

SUMARI

Editorial	1
Projectes en curs	3
. Estudi de necessitats en salut de la població immigrant a Catalunya	
Treballs finalitzats	5
. Les guies de pràctica clínica en càncer – OncoGuies (1a de 4 parts)	
. Coagulòmetres portàtils: revisió de l'evidència científica i avaluació econòmica del seu ús en l'autocontrol del tractament anticoagulant oral (TAO)	
. Resultats finals (projecte finalitzat). Prova pilot del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll	
Docència	12
Recerca	14
. Convocatòria AATRM en recerca clínica i serveis sanitaris 2004	
Activitat científica AATRM	15
Altres temes	17
. Visió general de la implementació de pràctiques basades en l'evidència científica en una àmplia representació dels centres col·laboradors de l'Organització Mundial de la Salut	
Conceptes i mètodes en avaluació	19
. La mesura de la capacitat de resolució de l'atenció primària: l'indicador <i>ambulatory care sensitive conditions</i>	

Els progressos en la gènesi del coneixement científic, en els mètodes i dissenys d'estudis per destriar, sota condicions predefinides, els veritables efectes de les intervencions mèdiques han estat molt notables

El referent: l'assaig clínic

En ple segle XIV, època de grans mortaldats per culpa de la pesta, també coneguda com la "mort negra", el poeta italià Francesco Petrarca (1304-1374) escrivia una carta al seu amic Giovanni Boccaccio (1313-1375), en què de forma eloqüent es plantejava una fórmula exquisida de posar els metges en "evidència". Deia l'insigne poeta: "si s'agafessin cent persones, o mil, de la mateixa edat i constitució general, habituades també a un mateix menjar (no s'escapi a ningú aquest detall en la cerca d'homogeneïtat), que haguessin caigut totes víctimes d'una malaltia a la vegada, i la meitat d'elles seguissin les prescripcions dels nostres metges contemporanis i l'altra meitat es guiés pel seu instint natural i sentit comú però sense cap mena de doctors, aleshores, no tinc cap dubte de quin grup milloraria".¹

Si deixem un poeta i prenem un metge, però també químic (el corrent dit iatroquímic d'aleshores i que ell defensava), com era Jean-Baptiste van Helmont (1579-1644), es pot trobar un plantejament molt semblant, amb un matís notable, una mesura de resultats força més crua i un cert afany crematístic per part de qui plantejava el repte. Desafiava els seus col·legues professionals d'aquesta manera: "traiem dels hospitals 200 o 500 persones pobres i malaltes que tinguin febre, pleuresia, etc. Dividim el grup per la meitat i, fent-ho a sorts, jo me'n faig càrrec d'una de les meitats i vosaltres de l'altra [...], després mirarem quants funerals hi ha a cada banda. Posem 300 florins a cada cantó i que se'ls quedi qui guanyi". Ningú, òbviament, no va acceptar aquella aposta.²

Es podria citar també el metge-cirurgià naval britànic James Lind (1716-94), que va demostrar, de manera convincent, que les llimones i taronges milloraven l'estat de salut dels dos mariners amb escorbut en comparació amb les altres sis parelles de malalts que rebien altres tractaments, aleshores molt en boga. O també esmentar el francès Pierre (Charles-Alexandre) Louis (1787-1872), ens situem a cavall entre els segles XVIII i XIX quan l'estadística assentava les seves fermes bases probabilístiques, defensor acèrrim del que ell anomenava "mètode numèric" i la mesura acurada de la situació basal, la intervenció i la comparació, mitjançant un recompte acurat de l'efecte de la intervenció entre els individus sotmesos o no a ella. Mitjançant fets provats i amb xifres aclaparadores, va posar en "evidència" no sols que les sagnies eren completament inútils en el tractament de les pulmonies, més i tot, que eren danyoses.³ Lamentablement, molts dels seus col·legues mai no varen veure clar aquests postulats ni manera de procedir, confiant més en el que deien els grans savis, els grans tractats i la seva pròpia experiència personal. També a Lind van trigar molt a fer-li cas i encara va passar mig segle fins que el suc de llima i llimona va formar part de la dieta rutinària dels mariners embarcats en la navegació transoceànica.

Podria dir-se que d'aleshores ençà han passat molts anys, segles, i que el fet de comparar, d'utilitzar controls amb qui comparar, així com la forma de seleccionar i distribuir els malalts entre grups al més semblant

L'assaig clínic controlat i aleatoritzat no sols és la forma més robusta d'avaluar el veritable efecte de les intervencions mèdiques, sinó que també pot ser la més barata

En aquells països on es pensa que els remeis tradicionals són preponderants i tan exitosos, cada vegada més es va cap als tractaments que, des de la perspectiva d'allà, en dirien occidentals

possible (fora de la intervenció a avaluar), s'ha perfeccionat notablement. Els progressos, doncs, en la gènesi del coneixement científic, en els mètodes i dissenys d'estudis per destriar, sota condicions predefinides, els veritables efectes de les intervencions mèdiques (preventives i terapèutiques), han estat molt notables. No tot ha anat, però, tan de pressa com podés semblar, malgrat aquests "temps moderns" tan i tan accelerats.

Aquest octubre, per posar un exemple extraordinàriament meritori, ha fet sols 55 anys que el *British Medical Journal* publicava un estudi amb el títol de "Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. A Medical Research Council (MRC) Investigation".⁴ Tot i que es pugui discutir la primacia d'aquest estudi dins la història dels assajos clínics controlats i aleatoritzats (alguns altres amb menys impacte clínic el precedeixen o en són concurrents), no hi ha dubte que aquest ha passat a constituir un referent, un clàssic, en el millor sentit de la paraula. L'assaig de l'MRC incorporava notables novetats com uns criteris molt definits de selecció de malalts, la utilització de números aleatoris dins de cada grup de sexe per determinar l'assignació dels malalts i una avaluació cega (per part de dos radiòlegs) de les plaques radiogràfiques, així com una avaluació clínica, també cega, per part d'un metge aliè a l'estudi.⁵

Val a dir també que el màxim que l'MRC va poder adquirir d'estreptomicina varen ser 50 kg (la fabricació als EUA era molt limitada i la seva exportació restringida), amb la qual cosa la creació d'un grup sense tractament, distribuint els malalts a l'atzar entre grup experimental i control, no va resultar tan problemàtica. Veient-ho així, es podria arribar a dir, sense oblidar que els principis ètics sempre han d'estar per davant dels interessos científics i socials, que l'assaig clínic controlat i aleatoritzat no sols és la forma més robusta d'avaluar el veritable efecte de les intervencions mèdiques, sinó que també pot ser la més barata (admetent, com sempre sol passar, que el tractament experimental és més costós que l'habitual).

Tampoc no es va utilitzar placebo en l'assaig de l'MRC, sinó que es comparava l'estreptomicina amb repòs al llit *versus* sols repòs en llit. El mateix Austin Bradford Hill (1897-1991), un dels més importants planificadors de l'estudi, reconeixia la dificultat o inacceptabilitat d'aleshores de replicar en forma de placebo les 4 injeccions al dia que suposava el tractament amb estreptomicina. Que persones com Bradford Hill, amb les seves múltiples aportacions en el camp de l'epidemiologia clínica (causalitat) junt amb la seva participació determinant en un assaig tan rellevant com aquest (no sols pels seus resultats, òbviament, que ho van ser), estigui absent en la llista dels prohoms guardonats amb el Premi Nobel, sols fa patent el biaix i l'estretor de mires dels membres dels diferents comitès assessors d'aquest premi de fisiologia i medicina tan prestigiats.

Hom podria dir que s'ha avançat, i molt, i que el camp de la "pseudociència", el xarlatanisme, els tractaments miraculosos i panacees que serveixen per a tot, haurien d'estar en retrocés o en franca decadència. Sembla clar que ara ja no es practiquen les sagnies com abans, ni es troba a ca l'apotecari pols de banya d'unicorn o de mòmia egípcia. Però, al contrari del que es pugui pensar, això no és així i el que ara anomenen farmàcies, no totes, tornen a omplir-se de productes ben "curiosos".

Potser sigui una d'aquestes grans paradoxes, d'aquelles que costen d'entendre i explicar, però en aquells països, com podria ser la Xina, on es pensa que els remeis tradicionals són preponderants i tan exitosos, la tendència és ben contrària i cada vegada més es va cap als tractaments que, des de la perspectiva d'allà, en dirien occidentals. Així ho escriu i descriu un valuós testimoni, el d'un malalt amb càncer i també periodista que, en el seu llibre, recentment traduït al català i en les seves cròniques, no sols fa palès el seu tràngol davant la malaltia i el seu peregrinar entre metges i hospitals, sinó que deixa molt clar, abans de morir, la seva ferma defensa dels principis, del referent amb què titulàvem aquest editorial.⁶ La resta són credulitats.

Bibliografia

- 1 Carmichael AG, Ratzan RM. *Medicine in literature and art*. Köln: Könenmann Verlagsgesellschaft GmbH; 1991.
- 2 Doll R. *Controlled trials: the 1948 watershed*. *BMJ* 1998;317:1217-20.
- 3 Lindemann M. *Medicine and society in early modern Europe*. Cambridge University Press; 1999.
- 4 *Streptomycin in Tuberculosis Trials Committee. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis*. *BMJ* 1948; 30:769-82.
- 5 Shapiro AK, Shapiro E. *The powerful placebo. From ancient priest to modern physician*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 1997.
- 6 Diamond J. *L'escàndol de la medicina alternativa. Confessions d'un malalt amb càncer*. Barcelona: Edicions La Campana; 2003.

Projectes en curs

Estudi de necessitats en salut de la població immigrant a Catalunya

Silvina Berra, Luis Rajmil i Vicky Serra-Sutton

La immigració ha plantejat recentment un desafiament als serveis sanitaris de Catalunya i de l'Estat espanyol. Les xifres d'immigrants han mostrat un creixement sense precedents en l'última dècada i les dificultats en l'assistència sanitària als immigrants ha guanyat espai en les discussions polítiques i les reunions científiques de la comunitat mèdica.¹

S'ha estimat que aproximadament tres de cada quatre immigrants econòmics no es troben regularitzats,² fet que, afegit a la novetat del fenomen i a l'absència d'un registre de dades de procedència, determina que la informació disponible sigui encara escassa.

Els serveis d'urgència sembla que són el primer contacte de la majoria dels immigrants amb el sistema sanitari. A l'Hospital del Mar de la ciutat de Barcelona, durant l'any 2000, les persones originàries de països amb un nivell de renda per càpita baix van representar el 7,7% de les altes, el 13,3% de les visites a urgències i només el 2,3% de les consultes externes. Entre les altes d'aquest grup d'usuaris, el 68% van ser dones i el 66% corresponien a l'especialitat maternoinfantil, mentre que en nadius o persones de països de renda alta, aquests percentatges van ser del 47,5% i 19,7%, respectivament.³ Segons el registre de naixements de la ciutat de Barcelona, el 70% de les dones nascudes a l'Àfrica i Àsia utilitzen la xarxa sanitària pública per ser ateses en els seus parts; i les dones procedents de l'Àfrica, tret de les del Magreb, mostren una proporció més elevada de nadons de baix pes en néixer.⁴ D'altra banda, les estadístiques de mortalitat reflecteixen una major proporció de defuncions en les edats joves i per causes externes en els immigrants procedents de països en desenvolupament.⁴

Els problemes de salut mental, com ara trastorns psicossomàtics i depressió, semblen ser motius freqüents de consulta, als quals s'afegeixen les consultes per dolor abdominal, pirosi o dolor toràcic en què no s'arriba a diagnòstics, que podrien ser causats per somatitzacions relacionades amb el procés migratori.⁵ Respecte a les malalties infeccioses, com la tuberculosi o la sida, també s'assenyalen algunes diferències entre estrangers i autòctons quant a les característiques de les malalties o la participació i acompliment en programes preventius o terapèutics.⁶ Alguns professionals també adverteixen de la necessitat d'estar alertes a casos de malnutrició associada a la pobresa i a diferents hàbits alimentaris, però especialment a carències nutricionals en la població pediàtrica.⁷

Un altre aspecte que mereix ser abordat és l'accés al sistema sanitari, atès que poden haver-hi obstacles com el coneixement que els immigrants tenen del sistema, les dificultats o les expectatives en els seus contactes, o problemes de comunicació entre l'usuari i els professionals de la salut.

L'AATRM ha iniciat un estudi interdisciplinari de les necessitats en salut dels immigrants, basat en una aproximació epidemiològica i social, tot intentant integrar, a la metodologia habitual, l'estudi de les relacions socials i de factors que condicionen l'accés als serveis sanitaris dels immigrants. Així mateix, interessa de conèixer les actuacions implementades en altres països en l'atenció a la població immigrant.

Els objectius de la proposta són:

- identificar necessitats en salut i descriure la utilització de serveis sanitaris de la població immigrant a Catalunya;
- definir les limitacions dels estudis de les necessitats en salut de la població immigrant;

Equip investigador

Luis Rajmil¹
Noemí Bartomeu²
Silvina Berra¹
José María Elorza³
Susanna Hausmann²
Vicky Serra-Sutton¹

1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

2 Antropòloga

3 Hospital Universitari de la Vall d'Hebron, Barcelona

La immigració ha plantejat recentment un desafiament als serveis sanitaris de Catalunya i de l'Estat espanyol

La informació disponible a la literatura científica és escassa i revela dificultats per a l'anàlisi de necessitats en salut de la població immigrant

El projecte inclou quatre subestudis que integren diferents metodologies i punts de vista de les necessitats en salut de la població immigrant

L'aproximació social a través de metodologies qualitatives pretén introduir una visió de la comunitat d'immigrants per explorar les seves necessitats d'atenció sanitària

descriure actuacions específiques per a la població immigrant en d'altres països europeus; proposar nous dissenys de recerca, incorporant fonts d'informació alternatives i indicadors de salut o d'utilització de serveis sanitaris, per tal de determinar prioritats en l'assistència sanitària a la població immigrant.

La metodologia inclou la revisió sistemàtica de literatura, la descripció comparativa de les intervencions dels serveis sanitaris d'altres països europeus, la consulta a experts i la utilització de tècniques qualitatives per incorporar la perspectiva dels usuaris (Figura). Cada subestudi donarà lloc a un informe parcial, i seran posteriorment agrupats en un informe final sobre necessitats en salut en la població immigrant a Catalunya.

Actualment, s'està portant a terme la revisió sistemàtica de la literatura i documents oficials d'Holanda, el Regne Unit i Suïssa; així com els contactes amb persones clau corresponents als primers subestudis. S'espera iniciar els subestudis següents al començament de 2004.

Figura. Subestudis per a l'anàlisi de necessitats en salut de la població immigrant a Catalunya

Revisió sistemàtica de la literatura	Comparativa de polítiques sanitàries d'altres països europeus	Estudi qualitatiu exploratori	Consulta a experts sobre la salut de la població immigrant
Revisió sistemàtica i exhaustiva de la literatura per identificar estudis i contribucions originals al coneixement de la salut de la població immigrant a Catalunya i a l'Estat espanyol; i la utilització que aquesta fa dels serveis sanitaris. A més, s'espera accedir a literatura grisa o informes tècnics d'institucions socio sanitàries i organitzacions no governamentals (ONG) relacionades amb l'assistència o l'estudi de la població immigrant.	Revisió sistemàtica de la literatura, entrevistes a persones clau i consultes de documents oficials dels departaments de sanitat per tal d'identificar estudis publicats sobre necessitats en salut i polítiques i programes sanitaris per a immigrants a Holanda, el Regne Unit i Suïssa.	Es considerarien 3 comunitats d'interès per la seva grandària, per situacions problemàtiques diferents i específiques, i per la seva dinàmica de migració. En aquesta fase, s'utilitzaran qüestionaris i grups focals amb personal de salut; entrevistes en profunditat, grups focals, entrevistes amb informants clau del col·lectiu immigrant; i observació en centres de salut.	S'identificaran en institucions socio sanitàries, universitàries i ONG, persones que estan actualment estudiant la situació de salut de la població immigrant. S'espera conformar una llista d'aproximadament 10 persones a consultar mitjançant qüestionaris dissenyats ad-hoc i entrevistes.
Anàlisi de necessitats en salut de la població immigrant a Catalunya			

Bibliografia

- 1 *Secretaria de Joventut. Departament de Cultura. Jornades catalanes sobre salut i migració (Barcelona, 28 i 29 d'octubre de 1998). Barcelona: Departament de Cultura. Generalitat de Catalunya; abril de 1999.*
- 2 *Ramos Montserrat M, March Cerdà JC. Estimación de los inmigrantes económicos en Mallorca mediante el método de captura-recaptura. Aten Prim 2002;29(8):463-8.*
- 3 *Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit. 2002;16(5):376-84.*
- 4 *Institut Municipal de la Salut Pública. La salut dels immigrants (Informe 2001). Anàlisi de les estadístiques vitals a la ciutat de Barcelona, 1995-99. Barcelona: Institut Municipal de la Salut Pública. Ajuntament de Barcelona; 2002.*
- 5 *Roca Saumell C, Balanzo Fernández X, Fernández Roure JL, Pujol Ribera E, Corachán Cuyas M. Caracterización demográfica, motivos de consulta y morbilidad prevalente en la comunidad de inmigrantes africanos de la comarca del Maresme. Med Clin (Barc) 1999;112(6):215-7.*
- 6 *Jansá JM, García de Olalla P. Desigualtats en la salut i la immigració. En: Borrell C, Benach J, coord. Las desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Ed. Mediterrània; 2003.*
- 7 *Vall Colombes O, García Pérez J, Puig C, García O. La inmigración y su repercusión sanitarias. Aspectos culturales y nuevas patologías emergentes. Pediatr Integral 2001;6(1):42-50.*

Treballs finalitzats

Les guies de pràctica clínica en càncer– OncoGuies (1a de 4 parts)

Joan Vidal, Josep M. Borràs, Joan MV Pons

Procés i metodologia

Tal com vam reflectir en un article previ,¹ des del Pla Director d'Oncologia de Catalunya es volen desenvolupar mesures de millora de l'atenció oncològica basades en la millor evidència possible, a fi d'aconseguir l'equitat terapèutica en el tractament dels pacients amb càncer. El Programa de Guies de Pràctica Clínica en Càncer-OncoGuies pretén col·laborar en aquesta funció. Des de l'administració sanitària com a dinamitzadora del programa, conduïts metodològicament per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) i tenint com a actors fonamentals i responsables del desenvolupament de les esmentades OncoGuies els professionals de l'atenció sanitària, hem completat la primera fase del Programa. Aquesta fase ha consistit en l'elaboració de les OncoGuies de càncer de còlon i recte, mama, pulmó, i limfoma B difús de cèl·lules grans, del qual presentem una sinopsi.

En els algoritmes de les OncoGuies es proposen una sèrie d'intervencions diagnòstiques, preventives o terapèutiques per als diferents tipus de tumors. Per tal de decidir les recomanacions per a cadascun dels casos, s'han tingut en compte els protocols existents i la pràctica clínica actual en diversos hospitals catalans, així com les opinions i arguments dels membres dels diferents grups de treball expressats en una sèrie de reunions obertes i programades dins d'un pla de treball estructurat.

D'aquesta manera, cadascuna de les recomanacions seleccionades es mencionen en els algoritmes amb dos valors: un referit al grau de consens dins del grup de treball (Taula 1) i l'altre referit a la qualitat de les proves (evidència) que les recolzen (Taula 2); habitualment, s'hi afegeix una crida a un text en què se sintetitzen breument les proves. La majoria de classificacions vigents avui dia utilitzen com a element bàsic la susceptibilitat al biaix del disseny dels estudis que recolzen l'eficàcia de la intervenció que es planteja. En general, concedeixen el nivell més



En els algoritmes de les OncoGuies es proposen una sèrie d'intervencions diagnòstiques, preventives o terapèutiques per als diferents tipus de tumors

En tot limfoma no hodgkinià és essencial efectuar un estudi histològic adequat i un estudi d'extensió pormenoritzat abans d'administrar qualsevol tractament

Taula 1. Classificació del grau de consens

Categoria E	Estàndard. Quan tot el grup de treball està d'acord a considerar recomanable la intervenció que es planteja en el context concret de l'algoritme
Categoria OC	Opció de consens. Quan la majoria (90%) del grup de treball considera recomanable la intervenció que es planteja en el context concret de l'algoritme
Categoria O	Opció. Quan hi ha discrepàncies majors sobre si la intervenció és recomanable i no s'ha arribat a un consens per part de la majoria del grup de treball

Taula 2. Classificació de les proves disponibles (modificada de: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/53/evidence.html>)

Categoria 1	Estudis experimentals amb assignació aleatòria (assajos clínics aleatoritzats o metaanàlisis d'aquests assajos clínics)
Categoria 2	Estudis observacionals amb grup control (estudis de cohorts, estudis de casos i controls)
Categoria 3	Estudis observacionals sense grup control (sèries de casos)
Categoria 4	Opinió d'experts

A aquestes categories s'hi afegeix una lletra en funció de la variable principal de mesura utilitzada en els estudis que recolzen l'eficàcia de la intervenció:

A	Mortalitat total
B	Mortalitat per càncer
C	Qualitat de vida
D	Mesures indirectes (interval lliure de malaltia, interval lliure de progressió de la malaltia, taxa de resposta tumoral)

alt de la classificació als estudis en què l'assignació dels pacients en els diferents grups ha estat aleatòria (habitualment assajos clínics controlats i aleatoritzats o metaanàlisis d'assajos clínics d'aquestes característiques) i el nivell mínim a l'opinió d'experts en absència de proves de nivell superior.

Finalment, cal mencionar que la classificació utilitzada és especialment adequada per a les intervencions preventives i terapèutiques, però probablement faria falta ajustar-la per a les intervencions diagnòstiques o pronòstiques. Malgrat aquesta limitació, i tenint en compte que es començava un projecte de notable complexitat i que la majoria d'intervencions seleccionades per vincular amb les proves (evidència) disponibles són terapèutiques, es va decidir utilitzar una sola classificació per a totes les intervencions seleccionades. En el futur, es valorarà si cal ajustar aquesta classificació per a algun tipus concret d'intervenció i com fer-ho.

Com a exemple de tot l'anterior, presentem un resum de l'OncoGuia de limfoma B difús de cèl·lules grans, que s'editarà properament en la seva totalitat junt amb les de còlon i recte, mama i pulmó.

OncoGuia de limfoma B difús de cèl·lules grans

Grup de treball de l'OncoGuia de limfoma B difús de cèl·lules grans

Dr. Luis Berna Roqueta¹, Dr. Carles Besses Raebel¹, Dr. Javier Briones Mejjide²,
Dr. Joan Castell Conesa³, Dr. Alberto Fernández de Sevilla⁴, Dr. Llorenç Font Ferré⁵,
Dr. Andrés López Hernández³, Dr. Santiago Gardella Company⁶, Dr. José Luis Mate Sanz⁷,
Dra. M. Lourdes Pétriz González⁴, Dr. Josep M. Ribera Santasusana⁸, Dra. Yvonne Ricart Brulles⁹,
Dra. Isabel Roca Bielsa³, Dr. Vicens Romagosa Puig⁹, Dra. M^a Carmen Ruiz Marcellán,
Dr. Antoni Salar Silvestre¹, Dr. Sergi Serrano Figueras¹, Dr. Xavier Setoain Perego¹⁰

- 1 Hospital del Mar
- 2 Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
- 3 Hospital Universitari de la Vall d'Hebron
- 4 ICO Hospital Duran i Reynals
- 5 Hospital de Tortosa Verge de la Cinta
- 6 ICO Hospital Universitari Dr. Josep Trueta
- 7 Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
- 8 ICO Hospital Germans Trias i Pujol
- 9 Hospital Universitari de Bellvitge CSUB
- 10 Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

A Catalunya, al voltant de 1.000 persones són diagnosticades cada any d'algun tipus de neoplàsia limfoide (NL), el que suposa el 4,09 % de tots els casos nous de càncer. La incidència dels limfomes no hodgkinians (LNH) oscil·la entre 9 i 14/100.000 habitants i any en els diversos registres poblacionals de Catalunya. D'altra banda, des de fa més de 25 anys, la incidència de les NL no ha deixat d'augmentar. De fet, en els països occidentals, les NL ocupen el sisè o setè lloc en incidència de càncer i el quart en prevalència.^{2,3}

El limfoma B difús de cèl·lules grans ocupa el primer lloc en freqüència, ja que suposa al voltant del 30% dels LNH. Fins ara, i dins dels LNH, només s'ha confeccionat l'OncoGuia de limfoma B difús de cèl·lules grans per ser el més freqüent. La classificació que s'accepta més comunament és la de REAL, actualitzada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).⁴

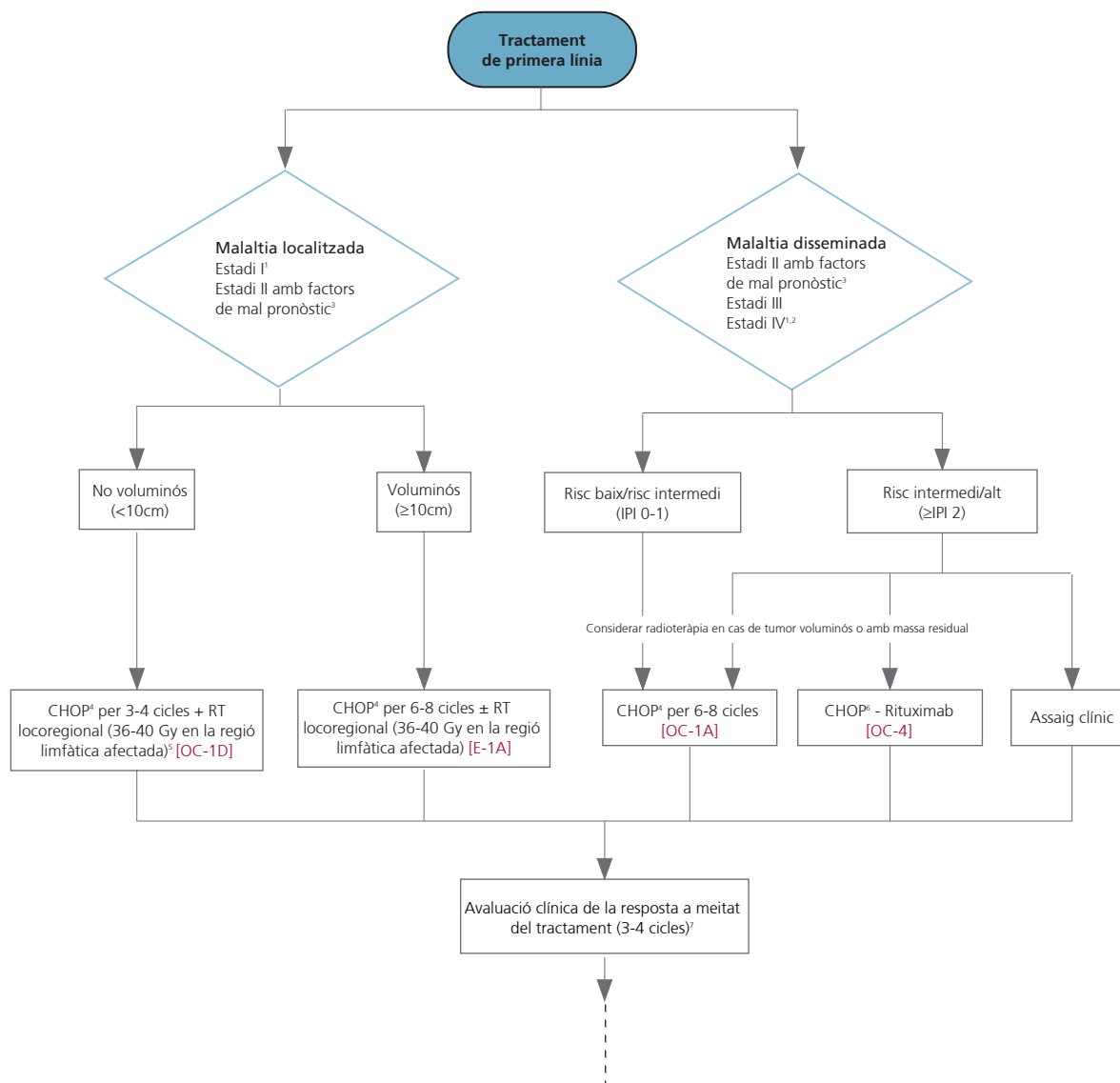
Encara que diversos esquemes terapèutics poden ser vàlids per a diferents tipus histològics d'LNH, en tot LNH és essencial efectuar un estudi histològic adequat i un estudi d'extensió pormenoritzat abans d'administrar qualsevol tractament. Per això, en aquesta guia s'han confeccionat algoritmes que comencen per recomanacions per al seu diagnòstic histològic, seguides d'una sèrie de proves per al seu correcte estudi d'extensió. Tot l'anterior permetrà establir grups de pacients amb diferent pronòstic, als quals s'aplicaran opcions terapèutiques diferenciades, tant de primera línia com per a casos de resistència o recaiguda. La Figura exemplifica la primera part de l'algoritme de tractament, on observem els graus de recomanació i el nivells

d'evidència que el sustenta associats a les opcions terapèutiques aconsellades. En aquesta OncoGuia, s'ha pretès establir uns mínims que permetin una bona pràctica clínica basada en l'evidència actual. Això no ha d'entrar en conflicte amb la inclusió de pacients en estudis cooperatius o en assajos clínics adreçats a la cerca d'opcions de tractament que permetin millorar la supervivència i la qualitat de vida d'aquests pacients.

L'ús de les OncoGuies no ha d'entrar en conflicte amb la inclusió de pacients en estudis cooperatius

Figura. Primera part de l'algoritme de tractament

ALGORITME 2. TRACTAMENT DE LIMFOMA B DIFÚS DE CÈL·LULES GRANS



Bibliografia

- 1 Vidal-Jové J, Borràs JM. Guies de Pràctica Clínica en Càncer, OncoGuies, útils per a metges i pacients per a la presa de decisions. Informatiu AATRM 2002;(26). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques:3-5.
- 2 Pla Director d'Oncologia a Catalunya: 2001-2004. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2001.
- 3 Salar A, Fernández de Sevilla A, Romagosa V, Domingo-Clarós A, González-Barca E, de Sanjosé S, et al. Distribution and incidence rates of lymphoid neoplasms according to the REAL classification in a single institution. A prospective study of 940 cases. Eur J Haematol 1997;59:231-7.
- 4 Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman, J et al. World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues: report of the Clinical Advisory Committee meeting – Airlie House, Virginia, November 1997. Histopathology 2000;36:69-86.

Coagulòmetres portàtils: revisió de l'evidència científica i avaluació econòmica del seu ús en l'autocontrol del tractament anticoagulant oral (TAO)

Oriol de Solà-Morales

A la dècada passada van ser comercialitzats uns petits aparells, els coagulòmetres portàtils, que mitjançant processos de química seca volien substituir els habituals controls per venopunció

La mesura real de l'eficàcia només pot ser valorada com l'aparició o no de complicacions tant trombòtiques com hemorràgiques, que en els pacients en autocontrol apareixen entre un 0% i un 30% mentre que en els controls apareix entre el 0% i el 15%

El coneixement cada vegada més ampli dels processos de trombosi i la seva implicació en la fisiopatologia de diferents malalties ha estat determinant en l'auge que s'ha observat en la darrera dècada en l'ús dels tractaments anticoagulants orals (TAO). S'estima que a l'actualitat hi ha al voltant de 400.000 persones descoagulades^a a Espanya. Es tracta d'un tractament segur i eficaç, però no exempt de riscos ja que augmenta (lògicament) el risc d'hemorràgia, que pot ser clínicament poc rellevant o fatal.

A la dècada passada van ser comercialitzats uns petits aparells, els coagulòmetres portàtils (CP), que mitjançant processos de química seca volien substituir els habituals controls per venopunció. Aquesta tecnologia s'ha anat incorporant a la pràctica habitual de l'atenció primària i hospitalària, sense que la seva eficàcia i eficiència hagués estat avaluada.

Els **objectius** d'aquest estudi varen ser avaluar l'evidència existent al voltant de l'eficàcia i la seguretat de l'autocontrol del TAO i secundàriament fer un estudi de cost-efectivitat d'aquesta tecnologia per tal de donar suport al CatSalut a nivell de l'estratègia a utilitzar/implementar.

La **metodologia** emprada per a la realització d'aquest estudi ha estat portar a terme una revisió sistemàtica de la literatura nacional i internacional referent a l'autocontrol domiciliari del TAO, consultant bases de dades bibliogràfiques des del seu inici fins a març de 2003 i realitzant una cerca no sistemàtica a Internet i la literatura grisa. Només es van seleccionar els assaigs clínics aleatoritzats i els estudis quasiexperimentals, i la seva qualitat va ser avaluada segons els criteris de la Scottish Intercollegiate Guideline Network que permetia alhora emetre uns graus de recomanació.

Per a l'avaluació econòmica, tot assumint la perspectiva de l'assegurador, es va dissenyar un arbre de decisions markovià que comparava cinc possibles alternatives terapèutiques: control habitual hospitalari, autocontrol a domicili, control ambulatori mitjançant els CP, control hospitalari mitjançant els CP i control al domicili dels nivells però amb dosificació ambulatoria. L'anàlisi dels costos i de les probabilitats es va fer d'acord amb la literatura de millor qualitat obtinguda en la revisió de l'evidència científica.

Pel que fa als **resultats**, es varen seleccionar 68 publicacions de les quals 12 complien els criteris d'inclusió preestablerts. La qualitat dels 7 assaigs clínics aleatoritzats era molt variable, amb diferències en el mètode de cegament de l'assignació, en el nombre i comparació dels pacients perduts durant el seguiment i en el control dels biaixos. La qualitat dels 5 estudis quasiexperimentals ha estat mitjana o baixa, amb mancances en la comparabilitat de les poblacions d'estudi, en la correcta definició de l'acabament del seguiment i en el control dels factors de confusió.

L'eficàcia dels CP és analitzada majoritàriament en funció del percentatge de mostres que es troben en el rang terapèutic, essent entre el 53% i el 89% en el grup d'autocontrol i entre el 43% i el 74% en els pacients en tractament habitual (diferències estadísticament significatives en 3 dels 7 estudis que presenten dades). També s'analitza (en 8 dels 12 estudis) l'eficàcia com a percentatge del temps en què les mostres estan en el rang terapèutic, una mesura més fiable que l'anterior i menys sotmesa a biaixos^b. En aquest cas, els pacients en règim d'autocontrol passaven entre el 69% i el 78% del temps en rang terapèutic, mentre que en els

a Utilitzarem anticoagulació i descoagulació de manera alternativa i sinònima.

b Menys condicionada per la freqüència i/o l'interval de determinació de la mostra.

controls (en tractament habitual) era d'entre el 53% i el 77% (en sis estudis la diferència és estadísticament significativa). Tanmateix, la mesura real de l'eficàcia només pot ser valorada com l'aparició o no de complicacions tant trombòtiques^c com hemorràgiques, que en els pacients en autocontrol apareixen entre un 0% i un 30% mentre que en els controls apareix entre el 0% i el 15% (no hi ha dades robustes sobre significació estadística). Les dades de satisfacció semblen indicar que els pacients prefereixen l'autocontrol, tot i que els instruments de mesura per valorar aquest punt són en general deficients.

Pel que fa a l'avaluació econòmica de les diferents estratègies possibles als cinc anys, el control del TAO amb els CP en l'àmbit hospitalari és la més eficient (mesurada aquesta com el cost per any mantingut en el rang terapèutic), tot i que el cost incremental (a igual efectivitat) respecte a l'autocontrol i a l'ús dels CP de manera ambulatoria és de 478€ i 156€ respectivament (Taula). Atesa la major comoditat i els molt menors costos no-assistencials d'aquestes dues darreres, probablement aquestes serien les opcions més desitjables des de la perspectiva de la societat. L'anàlisi de sensibilitat dona robustesa a les variables de costos, però no és així per a les variables d'efectivitat, fent que aquestes conclusions hagin de ser preses amb cautela.

Finalment, creiem que és molt important tenir present el context sanitari actual, en què s'estan desenvolupant noves molècules per al tractament de les malalties trombòtiques i embòliques. Així, els resultats obtinguts fins a l'actualitat amb el ximelagatran, un profàrmac d'administració oral del melagatran (inhibidor directe de la coagulació), són esperançadors, havent-se finalitzat amb èxit diferents estudis en Fase III i estant la seva comercialització prevista per als propers mesos.

Atesa la major comoditat i els molt menors costos no-assistencials de l'autocontrol i l'ús dels coagulòmetres portàtils amb control ambulatori, probablement aquestes serien les opcions més desitjables des de la perspectiva de la societat

Taula. Anàlisi de les raons de cost-efectivitat i de les raons incrementals de cost-efectivitat

Estratègia	Cost	Cost incremental	Eficàcia	Eficàcia incremental	RCE	RICE
CP-Hospital	3.305,30 €		4,665		708,46 €	-
CP-Ambulatori	3.461,50 €	156,20 €	4,665	0	741,95 €	(dominada)
CP-Domicili	3.783,40 €	478,10 €	4,665	0	810,93 €	(dominada)
Autotest	5.188,50 €	1.883,20 €	4,665	0	1.112,10 €	(dominada)
TH	8.997,40 €	5.692,10 €	4,234	-0,432	2.125,18 €	(dominada)

CP: coagulòmetre portàtil; TH: tractament habitual; RCE: raons de cost-efectivitat; RICE: raons incrementals de cost-efectivitat

c No és realment una complicació sinó una manca d'eficàcia

Resultats finals (projecte finalitzat). Prova pilot del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll

Mireia Espallargues¹, Mercè Comas² i Laura Sampietro-Colom³

1 Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)

2 Servei d'Estudis de l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària (IMAS)

3 Institut Català de la Salut (ICS) - AATRM

Es presenten els resultats finals de la prova pilot que ha avaluat la implementació a la pràctica clínica del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplàstia de maluc i artroplàstia de genoll. Com ja havíem presentat en un Informatiu anterior^a, es tractava d'avaluar la utilitat i aplicabilitat del sistema de prioritització en la gestió de la llista d'espera d'hospitals de diferent nivell de complexitat i titularitat^b.

No s'han observat diferències rellevants en la major part de les característiques sociodemogràfiques, clíniques i funcionals dels malalts i la seva puntuació de prioritat abans i després de la intervenció

a Informatiu AATRM núm. 25, de gener de 2002. També podeu trobar més informació sobre el desenvolupament del sistema de prioritització als Informatius núm. 18, 20 i 28.

b Hospitals Vall d'Hebron (cirurgia ortopèdica i traumatologia, oftalmologia), Hospital de Sant Rafael (cirurgia ortopèdica i traumatologia), Hospital de l'Esperança (oftalmologia, cirurgia ortopèdica i traumatologia) i Hospital del Mar (oftalmologia).

En alguns centres només han entrat a la prova pilot entre el 25% i el 50% dels malalts realment inclosos en llista d'espera

S'han identificat limitacions i avantatges en la seva aplicació que s'hauran de tenir en compte en la seva futura utilització

En aquesta prova pilot s'han inclòs malalts que han entrat en llista d'espera per als procediments d'interès entre juliol de 2001 i gener de 2002 en la primera fase, i entre febrer i juny de 2002 en la segona fase^c. La informació recollida ha estat: una valoració subjectiva de la urgència de la intervenció en cada malalt per part del metge (mitjançant una escala visual analògica, EVA), el formulari de prioritització amb les puntuacions segons el metge (vegeu Informatiu núm. 28) i una entrevista telefònica als malalts per obtenir informació declarada o percebuda directament per ells. Per a aquells malalts que ja s'havien operat (fins a juny de 2003), també s'ha esbrinat el temps d'espera. Finalment, s'han recollit els aspectes negatius i positius associats a l'aplicació del sistema de prioritització i a la seva càrrega d'administració.

S'han inclòs un total de 919 malalts per a cirurgia de cataracta i 654 per a artroplàstia de maluc o genoll. No s'han observat diferències rellevants en la major part de les característiques sociodemogràfiques, clíniques i funcionals dels malalts i la seva puntuació de prioritat abans i després de la intervenció, és a dir, entre la primera i la segona fase de l'estudi.

Aproximadament el 90% i el 75% dels formularis per a cirurgia de cataracta i artroplàstia, respectivament, van ser ben emplenats (no els faltava cap criteri per contestar), presentant una millora durant la segona fase, especialment per a l'artroplàstia atès que es va simplificar l'avaluació del criteri sobre limitació de les activitats quotidianes. El temps mitjà d'emplenament va oscil·lar entre 3 i 4 minuts. D'altra banda, cal destacar que la taxa de resposta ha estat limitada i, de forma aproximada, sabem que en alguns centres només han entrat a la prova pilot entre el 25% i el 50% dels malalts realment inclosos en llista d'espera. Les dades disponibles fan pensar que la no inclusió de tots els malalts consecutius va ser deguda a factors com la càrrega de treball, la disponibilitat del formulari a la consulta o la no resposta dels participants, més que no pas a la presentació de casos no aplicables o excepcionals.

Les figures 1 i 2 mostren la distribució dels malalts inclosos a la prova pilot segons la puntuació de prioritat global derivada del sistema de prioritització (a partir de la suma de les puntuacions a cada criteri atenent la situació de cada malalt). En aquestes distribucions tot el rang de la puntuació de prioritat (de 0 a 100) ha tingut representació en les mostres estudiades, de forma que en la llista d'espera s'han inclòs malalts amb diverses situacions de prioritat o necessitat de la intervenció.

Figura 1. Histograma de la puntuació de prioritat del malalts per a cirurgia de cataracta

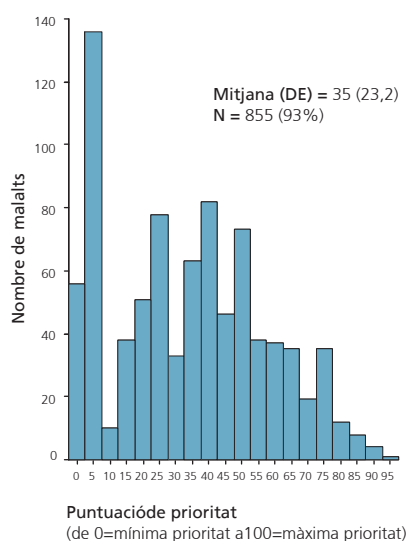
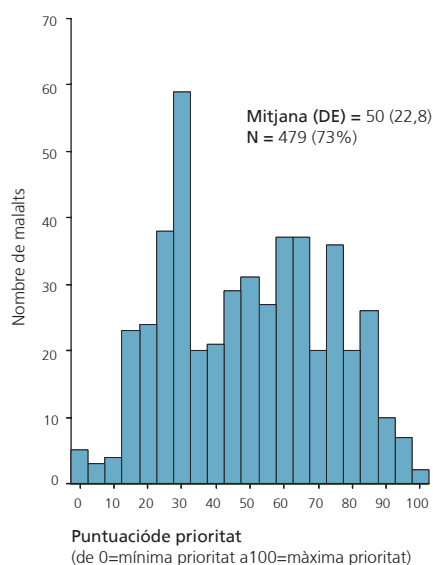


Figura 2. Histograma de la puntuació de prioritat dels malalts per a artroplàstia de maluc/genoll



^c Podeu veure una representació esquemàtica de la prova pilot a la Figura 1 (pàg. 4) de l'Informatiu núm. 25

Quan es va comparar aquesta puntuació de prioritat amb la puntuació de l'EVA anotada prèviament pel metge per tal de valorar la validesa, es van obtenir correlacions moderades–altes (al voltant del 0,7) per a ambdós procediments (vegeu figures 3 i 4). No obstant això, quan es van comparar de forma individual els criteris del sistema de prioritització amb la informació declarada pels malalts, les correlacions van ser de l'ordre de 0,4 per a cirurgia de cataracta i de 0,5 per a l'artroplàstia. Aquestes correlacions van ser més bones per als criteris socials (a excepció de la limitació per treballar) que per als criteris clínics, com era d'esperar atès que l'enquesta telefònica no incloïa mesures clíniques. Per tant, i com ja han mostrat altres estudis, hi ha certa discrepància entre metges i malalts en la valoració de la seva situació funcional i social encara que la relació globalment va en el sentit esperat (p. ex. a major gravetat percebuda pel malalt, més punts assignats pel metge en el criteri de gravetat de la malaltia).

Figura 3. Correlació entre la puntuació de prioritat global i l'escala visual analògica (EVA) per a cirurgia de cataracta

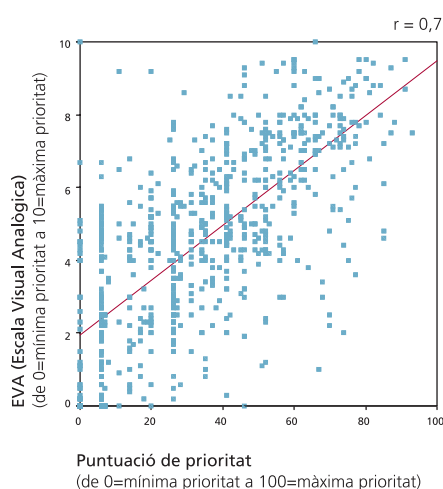
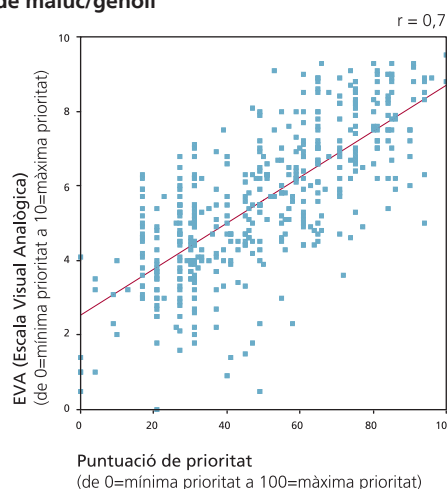


Figura 4. Correlació entre la puntuació de prioritat global i l'escala visual analògica (EVA) per a artroplàstia de maluc/genoll



Per tal de valorar la utilitat o efectivitat del sistema de prioritització, es va correlacionar la puntuació de prioritat de cada malalt amb el seu temps d'espera (entre els que ja s'havien operat), esperant, doncs, que es produís un augment en la correlació després d'implementar el sistema de prioritització (segona fase de l'estudi). Per a cirurgia de cataracta no es va observar aquest efecte: la correlació va ser nul·la tant abans com després de la intervenció. Això es pot explicar pel fet que a la pràctica no es va aplicar la prioritització de la llista d'espera segons la puntuació de prioritat obtinguda, tot i complimentar-se el formulari de prioritització. Algunes de les possibles causes s'han apuntat més endavant, però possiblement un factor extern important va ser l'aplicació d'altres polítiques adreçades a la millora de les llistes d'espera en cirurgia de cataracta (plans de xoc, compres addicionals, etc.) durant la segona fase de la prova pilot. En canvi, per a artroplàstia, la correlació va passar de 0,1 a 0,7 denotant un impacte en l'ordenació de la llista d'espera. Cal tenir en compte, però, que aquests resultats es basen en un petit nombre de malalts que ja s'havien operat a juny de 2003.

El sistema de prioritització sembla vàlid i útil a l'hora de discriminar la prioritat entre els pacients que entren en llista d'espera, i pot tenir un impacte positiu en la gestió d'aquesta després de superar les dificultats més organitzatives en la seva implementació

D'altra banda, un 40% dels malalts per a cirurgia de cataracta i un 26% per a artroplàstia estarien disposats a operar-se en un altre centre per tal de reduir el temps d'espera, però la major part d'aquests (al voltant del 90%) només ho faria si la reducció de l'espera fos important (temps d'espera d'un mes o menys). Aquests resultats, però, s'haurien d'interpretar amb cautela atès que només es basen en la resposta d'una part dels malalts (el 16%) perquè es va deixar de formular aquesta pregunta per la seva dificultat de comprensió durant l'entrevista telefònica.

Entre les limitacions manifestades pels participants, principalment els metges, a l'hora d'aplicar aquest sistema de prioritització, cal destacar: la poca disponibilitat de temps per al seu emplenament a causa de la càrrega assistencial, la indefinició sobre quin professional ha de ser el responsable de recollir la informació (especialista, infermeria, metge de família o altres), la no-aplicabilitat en determinats malalts (casos

especials), i el desacord o la dificultat de valoració d'algun dels criteris inclosos en el sistema (especialment els criteris socials en el primer cas o la limitació de les activitats quotidianes en el segon). Això no obstant, el temps d'administració va ser curt, la majoria de formularis estaven ben emplenats i, excepte els criteris socials, els metges també van estar d'acord amb què els altres criteris formaven part de la valoració habitual durant la visita.

També es van plantejar altres aspectes a resoldre relacionats amb la gestió de la llista d'espera com són la concomitància inicial del nou sistema amb la llista d'espera històrica o amb els malalts sense puntuació de prioritització (no respostes); la necessitat de definir temps de garantia o d'espera màxims associats a diferents intervals de puntuació (especialment per evitar que quedin sempre a la cua malalts amb puntuacions baixes alhora que facilitar la gestió de la llista); o el fet de poder disposar de llistes d'espera úniques per a aquests procediments a cada centre.

En conclusió, aquesta primera avaluació sembla indicar que el sistema de prioritització per a cirurgia de cataracta i artroplàstia de maluc/genoll és un instrument vàlid, que és útil a l'hora de discriminar la prioritat entre els pacients que entren en llista d'espera i que pot tenir un impacte positiu en la gestió de la llista d'espera després de superar les dificultats més organitzatives en la seva introducció i difusió. Caldria donar un

major marge de temps, especialment en cirurgia de cataracta, per aconseguir la seva implementació final en els serveis i aplicació a tots els malalts atès el volum assistencial associat a aquest procediment. A més, aquest sistema s'ha de veure com una eina que contribueixi a homogeneïtzar o unificar la prioritització de la llista d'espera a tot el territori de forma transparent i equànime, que faciliti definir i conèixer el temps d'espera previst en funció de la puntuació de prioritat obtinguda, que ajudi a conèixer i comparar la situació dels malalts en llista d'espera (s'ha proposat com un instrument força útil per al maneig de les possibles reclamacions per demora) i que, de forma indirecta, pugui ajudar a disminuir la variabilitat en la indicació de la cirurgia (fins i tot s'ha proposat l'establiment d'un punt de tall en la puntuació de prioritat per sota del qual es podria considerar que la indicació és dubtosa –baixa prioritat– essent necessària una reavaluació posterior).

Aquest instrument pretén que les llistes d'espera, que de moment és difícil que desapareguin per complet, siguin més homogènies i equitatives a nivell poblacional i, especialment, que es puguin excloure altres criteris de prioritització, que també existeixen, que no són ni clínics ni socials.

Finalment, volem agrair a tots aquells professionals i centres la seva col·laboració en la realització d'aquest estudi.

Docència

Curs a Mèxic DF

Antoni Parada

Els propers dies 8, 9 i 10 de setembre es va impartir a Mèxic DF el curs "Cerca i anàlisi de l'evidència científica per a la recerca". Aquest curs, dirigit per l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), és un exemple de les activitats acadèmiques a demanda que l'AATRM realitza a petició d'institucions interessades a formar els seus professionals en el camp de la medicina basada en l'evidència i l'avaluació de serveis sanitaris. En aquesta ocasió, les institucions organitzadores van ser: Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Información de Decisiones en Salud i la Colaboración Cochrane en México-Red Cochrane Iberoamericana, amb el suport de Merck Sharp and Dohme México.

El curs va ser seguit per una vintena de professionals sanitaris d'especialitats tan diverses com metges generalistes, bibliotecaris, especialistes en salut pública i economistes.

Els objectius concrets del curs foren identificar críticament i utilitzar eficientment les principals fonts d'informació bibliogràfica per a l'elaboració de revisions

sistemàtiques de l'evidència científica com també de guies de pràctica clínica. Per tal d'aconseguir aquest objectiu, es va treballar durant 20 hores en l'aprofundiment, amb un nivell avançat, en els aspectes teòrics que envolten la fase de la cerca i recuperació de la informació, combinats amb exercicis pràctics realitzats "in situ" pels alumnes que disposaren d'ordinadors amb connexió a Internet. D'aquesta manera, l'experiència es va considerar prou engrescadora i profitosa, ja que va permetre una bona interacció entre alumnes i professor, al temps que els problemes sorgits durant els exercicis podien ser solucionats sobre la marxa. Així, els alumnes van realitzar cerques bibliogràfiques, dissenyant estratègies de cerca complexes en diferents bases de dades (Medline, the Cochrane Library, LILACS, o la National Guidelines Clearinghouse, entre d'altres) amb la intenció d'aconseguir informació rellevant procedent de la literatura científica d'una manera precisa amb estratègies de "filtres metodològics" que permetessin la discriminació de la millor evidència científica disponible, en funció del tipus d'estudi clínicoepidemiològic que millor

respongui a la necessitat d'informació o a la qüestió plantejada. Des d'aquestes línies, no queda més que dedicar unes paraules per felicitar i agrair als alumnes la seva bona predisposició i interès així com

als organitzadors l'esforç realitzat, tot esperant que per a ells l'experiència hagi estat força positiva i enriquidora.

CURSOS AATRM- Universitat Oberta de Catalunya (UOC)

→ AVALUACIÓ DE SERVEIS SANITARIS (5a edició)

Inici: 08-11-2003 Final: 06-03-2004 Modalitat: *on line*

→ HABILITATS INFORMACIONALS EN CIÈNCIES DE LA SALUT (3a edició)

Inici: 08-11-2003 Final: 06-03-2004 Modalitat: *on line*

Més informació:

UOC T. 902 372 373
infofc@uoc.edu
www.uoc.edu

AATRM T. 93 259 4215
iparada@aatrm.catsalut.net
www.aatrm.net

CURSOS AATRM- Institut d'Estudis de la Salut (IES)

→ L'ACCÉS A LA INFORMACIÓ: UTILITZACIÓ DE LES BASES DE DADOS BIBLIOGRÀFIQUES I ALTRES FONTS D'INFORMACIÓ A INTERNET

Dates: 24, 26 i 28 de novembre de 2003 Lloc: Barcelona

→ INTRODUCCIÓ A LA RECERCA BIOMÈDICA

Dates: 2, 4, 9 i 11 de desembre de 2003 Lloc: Barcelona

Més informació:

IES T. 93 238 6900
ctorres@ies.scs.es
www.iesalut.es

AATRM T. 93 259 4215;
iparada@aatrm.catsalut.net
www.aatrm.net

Recerca

Convocatòria AATRM en recerca clínica i serveis sanitaris 2004

M. Dolors Navarro i Joan MV Pons

La recerca científica, atesa la varietat de disciplines que abasta, contribueix de manera decisiva al progrés i al benestar de la societat. La recerca en ciències de la salut pren un caire encara més notable pel fet que directament s'adreça al restabliment o a la millora de l'estat de salut, tant dels individus com de la societat en el seu conjunt. És, doncs, en aquest sentit, que des de l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) es vetlla per incorporar, cada cop més, iniciatives que recolzin la recerca i la transferència del seu producte (coneixement científic) cap a la pràctica assistencial i, en definitiva, millorar els processos i els resultats dels serveis sanitaris en la mesura del que és possible. S'ha de tenir present que la promoció, la coordinació i l'avaluació de la recerca, especialment d'aquella que es porta a terme

en centres assistencials, constitueix una de les missions primordials de l'Agència i que aquesta recerca està orientada cap a les necessitats de salut de la població i cap a les necessitats de coneixement del propi sistema sanitari.

A més de la gestió del procés d'avaluació dels projectes presentats a convocatòries de recerca alienes, l'AATRM gestiona biennalment la seva pròpia convocatòria de recerca clínica i en serveis sanitaris i, actualment, arriba a la cinquena edició, sempre amb el suport del CatSalut (Servei Català de la Salut, Departament de Sanitat i Seguretat Social) i de la CIRIT (Departament d'Universitats, Recerca i Societat de la Informació). La taula següent presenta les característiques de les quatre edicions prèvies.

Taula. Característiques de les convocatòries de recerca de l'AATRM

Característiques	Edició			
	1996	1998	2000	2002
Nombre de temes presentats al <i>call for topics</i>	No aplica	205	116	216
Nombre de temes seleccionats per convocatòria	17	20	30	35
Nombre de projectes presentats a la convocatòria	71	51	120	103
Nombre de projectes atorgats	19	19	26	25
Finançament	510.860 €	540.911 €	840.625 €	841.417 €
Memòria científica de la convocatòria	www.aatrm.net (secció Recerca)		(en curs)	-
Presentació pública de la memòria científica	15-06-2001	21-10-2003	-	-

Prèviament a la presentació de les convocatòries anteriors, els temes de recerca a incloure s'han seleccionat a partir d'un *call for topics*, completament obert, adreçat a més de 5.000 destinataris de l'àmbit sanitari i de recerca clínica. Després d'un procés de classificació i de prioritització, se seleccionaven els temes que finalment sortirien a la convocatòria.

Els temes i les seves justificacions s'introdueixen en una base de dades creada específicament i es classifiquen segons àmbit d'actuació i especialitat. Seguidament, es realitzava una preselecció en què s'eliminaven els temes més generals o no suficientment justificats i es combinaven els que presentaven objectius similars (temàtiques redundants). Per tal de permetre que els temes fossin oberts a altres grups d'investigació, s'adaptaven els textos i, finalment, s'hi afegien altres temes d'interès segons el Pla de Salut i el Pla de Recerca de Catalunya d'acord amb els buits de recerca identificats des de l'AATRM.

Al llarg de les diferents edicions, els temes resultants de la preselecció han estat prioritzats pels membres del Comitè Científic de l'AATRM mitjançant el mètode de revisió per iguals, seguint els criteris definits per l'Institute of Medicine dels EUA per prioritzar tecnologies mèdiques i a partir d'un sistema de pesos per a cada criteri generat a partir de grups de discussió entre experts (vegeu l'Informatiu núm. 22, d'abril de 2001). Els criteris considerats per a la prioritització dels temes són: prevalença de la condició, cost de la tecnologia utilitzada per al seu maneig, variació en l'ús d'aquesta tecnologia, càrrega (importància) de la malaltia, possibilitat de canvi dels resultats de salut, possibilitat de canvi dels costos i possibilitat de clarificar aspectes ètics, legals o socials.

A partir de l'experiència aconseguida en la gestió de les convocatòries prèvies i del debat generat en el Comitè Científic s'han proposat una sèrie d'alternatives a aquest procés. Així, per tal d'evitar la possible dispersió de temàtiques presentades per a la seva valoració, en aquesta cinquena edició s'ha considerat oportú incorporar al *call for topics* de la convocatòria una classificació general dels possibles temes que garantis una visió més integradora i global de les necessitats de recerca clínica i en serveis sanitaris al nostre entorn. Igualment, s'ha incorporat un apartat sobre l'impacte de la recerca i la seva mesura segons la visió dels investigadors que proposen una temàtica específica.

Així doncs, a partir de les línies prioritàries de R+D en salut i en qualitat de vida del III Pla de Recerca de Catalunya (2001-2004) i del Pla de Salut de Catalunya (2002-2005), la cinquena edició de la convocatòria de l'AATRM en recerca clínica i serveis sanitaris per a l'any 2004 se centra en: 1) **recerca clínica**, 2) **epidemiologia i salut pública**, i 3) **recerca en serveis sanitaris**. S'intenta, d'aquesta manera, promoure un tipus de recerca que ajudi a la presa de decisions en el seu sentit més ampli i que, alhora, porti informació precisa sobre els diferents aspectes relacionats amb la salut i la qualitat de vida de la població, tant des del punt de vista clínic, epidemiològic i de salut pública, com de la gestió i l'organització dels serveis sanitaris. El procés de prioritització de les diferents temàtiques proposades i els criteris i pesos utilitzats no canvien, tot i que seran els mateixos tècnics de l'Agència els que duran a terme aquest procés. El Comitè Científic, com a comitè *ad-hoc* en la selecció final de les temàtiques que sortiran a la convocatòria, examinarà els resultats de la prioritització, la major o menor dispersió de temàtiques i l'edició final dels textos justificatius dels temes seleccionats.

Sanitat Respon 24 hores
902 111 444



Activitat científica AATRM

Publicacions AATRM

- Coagulòmetres portàtils. Revisió de l'evidència científica i avaluació econòmica del seu ús en l'autocontrol del tractament anticoagulant oral
- OncoGuia de limfoma B difús de cèl·lules grans
- Hi ha nivells assistencials en cirurgia oncològica? Els que més en fan, ho fan millor? Informe sobre la relació entre volum de procediments i resultats en cirurgia oncològica

Publicacions membres AATRM

- Serra-Sutton V, Rajmil L, Alonso J, Rilley A, Stardfield B. **Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados.** Gac Sanit 2003;17(3):181-9
- Noguera A, Fortuny C, Sánchez E, Artuch R, Vilaseca MA, Muñoz-Almagro C, et al. **Hyperlactatemia in human immunodeficiency virus infected children receiving antiretroviral treatment.** Pediatr Infec Dis J 2003; 22 (9):778-82
- García-Altés A, Estrada MD. **Avaluació econòmica.** Pediatr Catalana 2003;63:88-94

Congressos

I Conferències i Taules Rodones I

- M. Espallargues, R. Pla i C. Almazán. **Presentació de l'estudi Avaluació del procediment terapèutic i els seus resultats en oncologia digestiva** a diversos fóruns dins del pla de difusió de l'estudi: als gerents dels hospitals de la Regió Sanitària del Barcelonès Nord i Maresme (28 de maig), Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears (5 de juny), Hospital del Mar (2 de juliol), Hospital de la Vall d'Hebron (4 de juliol), Hospital Dos de Maig–Consorci Sanitari Integral (9 de juliol), Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (10 de juliol), Hospital Clínic i Provincial de Barcelona (16 de juliol), Hospital del Sagrat Cor (16 de juliol), Fundació Puigvert (4 de setembre), Hospital de Sant Rafael (15 de setembre) i Clínica Plató (19 de setembre)
- M. Espallargues. **Políticas de reducción y gestión de las listas de espera**. Conferència dins de les Jornades internacionals de llistes d'espera. Fiscam, a Toledo, al mes de març
- M. Espallargues. **L'estudi ACMEplus. Admission Case-Mix System for Elderly Patients** Conferència dins de les Jornades sobre qualitat assistencial en l'atenció a la gent gran, organitzades per la Universitat d'Estiu Ramon Llull 2003, a Puigcerdà, al mes de juliol

I Comunicacions I

- J. Tuñí, M. Comas, M. Espallargues, X. Castells, M. Castilla, M. López. **Utilidad en la práctica clínica de un sistema de priorización de pacientes en lista de espera con cataratas**. Comunicació oral dins del XIII Congreso Nacional de Hospitales, a València, al mes de maig
- MD Estrada, M. Espallargues, I. Parada, M. García. **¿La difusión en España de la desintometría ósea por ultrasonidos responde a la evidencia disponible sobre su utilidad clínica?** Comunicació oral dins del X Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, a Santander, al mes de maig

Altres temes

Visió general de la implementació de pràctiques basades en l'evidència científica en una àmplia representació dels centres col·laboradors de l'Organització Mundial de la Salut

Maria-Dolors Estrada, Vicky Serra-Sutton i Luis Rajmil

Síntesi de l'informe: Maria-Dolors Estrada, Vicky Serra-Sutton, Luis Rajmil i col·laboradors AATRM*. Overview of the implementation of activities related to evidence-based practice in a broad representation of World Health Organization-collaborating centers. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya, octubre 2002.

*Carme Ronda, Antoni Parada, Imma Guillamón, Marta Millaret, Montse Mias, Joan MV Pons i Maite Solans

Introducció i objectius

La direcció de l'Organització Mundial de la Salut (OMS)¹ emfatitza la importància d'adoptar decisions racionals basades en l'evidència científica amb la intenció de millorar el rendiment dels sistemes sanitaris. El Departament de Provisió de Serveis Sanitaris de l'OMS va encarregar a l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), centre col·laborador de l'OMS per a l'avaluació de tecnologies mèdiques des de 1998, que portés a terme una enquesta als centres col·laboradors de l'OMS que tenen com a activitat principal la producció, l'adopció, la utilització o la disseminació de pràctiques basades en l'evidència científica.

Metodologia

El projecte va ser dissenyat com un estudi transversal i es va dur a terme durant el 2002. El mostreig es va fer a partir de la base de dades dels centres col·laboradors de l'OMS, essent els criteris d'inclusió ser membre col·laborador de l'OMS i estar adscrit a algun dels

programes d'activitats basades en la pràctica de l'evidència científica (PEC).²⁻⁴ Aquesta base de dades no inclou la descripció dels centres amb el criteri "Pràctiques de l'evidència científica". Per aquest motiu, es van seleccionar programes relacionats: "Tecnologies del sistema sanitari", "Recerca i desenvolupament dels sistemes sanitaris" o "Política i gestió sanitàries", entre d'altres. En total es van seleccionar 219 centres (vegeu Taula). El qüestionari, basat en l'enquesta del National Institute of Clinical Excellence (NICE),⁵ va incloure una pregunta filtre inicial per recollir si els centres seleccionats havien participat en activitats relacionades amb la PEC durant els últims 5 anys (sí/no) i es va dividir en 5 seccions: identificació i objectius del centre; pràctiques relacionades amb l'evidència científica; àrea d'influència; estructura i fonts de finançament; i disseminació de la informació i interaccions amb els usuaris. L'enquesta va ser distribuïda per e-mail i, en cas de no ser possible, per fax o correu postal. Les anàlisis estadístiques es van realitzar en termes

descriptius i els resultats es presenten segons les regions geogràfiques de l'OMS^a: Àfrica (AFRO), Amèrica/Organització PanAmericana de la Salut (AMRO/PAHO), països del Mediterrani Est (EMRO), Europa (EURO), països del Sud-est Asiàtic (SEARO) i països del Pacífic Oest (WPRO). Per tal de facilitar l'anàlisi de la distribució de centres en relació amb les activitats vinculades amb la PEC, es van dividir dues de les regions geogràfiques (AMRO/PAHO i WPRO) seguint una classificació basada en taxes de mortalitat infantil i d'adults.

Resultats

La proporció de resposta va ser del 38,3% (Figura 1) i la seva distribució geogràfica es mostra a la Figura 2. La majoria dels centres col·laboradors de l'OMS seleccionats van considerar que havien participat en activitats basades en la PEC en els últims 5 anys. Les activitats més freqüents en totes les regions geogràfiques van ser la recerca amb dades primàries, la docència, l'organització de conferències i la promoció d'activitats basades en la PEC. Les revisions sistemàtiques i les guies de pràctica clínica van ser mencionades amb menys freqüència. Les recomanacions dels centres sovint es produïen a nivell local i amb un nivell d'influència nacional i, en menor escala,

Figura 1. Proporció de resposta dels centres col·laboradors de l'OMS segons regions geogràfiques i participació en activitats basades en la pràctica de l'evidència científica [PEC] (N=219)

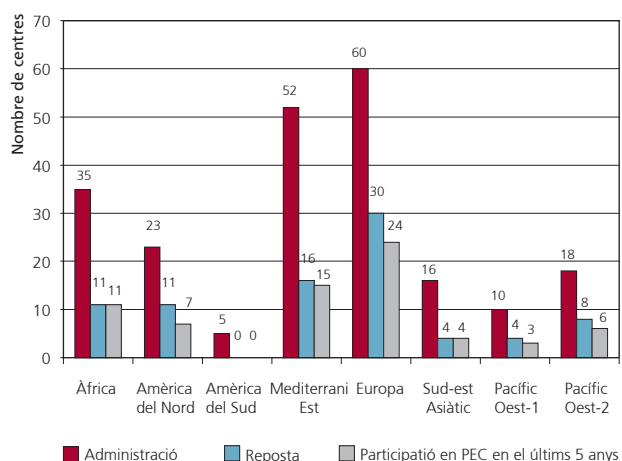


Figura 2. Distribució geogràfica dels centres col·laboradors de l'OMS participants a l'estudi



a <http://www.who.int/about/contactregional/en> (consultat el 3 de desembre de 2002).

a nivell internacional. Els governs i les organitzacions intergovernamentals, independentment de la regió geogràfica, són la font principal de finançament dels centres col·laboradors, encara que alguns combinen diferents estratègies de finançament. Malgrat que el nombre de treballadors/es a temps complet varia segons el centre col·laborador, en la majoria dels centres s'inclouen equips multidisciplinaris. Les principals àrees d'expertesa són la salut pública, l'epidemiologia i la recerca en serveis sanitaris. Els usuaris potencials dels centres col·laboradors de l'OMS són diversos i heterogenis segons les diferents regions geogràfiques. Tanmateix, els usuaris més freqüents són metges i infermeres. L'organització de conferències, seminaris i reunions relacionades amb activitats basades en la PEC són la principal estratègia de disseminació dels resultats, seguida de la publicació d'informes i les activitats de docència. Molts centres distribueixen les seves publicacions gratuïtament, encara que en alguns casos depèn del perfil de l'usuari o del tipus de publicació.

Limitacions

L'alt percentatge de centres col·laboradors de l'OMS que declaren activitats basades en la PEC pot ser degut a la baixa especificitat en la definició dels programes de l'OMS, o bé a l'àmplia definició del concepte de PEC utilitzat en el present estudi. El baix nombre de casos disponibles ha limitat la possible generalització dels resultats.

Conclusions

Els resultats d'aquest estudi són encoratjadors i demostren un gran potencial de col·laboració en l'àmbit d'activitats basades en la PEC. La identificació dels centres col·laboradors de l'OMS en aquest camp, a més d'un major coneixement de les seves activitats, permetrà desenvolupar estratègies adreçades a difondre i establir la cultura de la PEC arreu del món, en especial en aquells països menys afavorits. El fet d'incloure un perfil detallat per a cada centre permetrà seleccionar centres específics per a diferents tipus de col·laboracions. La informació recollida en aquest estudi permetrà, a més, actualitzar la base de dades de l'OMS. No s'ha obtingut informació de cap centre dels països d'Amèrica del Sud o l'Índia, i seria necessari ampliar la mostra en futurs estudis. La possibilitat d'elaborar una versió electrònica del qüestionari i el fet que el 80,8% dels centres participants en aquest estudi van rebre l'enquesta per e-mail, pot definir aquest tipus de tecnologia com una eina útil i pràctica per a futures col·laboracions.

Agraïments

L'equip de recerca dona les gràcies als membres de les organitzacions que molt amablement han respost el nostre qüestionari.

Taula. Proporció de resposta dels centres col·laboradors de l'OMS [participants/seleccionats] segons països i regions geogràfiques (N=219)

OMS regió-subregió		Centres col·laboradors de l'OMS segons països	
Àfrica (AFRO)		Botswana [0/1] Burkina Faso [0/1] República Centre-africana [1/1] Kenya [0/5] Malawi [1/1] Mali [0/1] Nigèria [2/5] Senegal [0/3]	Sud-àfrica [3/7] Sudan [0/2] República de Tanzània [2/3] Zàmbia [0/1] Zimbabwe [2/4]
Amèrica/Organització Panamericana de la Salut (AMRO/PAHO)	Amèrica del Nord (AMRO/PAHO-3) Amèrica del Sud (AMRO/PAHO-4)	Canadà [3/4] EUA [8/19] Argentina [0/1] Brasil [0/3] Veneçuela [0/1]	
El Mediterrani Est (EMRO)		Bahrain [0/1] Xipre [0/2] Egipte [1/9] República Islàmica d'Iran [4/8] Jordània [1/3] Kuwait [1/4] El Marroc [2/5] Oman [0/1]	Pakistan [4/9] Qatar [0/1] Aràbia Saudi [0/2] Síria [0/1] Tunísia [2/5] Iemen [0/1]
Europa (EURO)		Bèlgica [1/2] Croàcia [0/1] Finlàndia [2/3] França [1/4] Alemanya [5/8] Itàlia [0/1] Lituània [0/1] Holanda [3/4]	Noruega [1/1] Polònia [1/3] Romania [1/1] Federació Russa [3/5] Espanya [1/2] Suècia [4/6] Suïssa [3/4] Gran Bretanya [4/14]
Sud-est Asiàtic (SEARO)		Índia [0/6] Indonèsia [1/1] República de Corea [2/5] Sri Lanka [0/1] Tailàndia [1/3]	
Pacífic Oest (WPRO)	Pacífic Oest -1 (WPRO-14)	Austràlia [2/3] Japó [1/4] Nova Zelanda [1/1] Singapur [0/2]	
	Pacífic Oest -2 (WPRO-15/16)	República de Xina [6/15] República Democràtica de Corea [0/1] Malàisia [1/1] Vietnam [1/1]	

En negreta, països de l'OMS que han contestat l'enquesta. Entre parèntesis, les regions segons la classificació de l'OMS

Bibliografia

- 1 *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance.* Geneva: World Health Organization; 2000.
- 2 Connis RT, Nickinovich DG, Caplan RA, Arens JF. The development of evidence-based clinical practice guidelines. Integrating medical science and practice. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(4):1003-12.
- 3 Culpepper L, Gilbert TT. Evidence and ethics. *Lancet* 1999;353:829-31.
- 4 Lange M, Jorgensen T, Kristensen FB, Stilven S. The concept of health technology assessment. Views of applicants to funding of HTA projects. *Int J Technol Assess Health Care* 2000;16(4):1201-9.
- 5 Mears R, Taylor R, Littlejohns P, Dillon A. Review of International Health Technology Assessment (IHTA). Project Report. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE); 2000.

NOTA INFORMATIVA

Al mes d'octubre d'enguany, l'AATRM iniciarà la tercera actualització del **Registre d'equipaments de tecnologia mèdica de Catalunya***. L'objectiu és disposar d'informació objectiva i actualitzada sobre la dinàmica d'introducció i difusió de diferents tecnologies mèdiques a Catalunya. En aquesta edició es recollirà informació sobre els equipaments següents: angiògraf digital, accelerador lineal, bomba de cobalt, cambra hiperbàrica, càpsula endoscòpica, cirurgia robòtica, densitòmetre ossi, ECMO (oxigenació per membrana extracorpòria), ecògraf, esterilitzador, gammacàmera, làser, litotriptor, magnetoencefalògraf, mamògraf, neuronavegador cerebral, PACS (sistemes de comunicació i arxiu d'imatges), PET (tomografia per emissió de positrons), ressonància magnètica, sistema de telemedicina i tomògraf computat.

Aprofitem aquestes línies per agrair per endavant la col·laboració de tots els centres sanitaris, hospitalaris i extrahospitalaris, públics i privats, en l'elaboració d'aquest registre.

* Podeu consultar gratuïtament els resultats de l'últim Registre, de 31 d'octubre de 2000, a la secció de publicacions del nostre web (www.aatrm.net)

Conceptes i mètodes en avaluació

La mesura de la capacitat de resolució de l'atenció primària: l'indicador *ambulatory care sensitive conditions*

Josefina Caminal i Emília Sánchez

El punt clau perquè una cartera de serveis d'atenció primària de salut (APS) tingui el reconeixement i l'acceptació per part de la població és la seva correspondència amb una elevada capacitat de resolució per als problemes de salut més freqüents.¹ Avaluat el compliment d'aquest objectiu requereix disposar de sistemes d'informació sanitària sistemàtics, homogenis i exhaustius dels quals l'APS encara no disposa. El disseny d'indicadors basats en dades secundàries pot ser una bona alternativa; i la mesura del volum de problemes de salut que arriben a l'atenció especialitzada i que podrien haver estat resolts en l'APS, una aproximació acceptable a la capacitat de resolució del primer nivell assistencial. Les hospitalitzacions per "problemes de salut sensibles a l'atenció ambulatoria", o *Ambulatory Care Sensitive Conditions* (ACSC),² constitueixen un indicador del tipus proposat; aquest indicador fa referència a problemes de salut freqüents i es construeix amb informació de morbiditat hospitalària registrada en el conjunt mínim bàsic de dades de l'alta hospitalària (CMBDAH),³ una base de dades administrativa d'accés públic.

La majoria dels estudis realitzats amb aquest indicador han relacionat conceptualment l'hospitalització per ACSC amb l'accés a l'APS, però el concepte ha d'adaptar-se a les característiques dels diferents models sanitaris. Així, mentre als EUA les variables d'accessibilitat estan bàsicament relacionades amb el nivell socioeconòmic, a Espanya i altres països amb sistemes sanitaris públics de cobertura universal, els estudis han de centrar-se en aquelles variables organitzatives que recolzen l'accessibilitat.² El primer

estudi rellevant desenvolupat en el nostre país va consistir en una comparació dels models sanitaris d'Espanya i els EUA per a la població pediàtrica i va revelar que les menors taxes d'hospitalització per ACSC es relacionaven amb una major accessibilitat i disponibilitat d'APS.⁴

Un estudi pilot desenvolupat a Catalunya amb 161 àrees bàsiques de salut (ABS, o àmbit territorial sanitari més petit establert a Catalunya) i dades del CMBDAH del Servei Català de la Salut corresponents a 1996, va mostrar que el model reformat^a té un efecte protector davant l'hospitalització per ACSC en el sentit que les ABS no reformades presenten unes taxes superiors a les reformades; associació que també ha estat observada en un estudi de la comunitat autònoma d'Andalusia.⁵ Entre les característiques organitzatives estudiades, només l'atenció continuada (atenció les 24 hores) oferta en les ABS reformades s'associava a un menor risc d'hospitalització. Quan l'anàlisi es va limitar a les ABS reformades (N=108), incloent-hi només població de 15 anys o més, es va observar un rang en les taxes d'hospitalització per ACSC de 48,6 a 271,7 altes/10.000 habitants/any i una raó estandarditzada d'hospitalització (REH) entre 0,29 i 2,04 (Taula 1). Finalment, amb un model de Poisson es va evidenciar que les ABS amb població de baix nivell socioeconòmic (taxa d'atur >13%), ubicades en zones on no s'havia desenvolupat la reforma de l'atenció especialitzada i pròximes a un hospital (distància a l'hospital de referència <10 km) tenien un major risc d'hospitalització (Taula 2). Aquests resultats coincideixen amb els referenciats en la bibliografia anglosaxona.⁶ Els marges de variació identificats

Taula 1. Raó estandarditzada d'hospitalització (REH) i taxa d'hospitalització* per ACSC. Catalunya, 1996.

	ABS (N)	Mínima	Màxima	Mitjana	Mediana
REH < 1	42	0,29	0,89	0,64	0,66
REH = 1	27	0,9	1,09	1,00	1,00
REH > 1	39	1,11	2,04	1,40	1,30
Taxa d'hospitalització per ACSC	108	48,6	271,7	138,8	139,9

* Taxa per 10.000 habitants i any

ACSC: ambulatory care sensitive conditions

ABS: àrea bàsica de salut

^a A Espanya, la reforma de l'APS es desenvolupa a partir de la reforma del *Sistema Nacional de Salud* (1986) que li atorga un paper protagonista com a primer contacte de la població amb el sistema sanitari. Els objectius s'adrecen bàsicament a potenciar l'accessibilitat geogràfica i en temps així com la capacitat de resolució mitjançant la introducció de canvis organitzatius i culturals com el treball en equip, l'increment de l'oferta horària, la implantació d'activitats de prevenció i la coordinació assistencial.

mitjançant el model multivariant proporcionen informació sobre algunes característiques diferencials dels centres de salut (característiques sociodemogràfiques de la població, àmbit geogràfic i accessibilitat hospitalària) d'utilitat per a la planificació i gestió de l'APS.

Recentment, a Espanya, la investigació amb aquest indicador ha tingut continuïtat amb estudis que posen de manifest un nivell de variabilitat considerable entre comunitats autònomes i dins d'elles. L'anàlisi dels resultats preliminars d'aquests treballs mostra uns percentatges d'hospitalització per ACSC que oscil·len entre el 9,6% i el 18,1%; variabilitat que podria ser atribuïble, d'una banda, al nombre de codis CIM-9 inclosos en les diferents llistes utilitzades i, d'altra banda, a la unitat d'anàlisi i tipus de població de referència (hospital i població usuària, o bé ABS o municipi i població adscrita a un territori).⁵ Durant els últims mesos, s'està desenvolupant un projecte nacional multicèntric, finançat pel Fondo de Investigaciones Sanitarias, per validar l'aplicació de l'indicador a la diversitat organitzativa del país, sistematitzar l'enfocament metodològic i construir el mapa de variabilitat.

Convé assenyalar que la proposta d'utilitzar les hospitalitzacions per ACSC com a indicador per

avaluar la capacitat de resolució de l'APS ha presentat resistència per part dels professionals d'aquest nivell assistencial atès que els suposa ser valorats amb un indicador construït amb informació no generada per ells mateixos.⁵ Des del punt de vista metodològic, sorgeix, doncs, la necessitat de garantir la validesa dels resultats tenint en compte, entre d'altres, els següents aspectes: 1) La selecció dels codis CIM-9 d'alta hospitalària a considerar ACSC (validesa del constructe)²; 2) Les característiques de l'hospitalització com a fenomen de repetició (ús d'estadístics apropiats a l'existència de sobredispersió freqüent en fenòmens recurrents)⁷; 3) Els factors determinants del procés d'hospitalització que cauen fora del control dels professionals de l'APS i que s'utilitzaran com a variables d'ajust (característiques que expliquen la variabilitat en els criteris d'hospitalització o el nivell d'accessibilitat a l'atenció hospitalària);⁵ i 4) Els diferents enfocaments analítics a utilitzar, com els models jerarquitats, que contribueixen a la inferència dels resultats en funció de diferents nivells d'anàlisi.

En conclusió, l'hospitalització per ACSC pot considerar-se un indicador útil per avaluar (indirectament) la capacitat de resolució de l'APS perquè identifica importants marges de variabilitat entre centres així com factors organitzatius que hi estan associats.

Taula 2. Risc d'hospitalització per ACSC, segons model de regressió múltiple de Poisson

Variablen	RR	IC 95%
Taxa d'atur		
>13%	9,30	7,20-12,16
≤13%	1	
Reforma de l'atenció especialitzada		
No	1,82	1,76-1,88
Sí	1	
Distància a l'hospital		
≤10 Km	2,19	2,07-2,33
>10 Km	1	

ACSC: ambulatory care sensitive conditions

RR: risc relatiu

IC: interval de confiança

Bibliografia

- 1 Starfield B. *Is primary care essential?* *Lancet* 1994;344:129-33.
- 2 Sánchez E, Caminal J. *Adaptación transcultural de un indicador: el ejemplo de las ambulatory care sensitive conditions.* *Informatiu AATRM* 2003;30:19-20.
- 3 Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Hermosilla E, Martín M. *La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditions.* *Rev Clin Esp* 2001;201(9): 501-7.
- 4 Casanova C, Starfield B. *Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison.* *Int J Health Serv* 1995;25:283-94.
- 5 Caminal J, Sánchez E, Morales M, Peiró R, Márquez S. *Avances en la investigación con el indicador "Hospitalización por enfermedades sensibles a cuidados de atención primaria en España".* *Rev Esp Salud Pública* 2002; 76:185-92.
- 6 Giuffrida A, Gravelle H, Roland M. *Measuring quality of care with routine data: avoiding confusion between performance indicators and health outcomes.* *BMJ* 1999;319:94-8.
- 7 Navarro A, Utzet F, Puig P, Caminal J, Martín M. *La distribución binomial negativa frente a la de Poisson en el análisis de fenómenos recurrentes.* *Gac Sanit* 2001;15: 447-452.

Us recordem tant l'adreça de la nova seu de l'AATRM com els telèfons directes i e-mails del nostre personal:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Esteve Terradas, 30
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023-BARCELONA
Tel: 93 259 42 00
Fax: 93 259 42 01
e-mail: direccio@aatrm.catsalut.net

Telèfons directes i e-mails del personal AATRM

Nom	Telèfon	E-mail
Cari Almazán Sáez	93 259 42 30	calmazan@aatrm.catsalut.net
Alejandro Allepuz	93 259 42 17	aallepuz@aatrm.catsalut.net
Marga Amat Freixa	93 259 42 02	mamat@aatrm.catsalut.net
Marta Aymerich Martínez	93 259 42 36	maymerich@aatrm.catsalut.net
Silvina Berra	93 259 42 22	sberra@aatrm.catsalut.net
Ida Carrau Bueno	93 259 42 27	icarrau@aatrm.catsalut.net
Oriol de Solà-Morales Serra	93 259 42 33	osola@aatrm.catsalut.net
Mireia Espallargues Carreras	93 259 42 31	mespallargues@aatrm.catsalut.net
M. Dolors Estrada Sabadell	93 259 42 21	destrada@aatrm.catsalut.net
Rosa Farré Bregolat	93 259 42 14	rfarre@aatrm.catsalut.net
Margarita Garcia Romo	93 259 42 00	mgarcia@aatrm.catsalut.net
Imma Guillamón Chalé	93 259 42 08	iguillamon@aatrm.catsalut.net
Cristina Jaldon	93 259 42 25	cjaldon@aatrm.catsalut.net
Julia López Valero	93 259 42 29	jlopez@aatrm.catsalut.net
Noël Marsal Morgan	93 259 42 03	nmarsal@aatrm.catsalut.net
Montse Mias Carballal	93 259 42 06	mmias@aatrm.catsalut.net
Marta Millaret Senpau	93 259 42 09	mmillaret@aatrm.catsalut.net
Montserrat Moharra Francés	93 259 42 28	mmoharra@aatrm.catsalut.net
M. Dolors Navarro Rubio	93 259 42 34	dnavarro@aatrm.catsalut.net
Glòria Oliva Oliva	93 259 42 19	goliva@aatrm.catsalut.net
Antoni Parada Martínez	93 259 42 18	tparada@aatrm.catsalut.net
Isabel Parada Martínez	93 259 42 15	iparada@aatrm.catsalut.net
Georgina Puncernau Folch	93 259 42 04	gpuncernau@aatrm.catsalut.net
Luís Rajmil Rajmil	93 259 42 23	lrajmil@aatrm.catsalut.net
Elisa Rius Umpiérrez	93 259 42 13	erius@aatrm.catsalut.net
Carme Ronda Vilaró	93 259 42 05	cronda@aatrm.catsalut.net
Emília Sánchez Ruíz	93 259 42 35	esanchez@aatrm.catsalut.net
Vicky Serra Sutton	93 259 42 20	vserra@aatrm.catsalut.net
Maite Solans	93 259 42 26	msolans@aatrm.catsalut.net
Cristian Tebé	93 259 42 10	ctebe@aatrm.catsalut.net
Joan Vidal Jové	93 259 42 32	jvidal@aatrm.catsalut.net

informatiu AATRM

és una publicació periòdica que es distribueix gratuïtament. Té com a finalitats difondre les activitats d'avaluació, recerca i docents de l'Agència i contribuir a la disseminació de resultats en avaluació de tecnologies mèdiques. Cap fragment d'aquesta edició no pot ser reproduït, emmagatzemat o transmès de cap forma ni per cap procediment, sense el permís previ del titular del *copyright*.

Les persones interessades a rebre-la poden adreçar-se a:

Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

Esteve Terradas, 30
Recinte Parc Sanitari Pere Virgili
Edifici Mestral, 1a planta
08023 Barcelona
Tel: 93 259 42 00 · Fax: 93 259 42 01
e-mail: direccio@aatrm.catsalut.net
<http://www.aatrm.net>

COMITÈ EDITORIAL

JMV Pons
A. Parada
I. Parada (coordinació)
E. Rius Umpiérrez

CORRECCIÓ

I. Parada

DISSENY

J. López Corduente

IMPRESSIÓ

L'abecedari

CONSELL D'ADMINISTRACIÓ

President: J. Rodés Teixidor

Vicepresident: J. Casal Fàbrega

Conseller delegat: M. Argente Giralt

Vocals: A. Oriol Bosch,
A. Granados Navarrete,
JMV Pons Rafols, J. Camí Morell,
JM Borràs Andrés, R. Barba Boada

Secretari: JR Luesma Pons

COMITÈ CIENTÍFIC

President: JM Antó Boqué

Secretari: JMV Pons Rafols

Vocals: J. Bosch Genover, J. Calaf Alsina,
M. Casas Galofré, S. Erill Sáez, J. Gené Badia,
JR Germà Lluch, X. Gómez-Batiste Alentorn,
F. Gudiol Munté, A. Laupacis,
G. López Casasnovas, JJ Navas Palacios,
Á. Olazábal Zudaire, G. Permanyer Miralda,
R. Rodríguez Roisin, A. Sitges Serra,
R. Suñol Sala, E. Tolosa Sarró,
J. Vallejo Ruiloba, M. Vilardell Tarrés

© Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques

ISSN 1577-1865

Dipòsit legal: B-24262-93



Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques



CatSalut

Servei Català de la Salut



Generalitat de Catalunya
Departament de Sanitat i Seguretat Social

NOU DOMINI DEL NOSTRE WEB

Amb el canvi de domicili,
actualitzem també el domini del web

www.aatrm.net