

MESA ESPONTÁNEA I

Miércoles, 17 de octubre de 2012. 15:00 a 17:00 h

Sala Pedro Salinas

Iniciativas para la mejora de la adecuación del proceso de asistencia

Moderan: Xavier Bonfill y Víctor Abraira

79. MODELOS MULTINIVEL PARA EL ANÁLISIS DEL IMPACTO DE RECOMENDACIONES DE MEJORA ASISTENCIAL

V. Abraira

Hospital Ramón y Cajal; IRYCIS; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de los proyectos desarrollados en el programa MAPAC es conocer el grado de adecuación del proceso y evaluar el impacto de las medidas correctoras. Para ello se revisarán, antes y después de la aplicación de las medidas, historias clínicas para extraer las características de los pacientes. El proceso en cada paciente será clasificado como adecuado o no, siendo los resultados de interés la proporción de inadecuados y su cambio después de la aplicación de las medidas correctoras. Se hará también análisis de costes y, si es relevante, de supervivencia. Se analizará la variabilidad entre hospitales, cruda y ajustada por variables pronósticas, mediante modelos multinivel, lineales, logísticos o de Cox, según el tipo de variable. Los modelos multinivel son una generalización de los modelos lineales, que también se extienden a los no lineales. Son modelos para analizar datos con estructura jerárquica, es decir, en los que las observaciones pertenecen a grupos que comparten características (en nuestro caso pacientes en hospitales, pero también son aplicables a medidas repetidas de los mismos pacientes). El modelo lineal multinivel más sencillo es $Y_{ij} = \alpha_0 + \alpha_1 X_{ij} + \beta_2 Z_j + u_{0j} + \varepsilon_{ij}$ donde Y y x representan la variable dependiente e independiente del paciente, z la independiente del hospital, u el efecto aleatorio del hospital y ε el efecto aleatorio del paciente. Se usa los subíndices i para el paciente y j para al hospital. Se representa sólo una variable de cada nivel por simplicidad, pero pueden ser más de una. Este modelo presenta dos diferencias importantes respecto al modelo convencional: la separación entre los efectos aleatorios de ambos niveles y el método de estimación que considera la correlación entre observaciones. El método permite estimar los coeficientes α y β que se interpretan como en un modelo convencional y las varianzas de u_{0j} y ε_{ij} . La forma más usual de cuantificar el efecto aleatorio es mediante el coeficiente de correlación intraclass ($\sigma_u / (\sigma_\varepsilon + \sigma_u)$). Este modelo se puede generalizar en varios sentidos, p.e. para considerar efectos aleatorios en la pendientes, es decir que el efecto de una variable de paciente sea distinto en cada hospital $Y_{ij} = \alpha_0 + \alpha_1 X_{ij} + \beta_2 Z_j + u_{0j} + u_{1j} X_{ij} + \varepsilon_{ij}$ En nuestro

caso es de interés el efecto aleatorio en las pendientes de las medidas correctoras. Y también a funciones no lineales como logística o Cox, mediante funciones link.

147. CRITERIOS DE INNOVACIÓN EN LA ATENCIÓN SANITARIA

A. Gómez de la Cámara, D. Lora Pablos, E. Andrés Esteban, S. Vázquez del Pozo, J. de la Cruz Bertolo, P. Ruiz, M. Pílas Fernández, F. Colina

Instituto de Investigación, Hospital 12 de Octubre.

Antecedentes/Objetivos: La toma de decisiones, decidir el curso de acción frente al problema de salud que presenta un paciente, se realiza mediante una serie de procesos de fondo sobre los que existe cierta ignorancia y un perpetuo debate. En el último cuarto del siglo XX la mejor información científica disponible se ha señalado como el ideal para tomar decisiones. Ahora bien, ¿el conocimiento que disponemos es el tipo de conocimiento que deseamos o necesitamos? No. Sería conveniente repasar los mecanismos y procesos de producción de ese conocimiento.

Métodos: El conocimiento científico se produce mediante la investigación. El término investigación está siendo utilizado de una manera indiscriminada, acogiendo en su interior conceptos y procesos diferentes que no responden a la ubicación epistemológica del concepto de investigación. Hay una hipertrofia del método para acumular la mayor cantidad de datos. Lo que queremos no sólo son datos, queremos conocimiento. Parte de los datos producidos no pasan a ser conocimiento. Parte del conocimiento no pasa a ser utilizado. Tenemos un problema.

Resultados: Al mismo tiempo detrás de la omnipresente palabra investigación hemos visto como han aparecido los términos innovación y transferencia. La innovación es la transformación de una idea en algo medicamente útil y valioso. No tiene que ver sólo con la creatividad. La innovación es un proceso más complejo y profundo que tiene como consecuencia un incremento neto del beneficio clínico. Este beneficio lo conocemos como salud. En el ejemplo ilustrativo de la ponencia observaremos el comportamiento de algunas áreas terapéuticas de la oncología al confundir investigación con innovación. El tránsito de la investigación a la innovación son acciones de transferencia (Translational research). La imagen dominante es la transferencia de nuevos conocimientos por la investigación básica hacia la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Otra visión del movimiento de transferencia, pretende que el conocimiento científico, los nuevos tratamientos, realmente alcancen a los pacientes o a las poblaciones y que se utilicen correctamente.

Conclusiones: La investigación biomédica ha centrado su esfuerzo sobre un tipo de investigación que ofrece un conocimiento poco utilizable. La innovación debe ser un concepto con un lugar propio distinto del de investigación y convertirse en el objetivo estratégico de la administración sanitaria. Esta estrategia debe prestar una atención fundamental a los procesos de transferencia, factores que los promueven y condicionan, sobre todo aquellos que alcanzan la práctica clínica.

Financiación: FIS PI07/90725 & Fundación H. 12 de Octubre.

219. EVIDENCIA CIENTÍFICA DE LA VALIDEZ DE PROCEDIMIENTOS DE CRIBADO Y DE DIAGNÓSTICO

J. Zamora

Hospital Ramón y Cajal; IRYCIS; CIBERESP.

Antecedentes/Objetivos: Los procedimientos de diagnóstico o de cribado suele ser el primer paso en el proceso de atención sanitaria.

Un diagnóstico acertado es el fundamento de una buena práctica clínica pues la correcta clasificación de los pacientes de acuerdo a la presencia o no de una determinada condición clínica es la base para la obtención de un pronóstico y la elección del tratamiento adecuado. El proceso de evaluación de la utilidad de las pruebas diagnósticas y de cribado contempla varias fases que cubren desde aspectos relativos a las características técnicas de la prueba, su reproducibilidad, su validez diagnóstica y su impacto en el razonamiento diagnóstico, en las decisiones terapéuticas y de forma más importante el impacto en los resultados de salud de los pacientes. Para informar adecuadamente a la toma de decisiones, su evaluación debería incluir igualmente una valoración del impacto social de su utilización mediante adecuados estudios de aceptabilidad y de evaluación económica. La revisión sistemática y su correspondiente meta-análisis suponen el mejor diseño de investigación para analizar la validez diagnóstica de una prueba. La metodología a desarrollar en estos estudios es singular y de elevada complejidad. Igualmente singular es la manera en que se comunican y utilizan sus resultados así como la forma en la que se evalúa la calidad de la evidencia que aportan y la fuerza de las recomendaciones para la práctica asistencial que pudieran derivarse de este análisis. Esta comunicación en la mesa espontánea repasará la metodología de esta evaluación, introducirá algunas de las particularidades presentes en el proceso y planteará algunos elementos de debate respecto a la utilización de los resultados de estas evaluaciones en el proceso de Mejora de la Adecuación de la Práctica Asistencial (programa MAPAC).

254. TRATAMIENTO DE LA ESTENOSIS AÓRTICA SEVERA MEDIANTE PRÓTESIS TRANSCATÉTER EN NUESTRO MEDIO: JUSTIFICACIÓN DE UN ESTUDIO DE COSTE-EFECTIVIDAD

A. Ribera, O. Abdul Jawad Altisent, V. Serra García, I. Ferreira González

Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Antecedentes/Objetivos: El implante de prótesis aórtica transcáteter (TAVI) es una tecnología de alto coste que ha mejorado la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con estenosis aórtica inoperable (EAonoCx). El objetivo del estudio es revisar la información sobre coste-efectividad de la técnica y describir en nuestro entorno, la evolución de la demanda desde el inicio del programa de TAVI y el consumo de recursos durante el tiempo de espera.

Métodos: Cohorte prospectiva consecutiva de 210 pacientes con EAonoCx evaluados en una consulta monográfica para TAVI entre 2008 y 2011.

Resultados: El primer año se evaluaron 39 pacientes, el segundo 64, el tercero 54 y el último 53. De los 113 pacientes finalmente aceptados para TAVI, la mediana de edad fue de 81 años y el Euroscore logístico medio de 16,8%. Aumentó progresivamente el número de pacientes en lista de espera (número medio en un mes: 64,5 el primer año; 180 el segundo año; 151 el tercer año; 251 el cuarto año), así como el tiempo entre primera visita-implante (100 días el primer año; 139 días el segundo año; 180 días el tercer año y 298 días el último año, $p < 0,05$), a pesar del aumento del número de implantes (11 el primer año, 19 el segundo año, 27 el tercer año, 26 el cuarto año). Así mismo, observamos una elevada tasa de mortalidad entre los pacientes en lista de espera (exitus/100 pacientes-mes: 1,5 el primer año; 1,1 el segundo año; 0,6 el tercer año; y 2,74 el cuarto año) además de un elevado consumo de recursos sanitarios durante el tiempo de espera: 200 ingresos (4,2 ingresos por paciente-año); 1.475 días de ingreso en planta (2,87 días de ingreso planta por paciente-mes); 191 días de ingreso en UCI (0,25 días ingreso UCI por paciente-mes); 56 consultas a urgencias (1 consulta urgencias por paciente-año); 330 consultas al especialista (0,43

consultas por paciente-mes); 31 valvuloplastias puente (0,78 valvuloplastias por paciente-año).

Conclusiones: La EAonoCx tributaria de TAVI es un problema sanitario creciente. El incremento de la demanda de TAVI en nuestro medio y la elevada mortalidad y consumo de recursos sanitarios durante la espera para el implante justifican la realización de estudios de evaluación económica sobre la práctica clínica real.

420. INICIATIVA MAPAC (MEJORA DE LA ADECUACIÓN DE LA PRÁCTICA ASISTENCIAL Y CLÍNICA) EN EL HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU

X. Bonfill, M.J. Quintana, T. Puig, I. Bolívar, I. Gich, I. Solà, G. Urrútia
IIB Sant Pau, Barcelona; CIBER de Epidemiología y Salud Pública.

Antecedentes/Objetivos: El objetivo de la iniciativa MAPAC es reducir al máximo posible las prestaciones de la práctica clínica que sean ineficaces, que no hayan demostrado ser eficaces o efectivas, que tengan un balance desfavorable de beneficios/costes, que tengan un balance desfavorable de beneficios/riesgos o que tengan mejores alternativas y que estas estén disponibles, preservando la calidad asistencial a unos costes más reducidos.

Métodos: Se creó una Comisión ad-hoc dentro del Programa de Calidad del hospital. Se elaboró una encuesta que se envió a los directores de servicio, cargos clínicos y presidentes de comisiones y comités, para que identificaran las prestaciones susceptibles de análisis en sus áreas específicas. Se realizó además una consulta de la literatura científica sobre experiencias parecidas. Entre las prestaciones a evaluar se han priorizado: los tratamientos o pruebas diagnósticas de más coste económico, los tratamientos de la enfermedad avanzada o recurrente, los tratamientos de personas en edad muy avanzada, las estancias o visitas innecesarias y las exploraciones innecesarias o redundantes. Para cada prestación se realiza una evaluación individualizada en base a los criterios de la metodología GRADE y otros criterios aportados por la Comisión MAPAC.

Resultados: Se identificaron inicialmente unas 60 prestaciones susceptibles de ser analizadas. Hasta el momento, 20 de ellas se han evaluado o están en curso de evaluación: 2 son relativas al tratamiento de pacientes oncológicos, 3 al uso de fármacos, 3 a la utilización de pruebas radiológicas, 1 a las pruebas preoperatorias, 3 a las pruebas de laboratorio, 3 a los procedimientos quirúrgicos, 1 al embarazo y parto y otras 3 a los tratamientos médicos u otros tipos de terapias. En 8 de ellas se ha finalizado totalmente la evaluación, habiéndose elaborado criterios explícitos que justifican y definen las condiciones de utilización de cada una de las prestaciones analizadas, que han sido aprobadas por la Dirección del hospital. Se ha hecho amplia difusión de las recomendaciones formuladas y se han puesto en marcha una serie de acciones para posteriormente poder realizar una nueva evaluación.

Conclusiones: Hasta la fecha, la iniciativa se ha revelado como útil dado el rigor, independencia y participación que ha mantenido desde el principio. Algunos resultados preliminares han constatado un impacto positivo de las acciones emprendidas. Se han elaborado 4 proyectos multicéntricos para estudiar la adecuación de determinadas intervenciones clínicas. Se plantea la extensión y coordinación de esta iniciativa en otros hospitales.