árboles de decisión por personal de Osakidetza en 3 niveles.

Resultados: En 17 meses, se han atendido 50.000 llamadas (de 8 a 22 horas/7 días a la semana), con un % de respuesta por enfermería del 92,27%, y el 7,73% ha sido atendido por el médico de emergencias. El principal síntoma por el que han llamado ha sido la fiebre (23,70%), seguido de vómitos (15,86%) y diarrea (11,45%). De las personas reevaluadas a las 72 horas mediante llamada telefónica, el 95% ha seguido el consejo, se ha resuelto su problema y no ha ido a otro dispositivo. No ha existido ninguna atención urgente sin atención, y tampoco ninguna queja ni reclamación a día de hoy.

Conclusiones: Sirve para potenciar el autocuidado domiciliario y la atención continuada agilizando la consulta por síntomas sin acudir a la cita médica.

P-082. RED DE ATENCIÓN Y COBERTURA: UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EFICIENCIA

Y. Xirinachs-Salazar, J. Sáenz-Batalla y J.R. Vargas

Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es estimar la eficiencia de las áreas de salud de primer nivel asignadas a las diferentes redes en el período 2002-2008, con el fin de establecer las diferencias.

Material y métodos: Se utiliza construye una base de datos con información de la CCS para las 19 áreas de salud de la Red Sur; se aplican en primera instancia el método DEA para la generación de Índice de eficiencia, y en una segunda etapa se descompone dicho índice siguiendo el índice de Hicks-Moorsteen utilizando el DPIN 1.0.

Resultados y conclusiones: Cabe destacar que el efecto del cambio tecnológico no es, en términos generales, el principal factor que incide en la eficiencia de las áreas de salud de la red sur. Por otra parte, el efecto de los residuos de la escala de planta presentan los mayores efectos, esto está relacionado con el siguiente factor en importancia, la mezcla de insumos y productos. En resumen, de acuerdo a las variables output e input seleccionadas, debe realizarse una revisión de la forma en que se realiza el mix de insumos para obtener los productos, más que de la tecnología disponible en cada una de las áreas de salud. De igual forma un segundo factor que afecta la eficiencia de las áreas de salud de la red sur, es la escala de planta.

P-083. DEJAR DE HACER -HACER MEJOR- PRIORIZAR: PRIORIZACIÓN DE INDICACIONES CLÍNICAS EN TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES

J. Fusté, C. Almazan, S. López, J. Galimany y S. Alomar

Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

Objetivos: Priorizar las indicaciones de tomografía por emisión de positrones (PET), según validez diagnóstica e impacto en el manejo clínico del paciente en el contexto de la práctica clínica en Cataluña.

Material y métodos: Identificación de exploraciones PET a través de servicios de medicina nuclear y por revisiones sistemáticas e informes de evaluación. Valoración por consenso de profesionales de las especialidades implicadas. Método Delphi con dos rondas (cuestionario web), puntuando las indicaciones con una escala de prioridad. Las pun-

tuciones se ordenaron según la mediana y se consideró el porcentaje de homogeneidad entre ellas. Aceptaron participar 78 profesionales, con respuesta del 55% en la primera ronda y 46% en la segunda.

Resultados: En indicaciones oncológicas en adultos se clasificaron el 37% como muy prioritarias, 43,5% moderadamente prioritarias y 19,5% poco prioritarias. Se identificaron 5 indicaciones de oncología pediátrica con distinto grado de prioridad. En neurología se identificaron 3 indicaciones (2 muy prioritarias). No se identificaron indicaciones de cardiología.

Conclusiones: En la búsqueda de la eficiencia, intensificada en el contexto de ajustes, son útiles herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas y de mesogestión, incorporando conocimiento, visión poblacional, conciencia de coste de oportunidad y valoración clínica por consenso. La PET cuenta con abundante análisis sobre indicaciones adecuadas, pero es una tecnología cara, con un coste por exploración que supera la mitad del gasto sanitario anual per cápita. La priorización de indicaciones de PET es un elemento de referencia para la gestión clínica y para la planificación de recursos y actividad.

P-084. SUNITINIB. DISPENSACIÓN HOSPITALARIA: AHORRO PARA EL SISTEMA SANITARIO

I. Elizondo López de Landache, L. Bracerías Izaguirre, A. Zubizarreta Aizpurua, A. Echeto García, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena, M.J. Gardeazábal Romillo y P. Acevedo Heranz

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Introducción: Hasta 2009 el incremento del gasto farmacéutico ha seguido de forma paralela al incremento en el número de recetas facturadas. Las medidas impulsadas en 2010 y 2011 han supuesto un paso adelante en la moderación del gasto farmacéutico. En 2012 desde la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios se ha limitado para sunitinib (Sutent®) en el ámbito del Sistema Nacional de Salud su dispensación, sin visado, a pacientes no hospitalizados, en los Servicios de Farmacia de los Hospitales.

Objetivos: Determinar el ahorro económico que supone al sistema sanitario el paso de diagnóstico hospitalario (dispensación a través de receta médica oficial previo visado) a dispensación hospitalaria en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Material y métodos: Se extraen los datos de consumo en la CAPV del sistema de facturación de recetas médicas de la Dirección de Farmacia del Departamento de Sanidad y Consumo.

Resultados: En 2009 se facturaron 382 envases de sunitinib, 540 y 561 en 2010 y 2011 respectivamente. Suponiendo un consumo similar al de 2011 y tomando como precio de compra en los hospitales a PVL, el ahorro para la CAPV sería de 91.958€.

Conclusiones: El objetivo básico de una política de medicamentos es asegurar que estén disponibles medicamentos seguros, eficaces y de calidad, para cubrir las necesidades sanitarias, siendo asumibles los gastos que originan; por ello, el paso a dispensación hospitalaria de determinados medicamentos supone un gasto inferior sin limitar la accesibilidad del paciente a los mismos.

P-085. HERRAMIENTA DE AYUDA AL PROFESIONAL Y AL PACIENTE. VISADO ELECTRÓNICO

I. Elizondo López de Landache, L. Bracerías Izaguirre, A. Zubizarreta Aizpurua, E. Ruiz Vaquero, G. López Ayarzagüena, M.J. Gardeazábal Romillo y P. Acevedo Heranz

Servicio de Prestaciones Farmacéuticas, Dirección de Farmacia, Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco.

Introducción: Los sistemas de soporte a la toma de decisiones ayudan a mejorar la calidad. El desarrollo de sistemas de prescripción y

receta electrónica debe acompañarse de herramientas que faciliten la toma de decisiones clínicas de todos los profesionales/pacientes implicados y fomenten el uso correcto de los medicamentos incrementando así la eficiencia y seguridad de los tratamientos en el paciente.

Objetivos: Implantar un sistema que garantice la adecuada gestión de algunos medicamentos, productos dietéticos o productos sanitarios que requieren condiciones especiales de prescripción, dispensación y/o financiación, a través de la herramienta de gestión de visado electrónico.

Material y métodos: Diseño de una herramienta de Gestión de Visado Electrónico a partir de un Vademécum Corporativo en la que se incluyen diferentes módulos para la toma de decisiones tanto a nivel prescriptor como inspector. Esta herramienta está integrada dentro del sistema de receta electrónica, con los módulos de prescripción, vademécum y dispensación, y aporta mejoras y/o soluciona algunos problemas de gestión de la medicación de los pacientes al tener todos una vía de comunicación.

Conclusiones: La herramienta potencia un uso más seguro y eficiente de los medicamentos, aporta a todos los agentes de la Prestación Farmacéutica, la información suficiente para su uso racional y evita trámites burocráticos innecesarios. El paciente y sus cuidadores pasan a ser el eje del Sistema Sanitario, originándose un modelo basado en una relación entre pacientes y profesionales sanitarios en la toma de decisiones compartidas, facilitando la labor del profesional y la auto-gestión de la medicación al paciente.

P-086. LA COLABORACIÓN CIENTÍFICA EN UN HOSPITAL

R. Alba-Ruiz, C. Bermúdez-Tamayo, T. Bullejos de la Higuera, B. Valero-Aguilera, M. Expósito-Ruiz y C. Martínez-Valero

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Unidad para Apoyar la Investigación.

Objetivos: El presente estudio analiza los patrones de colaboración del Hospital Universitario Virgen de las Nieves (HUVN) y de sus investigadores. Además pretende examinar la asociación entre el número de citas y de si existe o no colaboración en las publicaciones del HUVN.

Material y métodos: Estudio trasversal y descriptivo de los artículos publicados por el HUVN en el periodo 2005-2010. Se emplearon indicadores bibliométricos de colaboración para su análisis.

Resultados: El número promedio de autores por artículo ha aumentado de 3,87 autores en 2005 a cerca de 6 autores en 2010. En un 98% de las publicaciones han participado al menos dos autores y el 2,26% son publicaciones con un único autor. Las publicaciones con un solo autor han recibido una cita de media, mientras que las publicaciones de varios autores recibe 4,17 citas por artículo. El 11% de las publicaciones fueron el resultado de la colaboración internacional, y alrededor de 22% como resultado de la colaboración intra-institucional. En el 31% de las publicaciones no hubo colaboración.

Conclusiones: Los investigadores del HUVN tienen una gran tendencia a colaborar, siguiendo un perfil similar al nacional en el ámbito de ciencias de la salud. Los trabajos publicados en colaboración internacional o nacional obtienen mejores indicadores de visibilidad e impacto que los publicados sin colaboración. La colaboración parece tener una serie efectos positivos pero también añaden otra dimensión con un carácter más cualitativo, como la existencia de relaciones sociales que aumentan el capital social de los científicos y las instituciones.

P-087. PRODUCTIVIDAD Y CALIDAD EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

S. Gorgemans y O. Urbina Pérez

Universidad de Zaragoza.

Objetivos: El trabajo de investigación tiene por finalidad analizar la evolución de la productividad de los hospitales públicos españoles

después de la transferencia de las competencias sanitarias a las Comunidades Autónomas. Así mismo, se pretende asociar la productividad con los cambios en la calidad técnica del trabajo de los profesionales sanitarios.

Material y métodos: La medida de la productividad se realiza a través del índice desarrollado por Malmquist (1953) que permite analizar el cambio de la eficiencia con el paso del tiempo al recoger la variación de la productividad total de los factores. Se calcula el índice orientado al input siguiendo el trabajo de Färe et al. (1992) con la utilización del DEA para desarrollar una serie de fronteras de producción. La base de datos elaborada mediante EESRI y CMBD recoge 140 hospitales entre 2003 y 2007 con sus inputs, outputs y variables de calidad técnica (en términos de seguridad y de supervivencia, PSI e IQI de la AHRQ).

Resultados: Se analizan los cambios debidos a eficiencia, tecnología y calidad. Se verifica posición dominante de un hospital por contrastes.

Conclusiones: El interés creciente por la productividad de los hospitales se encuentra evidentemente en la situación actual de restricción financiera, en los conceptos desarrollados (productividad, cambio técnico, cambio en eficiencia y cambio en calidad) y en el análisis de las desviaciones frente a las llamadas "best practices". Este estudio es de los primeros a contemplar calidad técnica del trabajo de los profesionales sanitarios.

Gasto, financiación y política farmacéutica

P-088. PROPUESTA PARA LA REGULACIÓN DE ENFERMEDADES ALTAMENTE COSTOSAS EN ARGENTINA

J. Ríos, M. Pujol, P. Saavedra y E. Pawlik

Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Proponer la creación de un Ente de financiación para prestaciones de alto impacto económico y de baja incidencia, así como de patologías crónicas de cobertura prolongada.

Métodos: Las prestaciones medianamente costosas y las menos costosas son cubiertas por el Hospital Público, la Seguridad Social y las Entidades de Medicina Prepaga, en base al PMO (Plan Médico Obligatorio), pero no así todas las altamente costosas. Si se tiene en cuenta que éstas son las cardiovasculares, cerebrovasculares y oncológicas, H.IV. Sida, y otras que son cubiertas parcialmente por la Seguridad Social, y que si bien el hospital público las cubre, debe enfrentar restricciones presupuestarias y que determinarían situaciones de desigualdad en la atención de la población.

Resultados: Teniendo como base al PMO, sería importante y de mucho interés reorganizar el Sistema Nacional del Seguro de Salud (ley 23.661), creando un Ente Nacional, bajo la figura de "Administración independiente" cuya función principal será de administrar los fondos y reglamentar la subvención a los beneficiarios en forma directa, y además a las Obras sociales de cualquier naturaleza, mutuales y empresas de medicina privada, que proponen a sus afiliados las prestaciones correspondiente a las mencionadas enfermedades catastróficas.

Conclusiones: La propuesta consiste en organizar un Sistema de Cobertura Catastrófica para Argentina preservando el PMO, reorganizando el Sistema Nacional de Seguro de Salud mediante agregando un Régimen Especial para enfermedades catastróficas y diseñando una administradora de riesgos catastróficos que, bajo la forma de "administración independiente" gestione en forma eficiente las acciones para lograr los fines propuestos.

P-089. ANALIZAR LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS Y LA CAPACIDAD DE CORRECCIÓN DESDE UNA FARMACIA RURAL

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: Analizar la demanda de medicamentos en una farmacia rural durante el año 2011.

Material y métodos: Se recogieron los datos referentes a los medicamentos dispensados durante el año 2011 con receta médica y los EFP, así como los fármacos más solicitados sin receta siendo ésta obligatoria. Se entrevista buscando la razón por la que nos pide la medicación y otros datos que permitan valorar la adecuación del medicamento a su problema. En caso de determinarse que no es adecuado se le ofrece solución alternativa y se registra si la acepta o no.

Resultados: Los principios activos más recetados y dispensados fueron por orden: 1 omeprazol, 2 paracetamol, 3 enalapril, 4 ibuprofeno, 5 lorazepam. Y por grupo terapéutico fueron los hipotensores seguidos de los protectores de estómago, hipolipemiantes y analgésicos. En las EFP son el ácido acetilsalicílico y el paracetamol. Los fármacos más solicitados sin receta siendo ésta obligatoria fueron: Ibuprofeno, anti-tusivos (ambroxol, cloperastina, acetilcisteína, codeína), diclofenaco gel, salbutamol. Los problemas detectados fueron innecesarios (10%), poco efectivos (40%), poco seguros (40%), peor alternativa (10%). La alternativa propuesta: acudir al médico (20%), medida higiénica (50%), otro medicamento (50%). Se aceptaron en el 50%.

Conclusiones: El fármaco más solicitado sin receta, siendo ésta obligatoria, es el ibuprofeno. Los hipotensores constituyen el grupo terapéutico más dispensado con receta médica. La farmacia puede detectar la demanda de medicamentos para automedicación. Aunque la mayoría de la automedicación se consideró correcta, hay un 20% de casos que pueden ocasionar problemas.

P-090. RECUPERACIÓN DE FÁRMACOS EN EL PUNTO SIGRE DE UNA FARMACIA

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: La recogida de medicamentos depositados en el punto Sigre aporta un valor añadido a las acciones de la oficina de farmacia, permitiendo un seguimiento de los medicamentos que se desechan por este medio.

Objetivos: Evaluación de los fármacos recogidos en una farmacia rural.

Material y métodos: Se ha analizado el depósito de medicamentos realizado durante 18 meses (enero 2010, junio 2011) en una farmacia rural, a través de un cuestionario estructurado con entrevista a 128 personas (estudio observacional) que incluye edad, sexo, causa, financiación, tasa de recuperación, solicitud de información, apuntes en el envase...

Resultados: 128 pacientes que realizaron un total de 296 depósitos de fármacos 90% mujeres, 80% > 65 años, 18% 40-65a, 2% < 40; 5% recuperaron el fármaco por indicación farmacéutica; 70% caducados, 28% sustitución por el médico; 90% financiados por S.S; 80% solicitan información sobre objetivo terapéutico (indicación 60%, efectividad 20%) proceso de uso (pauta 20%, posología 20%, forma de administración 10%, duración 10%) seguridad (efectos secundarios 50%, contraindicación 40%, interacciones 30%, precauciones 30%), y conservación 30%; 85% presentan reseña en el envase; 5% no recuerdan para que era o se equivocan.

Conclusiones: 1. La eliminación de fármacos a través del punto Sigre conlleva un requerimiento de información al paciente. 2. Una buena información ayuda a recuperar y reutilizar fármacos.

P-091. CONSUMO DE FÁRMACOS EN PACIENTES POLIMEDICADOS

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: Una información útil a los pacientes polimedcados sobre el uso apropiado de los medicamentos es indispensable para su correcto uso y minimiza los posibles errores asociados a medicación.

Objetivos: Valoraremos la necesidad de información.

Material y métodos: Hemos revisado en una consulta durante el año 2011, 200 pacientes polimedcados (5 o más medicamentos) (40% hombres y 60% mujeres) divididos en 2 grupos de edad (< 6 años, > 60 años) Se les preguntó sobre un cuestionario que incluía: número de medicamentos, número de recetas, preocupación por la salud, desde cuando toma la medicación, la patología de base, medicación, nivel de estudios, fidelidad a su farmacia, si han solicitado información en alguna ocasión, qué tipo de preguntas realizaron y en caso de problemas a quién recurrieron en primer lugar y por qué (farmacéutico, médico, enfermera).

Resultados: La preocupación por la salud fue mayor en los pacientes con menor nivel de estudios, las mujeres consumen más recetas y medicamentos ($p < 0,01$) y tienen más nivel de conocimiento sobre la medicación ($p < 0,01$) del total de pacientes que solicitan información el 80% son mujeres ($p < 0,01$). Tipo de preguntas (uso terapéutico 60%, reacciones adversas 30%, interacciones 30%, dosis 4%, identificación de fármacos 1%). El inconveniente es la ausencia de privacidad (80% del total).

Conclusiones: 1. Las mujeres consumen más recetas y medicamentos ($p < 0,01$). Esta diferencia es menor en los pacientes < 60 años. 2. La necesidad de información aumenta con la edad y la polimedcación ($p < 0,01$). 3. Las mujeres solicitan más información que los hombres ($p < 0,01$). 4. La pregunta más frecuente es por el uso terapéutico ($p < 0,01$). 5. El interés por la salud es mayor en los pacientes sin estudios y mayores de 60 años.

P-092. PAPEL DEL FARMACÉUTICO EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: El modelo de atención farmacéutica debería ir más allá de la dispensación y propiciar que el rol del farmacéutico dependa más de su carácter asistencial que de su interés comercial, lo que repercute de forma positiva en la atención al paciente. El farmacéutico da un valor añadido al acto de la dispensación y extiende el seguimiento terapéutico fuera de la consulta.

Objetivos: Evaluar la habilidad de comunicación del farmacéutico, valorar la capacidad de proponer un plan terapéutico apropiado y evaluar las ventajas de un servicio accesible.

Material y métodos: Hemos encuestado a 90 personas, seleccionadas en la consulta externa de un hospital que procediendo de una localidad de < 1.000 habitantes, con patología crónica y polimedcado (≥ 5 medicamentos), frecuentaban una farmacia rural durante el año 2010, divididos en 3 grupos de edad (< 30a, 30-60a, > 60a) con $n = 30$ en cada grupo. Se les preguntó sobre la calidad de la asistencia farmacéutica y su valoración general.

Resultados: Analizamos la valoración de cada grupo de edad (3) sobre tiempo dedicado, presión comercial observada, intimidación, facilidad de acceso, libertad de elección, horario, disponibilidad (tiempo de espera), resolución del problema, información sobre objetivo terapéutico, seguridad, conservación, proceso de uso, confianza en el profesional.

Conclusiones: La atención farmacéutica es altamente valorada por los 3 grupos, sin diferenciación por edad o sexo, especialmente el fácil

acceso, libertad de elección, el amplio horario (horario continuo en muchas ocasiones), la confianza en el profesional, la eficacia en la resolución del problema. Las limitaciones fueron el tiempo dedicado, falta de intimidad y en ocasiones (10%) la sensación de una presión comercial observada. Todo pone en valor el modelo de farmacia rural.

P-093. AUMENTO DE LOS RNM EN PACIENTES POLIMEDICADOS

S. Quiñones y A. Martínez

Farmacia Quiñones. Hospital de Cruces.

Introducción: El riesgo de resultados negativos asociados a medicamentos (RNM) es proporcional al número de medicamentos que toma un paciente y aumenta el gasto sanitario.

Material y métodos: Durante el primer trimestre del 2011, se han revisado los pacientes polimedificados (5 o más medicamentos) que acuden a una consulta de preanestesia de un hospital terciario. Se analizaron los siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales, tratamientos previos, analítica.

Resultados: Se analizaron 350 pacientes (4 consultas diarias de preanestesia), agrupados en 3 grupos en función del número de medicamentos que tomaban: I hasta 5; II 6 a 8; III > 8. Se encontraron 35 pacientes (15 hombres y 20 mujeres) con hiperpotasemias superiores a 6 mg/dl, como hallazgo analítico, con una media de edad de 77 años. Se estudiaron los antecedentes personales (30 insuficiencia cardíaca, 35 HTA, 10 IAM, 15 arritmias, 8 EPOC, varios...), sintomatología clínica (edemas, disnea, astenia, síncope...) y tratamientos (30 digoxina, 35 diuréticos, 30 IECAS, 35 otros fármacos). Estos pacientes corresponden a los grupos: I 0 pacientes; grupo II 10 pacientes y Grupo III 25 pacientes.

Conclusiones: 1. Se identifica un grupo de pacientes polimedificados (a partir de 5 medicamentos) con antecedentes cardiovasculares, edad > 75 años y tratamiento con IECAS más diuréticos con un grupo de riesgo. 2. Desde una farmacia rural se puede establecer un nivel de seguimiento con un sistema de alerta al menor síntoma de disnea, edema de piernas o astenia y dirigirlo al médico de cabecera.

P-094. TRAZABILIDAD DEL MEDICAMENTO. IMPLEMENTACIÓN EN ARGENTINA

L. Renati

Universidad FASTA.

Introducción: La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica estima que entre el 2 y 3% de los medicamentos circulantes en Argentina son falsos, adulterados, robados o vencidos. Este porcentaje equivale a \$ 1.300 millones/año. Para encausar esta problemática se dictaron en 2011 normas específicas para la trazabilidad del medicamento.

Objetivos: Se realizará un relevamiento del estado situacional de la trazabilidad del medicamento en Argentina al 2011.

Material y métodos: Se efectuó un relevamiento del marco legal de la fabricación, comercialización y expendio de medicamentos.

Resultados: La base legal del Medicamento se sustenta en la Ley 16.463 del 1964. Modificada en 2009 por Ley 26.567 que regula la calidad y seguridad del dispendio de medicamentos de venta libre. Recién en 2011 y luego de un fraude a la Seguridad Social se sancionan normas específicas – Resolución 435/2011 y Disposición 3683/2011. El proceso centrado en: registro y autorización, control y fiscalización e información y difusión; se está implementando por etapas, al inicio medicamentos destinados a la hemofilia, oncología y VIH. Está en proceso de ejecución una plataforma web – Sistema Nacional de Trazabilidad <http://186.153.145.7>.

Conclusiones: Se necesitan cambios para implementar un sistema de trazabilidad adecuado a la idiosincrasia argentina. La OPS y la OMS han expresado su reconocimiento a la iniciativa gubernamental. La trazabilidad es la única manera de garantizar origen y calidad de los medicamentos que se dispensan. Es la herramienta que evita las graves consecuencias en la salud y el impacto económico al sistema sanitario argentino.

P-095. EFECTO DE LOS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS EN COMBINACIONES A DOSIS FIJAS EN PACIENTES POLI-MEDICADOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEVERA/MODERADA

A. Sicras, G. Muñoz, B. Font, N. Majos, R. Navarro y J. Ibáñez

Badalona Serveis Assistencials.

Objetivos: Determinar la influencia de los fármacos antihipertensivos en combinaciones a dosis fijas (DF) en pacientes poli-medicados y su asociación con el cumplimiento, la persistencia y el coste en pacientes con hipertensión moderada/severa.

Material y métodos: Diseño observacional-multicéntrico de carácter retrospectivo. Se incluyeron pacientes > 30 años que iniciaron un tercer tratamiento antihipertensivo durante los años 2004-2006. Según el número de medicamentos crónicos, se establecieron tres grupos: consumo regular de 3-6 fármacos, entre 7-10 y ≥ 11 . Principales medidas: sociodemográficas, comorbilidad, parámetros-bioquímicos, presión arterial, cumplimiento y persistencia. Se cuantificaron los costes totales (diferenciando: sanitarios/directos; no-sanitarios/indirectos). El seguimiento de los pacientes se realizó durante 4 años. Análisis estadístico: descriptivo, regresión lineal-múltiple y modelo de ANCOVA; $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 1.906 pacientes. Por grupos de poli-medicación, el 40,1% entre 3-6 fármacos; el 32,7% entre 7-10 y el 27,2% en ≥ 11 , $p < 0,001$. Los pacientes en combinaciones de fármacos antihipertensivos en comprimidos por separado fueron $N = 1.268$, y en DF $N = 638$. La edad media fue de 69,4 años y el 55,5% fueron mujeres. Los pacientes que consumieron DF en comparación a dosis en comprimidos por separado, mostraron un mayor cumplimiento terapéutico en comparación (72,8% frente a 68,2%), persistencia (64,4% frente a 39,3%) y grado de control de la PA (52,6% frente a 43,8%), $p < 0,001$. En los costes, no se obtuvieron resultados concluyentes.

Conclusiones: Las limitaciones del estudio obligan a ser cautelosos en la validez externa de los resultados. Los pacientes en situación de polifarmacia que toman medicamentos antihipertensivos a DF muestran un mejor control de la PA.

P-096. ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DEL REAL DECRETO LEY 9/2011 SOBRE LA PRESCRIPCIÓN POR PRINCIPIO ACTIVO Y EL GASTO FARMACÉUTICO: UNA APLICACIÓN AL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD

A. Sangrador Rasero, D. Cantarero-Prieto, M. Pascual-Sáez, C. Murillo-Melchor, P. Moreno-Mencía, C. Blázquez-Fernández y G. Cagigas-Ibaseta

GAP Áreas I, III y IV, Servicio Cántabro de Salud.

Objetivos: La evaluación de políticas sanitarias es de suma importancia, y más en un contexto de crisis económica como la actual, precisándose de un mayor análisis y evaluación de resultados del sistema a fin de garantizar su calidad y sostenibilidad. Por eso, en este trabajo se pretende calibrar la eficiencia del Real Decreto Ley 9/2011 (RDL) de 19 de agosto de 2011, para el caso del SCS. En concreto, sus efectos tras su entrada en vigor sobre el porcentaje de prescripción por principio activo y sobre el gasto farmacéutico, así como en la variación de los princi-

prios activos más prescritos por principio activo en cada centro de gasto del SCS y en el conjunto del mismo”.

Material y métodos: Los datos de prescripción por principio activo y de gasto farmacéutico de los cuatro centros de gasto del SCS se obtienen del Sistema de Información Farmacéutica de Cantabria (SIFAR-CAN), en el cual están incluidas todas las prescripciones realizadas con receta médica oficial y con cargo al SCS.

Resultados: Tras la entrada en vigor del RDL, el porcentaje de prescripción por principio activo se ha incrementado en el conjunto del SCS en un 8,05%, mientras que el gasto farmacéutico ha experimentado una disminución del 6,12%.

Conclusiones: La entrada en vigor del RDL, ha producido los efectos esperados en el SCS: aumento del porcentaje de preinscripción por principio activo y descenso del gasto farmacéutico. Los principios activos que más se prescriben siguen siendo los mismos: omeprazol, paracetamol y acetilsalicílico ácido.

P-097. AÑO 2011. UN AÑO DE CAÍDA DESIGUAL EN LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

E. Giménez, D. González y G. Restovic

Amaris.

Objetivos: Durante el año 2010 se dictaron dos importantes reales decretos (RD) que afectaron directamente el precio de los fármacos (RD4/2010 y RD8/2010). El año 2011 siguió siendo un año caracterizado por las leyes de regulación del gasto sanitario focalizadas en el precio de los fármacos (RD9/2011). Se contrasta la evolución de los precios oficiales en España de las presentaciones farmacológicas durante el año 2011 considerando los cambios de precio impuestos por el RD9/2011 y RD8/2010.

Material y métodos: Se utilizó la base de datos Pharmaprice de precios de fármacos en alta comercial en España para obtener los PVP (diciembre 2010-2011) (basada en el nomenclátor del MSPSI). Se excluyeron: fármacos dietoterápicos, extranjeros, sin código DOE o DOH. Se aplicó a los precios la reducción correspondiente según el listado publicado en Febrero de 2012. Se calcularon las diferencias porcentuales para cada presentación y el promedio de estas diferencias agrupadas de acuerdo a características específicas de los fármacos (genéricos, con receta, larga duración, etc.).

Resultados: De las más de 12 mil presentaciones analizadas, 71,5% presentaron un descenso en el precio, 28,3% se mantuvieron y 0,2% subieron (descenso promedio del 9,3%). El descenso en los medicamentos genéricos fue del 3,4% (13,9% para el resto). Para los fármacos con receta el descenso fue del 11% (5,4% el resto). El descenso correspondiente a los tratamientos de larga duración (TLD) fue del 14,5%.

Conclusiones: La evolución de los precios farmacológicos ha sido notable y desigual, destacando las diferencias entre las especialidades sin genéricos y los TLD.

P-098. IMPLICACIONES FISCALES A LARGO PLAZO DE LA FINANCIACIÓN DE TERAPIAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: REVISIÓN DE LA LITERATURA

S. Pérez-Camarero, A. Ivanova, L. García-Jurado, C. Polanco y Á. Hidalgo

Instituto Max Weber.

Objetivos: El progresivo envejecimiento poblacional en los países desarrollados está suscitando la evaluación de políticas que favorezcan la natalidad. El objetivo es revisar la información disponible acerca de las implicaciones fiscales a largo plazo de la financiación de terapias de reproducción asistida (TRA).

Métodos: Revisión sistemática de la literatura publicada en inglés o español durante la última década basada en la combinación de los descriptores: “Infertility”, “assisted reproductive technology”, “economics/cost and cost analysis” en las bases de datos Medline, Embase y Cochrane Library. También se revisaron manualmente las referencias de los artículos encontrados.

Resultados: Se identificaron un total de 86 artículos, de los que se incluyeron 13 (15%) en esta revisión. De ellos, 5 (38%) cuantificaron económicamente las implicaciones fiscales a largo plazo de un individuo concebido mediante TRA en diferentes países (Brasil, Dinamarca, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos). En todos los casos se empleó un modelo de contabilidad generacional. Los resultados de estos estudios concluyeron que cada unidad monetaria invertida en la financiación de TRA revertiría en unos beneficios fiscales para el Estado de entre 1,24 y 13,91 unidades monetarias. La edad en la que la relación fiscal entre el individuo concebido por TRA y el Estado pasa a ser favorable para este último se situó entre los 38 y los 41 años.

Conclusiones: Los modelos de contabilidad generacional permiten estimar el impacto fiscal a largo plazo de la financiación pública de TRA. Sería recomendable realizar un análisis similar en nuestro país.

SESIÓN DE PÓSTERES IV

Jueves, 17 de mayo de 2012. 15:00 a 16:00 h

Evaluación económica IV

P-099 ANÁLISIS COSTE UTILIDAD DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA: UNA APLICACIÓN DEL SOFTWARE EQIS1.0

M. Montesino, E. Sánchez-Iriso, J.M. Cabasés

Servicio de Urología. Complejo Hospitalario de Navarra.

Objetivo: Realizar un análisis coste utilidad del tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria femenina mediante mallas.

Material y métodos: Los datos provienen de 69 pacientes sometidas a cirugía por incontinencia urinaria en Navarra. Se disponen de los datos de costes para todas las pacientes y de encuestas genéricas de calidad de vida con registros preoperatorios, postoperatorios al mes y al año. Además se realiza un análisis por tipo de incontinencia: incontinencia de esfuerzo (IUE), incontinencia urinaria mixta (IUM) y con prolapso de órganos pélvicos (POP). Se comparan los costes adicionales para el sistema sanitario de la intervención, con la efectividad de la misma. Como medida de la efectividad se han empleado los años de vida ajustados por calidad o AVACs (QALY) mediante el instrumento EQ-5D. Además, se presentarán los resultados atendiendo a la escala visual analógica (VAS) y un cuestionario específico ICIQ-SF. Se emplea el software EQIS1.0 para la obtención de QALYs mediante el instrumento EQ-5D (<http://www.econ.unavarra.es/eqis>). Para el tratamiento de la incertidumbre se estima un sistema de ecuaciones aparentemente no relacionadas (SURE), con los costes y la efectividad como variables dependientes y una dummy para el tratamiento quirúrgico como regresor. De esta forma se presentan las medidas de resultado ICER, elipses de confianza y curva de aceptabilidad.

Resultados: El tratamiento quirúrgico con mallas presenta un ICER igual a 32.033 euros/QALY al año de la intervención frente a la abstención terapéutica. La cirugía de la IUE (21.572 euros/QALY) resulta más coste-efectiva frente a los otros dos tipos incontinencia.

P-100. NATALIZUMAB FOR MULTIPLE SCLEROSIS: AN OBSERVATIONAL STUDY RELATED TO DRUG ADMINISTRATION, AND EXPECTATIONS ABOUT BENEFITS AND RISKS

L. Gitto, G. Polimeni y P. Bramanti

CEIS Sanità Università "Tor Vergata". Roma and Università di Catania and IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo".

Objetivos: The emergence of new pharmacological therapies for Multiple Sclerosis (MS) poses new challenges: Natalizumab was approved for the treatment of relapsing–remitting MS in 2004. Despite its efficacy has been confirmed by several clinical trials, its use has been limited after Progressive Multifocal Leukoencephalopathy was identified as a rare but serious brain infection associated with Natalizumab assumption. Starting from the collection of pharmacovigilance data, the purpose of this study has been that of evaluating quality of life, patients' acceptance of risks and expectations from the treatment. The present research constitutes one of the few ones carried out in Italy and Europe so far about th effectiveness and quality of life associated to the use of Natalizumab.

Materials and methods: The whole population of MS patients living in Sicily (Italy), treated with Natalizumab has been considered (280 patients). Six medical centers have been involved in the process of data collection. A questionnaire based on the MSQOL54 has been administered to patients: information about clinical and epidemiological conditions, perceived utility and comparisons with previous therapies, assessment of risks and expected benefits have been collected.

Results and conclusions: Information retrieved from the database showed improvements in patients' clinical conditions. There is a positive effect of Natalizumab, together with cost-savings because of the lower relapse rate of MS. Higher patients' compliance comparing to former treatments for MS has been observed as well. Finally, patients are likely to accept life-threatening adverse event risks in exchange for MS symptom relief.

P-101. BETABLOQUEANTES EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA CARDÍACA CRÓNICA EN ESPAÑA: REVISIÓN DE LA EVIDENCIA ECONÓMICA Y ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA

C. Polanco y L. García-Jurado

Departamento Médico, Merck, S.L.

Objetivos: Demostrar qué beta-bloqueante constituye la terapia más eficiente para el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC) en España.

Material y métodos: Revisión de la literatura para establecer la eficacia de cada terapia. Se establecieron los costes de cada terapia según posología en ficha técnica y precio menor (PVP-IVA), así como los costes por estancia hospitalaria (días de ingreso, pruebas diagnósticas y medicación administrada).

Resultados: La literatura y guías de práctica clínica consultadas recomendaron el uso de bisoprolol (riesgo relativo de muerte: 0,66; $p < 0,0001$), carvedilol (RR: 0,65; $p < 0,0005$), metoprolol (RR: 0,66; $p < 0,0001$) y nebivolol (RR: 0,88; NS) para el tratamiento de la ICC. El coste por paciente y año de tratamiento fue para bisoprolol, carvedilol, metoprolol y nebivolol de: 38,70€; 162,53-311,69€; 170,70€ y 188,14€, respectivamente. Considerando el número de muertes evitadas con cada terapia e incluyendo los costes de hospitalización, la relación coste por muerte evitada fue de: 9.512€; 14.989€, 16.767€ y 50.795€ para bisoprolol, carvedilol, metoprolol y nebivolol, respectivamente. Los resultados del análisis coste-beneficio mostraron que sólo bisoprolol presentó un beneficio neto, generando un ahorro de 116.293€ anuales.

El análisis de impacto presupuestario estimó que por cada 100 pacientes tratados con bisoprolol se podrían ahorrar entre 11.880 y 24.569€ al año.

Conclusiones: Pese a la infrautilización de beta-bloqueantes en el tratamiento de la ICC, éstos han demostrado ser terapias efectivas y coste-efectivas. De ellos, bisoprolol mostró ser el tratamiento más eficaz y más eficiente en términos tanto de coste-eficacia como de coste-beneficio para pacientes con ICC en España.

P-102. ANÁLISIS DE IMPACTO PRESUPUESTARIO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN PRIMERA LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN ESPAÑA

B. Martínez-Amores, L. Mezquita, I. Ibáñez de Cáceres, Á. Ayuso Sacido, J.M. Peña, R. Perona y C. Belda-Iniesta

Servicio de Oncología Médica, Hospital Príncipe de Asturias.

Objetivos: Evaluar el impacto presupuestario de las terapias biológicas empleadas en primera línea para el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico en España.

Material y métodos: Modelo matemático que asume el diagnóstico de un solo paciente cada mes y que éste tiene una probabilidad de presentar K-RAS nativo del 53%. El impacto presupuestario para el año t+1 comienza a partir del 5º mes y del 7º mes para terapias basadas en bevacizumab y cetuximab, respectivamente. La misma aproximación se consideró para dobletes sin ningún anticuerpo monoclonal. Para la estimación de costes se consideró la duración media de los tratamientos reportada en los ensayos clínicos, precio en PVL (€, 2012) y paciente medio de 70 Kg y 1,7 m.

Resultados: Cuando no se realiza determinación de K-RAS y todos los pacientes reciben terapia basada en bevacizumab, el impacto presupuestario anual aumenta entre un 55-60%. Si tras la determinación de K-RAS, los pacientes que presentan K-RAS nativo son tratados con combinaciones de cetuximab y los pacientes K-RAS mutado reciben bevacizumab, el impacto presupuestario crece entre un 39-41%. El incremento del impacto anual se minimiza un 25% cuando los pacientes K-RAS nativo son tratados con combinaciones de cetuximab y los pacientes K-RAS mutado son tratados sólo con quimioterapia.

Conclusiones: La duración de la terapia es crucial para las estimaciones del impacto presupuestario tanto desde una perspectiva global como año a año. Las decisiones clínicas basadas en la determinación de K-RAS no sólo optimizan resultados clínicos sino que también minimizan el impacto presupuestario anualmente.

P-103. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD BASADO EN PREDICTORES DE RESPUESTA PARA TERAPIAS DE PRIMERA LÍNEA EN CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN ESPAÑA

C. Belda-Iniesta, V. Moreno, B. Martínez-Amores, J. Barriuso, L. Mezquita, I. Ibáñez de Cáceres, Á. Ayuso Sacido, J.M. Peña, R. Perona, Z. Saz-Parkinson y J.M. Amate

Centro Integral Oncológico Clara Campal (CIOCC).

Objetivos: Evaluar la relación coste-efectividad incremental (RCEI) por año de vida ganado (AVG) y año libre de progresión ganado en base a marcadores predictivos para las terapias biológicas disponibles en el tratamiento del cáncer colorrectal metastásico (CCRM) en España.

Material y métodos: Los datos de eficacia se obtuvieron de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de bevacizumab y cetuximab. Los brazos control de los ECA fueron usados como referencia para calcular los RCEIs. Los marcadores de beneficio clínico (biológicos y radiológicos) se incluyeron en el modelo. Se excluyó la toxicidad como predictor de

eficacia en ambas terapias. Para la estimación de costes se consideró la duración media cada tratamiento reportada en los ECA, costes de medicación en PVL (€, 2012) y estimando un paciente medio de 70 Kg y 1,7 m.

Resultados: La determinación de K-RAS y la respuesta temprana a las 8 semanas fueron usadas como predictores de resistencia y eficacia incrementada para las combinaciones basadas en cetuximab. No se identificó ningún otro marcador predictor para el resto de terapias. La combinación FOLFIRI + cetuximab obtuvo un RCEI por debajo del umbral de 30.000€/AVG en pacientes K-RAS nativo y que habían respondido a las 8 semanas. Los RCEIs para otras pautas fueron muy superiores a este umbral.

Conclusiones: El tratamiento en primera línea con FOLFIRI + cetuximab en pacientes K-RAS nativo que mostraron respuesta a las 8 semanas es la única opción terapéutica coste-efectiva para el tratamiento del CCRm, con resultados por debajo del umbral de eficiencia considerado en España.

P-104. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE CETUXIMAB Y PANITUMUMAB EN PRIMERA LÍNEA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER COLORRECTAL METASTÁSICO EN ESPAÑA

V. Moreno, B. Martínez-Amores, J. Barriuso, L. Mezquita, I. Ibáñez de Cáceres, Á. Ayuso Sacido, J.M. Peña, R. Perona y C. Belda-Iñiesta

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario La Paz.

Objetivos: Evaluar la relación coste-efectividad incremental (RCEI) por respuesta radiológica (RR) para pacientes con cáncer colorrectal metastásico (CCRm) tratados con cetuximab o panitumumab en primera línea en España.

Material y métodos: Los datos de eficacia se obtuvieron de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de cetuximab, panitumumab y bevacizumab. Se excluyeron resultados clínicamente no significativos y la toxicidad como predictor de eficacia. Para la estimación del coste de los tratamientos se consideró la duración media del tratamiento reportada en los ECA, precio en PVL (€, 2012) y estimando un paciente de 70 Kg y 1,7 m para el cálculo de dosis.

Resultados: Se simularon 3 escenarios en base a los posibles tratamientos para pacientes con CCRm que presentaron K-RAS nativo (cetuximab o panitumumab) y K-RAS mutado (bevacizumab). En el escenario A (cetuximab semanal-FOLFOX), las tasas de RR alcanzaron el 54% y un coste por RR de 36.964€. Para el escenario B (panitumumab-FOLFOX) la RR fue del 51% con 38.880€ por RR. En el escenario C (bevacizumab bisemanal-FOLFOX) se alcanzó una RR del 54% y 36.474€ por RR. El RCEI del escenario A frente al B fue de 4.394€ por respuesta adicional. El RCEI entre los escenarios C vs B alcanzó un valor negativo de 4.432€ por respuesta adicional.

Conclusiones: Las combinaciones en primera línea de oxilaplatino junto con cetuximab bisemanal para pacientes K-RAS nativo y bevacizumab para pacientes con K-RAS mutado consiguieron una mejor optimización del coste por respuesta adicional que los pacientes tratados con pautas basadas en panitumumab.

P-105. COST-BENEFIT ANALYSIS OF IMPROVING INDOOR AIR QUALITY IN THE WORKPLACE

C. Guerriero y J. Cairns

London School of Hygiene and Tropical Medicine. Public Health Policy.

Objectives: Since the first studies in the early 80s that show the effectiveness of smoking cessation programs on workers' wages and

business profits there have been an increasing number of studies evaluating the economics of occupational health interventions. Low quality indoor environment can lead to: increased infectious respiratory disease, higher rates of asthma and allergies, increased prevalence of people suffering from sick building syndrome, and reduced productivity. This study aims to evaluate the cost-effectiveness of improving indoor air quality in the workplace. In particular this analysis focuses on two interventions: improve indoor ventilation, and use and maintenance of air filters.

Material and methods: Using evidence from epidemiological studies this analysis aims to quantify the potential benefits from improved indoor environmental quality from ventilation and filtration, and further to place a monetary value on these health benefits and compare them with the cost of implementing the interventions. We will adopt both an employer perspective and a health and social service perspective to evaluate whether improving indoor ventilation and air filtration in the workplace is cost beneficial even without government incentives.

Results and conclusions: Economic incentives for the enterprises to ensure safe and healthy working conditions have been proved to be more effective than strict regulations. By showing the net-monetary benefit achievable with improved indoor air quality this study will promote more cost-effective allocation of resources for workers that will not suffer from poor indoor air quality, employers and NHS that pay indirectly the cost of poor indoor air quality.

P-106. ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD DE DABIGATRÁN PARA LA PREVENCIÓN DE ICTUS Y EMBOLIA SISTÉMICA EN FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR EN ESPAÑA

J.R. González-Juanatey, J. Álvarez-Sabin, J.M. Lobos, A. Martínez-Rubio, J.C. Reverter, I. Oyagüez, N. González-Rojas y V. Becerra

Servicio de Cardiología, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

Objetivos: Análisis coste-efectividad de dabigatrán para la prevención del ictus por Fibrilación Auricular No Valvular (FANV) en España según la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

Material y métodos: Adaptación de un modelo de Markov secuencial que simula la historia natural de la enfermedad para una cohorte de 10.000 pacientes con FANV, a lo largo de toda su vida. Los comparadores del modelo son warfarina en un primer escenario y el patrón de prescripción habitual (60% antagonistas vitamina K, 30% ácido acetilsalicílico y 10% no tratados) en el segundo. Las probabilidades de eventos se obtuvieron del estudio RE-LY para dabigatrán y warfarina, y de un metaanálisis para ácido acetilsalicílico y no tratamiento.

Resultados: En ambos escenarios dabigatrán disminuyó el número de eventos sufridos, consiguiendo ganancias tanto en cantidad como en calidad de vida de los pacientes. El ratio Coste Efectividad Incremental (RCEI) de dabigatrán comparado con warfarina fue de 17.581€/AVAC adicional, y de 14.118€/AVAC adicional comparado con el patrón de prescripción habitual. El análisis de sensibilidad probabilístico del modelo demostró la robustez de los resultados obtenidos.

Conclusiones: En todas las comparaciones, los valores del RCEI estuvieron por debajo del umbral de 30.000€/AVAC, considerado como nivel aceptable de eficiencia de las evaluaciones sanitarias en España. Dabigatrán resulta una estrategia eficiente para la prevención de ictus en pacientes con FANV en comparación con warfarina y con el patrón de prescripción de la práctica clínica habitual desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud.

P-107. COSTE-EFECTIVIDAD DE LA DOBLE LECTURA MAMOGRAFICA EN UN PROGRAMA POBLACIONAL DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA, BARCELONA. 2009-2010

M. Posso, M. Soley, M.T. Puig, M.J. Quintana, J. Sola y X. Bonfill

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Objetivos: Evaluar el coste-efectividad de la doble lectura mamográfica versus la lectura simple en la detección del cáncer de mama en un programa de cribado poblacional.

Métodos: Estudio piloto. Se analizaron 27.459 mamografías del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau durante el periodo 2009-2010. La lectura de cada mamografía fue doble e independiente (el segundo radiólogo desconocía la valoración del primero). Para el análisis de efectividad, la doble lectura concordante se consideró como lectura simple. El análisis de costes (desde la perspectiva del sistema sanitario) partió de los costes directos registrados en el Departamento de Economía y Finanzas del centro. El análisis de sensibilidad se realizó variando en 15% la tasa de detección.

Resultados: Con la doble lectura se diagnosticaron 119 neoplasias (tasa de detección = 4,33/1.000), de las cuales 91 (76,5%) se detectaron con lectura simple. El coste total del cribado con doble lectura y con lectura simple fue de 1.090.293€ y 769.525€, respectivamente. El cociente coste/neoplasia de la doble lectura fue 9.162€/neoplasia y de 8.456€/neoplasia con la lectura simple. El coste-efectividad incremental de la doble lectura fue 11.456€/neoplasia, lo que significó un aumento del 35,5% en el coste de cada neoplasia detectada adicionalmente. El análisis de sensibilidad varió entre 9.961€/neoplasia y 13.47€/neoplasia.

Conclusiones: La lectura simple es más coste-efectiva que la doble lectura. El coste-efectividad incremental de la doble lectura significó un aumento importante (35,5%) en los costes. Se prevé que una evaluación de años de vida ajustados por calidad resultará en un coste-efectividad incremental mucho mayor.

P-108. EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD: UNA REVISIÓN SOBRE LAS PUBLICACIONES EN BRASIL

M. Teixeira y R.M. Pastrana

Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Objetivos: Presentar una distribución de los estudios, producidos por autores brasileños, sobre la evaluación económica, publicados en Brasil.

Métodos: Las informaciones recolectadas de publicaciones indexadas en la Biblioteca Virtual en Salud-BVS-ECO, en el período de 2001 al 2010, utilizando como fuente todos los indicadores (título/autor/asunto) y todas las bases. Como criterio de busca se establecieron los términos: Evaluación Económica de Tecnologías en Salud, Evaluación Económica en Salud, Evaluación de Tecnologías Biomédicas, Análisis de Costo/Efectividad, Análisis de Costo/Utilidad y Análisis de Costo/Beneficio y en cada uno de estos términos se buscó como asunto principal: Evaluaciones y los tres tipos de Análisis de Costo (Efectividad, Utilidad y Beneficio).

Resultados: Se encontraron 78 artículos, el término de busca principal que levantó el mayor número de publicaciones fue Análisis Costo Efectividad (43,6%) seguido del término Análisis Costo Utilidad (37,2%) y Análisis Costo Beneficio (17,9%), Evaluación de Tecnología en Salud (1,3%).

Conclusiones: A pesar de observarse un aumento en lo cuantitativo de publicaciones en los años más recientes, el desarrollo de los estudios todavía es incipiente. La mayoría no son estudios de evaluación económica completa, muchas veces sólo se tratan de costo, otras veces se tratan de la relación costo/beneficio, pero no monetizan los bene-

ficios, otros son estudios de viabilidad económica. En los primeros años del período analizado, los estudios se trataban apenas de costos e impacto económico. Recientemente se observa una progresiva utilización de las metodologías de evaluación económica en salud.

P-109. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y MANEJO DE LA FIBRILACIÓN AURICULAR EN ESPAÑA

A. Shakespeare, J. Mendivil, C. Ràfols, D. Carcedo y G. Restovic

Global Health Economics, Outcomes and Reimbursement, Bayer Healthcare. Market Access, Bayer Hispania. Departamento Médico, Bayer Hispania.

Objetivo. La fibrilación auricular (FA) es la arritmia cardíaca más común en la práctica clínica. Determinar su prevalencia/incidencia y manejo es importante porque se asocia con complicaciones significativas (ictus) y aumento de morbilidad y mortalidad. El objetivo de este estudio fue describir las características epidemiológicas de la FA y su manejo en el ámbito sanitario español.

Material y métodos. Se desarrolló un estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico. Los datos se obtuvieron de la base de datos longitudinal de pacientes (LPD[®]) con registros de 300 médicos de atención primaria (AP). Se incluyeron pacientes ≥ 18 años diagnosticados de AF, (periodo de inclusión: enero-diciembre 2008), fueron seguidos por 1 año. Las variables cualitativas (características poblacionales y de los tratamientos) se describieron utilizando estadística descriptiva (media, mediana, intervalos de confianza y valores extremos). Las relaciones entre variables se describieron utilizando análisis de regresión logística.

Resultados. Entre 2008 y 2009 se registraron más de 290 mil pacientes con al menos una visita a AP. La prevalencia de AF (año 2009) fue 2,2%, la incidencia 4,4/1.000 personas, con una media de edad de 76 años (10,6) (55% mujeres). Un 86,7% tenía un CHADS₂ ≥ 1 (87,4% CHADS₂_Vasc ≥ 2) y un 53,7% estaban en tratamiento con anticoagulantes orales. Un 48,1% de los pacientes recibía antagonistas de la vitamina K y un 36,3% antiagregantes plaquetarios.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra que la prevalencia de la FA es elevada y aumenta con la edad y que los pacientes con al menos un factor de riesgo presentan un tratamiento sub-óptimo.

P-110 COLABORACIONES INSTITUCIONALES Y CO-AUTORÍAS EN LOS ANÁLISIS COSTE-EFECTIVIDAD: UN ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE REDES SOCIALES

F. Catalá-López, A. Alonso-Arroyo, R. Aleixandre-Benavent, M. Ridao, M. Bolaños, A. García-Altés, G. Sanfélix-Gimeno y S. Peiró

^a Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP), Valencia; ^b Unidad de Información e Investigación Social y Sanitaria-UISYS, ^c Universidad de Valencia-CSIC, Valencia; ^d Instituto Aragonés de Cienc

Objetivos: El análisis coste-efectividad (ACE) es el tipo de evaluación económica de referencia para determinar la eficiencia de las intervenciones y guiar las decisiones clínicas. Se caracterizaron los patrones de colaboración en los ACE llevados a cabo durante las dos últimas décadas en España.

Material y métodos: Análisis sistemático a partir de la información obtenida a través de una revisión bibliográfica y de los informes de las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Se identificaron ACE que expresaran sus resultados en medidas resumen de la salud de la población (p.ej., años de vida ajustados por calidad [AVAC] o discapacidad [AVAD]), publicados entre 1989-2011. Se establecieron redes de colaboración institucional y de co-autoría siguiendo métodos de análisis de redes sociales (social network analysis).

Resultados: Fueron analizados 131 trabajos, en los que participaron 526 autores y 230 instituciones. El índice de colaboración fue de 5,4. Se

identificaron 6 grandes grupos (1 con 14 miembros, 3 con 7 miembros y 2 con 6 miembros). Los autores más prolíficos (número de publicaciones) estaban afiliados generalmente con el sector privado (p.ej., empresas de consultoría y la industria farmacéutica). El sector privado consolidó redes de colaboración que incluían a hospitales públicos y universidades. En cambio, las colaboraciones en el sector público (p.ej., administración sanitaria) fueron débiles y fragmentadas.

Conclusiones: Este análisis refleja las prácticas de colaboración desarrolladas en la producción científica de ACE, plantea desafíos para el rediseño de políticas futuras y proporciona un marco para análisis similares en otros países.

Gestión, innovación y formas organizativas III

P-111. ESTUDIO ANALÍTICO DESCRIPTIVO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS LISTAS DE ESPERA EN EL SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. ESTRATEGIAS DE GESTIÓN PARA LA MEJORA DE LAS LISTAS DE ESPERA

I. Aldecoa Martínez, N. Martín Ramos, N. Pérez Sainz y B. Sainz Arroyo

Hospital Comarcal de Laredo, SCS.

Objetivos: Describir y analizar la situación actual de las listas de espera en el Servicio Cántabro de Salud (SCS). Identificar el esquema de gestión, así como las áreas y estrategias de mejora de las listas de espera en el SCS.

Métodos: INE. ICANE. Banco de Datos del Portal Estadístico del SNS. Datos aportados por los servicios de Admisión de las gerencias de atención Especializada del SCS. Revisión bibliográfica.

Resultados y conclusiones: Proyecto en desarrollo, enviamos justificación: La gestión de las listas de espera es un tema prioritario desde el punto de vista social, político y económico. Según el Informe Anual 2010 del Defensor del Pueblo, la gestión de las listas de espera, constituye uno de los motivos principales de insatisfacción de los ciudadanos, destacando la tramitación de un significativo número de quejas en relación con demoras en la atención sanitaria. Siendo las listas de espera un indicador de medida de los resultados en salud de las organizaciones sanitarias, frecuentemente prima más el deseo de obtener buenos resultados cuantitativos a corto plazo, que la búsqueda de soluciones estables, económicamente eficientes y coherentes con la propia naturaleza de la atención sanitaria. Queda patente la necesidad de que las administraciones competentes adopten medidas efectivas de refuerzo de los servicios públicos de salud y desarrollen métodos actualizados de gestión, salvaguardando los altos niveles de calidad y cohesión que han caracterizan al SNS y que constituyen un derecho social básico de todos los ciudadanos.

P-112. UNIDADES DE GESTIÓN CLÍNICA: CRITERIOS DE IMPLANTACIÓN EN CANTABRIA

P. Malpica, I. Barrio, E. Carrasco, C.M. Guerra y M.Á. Acereda

C.S. Zapatón.

Objetivos: Implantar una unidad de Gestión Clínica en nuestro Servicio de Salud. Investigar las necesidades y requisitos necesarios. Demostrar el beneficio económico y en salud que aportaría esta solución.

Material y métodos: Obtener datos de Unidades en funcionamiento en nuestro país y en Europa. Identificar un servicio que pudiera consti-

tuirse en Unidad de Gestión Clínica. Valorar los criterios y requisitos necesarios para su implantación. Realizar un análisis coste-beneficio.

Resultados: Esperamos encontrar unos resultados concluyentes que apoyen la necesidad de implantar estas unidades de gestión en función de la mejora sanitaria y desde la visión economicista.

Conclusiones: Nuestro trabajo va orientado a que las conclusiones a las que lleguemos sean útiles en este campo y sirvan de referente para aportar datos nuevos así como ventajas sobre la implantación de las unidades de gestión clínica.

P-113. EMPÚJAME A SEGUIR HACIÉNDOLO: EVALUACIÓN E INCENTIVOS A LA ALTA RESOLUCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

C. Adroher, T. Martí y A. Peris

CASAP.

Introducción: Desde su constitución, la AP ha tenido como objetivo el incremento de la resolución de patologías como clave para la eficiencia del sistema de salud. Su cartera de servicios ha crecido progresivamente y actualmente se realizan prestaciones de alta resolución como el cribado ocular (CROC), el tratamiento anticoagulante oral (TAO) y la cirugía menor.

Objetivos: Los objetivos son, en primer lugar, el análisis comparativo de valor para el sistema de la resolución de Atención Primaria en procedimientos que habitualmente han sido realizados en el hospital. En segundo lugar, analizar la potencia de los incentivos inherentes en el contrato programa en relación a los procedimientos analizados.

Material y métodos: Se realiza evaluación económica mediante análisis de minimización de costes de tres procedimientos: CROC, TAO y cirugía menor – a partir de datos de actividad y coste de los ejercicios 2010 y 2011.

Resultados: Desde una perspectiva de valor para el sistema sanitario, la provisión de procedimientos de demostrada efectividad resulta eficiente desde la AP. El nivel de explicitación de objetivos asistenciales varía entre los diferentes procedimientos y su intensidad es en todo caso baja.

Conclusiones: En el debate sobre sostenibilidad del sistema sanitario y el papel que debe jugar la AP, la reflexión sobre el sistema de incentivos en la contratación de servicios resulta fundamental en la reforma de los sistemas de pago.

P-114. UTILIZACIÓN DEL ÁREA HOSPITALARIA DE LA UNIDAD CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS, MICROBIOLOGÍA Y MEDICINA PREVENTIVA (AÑOS 2010 Y 2011)

A. Suárez Arjona y M.E. Suárez Arjona

UCEIMP.

Objetivos: Conocer el peso económico real que la población laboral activa y la pensionista tiene en la utilización del área de hospitalización de la UCEIMP.

Material y métodos: Se obtuvieron los episodios de hospitalización durante los años 2010 y 2011. Se comprobó el tipo de asistencia a la que tenía derecho cada usuario/a, así como los indicadores de la prestación de farmacia de cada uno/a y el área sanitaria a la que pertenecían. Asimismo, se obtuvieron los datos que informaban del gasto en productos farmacéuticos.

Resultados: Centrando el análisis en la prestación farmacéutica "gratuita", puede deducirse que en 2011 ha aumentado el número de pensionistas.

Conclusiones: Se ha producido un notable aumento de episodios clínicos (+30,76). Los hombres son más usuarios de la UCEIMP que las

mujeres (casi el doble de casos). En el transcurso de un año ha bajado la edad media de pacientes hospitalizados/as en casi 3 años, sobre todo en mujeres. Costes estancias (2010-2011): estancias totales 7.996-8.464; estancia media 16,09-13,02; Gasto (€) 3.208.789,54-3.396.597,63; Pensionistas 1.283.515,82-1.562.434,91. Cabe confirmar la sospecha de que los/as pensionistas no son únicamente los/as trabajadores/as jubilados/as, sino que hay una gran cantidad de población que recibe pensiones sin que sean jubilados/as y que, por lo tanto, están exentos/as de aportación económica en la prestación farmacéutica. Han de ponerse en valor opiniones expertas acerca de la necesidad de una revisión profunda del actual marco legal del Sistema Nacional de Pensiones, claramente obsoleto y que incentiva la cultura de la subvención.

P-115. TRANSPARENCY AND ACCOUNTABILITY – WHO ARE THE BOARDS OF DIRECTORS FROM CORPORATIZED PUBLIC PORTUGUESE HOSPITALS (PERIOD 2005-2010)

V. Raposo

Faculty of Economics, University of Coimbra. Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra.

Objectives: Characterize structure, turnover, skills/expertise, experience of boards.

Methods: Data from 40 hospitals, period 2005-2010, from website of the State-Owned Companies Sector (Treasury and Finance). Analysis of 208 individual curricula.

Results: Structure: average age, 52 years; mostly male; number of members between 4 and 7; mode, 5; 18 CEO are doctors; no non-executive appointed by the municipalities. Turnover: hospitals had a total of 70 boards, 65% had 2 boards; 60% of boards underwent more than one mandate. Degree: medicine, nursing, law, economics, management (31.8%|19.4%|17.5%|11.8%|8.1%); 40 CEOs, medicine, economy, law, management (45%|23%|18%|8%); 87 executives, law, economics, management (24.5%|18.4%|16.1%). Skills/expertise in health management: prevalence of post-graduate, specialization courses, MSc (49%|32%|10%); in CEO/executives predominates graduate degree in hospital administration. Origin: mainly from the public health sector; 5.4% members from private sector. Experience/years: board/members, mean 15.4; CEO, mean 10.8; executives, mean 15.7; clinical-director; mean 11.2; nurse-director, mean 15.5.

Conclusions: Majority of boards have 5 elements, larger boards associated with hospital centres and local health units. In about half of hospitals CEO is a doctor. No non-executive appointed by the municipalities. Since 2005, most hospitals had 2 boards having mostly been renewed mandates. Medicine degree predominates in the board (CEO and clinical directors). Law/economics/management predominate in executives. Skills/expertise in health management dominated by post-graduate and specialization courses, especially hospital administration (executives) and management of health services (medical directors and nurses directors). Board members come mainly from the public sector. On average, nursing director and the executives have an actual experience greater than the CEO and medical directors.

P-116. IMPORTANCE GIVEN TO STRATEGIES RELATED TO RESOURCE ALLOCATION AND IMPROVEMENT OF SERVICES PERFORMANCE – ARE THERE DIFFERENCES BETWEEN MANAGERS AND CLINICIANS?

V. Raposo y Z. Espírito Santo

Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra.

Objectives: Evaluate the perception of managers and clinicians in particular issues related to resource allocation strategies and improvement of services performance.

Methods: Application of questionnaire, using statements valued with a Likert scale, in 3 large hospitals to hospital managers and clinicians. Respondents: 99 managers and 63 clinicians.

Results: Resource allocation: chi-square test for each item showed differences that clinical/health interventions should be open to economic evaluation ($p = 0.005$) and that resource allocation decisions should be based only on the individual needs of certain patients by health professionals ($p = 0.014$). Services performance: positive levels of agreement in all items, especially issues related with structures and routines to encourage staff to evaluate and improve their working practices, establish systems to monitor professional performance, devote time and resources for team building/personal development (97%|93%|90%); chi-square test for each item showed no difference between groups.

Conclusions: In allocating resources, professionals agree that the economic evaluation and demonstration of efficacy should be behind the decision, disagreeing with the prevalence of concerns about cost and efficiency on equity and access. It is recognized that the problems with resources take place in clinical decisions and some decisions are not based on clinical features. In economic evaluation there is disagreement between clinicians and managers. The performance improvement is mainly for evaluating, improving and disseminating relevant good work practices, systems for monitoring performance and strengthening the team spirit/personal development, to a lesser extent by strengthening clinical authority as experts in the field and emphasizing the financial dimension of the service/unit.

P-117. RECH, RED ESPAÑOLA DE COSTES HOSPITALARIOS. UNA ASOCIACIÓN DE HOSPITALES FOMENTANDO LA INVESTIGACIÓN EN ECONOMÍA DE LA SALUD Y LA GESTIÓN CLÍNICA

F. Cots, P. Chiarello, N. Allué, J.G. González, M. de Imaña, F. Vecina, M. del Oro y N. Vaamonde

Servicio de Control de Gestión, Hospital del Mar de Mar, Parc de Salut Mar.

Introducción: La evaluación económica, la gestión clínica, la gestión hospitalaria, necesitan de manera imperiosa información de costes reales ajustados a la realidad de nuestro sistema. Los proyectos Signo y EuroDRG y otros más locales o individuales, han permitido que un grupo reducido pero relevante de hospitales disponga de información de costes por paciente, obtenida con sistemas de costes basados en actividades (ABC).

Material y métodos: Desarrollo de la aplicación WEB (www.rechosp.org) que permite el acceso al coste por episodio hospitalario. Los registros por paciente se basan en información clínica, agrupación GRD y detalle por tipologías principales de costes. Los hospitales cargan sus datos pasando los filtros que la aplicación incluye: Edición CIE vigente, agrupador AP-GRD vigente, valores del resto de variables compatibles con los predeterminados.

Resultados: Actualmente 12 hospitales han cargado un total de 561.103 altas en diferentes periodos. Para los años 2008-2010, la bases de datos incluye 400.000 registros, con un coste total de 1.535 M€. El coste medio por alta es 3.862€ y la estancia media es de 7,6 días.

Conclusiones: RECH ha garantizado disponibilidad de datos en diferentes proyectos de investigación: en el proyecto EuroDRG, para el análisis de la capacidad de los GRDs en explicar las variaciones de coste. Los objetivos siguientes serán: proporcionar datos y metodología al proyecto CoNoCe (FIS ISCII), cuyo objetivo es evaluar del impacto económico de los eventos adversos en las altas hospitalaria del Sistema Nacional de Salud; desarrollar un sistema de benchmarking de hospitales basado en los GRD.

P-118. CLINICAL AND ORGANIZATIONAL EFFECTS OF CLINICAL GOVERNANCE – DO MANAGERS AND CLINICIANS THINK DIFFERENT?

V. Raposo y Z. Espírito Santo

Centre of Health Studies and Research of the University of Coimbra.

Objetivos: Evaluate the perception of managers and clinicians on clinical and organizational effects of clinical governance (cg).

Methods: Application of a questionnaire, using statements related with clinical and organizational effects valued by a Likert scale, in 3 large hospitals to hospital managers and clinicians. Respondents: 99 managers and 63 clinicians.

Results: Clinical results: great agreement/low disagreement in all items (> 68% | < 14%); increase efficiency, improve clinical outcomes, reduction of ineffective treatments and patient satisfaction (89%|87%|86%|82%); chi-square test showed no differences between groups. Organizational effects: agreement in creation of structures to improve services and bring quality/results to negotiations with authorities (87%|87%); disagreement that cg is a fad, a mechanism to promote management intrusion in clinical areas or to promote a blame culture (70%|63%|55%). The only item that showed differences between groups ($p = 0.001$) was the need of resources to his full implementation.

Conclusions: There are no differences between the views of managers and clinicians: agree that effective implementation of the cg will increase efficiency and customer satisfaction, improve clinical outcomes and reduce the use of ineffective treatments. The organizational effects focus the creation of structures that improve the internal and systematic monitoring and the inclusion of issues such as quality and results in negotiations with health authorities. CG isn't considered a fad or is understood as a mechanism to promote the management intrusion in clinical areas or as a promoter of a blame culture. However, it is recognized that being a good idea needs resources and therefore its potential can not be performed.

Costes y prevalencia II

P-119. COSTES HOSPITALARIOS DEL ICTUS EN ESPAÑA. ESTUDIO “CONOCES”

J. Álvarez-Sabín, M. Yébenes, J. Mar, J. Oliva, V. Becerra, J.F. Arenillas, M.T. Martínez-Zabaleta, M. Rebollo, T. Segura, A. Lago, J. Gállego, J.I. López-Gastón, F. Moniche y J. Castillo

Unidad Neurovascular, Servicio de Neurología. Hospital Vall d'Hebron.

Objetivos: Comparar los costes hospitalarios del ictus en pacientes con y sin fibrilación auricular (FA) en España.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en 16 Unidades de Ictus hospitalarias. Tres visitas: basal (ingreso) y seguimiento (3 y 12 meses). Se recopilaron datos sociodemográficos, clínicos, situación neurológica, funcional y consumo de recursos (€, 2011).

Resultados: El análisis incluyó la muestra completa (321 pacientes, 49,8% con FA). Varones: 48,7% y 60,9%; edad media: 76,5 y 67,8 años con y sin FA. Infarto cerebral: 95,0% FA y 86,3% sin FA. La estancia media fue de 10,4 (FA) y 10,3 días (sin FA). Al alta, los pacientes con FA presentaron una puntuación media mayor en la escala de Rankin (2,91 vs 2,23) y menor en el Índice de Barthel (59,2 vs 71,2). La mortalidad fue del 10% (FA) y 1,9% (sin FA). El coste total medio de ictus fue de 9.785,1€ con FA y 9.378,2€ sin FA ($p = 0,525$), debiéndose al coste de ingreso el

70,9% (FA) y 72,9% (sin FA). Existieron diferencias significativas ($p < 0,05$) en el coste medio de: pruebas de imagen (936,5€ FA; 706,5€ sin FA), terapias de soporte (164,7€ FA; 46,2€ sin FA) y transporte al alta (14,9€ FA; 10,7€ sin FA).

Conclusiones: Los pacientes con FA presentaron mayor discapacidad y mortalidad que los pacientes sin FA. La estancia hospitalaria es responsable de la mayor parte del coste total. No hay diferencias en el coste total medio entre los grupos con y sin FA. “CONOCES” estudiará las diferencias entre estos grupos durante 12 meses.

P-120. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS COSTES INDIRECTOS ASOCIADOS A MORBILIDAD EN PACIENTES CON TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

J.C. Julián, J. Cuervo y P. Rebollo

Gerencia de la Fundación Renal ALCER.

Objetivos: Comparar los costes indirectos asociados a morbilidad en distintas modalidades de tratamiento renal sustitutivo (TRS): hemodiálisis, diálisis peritoneal automatizada (DPA), diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y trasplante (Tx).

Material y métodos: Análisis de costes indirectos por morbilidad en las alternativas TRS desde la perspectiva social siguiendo la Teoría del Capital Humano. Se incluyeron 243 pacientes en edad laboral (32 DPCA, 46 DPA, 83 hemodiálisis y 82 Tx) evaluados en 8 centros nacionales. Se realizó un análisis descriptivo, de heterogeneidad y representatividad muestral. Se estimó el coste por pérdida de productividad laboral (PPL) para el año 2009 además de los años de vida laboral potencialmente perdidos hasta la jubilación (AVLP) y el coste de la pérdida potencial de producción laboral (PPPL) ajustados por edad, sexo y tasa de actividad. Las diferencias en costes se contrastaron mediante bootstrap con 1.000 simulaciones de las diferencias siguiendo el método simple corregido de los percentiles.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en edad o sexo entre los grupos. El coste medio PPL en hemodiálisis (6.547€-IC95%:5.727€-7.366€-) fue significativamente mayor ($p < 0,001$) que en Tx (5.079€-IC95%:4.127€-6.030€-) o DPA (4.359€-IC95%:3.064€-5.655€-) pero no que DPCA (5.785€-IC95%:4.302€-7.269€-). Los AVLP fueron: hemodiálisis 12,58 años-IC95%:10,42-14,73-; Tx 10,05-IC95%:7,45-12,65-; DPA 6,09-IC95%: 3,43-8,74-; DPCA 10,69-IC95%: 6,14-15,23-. El coste medio PPPL también más alto en hemodiálisis (103.956€-IC95%:86.201€-121.651€-) que en Tx (79.458€-IC95%:60.414€-98.503€-), DPA (49.342€-IC95%:28.079€-70.606€-) o DPCA (78.891€-IC95%:50.448€-107.334€-).

Conclusiones: DPA y Tx son las estrategias con menor impacto en costes indirectos asociados a morbilidad presentando mayores tasas de ocupación y requiriendo menores recursos de prestaciones por incapacidad laboral.

P-121. EFICIENCIA Y BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

J.J. Muñoz González, M.S. Ochandorena, S. Ruiz y R. Azcutia

Hospital Universitario Santa Cristina. Dirección Asistencial Noroeste Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud.

Objetivos: La historia clínica electrónica ha posibilitado que se pueda disponer de indicadores de buena práctica clínica (IBPC) que matizan las cifras brutas de actividad como medidas de output. El propósito de este trabajo ha sido el análisis de la eficiencia mediante envoltente de datos (DEA) incorporando IBPC.

Material y métodos: Sobre los datos de 40 centros de salud (CS) se consideran dos modelos DEA; en el de actividad (MA) las variables de output han sido la población distinta atendida (niños y adultos) y en el modelo IBPC (MIBPC) la población adulta se multiplica por las puntua-

ciones de los dos factores que resumen 7 IBPC, resultantes de un análisis factorial, y la población infantil se multiplica por el único IBPC relacionado con esta población. En ambos modelos la variable de input ha sido el coste total del CS.

Resultados: La eficiencia media global, técnica y de escala en ambos modelos ha sido muy similar. Sin embargo, la distancia entre las unidades más y menos eficientes es mayor en MIBPC y el orden de las unidades en el ranking de eficiencia es diferente según el modelo. En los CS sin consultorios asociados, la eficiencia global es significativamente mayor ($p = 0,031$) en el modelo IBPC, pero no en MA ni en las otras medidas de eficiencia en ambos modelos.

Conclusiones: Matizar la actividad realizada con la información del cumplimiento de estándares de buena práctica clínica modifica el análisis de la eficiencia en las organizaciones sanitarias y aporta una visión más enriquecida del mismo.

P-122. ESTIMACIÓN DEL COSTE DE LA DIÁLISIS PERITONEAL VERSUS HEMODIÁLISIS PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

A. Olry de Labry-Lima, L. García-Mochón, E. Matarán-Roblés y J. Espín

Escuela Andaluza de Salud Pública. CIBER en Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). UGC de Nefrología, Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: El coste de tratamiento sustitutivo de los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica supone en torno al 2% del total de los presupuestos sanitarios de países desarrollados.

Objetivos: Estimar el coste de la diálisis peritoneal y hemodiálisis para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica.

Métodos: Para la estimación de los costes de cada modalidad de diálisis se desarrolló un modelo de análisis por actividades Activity Based Costing (ABC), desde una perspectiva del Sistema Sanitario Público. Para la imputación de costes del proceso se utilizó el Proceso Asistencial Integrado del tratamiento de la insuficiencia renal crónica: diálisis y trasplante renal (PAI). Los costes se obtuvieron del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (2005) y del Hospital Virgen de las Nieves de Granada y actualizados al año 2011, mediante el índice de precios al consumo del Instituto Nacional de Estadística. Por último, para el coste de estructura se utilizó la metodología propuesta por Manson et al.

Resultados: En estos momentos se están validando los diferentes recursos consumidos, por parte de profesionales sanitarios de medicina y enfermería de distintos centros sanitarios para validar. Los resultados preliminares muestran que el coste de la hemodiálisis es muy superior al coste de la diálisis peritoneal.

P-123. RECORTES EN SANIDAD VERSUS OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS: COSTE DE OPORTUNIDAD EN LA MONITORIZACIÓN DE LA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA EN ESPAÑA

J. Mendivil, J. Jou, I. Andueza y J. Franch

Bayer Healthcare. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Centro de Salud Linneo. EAP Raval Sud.

Objetivos: Determinar el coste de oportunidad en la evaluación de HbA1C, a partir de la estimación de los costes y del tiempo asociados a su medición e interpretación en una cohorte hipotética de 1.000 pacientes con DM2.

Material y métodos: Los costes cuantificados fueron: uso del aparato de medición, reactivo, material fungible, tiempo de enfermería y de facultativos de laboratorio. También se cuantificó el tiempo que supo-

ne para el médico y para el paciente la visita presencial para obtener la lectura de los resultados de la prueba.

Resultados: El coste de 2 mediciones de HbA1C en 1.000 personas/año oscila entre 11.600 euros y 35.300 euros. El coste unitario mínimo de la medición de la HbA1C fue de 5,8 euros y el máximo de 17,6 euros. El tiempo que los médicos dedican a la visita de lectura oscila entre 8 y 10 minutos, lo que traducido a la población de estudio equivale a entre 33 y 41 días de dedicación exclusiva a esta actividad. En el desplazamiento hasta el centro de atención primaria, sala de espera y visita con el médico los pacientes dedican entre 60 y 105 minutos. En suma, esta población dedicaría entre 2.000 y 3.500 horas de su tiempo al control de la HbA1C.

Conclusiones: Pese a que los costes directos asociados a la monitorización de la HbA1C en la población propuesta no parecen importantes, el tiempo que los médicos dedican a la lectura y pauta de tratamiento equivale a 41 días de trabajo exclusivo a esta actividad.

P-124. ANÁLISIS DE COSTES DE NATALIZUMAB FRENTE A FINGOLIMOD EN EL TRATAMIENTO DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

I. Oyagüez^a, M.A. Casado^a, F.J. Farfan Sedano^b, C. Apezteguía Fernández^c

Pharmacoeconomics & Outcomes Research Iberia^a, Madrid; Farmacéutico Especialista en Farmacia Hospitalaria. Socio Colaborador Fundación Pharmaceutical Care^b; Farmacéutica Especialista Farmacia Hospitalaria. Servicio de Farmacia. Hospital Universitario de Fuenlabrada^c

Objetivos: Estimar el coste anual del tratamiento de la esclerosis múltiple remitente recurrente (EMRR) con natalizumab y fingolimod, desde la perspectiva hospitalaria en España.

Material y métodos: Se diseñó un modelo de análisis de costes directos sanitarios que incluyó costes farmacológicos, de administración y monitorización. El coste de los fármacos (PVL) se calculó según la posología de fichas técnicas. El coste de administración de natalizumab consistió en una visita a hospital de día por cada perfusión. La monitorización de fingolimod incluyó electrocardiograma basal, visita a hospital de día para primera administración, vacunación frente a varicela (5% de pacientes) y anualmente, 3 hemogramas, 3 determinaciones de transaminasas y 2 visitas al oftalmólogo. Con la tasa de recidiva indicada en las fichas técnicas se estimó el coste/paciente necesario para evitar una recidiva. Los costes unitarios (€, 2011) se obtuvieron de una base de datos sanitarios.

Resultados: El tratamiento de la EMRR con natalizumab (13 administraciones) supone un coste total anual de 23.068€/paciente versus 21.129€ con fingolimod diario. El coste farmacológico es el factor que más contribuye al coste global. Natalizumab requiere una inversión de 1.789€/año en concepto de administración, y fingolimod de 271€ para monitorización. Con natalizumab se precisa tratar 2 pacientes para evitar una recidiva, con un coste de 42.404€/por recidiva evitada, frente a los 96.039€/recidiva y los 5 pacientes que necesita fingolimod.

Conclusiones: Natalizumab es una opción eficiente para el tratamiento de la EMRR, ya que con un coste farmacológico anual/paciente similar que fingolimod consigue un coste por recidiva evitada mucho menor.

P-125. COSTES ASOCIADOS A LA DEMORA QUIRÚRGICA EN LAS FRACTURAS DE CADERA

I. Etxebarria, A. Arrospide, J. Ruiz de Eginio y J. Mar

Servicio de Traumatología, Hospital Alto Deba.

Objetivos: Calcular el coste económico de las fracturas de cadera en los hospitales de Osakidetza y su relación con la estancia preoperato-

ria. Además se va a analizar la asociación de la estancia preoperatoria con la mortalidad intrahospitalaria.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional de todas las fracturas de cadera atendidas por Osakidetza durante el ejercicio 2010. De cada paciente se recogió el coste del ingreso, la edad, el sexo, el tipo de hospital, el tipo de fractura, el procedimiento quirúrgico, la estancia preoperatoria, el estado al alta y la comorbilidad para calcular el índice de Charlson. Se realizaron análisis multivariantes de regresión múltiple con el coste como variable dependiente y de regresión logística con el riesgo de muerte.

Resultados: Los costes totales incurridos para los 1.856 pacientes es de 23.296.740,93€, dando una media de 12.552,12€ por ingreso. El coste de la estancia preoperatoria fue de 2.355.625,79€ con un coste medio por ingreso de 1.269,20€. El sexo, la edad y índice de Charlson influyen significativamente en el riesgo de muerte pero no la estancia preintervención. Tanto la edad, como el sexo, el índice de Charlson o los días de estancia preintervención aumentan significativamente el coste total. Por la reducción de un día de estancia previa a la operación se ahorraría de media 977,84€.

Conclusiones: La demora en la intervención aumenta el coste del ingreso pero de acuerdo con estos datos no influye en el riesgo de muerte durante el mismo.

P-126. COMPLICACIONES CLÍNICAS DE LA DIABETES MELLITUS Y PERFIL DE UTILIZACIÓN DE RECURSOS ASISTENCIALES

J.M. Inoriza, M. Carreras, M. Pérez-Oliveras, M. Cols, I. Sánchez y J. Coderch

Serveis de Salut Integrats Baix Empordà (SSIBE). Grup de Recerca en Serveis Sanitaris i Resultats en Salut (GRESSiRES).

Objetivos: El objetivo de este trabajo es identificar y cuantificar el coste de las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus, derivadas de la evolución de la enfermedad y de su tratamiento en la comarca del Baix Empordà.

Material y métodos: Población diabética (N = 4.985 personas) de la comarca del Baix Empordà (Girona), gestionada por la organización sanitaria integrada Serveis de Salut Integrats Baix Empordà. A partir de datos individuales de morbilidad, utilización de recursos y costes. Se han utilizado los Clinical Risk Groups (CRG) como sistema de agrupación de pacientes.

Resultados: Se han detectado un total de 127 episodios de hipoglucemia en 90 pacientes (prevalencia 1,8%). Las complicaciones agudas afectan a 5/1.000 diabéticos mientras que las complicaciones crónicas afectan al 3% de la población diabética. Se analiza por tipo de complicación y consumo de recursos derivado de las mismas. Se han estimado los Preventive Quality Indicators de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) en relación con la diabetes. Estos indicadores muestran ingresos potencialmente evitables. Se ha estimado en 57 ingresos hospitalarios por cada 100.000 personas residentes o 10,4 ingresos por cada 1.000 pacientes diabéticos. Finalmente, se presenta la diferente cantidad y calidad de contactos asistenciales generados según el perfil de comorbilidad que nos muestran los CRG.

Conclusiones: A partir de los datos obtenidos se puede determinar si mejores niveles de control metabólico, a partir de diferentes estrategias de tratamiento, disminuyen la prevalencia de complicaciones “evitables” y el consumo de recursos asociado.

Financiación no condicionada: Roche Diagnostics, SL.

P-127. ESTUDIO COMPARATIVO DE COSTES DE DIFERENTES MANEJOS ASISTENCIALES DE LA HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA EN ESPAÑA

A. Huerta, L. Ruiz e I. Pérez-Escolano

Departamento de Evaluación de Medicamentos, GlaxoSmithKline.

Objetivos: Para un presupuesto fijo, determinar el número de pacientes con hiperplasia benigna de próstata (HBP) susceptibles de ser tratados en atención primaria (AP) de acuerdo a diferentes patrones asistenciales observados en la práctica clínica habitual o de acuerdo a recomendaciones de expertos.

Material y métodos: Se calcularon los costes sanitarios directos (€2012) asociados a los diferentes patrones de HBP en AP. Estos patrones variaban en intensidad de recursos sanitarios utilizados, por lo que se calculó el coste medio ponderado por paciente-año, ajustando por la frecuencia de los patrones y la prevalencia de los estados clínicos de la HBP. En base a ello se determinó, para 100.000€, el número de pacientes susceptibles de ser tratados en AP. El resultado se comparó con el número de pacientes susceptibles de ser tratados si se aplicase el documento consenso “Criterios de Derivación en HBP para AP” (Criterios recomendado por las Sociedades Científicas).

Resultados: El coste medio anual ponderado del manejo de HBP en AP es de 239,23€/paciente [131,50€-1.031,94€] por lo que un presupuesto de 100.000€ permitiría tratar 418 pacientes/año. Aplicando Criterios el coste es de 79,00€/paciente [67,18€-214,58€] por lo que el mismo presupuesto permitiría tratar 1.282 pacientes/año.

Conclusiones: La implantación y seguimiento de recomendaciones de tratamiento permitiría optimizar el uso de recursos sanitarios y mejorar la eficiencia en la provisión de asistencia sanitaria. Así, este estudio muestra como, para un presupuesto fijo de 100.000€, la aplicación de Criterios permitiría tratar hasta 3,07 veces más pacientes que la práctica clínica actual.

P-128. UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS ASOCIADOS AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR TRANSTIRETINA EN ESPAÑA

J. Buades Reinés, V. Benito, A. Taura y M. de Salas-Cansado

Servicio de Medicina Interna, Hospital Son Llàtzer.

Objetivos: Estimar la utilización de recursos sanitarios asociados al diagnóstico y tratamiento de la polineuropatía amiloidótica familiar transtiretina (PAF-TTR) en el Hospital Son Llàtzer (Mallorca).

Métodos: Estudio retrospectivo a partir de la revisión de historias clínicas. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de PAF-TTR, portadores y sintomáticos sometidos o no a trasplante hepático (TxH), durante 2002-2010. Se recogieron datos demográficos (edad, sexo, situación laboral), clínicos (antecedentes familiares, mutación, estadio) y datos sobre la utilización de recursos sanitarios (ingresos, visitas, intervenciones, pruebas y medicamentos) desde diagnóstico hasta TxH (si realizado).

Resultados: Un total de 75 sujetos (50,7% hombres, 49,8 años; 63,2% activos) fueron identificados. Todos presentaban mutación V30M, 52% eran portadores, 71% de los sintomáticos presentaba estadio 1 (deambulación completa) y 86,7% tenía antecedentes familiares en el diagnóstico. Se utilizaron más de 7 tipos de pruebas diagnósticas, siendo TTR en suero, electromiografía, biopsia y Holter las más frecuentes. 29% de los pacientes ingresaron 2 veces (11,5 días); 33% en urgencias (5 veces) y 5% en UCI (4 días). Se acudió 46 veces al especialista siendo medicina interna, neurología y cardiología las más visitadas. El 62% fue sometido a implantación de marcapasos. Al 8% se les realizó una intervención adicional (ingreso 11 días). Se realizaron 40 pruebas adicionales (bioquímica y hemograma mayoritariamente). El 46% de los pacien-

tes tomaban 2,3 fármacos para la PAF-TTR (72% antiepilépticos). 66% recibieron 16 meses tras diagnóstico TxH.

Conclusiones: El tratamiento y diagnóstico de los pacientes con PAF-TTR genera un importante consumo de recursos sanitarios al SNS.

P-129. EVALUACIÓN DE LOS COSTES DIRECTOS DEL TRATAMIENTO CON LENALIDOMIDA EN PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE EN RECAÍDA

B. Merchán y M. Gironella

Hospital Vall d'Hebron.

Objetivos: Evaluar los costes directos del tratamiento quimioterápico con lenalidomida de pacientes con mieloma múltiple en recaída.

Métodos: Estudio descriptivo. Se analizaron las historias de los pacientes con diagnóstico de mieloma múltiple que recibieron tratamiento quimioterápico con lenalidomida en el Hospital Universitario

Vall d'Hebron durante el periodo 2009-2011. Los costes se obtuvieron del centro de costes y finanzas del hospital.

Resultados: El total de pacientes diagnosticados con mieloma múltiple durante el periodo 2009-2011 fueron 147. Los pacientes que presentaron una recaída fueron 39 (26,5%). La media de la edad de los pacientes fue 65 (DE 3,5) años. La relación hombre: mujer fue 0,95. El coste total del tratamiento con lenalidomida fue de 1.443.939 euros. No se tuvieron en cuenta los costes relacionados con la administración del medicamento porque fue administrado de forma ambulatoria. En promedio el coste del tratamiento de un paciente durante un año asciende a 39.025 euros/paciente-año.

Conclusiones: Lenalidomida es un agente con actividad antimieloma que ha demostrado ser efectivo en pacientes con recaída produciendo respuesta parcial y completa y mejorando supervivencia global. Sin embargo, el coste es significativamente más alto que previos protocolos de quimioterapia por lo que es importante realizar estudios de coste-efectividad comparándolo con otras líneas de tratamiento en estos pacientes.