

Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya

IN09/2010

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) és una empresa pública, sense ànim de lucre, del Departament de Salut i adscrita al CatSalut, que va ser creada el juny de 2010. La seva missió és generar coneixement rellevant per contribuir a la millora de la qualitat, seguretat i sostenibilitat del sistema de salut, facilitant la presa de decisions als ciutadans, professionals, gestors i planificadors, a través dels àmbits d'actuació i organització de la integració dels sistemes i tecnologies de la informació i les comunicacions, i l'avaluació de les tecnologies, la recerca i la qualitat en l'àmbit de la salut. L'AIAQS és centre col·laborador de l'Organització Mundial de la Salut en avaluació de tecnologies sanitàries, membre fundador de la International Network of Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA), membre corporatiu de la Health Technology Assessment International (HTAI), membre de la Guidelines International Network (G-I-N), membre del CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública (CIBERESP) i grup de Recerca en Avaluació de Serveis i Resultats de Salut (RAR) reconegut per la Generalitat de Catalunya.

Els autors declaren no tenir cap conflicte d'interès en relació amb aquest document.

Es recomana que aquest document sigui citat de la manera següent: Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, Solà-Morales O, Tebé C. Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.

Les persones interessades en aquest document poden adreçar-se a:

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Roc Boronat, 81-95 (segona planta). 08005 Barcelona
Tel.: 93 551 3888 | Fax: 93 551 7510 | direccio@aatrm.catsalut.cat | www.aatrm.net

Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. 1a edició, desembre 2010, Barcelona
Correcció: Isabel Parada (AIAQS)
Disseny: Isabel Parada (AIAQS)
Dipòsit legal: B.47372-2010

© Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut

L'Agència té la propietat intel·lectual d'aquest document, el qual pot ser reproduït, distribuït i comunicat públicament, totalment o parcialment, per qualsevol mitjà, sempre que no se'n faci un ús comercial i se'n citi explícitament l'autoria i procedència.

Priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya

Paula Adam
Sònia Alomar
Mireia Espallargues
Michael Herdman
Lola Sanz
Oriol Solà-Morales
Cristian Tebé

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut

 Agència d'Informació,
Avaluació i Qualitat en Salut

AUTORIA I COL·LABORACIONS

Autors

- Paula Adam, Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) i CIBERESP
- Sònia Alomar, AIAQS
- Mireia Espallargues, AIAQS i CIBERESP
- Michael Herdman, Insight Consulting Research
- Lola Sanz, Insight Consulting Research
- Oriol Solà-Morales, AIAQS
- Cristian Tebé, AIAQS i CIBERESP

Experts

- Margarida Admetlla. Direcció General de Planificació i Avaluació. Departament de Salut
- Xavier Castells. Cap del Servei d'Epidemiologia i Avaluació. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona
- Moisès Coll. Servei de Traumatologia. Hospital de Mataró. Barcelona.
- Jorge Delagneau. Cap del Servei d'Urologia. Hospital Verge de la Cinta de Tortosa. Tarragona
- Laura Fernández. Direcció del Fòrum Català de Pacients
- Ana López. Infermera del Servei de Cirurgia. Hospital de Valls. Tarragona
- Francesca Mitjavila. Servei de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona
- Francesc Sala. Direcció de l'Àrea Quirúrgica i Intervencionisme. Hospital General de Vic. Barcelona
- Antoni Rafecas, Cap del Servei de Cirurgia. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona
- Marisol Rodríguez. Catedràtica i professora de la Facultat d'Economia de la Universitat de Barcelona
- Laura Sampietro-Colom. Subdirecció d'Innovació. Fundació Clínic. Barcelona
- Meritxell Solé. Economista. Facultat d'Economia de la Universitat de Barcelona
- Pablo Hernando. Expert en Bioètica. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell
- Felip Pi. Cap del Servei de Cirurgia. Hospital de Viladecans. Barcelona
- José Miguel Sanz. Secretaria General de la Unió de Consumidors de Catalunya-UCC
- Pilar Tornos. Servei de Cardiologia. Hospital de la Vall d'Hebron. Barcelona
- Josep Tuñí. Servei d'Oftalmologia. Hospital del Mar-IMAS. Barcelona

Col·laboradors de l'AIAQS

- Laura Vivó, gestió documental

Col·laboradors externs

- Roger Pla. Gerència de la Regió Sanitària Terres de l'Ebre. Institut Català de la Salut

Revisors externs

- Joan Costa i Font. Department of Social Policy. European Institute. London School of Economics and Political Science. Gran Bretanya
- Àngel Puyol. Departament de Filosofia. Universitat Autònoma de Barcelona. Comitè d'Ètica Assistencial. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona
- Oriol Vall. Cap del Servei de Pediatria. Hospital del Mar-Parc de Salut Mar. Barcelona

ÍNDIX

| | |
|--|-----------|
| Idees clau | 9 |
| Resum executiu | 10 |
| Resum científic | 12 |
| English abstract | 14 |
| Introducció | 16 |
| Objectius | 20 |
| Estructura | 21 |
| Capítol 1. Identificació de criteris i assignació de pesos | 23 |
| Metodologia | 24 |
| Primera revisió de la literatura i proposta de criteris | 24 |
| Primera reunió de consens d'experts..... | 25 |
| Resultats..... | 27 |
| Descripció dels criteris | 28 |
| Ponderació dels criteris..... | 30 |
| Capítol 2. Categoritzacions dels criteris i classificacions dels procediments amb llista d'espera | 31 |
| Metodologia | 31 |
| Segona reunió de consens d'experts..... | 33 |
| Anàlisi de les dades de temps d'espera i/o demora..... | 35 |
| Segona revisió de la literatura..... | 37 |
| Resultats..... | 38 |
| Criteri 1: impacte en la qualitat de vida | 38 |
| Criteri 2: risc de l'espera | 42 |
| Criteri 3: temps de demora i temps d'espera | 45 |
| Criteri 4: efectivitat clínica | 47 |
| Criteri 5: ús de serveis sanitaris durant l'espera | 51 |
| Variabilitat de les puntuacions individuals..... | 52 |
| Ordenacions directes dels subgrups d'experts | 53 |
| Capítol 3. Ordenació dels procediments amb llista d'espera | 54 |
| Metodologia | 55 |
| Obtenció de les puntuacions globals i ordenacions | 55 |
| Anàlisi de dissimilitud entre ordenacions: índex de dissimilitud | 55 |
| Anàlisi de la concordança entre subgrups d'experts..... | 58 |
| Validesa de constructe..... | 58 |
| Resultats..... | 58 |
| Puntuacions globals | 58 |
| Ordenacions dels procediments i anàlisi de dissimilitud | 62 |
| Anàlisi de concordança entre subgrups | 70 |

| | |
|---|------------|
| Validesa de constructe..... | 71 |
| Valoració global de la robustesa de l'ordenació basal..... | 73 |
| Discussió | 74 |
| Recomanacions..... | 77 |
| Annexos | 78 |
| Annex 1: Estratègies de cerca..... | 78 |
| Cerca #1. Cerca d'experiències de priorització entre procediments amb llistes d'espera | 78 |
| Cerca #2. Cerca d'estudis sobre complicacions o riscos de l'espera per intervenció quirúrgica | 80 |
| Cerca #3. Cerca d'estudis sobre qualitat de vida de les patologies associades i/o d'efectivitat de les intervencions | 81 |
| Annex 2. Exercici per als experts del primer grup de consens..... | 83 |
| Annex 3. Distribucions teòriques i empíriques de les variables temporals..... | 86 |
| Annex 4. Taula de resultats de la segona revisió de la literatura per estudis amb EQ-5D..... | 87 |
| Annex 5. Taula de resultats de la revisió de la literatura per al criteri 2 (risc de l'espera)..... | 99 |
| Annex 6. Llista d'agrupadors de procediments quirúrgics del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009 | 103 |
| Abreviacions..... | 112 |
| Bibliografia..... | 113 |

ÍNDIX DE TAULES

| | |
|---|----|
| Taula 1. Llista dels trenta procediments treballats en aquest estudi..... | 18 |
| Taula 2. Proposta de criteris de l'equip investigador al grup d'experts | 24 |
| Taula 3. Distribució dels experts convocats i assistents al primer grup de consens segons expertesa | 27 |
| Taula 4. Distribució de vots segons àrees identificades | 28 |
| Taula 5. Suma de punts i transformació en pesos per a cada criteri | 30 |
| Taula 6. Distribució dels experts en el segon grup de consens, segons expertesa i especialitat | 33 |
| Taula 7. Distribució dels experts en el segon grup de consens, segons expertesa i especialitat | 35 |
| Taula 8. Qüestionari de salut EQ-5D, dimensions, categoritzacions i puntuacions assignades | 39 |
| Taula 9. Classificació dels trenta procediments amb llista d'espera segons les categoritzacions del criteri 1 (impacte en la qualitat de vida)..... | 40 |
| Taula 10. Categorització del criteri 2 (risc de l'espera) i puntuacions assignades..... | 43 |
| Taula 11. Classificació dels trenta procediments segons el criteri 2 (risc de l'espera) i puntuacions assignades..... | 43 |
| Taula 12. Categorització del criteri 3 (temps d'espera i de demora) i puntuacions assignades | 45 |
| Taula 13. Categorització dels procediments basada en estadístics ^a del temps d'espera i demora, i puntuacions obtingudes..... | 46 |
| Taula 14. Variacions en la puntuació dels procediments segons el criteri 3, amb variacions en el punt de tall de les probabilitats..... | 47 |
| Taula 15. Categorització del criteri 4 (efectivitat clínica) i puntuacions assignades..... | 48 |
| Taula 16. Puntuació dels procediments segons el criteri 4 (efectivitat clínica) | 48 |
| Taula 17. Categorització del criteri 5 (ús de serveis sanitaris durant l'espera) i puntuacions assignades..... | 51 |
| Taula 18. Puntuació dels procediments segons el criteri 5 (ús de recursos sanitaris durant l'espera) i puntuacions assignades | 52 |
| Taula 19. Ordenació directa de quinze procediments per part del subgrup 1..... | 53 |
| Taula 20. Ordenació directa de quinze procediments per part del subgrup 2..... | 53 |
| Taula 21. Puntuacions individuals i puntuacions globals dels trenta procediments amb llistes d'espera..... | 60 |
| Taula 22. Ordre de prioritat dels trenta procediments amb llistes d'espera ^a , utilitzant l'EVA (Score 1)..... | 63 |
| Taula 23. Ordre de prioritat dels trenta procediments amb llista d'espera ^a , utilitzant l'EQ-5D (Score 2)..... | 64 |
| Taula 24. Classificacions dels criteris 1, 2 i 4 segons la literatura i impacte en les ordenacions..... | 68 |
| Taula 25. Concorança en la classificació entre subgrups d'experts | 71 |
| Taula 26. Comparacions dels índex de dissimilitud (IDO) respecte de l'ordenació basal (Score 1)..... | 73 |

ÍNDIX DE FIGURES I DIAGRAMES

| | |
|---|----|
| Figura 1. Criteris i pesos de prioritització entre procediments quirúrgics electius amb llistes d'espera..... | 10 |
| Diagrama 1. Priorització de procediments amb llistes d'espera. Esquema del procés metodològic i obtenció de resultats | 22 |
| Diagrama 2. Metodologia i resultats del Capítol 1..... | 23 |
| Diagrama 3. Metodologia i resultats del Capítol 2..... | 32 |
| Figura 2. Distribució de la variable temps fins a l'esdeveniment (o intervenció)..... | 37 |
| Diagrama 4. Metodologia i resultats del Capítol 3..... | 54 |
| Figura 3. Ordenació basal i ordenació inversa dels procediments amb llista d'espera..... | 56 |
| Figura 4. Ordenacions dels procediments amb llistes d'espera, segons l'ús de l'EVA (Score 1) enfront del sistema descriptiu amb tarifes socials de l'EQoI-5D (Score 2)..... | 63 |
| Figura 5. Ordenacions dels procediments segons variacions en la categorització del criteri 3 (temps d'espera i de demora)..... | 66 |
| Figura 6. Ordenació dels procediments segons puntuacions globals ponderades (Score 1) i no ponderades (Score 4)..... | 67 |
| Figura 7. Ordenació basal (Score 1) i ordenació segons evidència científica parcial (Score 5)..... | 70 |
| Figura 8. Ordenacions de sumes ponderades i ordenacions directes, subgrup d'experts G1 | 72 |
| Figura 9. Ordenacions de sumes ponderades i ordenacions directes, subgrup d'experts G2 | 72 |

IDEES CLAU

Una dificultat a l'hora d'afrontar "el problema de les llistes d'espera" és quines són les que requereixen un abordatge de manera més prioritària. La priorització és complexa perquè els criteris a tenir en compte són múltiples, no són clars i varien segons necessitats i visions dels diferents actors implicats.

Un grup amb àmplia representació d'experts i representants d'usuaris conclou per consens els criteris que s'han de tenir en compte per prioritzar llistes d'espera i posteriorment desenvolupar sistemes de priorització de pacients intra-llista d'espera. Els criteris són, per ordre d'importància: impacte en la qualitat de vida de la patologia associada al procediment quirúrgic, risc de complicacions durant l'espera, temps estimat de demora o mesures del temps d'espera dels pacients actualment en llista d'espera, efectivitat clínica de la intervenció, ús de recursos i serveis sanitaris durant l'espera.

Els quatre procediments mes prioritàris són: la fusió vertebral, les operacions d'obesitat mòrbida, els cateterismes cardíacs i la inserció/recanvi de pròtesi de genoll. La posició en l'ordre de prioritats dels procediments en situació intermèdia de prioritats és força sensible a variacions en l'estratègia analítica i, per tant, cal interpretar l'ordenació amb cautela.

RESUM EXECUTIU

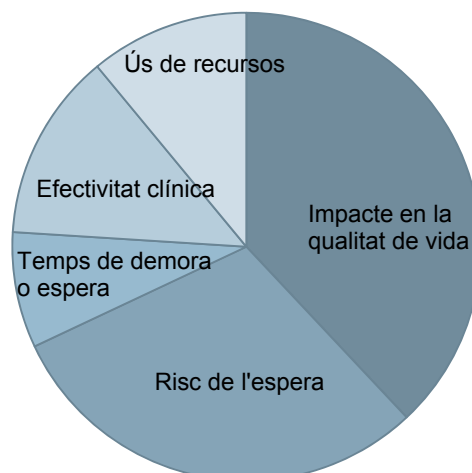
A l'hora d'abordar el tema de les llistes d'espera de manera individualitzada, sorgeix la necessitat d'identificar quins són els procediments amb llistes d'espera més prioritaris. Això és així perquè no són pocs els procediments amb llista d'espera (actualment el Servei Català de la Salut-Catsalut en té codificats una seixantena). La dificultat en prioritzar rau en el fet que els criteris que s'han de tenir en compte són múltiples i varien segons les necessitats i visions de l'actor implicat. Un exercici de consens amb àmplia participació social pot ser molt informatiu a l'hora de prendre-hi decisions sanitàries i de gestió.

Aquest estudi desenvolupa un sistema ad hoc de prioritització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera la finalitat última del qual era desenvolupar posteriorment sistemes de prioritització de pacients intra-llista d'espera. L'estudi també presenta la seva aplicació al grup de trenta procediments amb llistes d'espera vigents i codificats el desembre del 2009 al sistema sanitari públic a Catalunya. La prioritització es fa identificant i ponderant criteris per consens d'experts, entre els quals hi ha economistes de la salut, experts en bioètica, investigadors sanitaris, professionals clínics i representants de pacients. S'obtenen cinc criteris mesurables i aplicables, que són:

- 1) Impacte en la qualitat de vida de la patologia associada al procediment quirúrgic.
- 2) Risc de complicacions durant l'espera.
- 3) Temps estimat de demora o mesures del temps d'espera dels pacients actualment en llista d'espera.
- 4) Efectivitat clínica de la intervenció.
- 5) Ús de recursos i serveis sanitaris durant l'espera.

També s'obtenen per consens uns pesos dels criteris i els seus nivells o categories que permeten calcular una ordenació global pels procediments avaluats. Quan ha estat possible, el consens s'ha validat amb revisió de la literatura i anàlisi de dades sobre el temps d'espera. La Figura 1 mostra el criteris i els pesos atorgats pels experts de manera gràfica.

Figura 1. Criteris i pesos de prioritització entre procediments quirúrgics electius amb llistes d'espera



L'exercici dóna com a resultat destacable una ordenació dels procediments segons la seva prioritat d'abordatge (en el sentit de desenvolupar posteriorment sistemes específics de prioritització de la llista d'espera per a cadascun d'aquests). S'efectuen un seguit d'anàlisis de dissimilitud entre les ordenacions obtingudes segons diverses estratègies metodològiques, una anàlisi de concordança entre subgrups d'experts, una anàlisi de validesa del constructe, i una valoració global de la robustesa de l'ordenació basal. Aquestes anàlisis permeten concloure que els extrems de l'ordenació són força robusts, mentre que l'ordenació en els punts intermedis és sensible a canvis en el mètode. Els quatre procediments més prioritaris, per ordre, són: la fusió vertebral, les operacions d'obesitat mòrbida, els cateterismes cardíacs i la inserció/recanvi de pròtesi de genoll.

L'estudi s'ha dut a terme per una demanda específica del CatSalut; no obstant això, el mètode i els resultats obtinguts poden ser extrapolables a altres decisions relacionades amb la prioritització dels procediments amb llista d'espera i ajudar a definir estratègies d'abordatge específiques.

Antecedents

El Servei Català de la Salut-CatSalut, amb la voluntat d'avançar en l'abordatge de la qüestió de les llistes d'espera i en la definició dels objectius de la gestió de les llistes d'espera per a procediments quirúrgics electius, ha encarregat a l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) desenvolupar un sistema de prioritització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya i realitzar una ordenació dels trenta procediments vigents per prioritat. Aquesta ordenació pot servir de suport per definir estratègies d'abordatge de les llistes d'espera de manera individualitzada, especialment el desenvolupament de sistemes de prioritització específics.

Objectius

- Identificar uns criteris per prioritzar els procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic català, així com uns pesos per assignar a cada criteri.
- Definir i categoritzar els criteris identificats.
- Classificar els trenta procediments amb llista d'espera segons els criteris definits i les categories assignades.
- Ordenar els procediments amb llista d'espera segons una puntuació ponderada de cadascun d'aquests sobre la base de tots els criteris.

Metodologia

S'aborda l'estudi amb diverses metodologies combinades, segons els objectius específics. En particular, s'han realitzat revisions de la literatura, s'ha adoptat la metodologia del consens d'experts i s'han realitzat anàlisis quantitatives de dades del Registre de gestió i seguiment de llistes d'espera del CatSalut.

Resultats

S'obtenen els criteris següents per a la prioritització de procediments de cirurgia electiva amb llista d'espera i uns pesos per a cada criteri (entre parèntesis):

- Impacte en la qualitat de vida (0,38)
- Risc de l'espera (0,30)
- Temps d'espera i de demora (0,08)
- Efectivitat de la intervenció (0,13)
- Ús de recursos sanitaris durant l'espera (0,11)

A partir de les categories assignades a cada criteri i per cadascun d'aquests, es presenta una classificació dels trenta procediments amb llista d'espera vigents del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut a desembre de 2009. També es presenta una puntuació global per a cada procediment i una ordenació segons aquesta puntuació. L'estudi presenta una ordenació segons la qual els quatre procediments més prioritars són: la fusió vertebral, les operacions d'obesitat mòrbida, els cateterismes cardíacs i la inserció/recanvi de pròtesi de genoll.

Conclusions

Amb els resultats presentats en aquest informe, els decisors sanitaris i responsables de l'abordatge de les llistes d'espera a Catalunya poden disposar d'una eina que els ajudi a prioritzar els procediments quirúrgics electius amb llista d'espera. L'ordenació que presenta aquest informe és vàlida per als trenta procediments que es van analitzar. Les diferents anàlisis de validesa del constructe, de robustesa de l'ordenació basal, de concordança entre els grups d'experts i de divergències amb els resultats de la literatura mostren estabilitat en l'agrupació dels quatre procediments més prioritars i dels tres procediments menys prioritars. Per tant, si bé en les posicions intermèdies de l'ordenació hi ha certa variabilitat segons variacions en el mètode, els extrems de l'ordenació mostren robustesa.

ENGLISH ABSTRACT

Background

The Catalan Healthcare Service-CatSalut seeks some progress in facing the issue of the waiting lists of elective surgery interventions and defining a number of targets for optimal administration. In this context, Catsalut has commissioned to the Catalan Agency of Health Information, Assessment and Quality (CAHIAQ) to develop a system of priority-setting between elective surgery interventions in the public healthcare system of Catalonia, and to obtain a ranked list of the 30 interventions at force according to priority. This ranking by priority can be useful for supporting specific management strategies and more to organize the development of patient priority setting systems for specific elective surgery interventions.

Objectives

- To identify a number of criteria to set priorities between elective surgery interventions with waiting lists of the Catalan public healthcare system, as well as a number of weights associated to each criterion.
- To define and categorize the identified criteria.
- To classify the 30 interventions at force according to the identified criteria and assigned categories.
- To rank the interventions according to a weighted sum of individual scorings obtained for each criterion.

Methodology

The study adopts a number of methodologies according to the specific objectives. In particular, literature reviews, consensus meetings of experts and quantitative analysis of the data included in the register of waiting lists of Catsalut are carried on.

Results

The following criteria and weights (in parenthesis) for priority-setting between elective surgery interventions with waiting lists are obtained:

- Impact in quality of life (0,38)
- Risk associated with waiting (0,30)
- Waiting times or delay (0,08)
- Effectiveness of the intervention (0,13)
- Use of healthcare resources during waiting time (0,11)

Based on the assigned categories to each criterion, a classification of the 30 elective surgery interventions with waiting lists at force in December de 2009 is presented. Each intervention is scored for each criterion. A ranked list is obtained through a weighted sum of specific

scores. The resulting list shows at the top priority the following four interventions: spinal fusion, morbid obesity interventions, cardiac catheterization, knee insertion/replacement.

Conclusions

The results presented in this report are a useful tool for healthcare decision-makers and responsible of waiting lists management in Catalonia to set priorities between elective surgery interventions with waiting lists. The ranking obtained in this report is valid for the 30 interventions at force in the moment of the analysis. Different analyses of construct validity, robustness of the basal scored list, match between expert groups and divergences with the results from the scientific literature show stability in the top four interventions of the ranking and the bottom three. Hence, while interventions in the intermediate ranking are sensitive to variations in the method, extremes of the ranking prove to be robust.

INTRODUCCIÓ

En un sistema de serveis sanitaris finançat públicament, com és el cas de Catalunya i d'Espanya, la prioritització és una de les tasques més complexes i, tanmateix, més habituals (de manera implícita) que fan els decisors a tots els nivells. Els decisors clínics i sanitaris, els gestors i els polítics han de prioritzar entre procediments diagnòstics i terapèutics, entre estratègies preventives i de salut pública, entre tecnologies, entre pacients, entre fàrmacs, entre territoris, entre organismes, entre estructures, etc. Això no obstant, els criteris usats per prioritzar no acostumen a ser explícits i hi ha variabilitat en la seva definició i aplicació, el que pot generar incoherències internes del sistema. El fet d'explicitar els criteris de prioritització és una pràctica que pot evitar l'arbitrarietat i contribuir a una gestió més transparent i responsable del sistema. S'esperaria que un dels criteris implícits prevalents fos l'equitat, tot i que no n'és l'únic. De fet, les arquitectures dels sistemes sanitaris d'arreu del món es diferencien, en el que és fonamental, per com s'han construït els sistemes de prioritzacions des de la base¹⁻³.

De manera genèrica, les prioritzacions es poden dur a terme a nivell macro (p. ex. plans estratègics o programes de govern), a nivell meso (p. ex. avaluacions de cost-efectivitat entre intervencions o entre fàrmacs) o a nivell micro (p. ex. prioritziació de pacients en llista d'espera)⁴. Si bé els governs, cada vegada més, fan públiques les estratègies a nivell macro, la pràctica de fer explícites les prioritzacions és menys habitual en els nivells meso o micro i, en qualsevol cas, encara són més escasses les ocasions en què els criteris adoptats per a les prioritzacions es fan explícits. En aquest sentit, a nivell micro, les agències d'avaluació de tecnologies sanitàries han contribuït a fomentar la pràctica d'adoptar de manera unificada i consensuada criteris explícits, objectius, mesurables i d'acceptació generalitzada per part dels diferents actors implicats. Aquest és el cas dels sistemes de prioritziació de pacients en llista d'espera. Les estratègies d'abordatge i, per tant, els criteris de prioritziació varien segons els països⁵.

La necessitat de prioritzar no només es deu a la limitació de recursos (pressupostaris, humans i tecnològics) sinó també a la necessitat d'un ús adient, una racionalització adequada de l'oferta de serveis i una identificació apropiada de les necessitats. A mesura que les societats occidentals avancen en la cultura de l'avaluació, la transparència democràtica i l'*accountability* (o responsabilització) de la gestió dels serveis públics, es fa més palesa la necessitat de justificar les decisions amb criteris explícits, justificats, transparents i, si és possible, replicables. Habitualment, quan es parla de prioritziació en l'àmbit de les llistes d'espera, s'acostuma a referir a l'establiment de criteris (genèrics i/o específics) per ordenar els pacients a les cues d'espera de manera homogènia i sense que hi hagi variabilitat intra o entre centres o àmbits territorials. Tanmateix, aquest no és l'únic aspecte en què el decisor i gestor públic ha de prioritzar. Per exemple, en la qüestió de l'abordatge de les llistes d'espera, quan n'hi ha diverses que requereixen una atenció específica, el decisor sanitari també ha de prioritzar quines llistes d'espera necessiten atenció amb més immediatesa que d'altres.

A Catalunya, fins a dia d'avui, s'han elaborat sistemes de prioritització per a pacients en llistes d'espera per a tres tipologies de procediments de cirurgia electiva^a: les intervencions de cataractes i les pròtesis de maluc i de genoll^{3,6-8}. Per a la resta de llistes d'espera, no s'ha publicat, tot i haver-se treballat, cap sistema específic o genèric de prioritització de pacients, aplicable de manera transversal en els diferents centres sanitaris. Però això no vol dir que no s'utilitzin sistemes de prioritització de manera individual (el sistema *first-in-first-out* n'és un, però n'hi poden haver altres implícits que varien d'un centre o d'un servei a un altre).

La situació de les llistes d'espera ha estat una font de preocupació (amb major o menor intensitat segons els períodes) per als decisors sanitaris i per a l'opinió pública des d'un temps ençà, tant a Catalunya com a la resta de l'Estat espanyol. Preocupa el volum de pacients en espera, el temps mitjà i la mediana de les esperes. També preocupa la contrarietat del nombre significatiu de complicacions causades per excessives esperes combinat amb el nombre significatiu d'indicacions inapropiades i intervencions innecessàries. Se suma a aquesta "problemàtica" la dificultat per mesurar els nombres reals de les llistes d'espera, bé sigui per causa dels pacients ja intervinguts que romanen dins les llistes per manca de depuracions periòdiques, bé per l'existència de llistes no-oficials d'espera prèvies a l'entrada a la llista d'espera o, fins i tot, per la cadena seqüencial d'esperes abans d'arribar a la llista per a la intervenció⁹.

El Servei Català de la Salut-CatSalut, davant la complexitat d'aquesta qüestió, ha endegat diferents accions. D'una banda, d'un temps ençà, tots els centres públics estan obligats a enviar periòdicament al CatSalut informació sobre els pacients en llistes d'espera per a procediments diagnòstics i terapèutics de cirurgia electiva, excloent-ne els procediments oncològics i trasplantaments. Aquesta informació nodreix el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut. A més a més, s'està avançant en l'adequada ordenació d'aquesta informació amb l'objectiu de fer-ne un ús per millorar la gestió i el seguiment. De tots els procediments que es duen a terme en l'actualitat, n'hi ha trenta que han estat agrupats i codificats (vegeu la Taula 1). La resta (actualment agrupats en un codi miscel·lani) estan en procés de codificació i s'espera arribar a una totalitat entorn dels seixanta procediments. Dels trenta procediments ja codificats, n'hi ha setze que tenen assignat un temps màxim d'espera garantit de sis mesos (entre els quals s'inclou la cirurgia per cataractes i les pròtesis de genoll i de maluc). Cada semestre, el CatSalut fa públiques les dades del volum de pacients en espera i la mitjana de temps d'espera i de demora per catorze de les setze llistes amb temps de garantia. El present treball centra l'estudi en els trenta procediments codificats a data de desembre de 2009 (vegeu la Taula 1).

^a En l'àmbit de les intervencions quirúrgiques, a Catalunya, hi ha dos tipus de llistes d'espera:

- Llistes d'espera per cirurgia electiva i condicions no urgents: l'espera implica per als pacients un temps –més o menys llarg– subjectes a les condicions i qualitat de vida derivades d'una situació clínica totalment o parcialment solucionable pel servei que s'ha de prestar.
- Llistes d'espera per problemes potencialment vitals o urgents: l'espera redueix els beneficis esperats del tractament (mortalitat atribuïble a l'espera, agreujament del pronòstic, reducció de supervivència, etc.) a més de la pèrdua temporal de qualitat de vida.

Taula 1. Llista dels trenta procediments treballats en aquest estudi

Procediments de cirurgia electiva amb llista d'espera^a

| |
|---|
| Operacions de cataracta |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural |
| Colecistectomia |
| Operacions de septe nasal |
| Artroscòpia |
| Vasectomia |
| Operacions de pròstata |
| Alliberament canal carpià i altres |
| Operacions d'amígdales i adenoides |
| Circumcisió |
| Cateterismes cardíacs |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll |
| Histerectomia |
| Operacions d'aparell lacrimal |
| Operacions d'orella mitjana |
| Operacions de dents i geniva |
| Operacions anals |
| Operacions d'hemorroides |
| Reparacions d'altres hernies |
| Reparacions del dit del peu |
| Reparacions d'hèrnia discal |
| Fusió vertebral |
| Operacions d'obesitat mòrbida |
| Operacions de mà |
| Operacions de parts toves aparell locomotor |
| Operacions de quist pilonidal |
| Excisió de lesió cutània |
| Reparació de la incontinència urinària |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

L'abordatge de la qüestió de les llistes d'espera es pot dur a terme des de vessants diferents. En primer lloc, cal tenir en compte que els trenta procediments tenen especificitats pròpies a causa de: 1) la variabilitat dels processos quirúrgics (des del punt de vista organitzatiu, per exemple, la taxa d'ocupació de quiròfan per intervenció és molt variable, i des del punt de vista clínic, per exemple, l'efectivitat i el cost-efectivitat de la intervenció també ho són); 2) la variabilitat en la magnitud i característiques de la llista d'espera (volum de la llista, mitjana i mediana d'espera i temps de demora); 3) els factors de risc dels pacients en espera (risc de complicacions durant l'espera); 4) la variabilitat en l'efecte funcional i social dels diagnòstics associats a les llistes d'espera (per exemple, baixes laborals, situacions de dependència, afectació en les activitats de la vida diària) i d'altres. És per això que no totes les llistes d'espera tenen la mateixa urgència i estratègies d'abordatge. Per aquest motiu neix la idea de prioritzar els procediments i sobretot d'establir criteris explícits per ordenar les llistes d'espera, a partir dels quals el CatSalut tingui una eina que l'ajudi en l'abordatge específic posterior de cadascuna de les llistes.

El CatSalut, amb la voluntat d'avançar en l'abordatge de la qüestió de les llistes d'espera i en la definició dels objectius de la gestió de les llistes d'espera per a procediments quirúrgics electius, ha encarregat a l'Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) un estudi amb la finalitat d'obtenir: 1) uns criteris explícits, clars i consensuats entre els diferents actors implicats per prioritzar els trenta procediments amb llista d'espera vigents a data de desembre de 2009; 2) com a resultat de l'aplicació d'aquests criteris, una ordenació dels trenta procediments segons la prioritat resultant; i 3) una metodologia replicable a altres procediments amb llista d'espera (potencialment, les aproximadament seixanta llistes que es preveu obtenir un cop finalitzada la tasca de codificació dels procediments associats a les llistes d'espera).

En el marc d'aquest encàrrec es preveu un pla de treball en dues etapes:

- Primera etapa: realitzar una priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera, per tal d'ordenar i seleccionar quines llistes d'espera s'aborden en la segona etapa.
- Segona etapa: elaborar un sistema de priorització entre pacients en llista d'espera per als procediments més prioritaris, segons el resultat obtingut a la primera etapa d'aquest estudi. El disseny d'aquest sistema es beneficiarà dels sistemes elaborats prèviament per l'AIAQS en el cas de les intervencions de cataractes i de pròtesis de maluc i genoll.

El present estudi recull la tasca realitzada per l'AIAQS en la primera etapa del projecte.

OBJECTIUS

Objectiu general

Desenvolupar un sistema de prioritització de procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic a Catalunya i identificar una ordenació dels trenta procediments vigents per prioritat.

Objectius específics

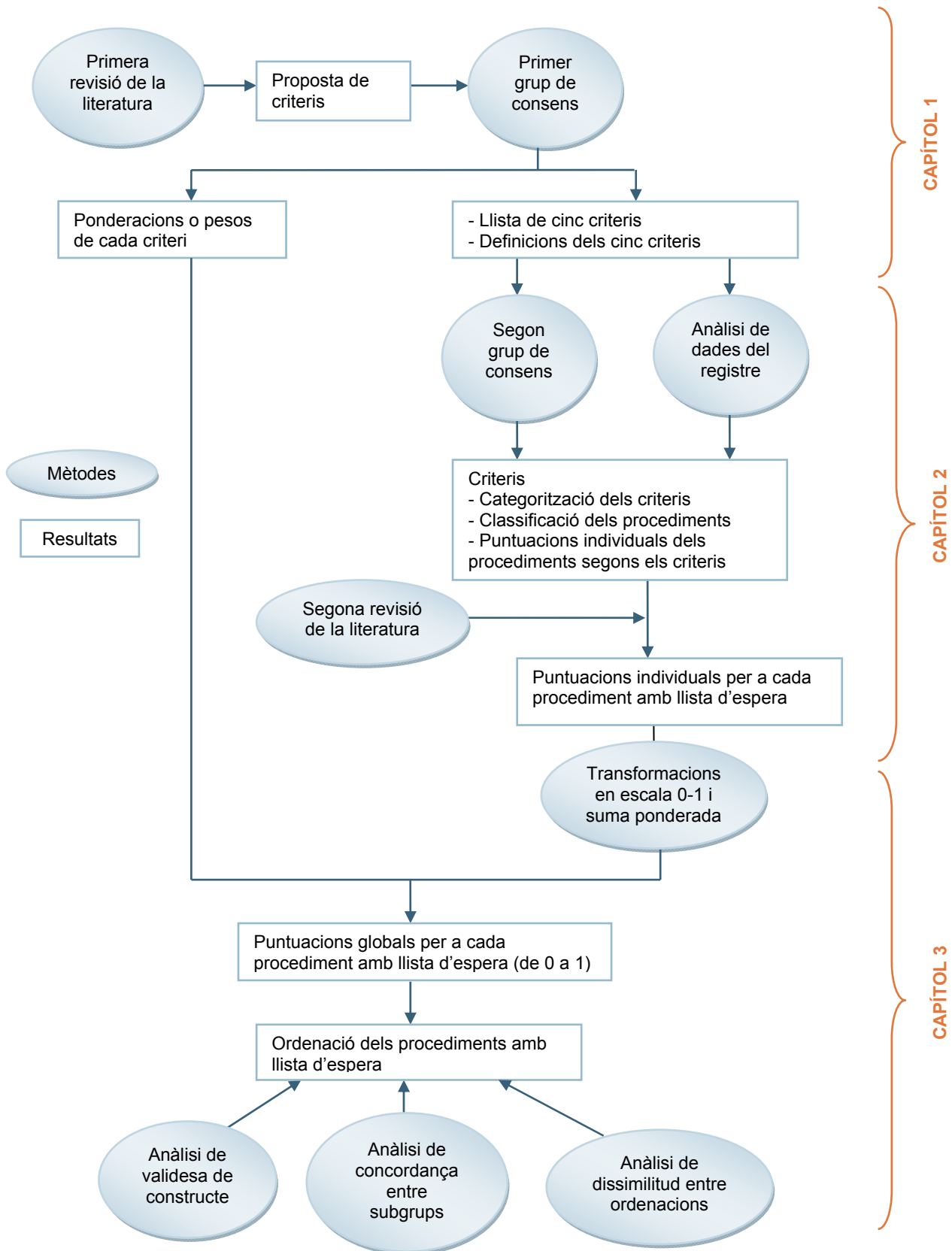
- Identificar uns criteris per prioritzar els procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic català, així com uns pesos per assignar a cada criteri.
- Definir i categoritzar els criteris identificats.
- Classificar els trenta procediments amb llista d'espera segons els criteris definits i les categories assignades.
- Ordenar els procediments amb llista d'espera segons una puntuació ponderada sobre la base de tots els criteris

ESTRUCTURA

El document està organitzat en tres capítols. En el Capítol 1 es presenta la metodologia usada per identificar un nombre manejable de criteris de prioritització i els resultats obtinguts. Aquest capítol també presenta la metodologia per obtenir uns pesos per a aquests criteris i els resultats obtinguts. En el Capítol 2 s'exposa la metodologia i els resultats de la categorització dels criteris i de la classificació dels procediments amb llista d'espera. Finalment, en el Capítol 3 es presenta la metodologia i els resultats de l'ordenació dels procediments amb llista d'espera, acompanyat d'un seguit d'anàlisis de l'impacte sobre l'ordenació dels procediments amb diverses variacions metodològiques. A continuació hi ha un capítol de Discussió i un altre de Conclusions. Finalment, en els Annexos es recull material de suport al contingut dels capítols.

La complexitat de l'encàrrec, la diversitat dels objectius i l'especificitat dels mètodes requerits en diferents moments de l'estudi fan que tant l'estructura del document com l'enllaç entre aquesta i els diferents objectius i resultats sigui igualment complexa. El Diagrama 1 presenta un mapa del document. Per evitar confusions i ajudar al lector a seguir el fil de l'estudi, al començament de cada capítol es repassa la part del mapa corresponent a aquell capítol.

Diagrama 1. Priorització de procediments amb llistes d'espera. Esquema del procés metodològic i obtenció de resultats

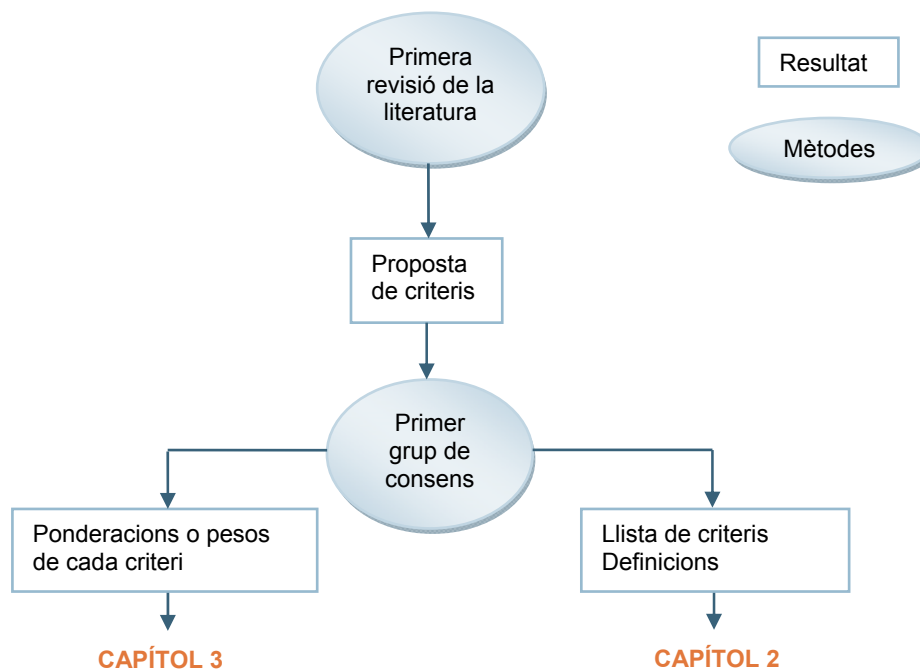


CAPÍTOL 1. IDENTIFICACIÓ DE CRITERIS I ASSIGNACIÓ DE PESOS

En aquest capítol es presenten la metodologia i els resultats de la primera part de l'estudi. L'objectiu va ser identificar criteris per a la prioritització de procediments amb llista d'espera i l'assignació de pesos a cadascun dels criteris per tal de poder, en una fase ulterior, calcular puntuacions globals que permetessin prioritzar els procediments. La metodologia utilitzada va ser una revisió inicial de la literatura que va ajudar a presentar un marc conceptual i propostes de criteris a una primera reunió de consens d'experts, amb representació dels diferents actors implicats en la problemàtica de les llistes d'espera.

El Diagrama 2 mostra l'estructura que segueix el present capítol per arribar, a través dels mètodes exposats, als resultats.

Diagrama 2. Metodologia i resultats del Capítol 1



Metodologia

Primera revisió de la literatura i proposta de criteris

La primera revisió de la literatura es va realitzar amb l'objectiu d'obtenir documents clau per:

- Identificar models conceptuals que oferissin possibles criteris de prioritització en els sistemes de salut i, en particular, en llistes d'espera.
- Identificar experiències d'aplicació de criteris de prioritització en altres sistemes sanitaris, ja sigui en llistes d'espera o en altres aspectes del sistema.

Es van portar a terme diverses estratègies de cerca (vegeu l'Annex 1, Cerca #1).

El resultat d'aquestes cerques és que no es va identificar cap model conceptual, criteris o experiència de prioritització en llistes d'espera. En canvi, es va identificar un grup de criteris utilitzats, d'una banda, en experiències de prioritització en serveis sanitaris^{1,10-12} i en tecnologies sanitàries¹³⁻¹⁵, i de l'altra, en pacients en llistes d'espera (en l'àmbit de l'Estat espanyol i internacional)^{16,17}.

Alguns dels criteris identificats a la literatura per a les polítiques de racionament en general es podien "adaptar" al cas de la prioritització de llistes d'espera. A aquest criteris genèrics adaptats se n'hi afegiren d'altres específics del context de les llistes d'espera de cirurgia electiva. Així, es va presentar al grup d'experts una proposta de possibles criteris i definicions a tenir en compte, agrupats segons la classificació que es presenta en la Taula 2.

Taula 2. Proposta de criteris de l'equip investigador al grup d'experts

| Criteris relacionats amb la càrrega de la malaltia per al pacient | |
|---|---|
| Dependència | La definició d'aquest criteri pot variar per la diferència de matisos segons el punt de vista. Habitualment s'associa a la dependència d'altres persones per al funcionament habitual en diferents àmbits (cura d'un mateix –alimentació, higiene personal...–, mobilitat, àmbit laboral, entre d'altres). |
| Gravetat de la malaltia | Igual que l'anterior, aquest criteri pot variar per la diferència de matisos segons el punt de vista. Habitualment s'associa a grau de patiment (p. ex. dolor, dispnea, depressió, ansietat), limitació funcional, laboral, social i risc de seqüeles o de mort prematura. No obstant això, cal tenir present que els casos de risc elevat o mort prematura serien en principi canalitzats mitjançant la via urgent o semiurgent. |
| Criteris relacionats amb la càrrega de la malaltia per al sistema sanitari | |
| Utilització de serveis sanitaris durant l'espera | Ús del pacient, abans de la intervenció quirúrgica, dels serveis sanitaris superior al que es faria després de la intervenció. |
| Baixes laborals | Freqüència de baixes laborals superior a la que s'observaria després de la intervenció, a causa de l'estat de salut del pacient associat a la malaltia. |
| Criteris relacionats amb el guany mèdic net | |
| Efectivitat o utilitat de la intervenció | Probabilitat que la intervenció sigui efectiva, és a dir, que els resultats desitjats (beneficis) excedeixin els resultats adversos (riscos). |
| Adequació de la indicació | Una indicació es considera adequada quan hi ha una gran probabilitat que els beneficis de la intervenció excedeixin els riscos. |
| Variabilitat | Existència de variabilitat en la indicació de la intervenció, en la utilització del procediment quirúrgic, o en la pràctica mèdica relacionada amb el procediment. |
| Criteris relacionats amb les característiques de la població diana | |
| Edat | Llistes d'espera en què un grup d'edat hi és més representat que d'altres (normalment edats pediàtriques o edats avançades). |

| | |
|--|---|
| Estil de vida o conductes de risc | Llistes d'espera que afecten primordialment població que s'ha exposat a conductes de risc. |
| Nivell socioeconòmic | Llistes d'espera que afecten primordialment població d'un determinat nivell socioeconòmic. |
| Nivell ocupacional | Llistes d'espera que afecten primordialment població d'un determinat nivell ocupacional. |
| Criteris relacionats amb el cost del procediment o de la malaltia | |
| | En aquest apartat s'inclourien aspectes relacionats amb el cost del procediment i relacionats amb criteris proposats anteriorment com ara l'efectivitat o la utilitat. També s'inclouen els criteris indirectes relacionats amb el cost de la malaltia. |
| Criteris relacionats amb la càrrega de la llista d'espera | |
| Volum d'espera | Nombre de pacients pendents d'intervenció quirúrgica per a una determinada llista, en un tall temporal determinat (cada sis mesos). |
| Temps d'espera | Mitjana (expressada en dies naturals) que porten esperant els pacients pendents d'intervenció des de la data d'entrada al registre (data de prescripció de la intervenció) fins a la data final del període d'estudi d'una llista determinada. |
| Temps de demora | Mitjana (expressada en dies naturals) que han esperat els pacients ja intervinguts durant un període determinat. |
| Temps de resolució | Indicador prospectiu que recull el temps (expressat en dies naturals) que es tardaria a absorbir el total de pacients pendents d'intervenció quirúrgica al ritme de treball d'un període definit. |
| Demanda social | Existència de pressió social o mediàtica per a l'alleugeriment de la llista d'espera. |

A més a més, l'equip investigador va sol·licitar al grup d'experts que els criteris seleccionats complissin unes condicions necessàries per al bon desenvolupament del projecte: d'una banda, es va requerir que es tinguessin presents aspectes jurídics, ètics, d'equitat o d'igualtat, si esqueia; de l'altra, es va demanar que els resultats aportats pels experts complissin amb les condicions de factibilitat necessàries per al bon desenvolupament operatiu. En particular, es va demanar que els criteris fossin:

- Concrets: és a dir, amb definicions clares i explícites.
- Aplicables localment: aplicables dins del context del sistema sanitari públic català.
- Mesurables: a través de la definició d'unes categories clares i consensuades.
- Exhaustius/globals: aplicables a totes les llistes d'espera de cirurgia electiva.
- Operatius: criteris que el grup de treball pogués aplicar en els terminis que imposava el calendari del projecte.

Primera reunió de consens d'experts

Es va dur a terme una primera reunió de consens d'experts, els objectius operatius de la qual varen ser:

- Identificar i definir uns criteris.
- Categoritzar (de manera preliminar) els criteris (o suggerir possibles fonts d'informació per categoritzar-los).
- Consensuar els pesos que calia atorgar a cadascun dels criteris.

El mètode de conducció de la reunió d'experts escollit fou el metaplà perquè és una tècnica de treball grupal que combina la participació activa de tots els assistents amb un sistema estructurat d'exposició visual de les idees, el qual permet la recollida, visualització, classificació i ràpida valoració d'aquestes, així com facilita l'aportació individual per part de tots els participants. A més, incorpora un sistema de puntuació idoni per als propòsits d'aquesta reunió ja que deixa de forma molt clara i visual la importància relativa, per als participants, de cadascun dels conceptes identificats.

Prèviament a la reunió es va enviar als experts una proposta de treball, o document marc de treball, en què s'aportava informació principalment sobre els criteris identificats en la revisió de la literatura com a base per a la discussió i el consens. També se'ls va instar a fer un primer exercici en què es demanava una primera opinió sobre les tres llistes considerades més prioritàries i els motius d'aquesta consideració. L'objectiu de l'exercici va ser que els experts prioritzessin i després identifiquessin quins criteris havien utilitzat de manera implícita (vegeu l'Annex 2).

SELECCIÓ DE LA MOSTRA

Per definir la composició del primer grup de consens d'experts, es va tenir en compte la representació equitativa de tots els perfils professionals relacionats amb la diversitat d'actors implicats en la gestió de les llistes d'espera de cirurgia electiva del sistema sanitari català (clínic, gestors sanitaris, economistes de la salut, experts en bioètica, investigadors sanitaris i representants dels pacients). La grandària de la mostra va ser definida per la tipologia de la tècnica de consens utilitzada (metaplà) i es va establir la participació de dos experts com a màxim per cada perfil professional descrit (N=12).

DESENVOLUPAMENT DEL METAPLÀ

En primer lloc es va plantejar una pregunta molt concreta sobre el tema a consensuar (identificació de criteris de prioritització entre procediments amb llista d'espera de cirurgia electiva) i, a continuació, es va repartir un nombre determinat de targetes (cinc en aquest cas) a cada participant per tal que responguessin a la pregunta, exposant la seva idea en cada targeta. Un cop emplenades les targetes, aquestes es van col·locar a la vista de tothom. Si hi havia dubtes sobre les idees plantejades, aquests es van aclarir i argumentar sense establir cap tipus de debat. El pas següent va consistir a agrupar les targetes per similitud o coincidència de les idees expressades, creant-ne grups homogenis. Es va donar un nom a cadascun d'aquests grups i, finalment, es van prioritzar les idees de cada grup assignant-hi una prioritat i indicant-ne la major o menor importància en relació amb la resta. Això es va dur a terme utilitzant gomets adhesius de color vermell. Es va lliurar a cada participant cinc gomets adhesius i se'ls va demanar que els enganxessin a les targetes col·locades en el panell segons la importància que tingués el contingut per a cadascun d'ells. Es podien distribuir els gomets de la manera que cadascú desitgés. El nombre de gomets assignat a cada targeta o grup de targetes es va utilitzar després per prioritzar les diferents alternatives disponibles. En el cas de les targetes que compartien gomets, es van comptabilitzar d'igual manera per a cadascuna d'elles (per exemple, si dues targetes estaven col·locades juntes i hi havia tres gomets en la unió entre ambdues, es van comptabilitzar tres gomets per a cadascuna).

Després de l'exercici de prioritització i elecció dels criteris més rellevants, es va fer una aproximació a la definició de cadascun d'aquests i es van apuntar possibles fonts d'informació disponible per a cada criteri per ajudar a definir categories. També es va discutir sobre la possibilitat de categoritzar i assignar nivells a cada criteri de forma individual. Finalment, per tal de consensuar els pesos a atorgar a cadascun dels criteris es va realitzar un exercici de ponderació, demanant a cadascun dels experts participants que repartissin 100 punts entre els criteris identificats. Els punts s'havien de repartir pensant en la idea de la seva importància per a la prioritització entre procediments. Els punts assignats a cada criteri per cada participant es van sumar i transformar en una escala de 0 a 1.

L'anàlisi de la informació obtinguda en aquesta reunió de consens es va basar tant en la informació recollida a través de les fotografies dels panells com en la informació enregistrada durant la sessió. També es van utilitzar les notes preses durant la reunió que va ser conduïda per dos experts en tècniques de consens de grups amb la participació dels membres de l'equip investigador de l'AIAQS com a observadors.

Resultats

La sessió de consens va tenir una durada aproximada de tres hores. Hi assistiren un total d'11 experts segons la distribució que es mostra en la Taula 3.

Taula 3. Distribució dels experts convocats i assistents al primer grup de consens segons expertesa

| Tipus d'expertesa o representació | Nombre de convidats | Nombre d'assistents |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| Pràctica clínica | 2 | 2 |
| Gestió sanitària | 2 | 2 |
| Economia de la salut | 2 | 2 |
| Bioètica | 2 | 1 |
| Investigació | 2 | 2 |
| Representants de pacients | 2 | 2 |
| Total | 12 | 11 |

En total, es van col·locar 48 targetes. Del total de targetes repartides (55), 7 es van considerar no rellevants per a l'exercici o van ser idèntiques a targetes ja col·locades. Després de tenir en compte la duplicació de targetes, van quedar finalment quaranta-dos criteris agrupats en diverses àrees per similitud de concepte. Només 3 de les targetes no es podien agrupar en alguna de les àrees identificades ("variabilitat utilització geogràfica", "necessitats assistencials/procediments", "alternativa durant l'espera").

Els assistents van col·locar els gomets adhesius d'importància clarament en cinc de les set grans àrees identificades inicialment, amb força consens respecte a l'agrupació dels vots. En la Taula 4 es resumeix la distribució dels vots segons les àrees identificades.

Taula 4. Distribució de vots segons àrees identificades

| Criteri | Nombre de vots |
|--------------------------------|-----------------------|
| Impacte en la qualitat de vida | 15 |
| Risc de l'espera | 11 |
| Demora | 8 |
| Efectivitat clínica | 7 |
| Increment de l'ús de serveis | 5 |

Només dos dels vots realitzats no podien ser assignats a cap de les cinc àrees: un per al criteri de “necessitat no atesa” i un altre per a “alternativa durant l'espera”.

Així, els cinc criteris considerats més rellevants van ser: l'impacte de la patologia en la qualitat de vida, la possibilitat de la intervenció de prevenir mals majors (o risc de l'espera), l'efectivitat, l'ús de recursos durant l'espera i el temps en llista d'espera. Els participants també van poder proporcionar una definició operativa per als criteris, així com algunes idees per categoritzar-los. Es van suggerir diverses fonts per obtenir informació que podien ajudar a classificar els trenta procediments d'interès segons cadascun dels criteris. Finalment, també es va poder obtenir una puntuació per a cada criteri, per al càlcul i aplicació posterior de pesos.

A continuació es presenten els criteris identificats, la seva definició i propostes de categorització, i al final el resultat de l'exercici de ponderació.

Descripció dels criteris

CRITERI 1: IMPACTE EN LA QUALITAT DE VIDA

El criteri “invalidant” fou el més mencionat per part dels experts, juntament amb conceptes relacionats com “potencial impacte en qualitat de vida”, “afectació de les activitats de la vida diària”, “grau de patiment” o “pèrdua d'autonomia”. També es va posar èmfasi en la importància del sentit ampli del terme “invalidant”, i de components com ara el “dolor” i la “dependència”. Per tant, el criteri que inclou aquest conjunt de dimensions es va decidir anomenar-lo i definir-lo com segueix:

Definició: *impacte de la patologia sobre la qualitat de vida*

Inclou els aspectes de la qualitat de vida següents:

- Afectació de la vida diària
- Qualitat del vida
- Dolor
- Dependència
- Càrrega per a la família

No es va arribar a concretar una manera de categoritzar i mesurar aquest criteri, tot i que es va comentar que es podrien mirar exemples de qüestionaris de qualitat de vida molt utilitzats actualment. Concretament es va fer esment de l'EuroQol-5D (EQ-5D) com una escala de qualitat de vida que podria servir com a model per a la categorització en el present context, entre d'altres raons perquè inclou una dimensió de dependència. Com a possibles limitacions, es va comentar el fet que aquest instrument podia “no ser sensible” o “no

rellevant“ en el cas de procediments com, per exemple, el cateterisme cardíac, més rellevant per a alguns procediments que per a d’altres i també més rellevant per a unes dimensions que per a d’altres^b. L’EQ-5D¹⁸ consta d’un sistema descriptiu en cinc dimensions al qual s’aplica una tarifa social o índex de valors de preferències del context i una escala visual analògica (EVA) de qualitat de vida.

CRITERI 2: RISC DE L’ESPERA

El criteri “risc de l’espera” es refereix als *riscs associats a la demora en la realització d’una intervenció*, entre els quals s’inclouen els factors de risc següents:

- La supervivència, o risc de mortalitat.
- La potencial gravetat de la malaltia, risc de desenvolupar comorbiditat o complicacions greus.
- La reducció de l’efectivitat de la intervenció o de la prognosi després de la intervenció, a mesura que augmenta el temps d’espera.

A més, es va remarcar que els pacients amb aquest tipus de risc són els que incrementen més l’ús d’urgències, visites mèdiques i/o el consum de fàrmacs i, per tant, tenen un efecte important en l’ús de recursos sanitaris.

No es va arribar a proposar una categorització concreta per a aquest criteri.

CRITERI 3: TEMPS DE DEMORA I/O TEMPS D’ESPERA

La demora o temps d’espera fou el tercer criteri més votat, tot i que en la majoria dels casos juntament amb el criteri volum de la llista d’espera (nombre de pacients en la llista d’espera). Malgrat que es va debatre la possibilitat de combinar demora i volum, la majoria dels experts varen tractar els dos conceptes per separat i la demora fou valorada com un criteri més important.

CRITERI 4: EFECTIVITAT CLÍNICA

El quart criteri més votat va ser l’efectivitat clínica. Es mencionaren conceptes com la disponibilitat i nivell d’evidència sobre efectivitat de la intervenció i si aquesta podia resoldre el dolor. En tot cas, el concepte central que va definir aquest criteri es va basar en la definició següent:

- El grau en què una intervenció n’aconsegueix l’objectiu.
- El grau de millora que una intervenció aconsegueix en condicions reals.
- Balanç risc/benefici de la intervenció.
- Existència d’alternatives terapèutiques o pal·liatives en front dels riscos/beneficis de la intervenció.

Es va proposar la categorització següent per a aquest criteri: 1) efectivitat alta o molt efectiva; 2) efectivitat moderada o força efectiva; i 3) efectivitat baixa o poc efectiva.

Aquí els experts esmentaren que, si bé aquest criteri és rellevant, pot passar que alguns procediments molt efectius siguin poc prioritaris. Aquest és, doncs, un exemple de la

^b De fet, aquesta opció metodològica va ser ratificada pel segon grup de consens, tal com s’explica en el Capítol 2 on també es va decidir utilitzar en paral·lel l’escala visual analògica (EVA) per tal de validar, comparar o contrastar els resultats.

necessitat de ponderar els criteris. D'altra banda, també es va mencionar la dificultat que aquest criteri es refereix al guany net, i no a l'estat de salut final. Per tant, no assumeix la curació sinó la millora respecte de l'estat de salut inicial.

CRITERI 5: ÚS DE SERVEIS SANITARIS DURANT L'ESPERA

Aquest criteri es va definir com: *ús i consum de recursos sanitaris durant l'espera a causa de l'estat del pacient*. Per recursos sanitaris es considera únicament els costos directes. Per tant no es consideren els costos socials o indirectes com les baixes laborals.

Es va comentar que si bé el consum de fàrmacs és una manera senzilla de recollir aquest factor, aquesta no és prou completa. Hi ha patologies que són invalidants i que, per tant, impliquen un consum més elevat de recursos del sistema sanitari i assistencial. Així doncs, es proposa classificar les intervencions segons l'existència d'un ús associat alt, moderat o baix de recursos (en general).

Ponderació dels criteris

Com a resultat de l'exercici final de ponderació s'observa que el criteri considerat més important és l'impacte en la qualitat de vida, i el menys important, el temps d'espera/demora (Taula 5). Tal com es veu, el criteri amb més prioritat és l'impacte en la qualitat de vida seguit del risc de l'espera. Els segueixen l'efectivitat clínica i l'ús de recursos durant l'espera. Finalment, el criteri amb menys pes és el temps d'espera i/o demora.

Taula 5. Suma de punts i transformació en pesos per a cada criteri

| Criteris | Suma de punts | Transformació en pesos, escala de 0 a 1 |
|---|----------------------|--|
| Criteri 1: impacte en la qualitat de vida | 305 | 0,38 |
| Criteri 2: risc de l'espera | 235 | 0,30 |
| Criteri 3: temps de demora i/o espera | 65 | 0,08 |
| Criteri 4: efectivitat clínica | 105 | 0,13 |
| Criteri 5: ús de recursos | 90 | 0,11 |

CAPÍTOL 2. CATEGORITZACIONS DELS CRITERIS I CLASSIFICACIONS DELS PROCEDIMENTS AMB LLISTA D'ESPERA

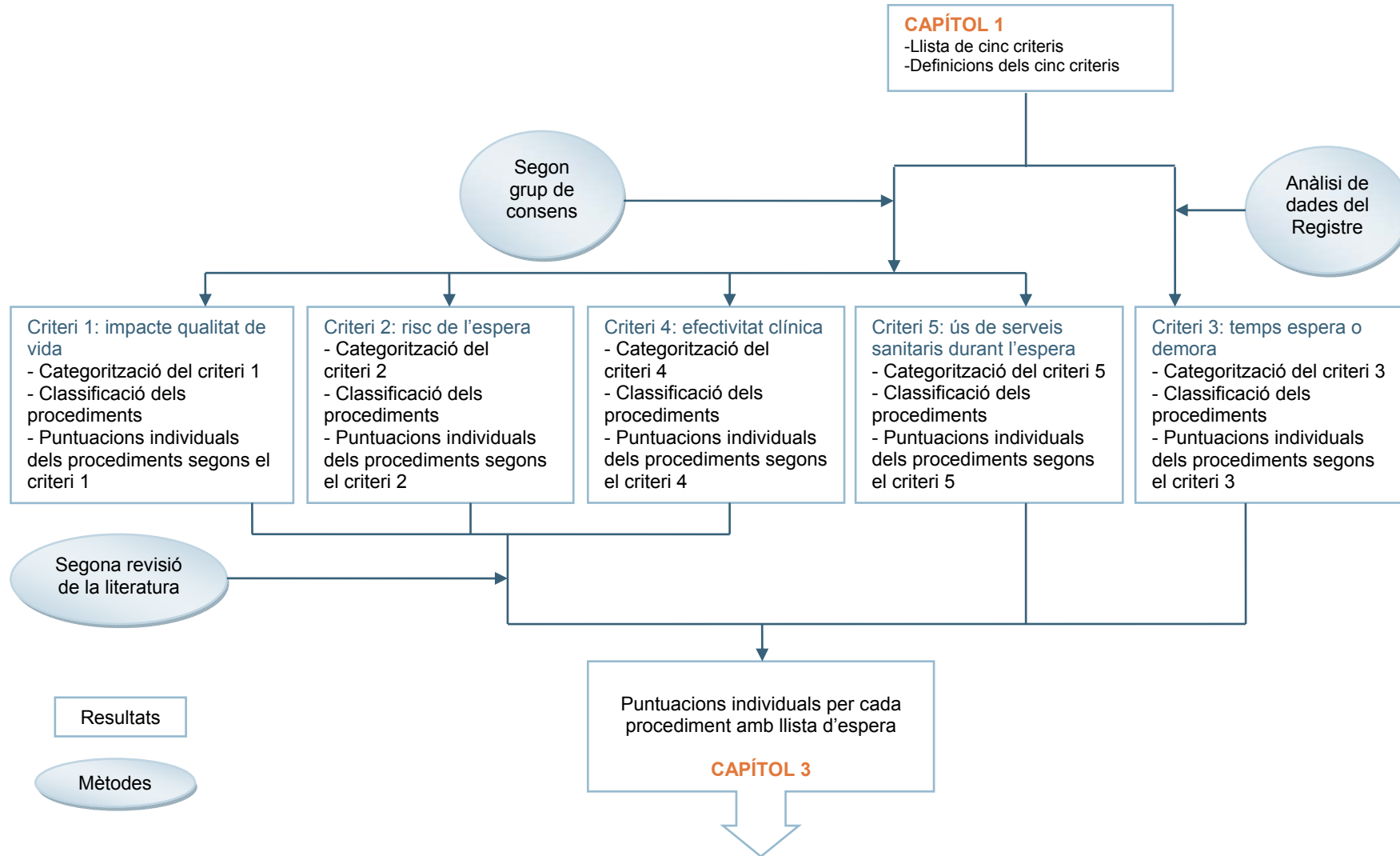
En aquest capítol es presenta la metodologia aplicada i resultats obtinguts per a:

- La validació de les definicions dels cinc criteris.
- La validació o definició (en cas que no s'hagués fet prèviament) de les categories assignades als criteris.
- La classificació dels trenta procediments amb llista d'espera segons les categories definides per a cada criteri.

Metodologia

Més que una metodologia, el que s'ha fet ha estat un procés complex en què s'ha recorregut a diverses metodologies segons els requeriments específics. Per començar, no s'ha seguit el mateix mètode per a tots els criteris. En principi es va recórrer al mètode del consens d'experts per a tots els criteris en què això fou possible (en particular van ser els criteris 1, 2, 4 i 5). Seguidament, i per els casos en què l'equip investigador ho considerà necessari, es van contrastar els resultats del segon grup de consens amb una segona revisió de la literatura (criteris 1, 2 i 4). Pel que fa el criteri 3, la seva caracterització, així com la classificació dels procediments segons aquest criteri i les puntuacions individuals s'ha obtingut mitjançant l'anàlisi estadística de les dades del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut. El Diagrama 3 presenta un esquema del procés metodològic que s'ha seguit per obtenir els resultats d'aquest capítol.

Diagrama 3. Metodologia i resultats del Capítol 2



Segona reunió de consens d'experts

Prèviament a la segona reunió de consens, es va enviar als experts un document marc de treball on es presentaven els resultats principals de la primera reunió de consens d'experts i una proposta més avançada de categoritzacions realitzada per l'equip investigador com a base per a la discussió i el consens.

SELECCIÓ DE LA MOSTRA

La selecció de la composició del segon grup de consens es va fer seguint tres criteris: la recomanació del primer grup de consens, les característiques dels objectius de la segona reunió de consens i els requeriments del mètode de conducció de grups per arribar al consens. Així, per definir la composició del segon grup de consens d'experts es va considerar que els representants havien de tenir experiència clínica i havien d'estar representades especialitats de cirurgia general, digestiva i altres especialitats relacionades amb els diagnòstics associats a cada procediment quirúrgic, així com les especialitats de medicina de família i medicina interna. Addicionalment es van incorporar especialistes en gestió hospitalària i infermeria. La grandària de la mostra va ser definida segons els requeriments del mètode de conducció de grups per arribar al consens i es va establir l'assistència d'un total de divuit experts (Taula 6).

Taula 6. Distribució dels experts en el segon grup de consens, segons expertesa i especialitat

| Expertesa | Especialitat | Convocats |
|--|-------------------|-----------|
| Pràctica clínica/gestió hospitalària | urologia | 1 |
| | cirurgia | 2 |
| Pràctica clínica/gestió atenció primària | medicina familiar | 2 |
| Pràctica clínica/investigació | cardiologia | 1 |
| Pràctica clínica | pediatria | 1 |
| | traumatologia | 1 |
| | oftalmologia | 1 |
| | ginecologia | 1 |
| | medicina interna | 2 |
| | cirurgia | 3 |
| Infermeria | hospitalària | 1 |
| | sociosanitària | 1 |
| Investigació/gestió hospitalària | | 1 |
| Total | | 18 |

MÈTODE I DESENVOLUPAMENT DE CONDUCCIÓ DEL GRUP D'EXPERTS

La sessió de consens es va realitzar en dues parts en un format de discussió en petit grup (*small group discussion*). Prèviament a la discussió es va fer una presentació detallada dels resultats de la primera reunió de consens amb especial èmfasi en les definicions dels cinc criteris i la classificació de les categories per als criteris 2, 3 i 4.

Primera part

La primera part es va definir com una discussió oberta i semiestructurada amb moderador i amb els objectius següents:

- Discutir la idoneïtat del qüestionari EuroQol-5D (sugerit pel primer grup de consens) per a la categorització d'intervencions segons el primer criteri (qualitat de vida), tenint en compte que inclou una dimensió sobre la dependència o càrrega per a la família, ja que aquest aspecte va ser subratllat pel primer grup d'experts.
- Discutir la idoneïtat de les categories proposades en la primera reunió per als criteris 2, 4 i 5.
- Discutir sobre la millor manera d'abordar el criteri 3 (temps de demora i/o espera), atès que el mètode del consens d'experts no semblava pertinent (vegeu més avall).

Per raons que s'exposen en l'apartat següent, el grup d'experts va decidir deixar en mans de l'equip investigador o, per extensió, el CatSalut, la definició operativa del criteri 3, categorització i classificació de les llistes segons aquestes categories a partir d'una anàlisi estadística de les dades.

Segona part

L'objectiu primordial de la segona part d'aquesta sessió de consens era categoritzar cada un dels procediments segons les categories assignades a cadascun dels criteris. Per fer-ho, es va dividir el grup d'experts en dos subgrups (G1 i G2) d'igual nombre i similar distribució segons característiques professionals. El motiu d'aquesta divisió va ser purament operatiu: es va calcular que amb la durada prevista de la sessió es podia treballar com a màxim quinze llistes. De no haver fet la divisió, hagués calgut convocar el grup sencer en una altra ocasió.

A cada grup se li van assignar quinze procediments distribuïts de manera equilibrada (assignant càrregues similars de treball) i per àrees d'especialitat (amb correspondència entre intervencions i especialitats dels membres del grup). Els dos grups havien de debatre internament cada procediment de forma individual i assignar, per als criteris 2, 4 i 5, una de les categories consensuades. Als participants se'ls va demanar que fessin la tasca encomanada a partir de la seva experiència clínica i que intentessin arribar a un acord. En el cas del criteri 1, es va demanar que passessin el qüestionari sobre qualitat de vida en cinc dimensions anomenat EuroQol (EQ-5D)¹⁸ i l'EVA de l'EuroQol, tot imaginant com la patologia subjacent afecta un pacient "típic" i ignorant altres característiques del pacient que poguessin afectar la qualitat de vida relacionada amb la salut (com podria ser l'edat o altres comorbiditats). Es va demanar que s'anotés el grau de consens o desacord i els comentaris rellevants durant l'exercici. El registre d'aquestes dades es va fer mitjançant una petita fitxa per a cada procediment en què constés: la categoria assignada de cadascun dels criteris, el grau d'acord i els comentaris addicionals.

L'objectiu secundari d'aquesta segona part de la reunió fou que cada subgrup ordenés directament, i de forma consensuada, els quinze procediments amb llista d'espera de més a menys prioritats. Per portar-ho a terme, es va demanar inicialment que s'agrupessin els quinze procediments segons tres criteris: molt prioritaris, mitjanament prioritaris o poc prioritaris. Després es va demanar que s'ordenessin. Aquest exercici es va fer per tal de veure la coherència dels resultats obtinguts en l'exercici previ.

Els resultats recollits en les fitxes per a cada intervenció, el valor de l'índex EQ-5D i el valor de l'EVA de l'EuroQol, així com els resultats de la tasca d'ordenació final, es van entrar en una base de dades d'Excel.

DESENVOLUPAMENT DE LA REUNIÓ

La sessió va tenir una durada aproximada de quatre hores. El grup de consens va estar format per deu participants d'un total de divuit inicialment convidats (vuit van manifestar no tenir disponibilitat per assistir a la reunió) tal com mostra la Taula 7.

Taula 7. Distribució dels experts en el segon grup de consens, segons expertesa i especialitat

| Expertesa | Especialitat | Convocats | Assistents |
|--|-------------------|-----------|------------|
| Pràctica clínica/gestió hospitalària | urologia | 1 | 0 |
| | cirurgia | 2 | 2 |
| Pràctica clínica/gestió atenció primària | medicina familiar | 2 | 2 |
| Pràctica clínica/investigació | cardiologia | 1 | 1 |
| Pràctica clínica | pediatria | 1 | 0 |
| | traumatologia | 1 | 1 |
| | oftalmologia | 1 | 1 |
| | ginecologia | 1 | 0 |
| | medicina interna | 2 | 2 |
| | cirurgia | 3 | 1 |
| Infermeria | hospitalària | 1 | 1 |
| | sociosanitària | 1 | 0 |
| Investigació/gestió hospitalària | | 1 | 1 |
| Total | | 18 | 10 |

Anàlisi de les dades de temps d'espera i/o demora

VARIABLES PRIMÀRIES

Pel que fa al criteri 3, va sorgir la dificultat metodològica de com mesurar-lo i quina n'era la definició més adient. Les dades del Registre de seguiment i gestió de pacients en llista d'espera del CatSalut ofereixen dues mesures.

Temps d'espera: es defineix com el temps que han esperat els pacients ja intervinguts des de la data d'entrada al registre (data de prescripció de la intervenció) fins a la data d'intervenció quirúrgica.

Temps de demora: es defineix com el temps que porten esperant els pacients pendents d'intervenció, des de la data d'entrada al registre fins a la data de l'estudi.

Mentre la primera mesura pot ser una bona aproximació per descriure el ritme d'activitat duta a terme, la segona mesura té la capacitat de capturar els pacients de llarga espera. A més, el tipus d'estadístic escollit per mesurar aquests aspectes és crucial a l'hora de capturar uns aspectes o uns altres de la distribució d'aquest criteri.

RECOMANACIONS PRÈVIES DELS DOS GRUPS DE CONSENS

Els experts del primer grup van delegar en l'equip investigador l'anàlisi de les dades disponibles per tal de decidir-ne la definició i categorització més apropiades. Després de presentar una anàlisi preliminar i força limitada (per manca d'informació de base en aquell

moment –vegeu l'Annex 3–), principalment mitjanes de temps d'espera i de demora i nombre total de pacients al tall de desembre de 2009^c, el segon grup d'experts va debatre sobre la idoneïtat de cada indicador per definir el criteri 3, així com la forma de categoritzar.

En general, els experts van presentar més dubtes sobre aquest criteri que sobre la resta. Per exemple, es va apuntar que les dades en què es basa el càlcul del temps de demora poden no ser molt fiables en incloure persones mortes o persones que ja hagin estat intervingudes en un altre centre hospitalari, entre d'altres factors (menys depuració de les dades en comparació del temps d'espera). D'altra banda, també es va comentar que no tindria sentit prioritzar quan hi ha temps de garantia per a algunes de les intervencions però no per a les altres, ja que no estarien en igualtat de condicions. També es va argumentar que no es disposava d'informació suficient i que ni el temps d'espera ni el de demora són bons indicadors. Així doncs, es va decidir deixar en mans de l'equip investigador o, per extensió, el CatSalut, la definició operativa, la categorització i la classificació a partir d'una anàlisi de les dades del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut.

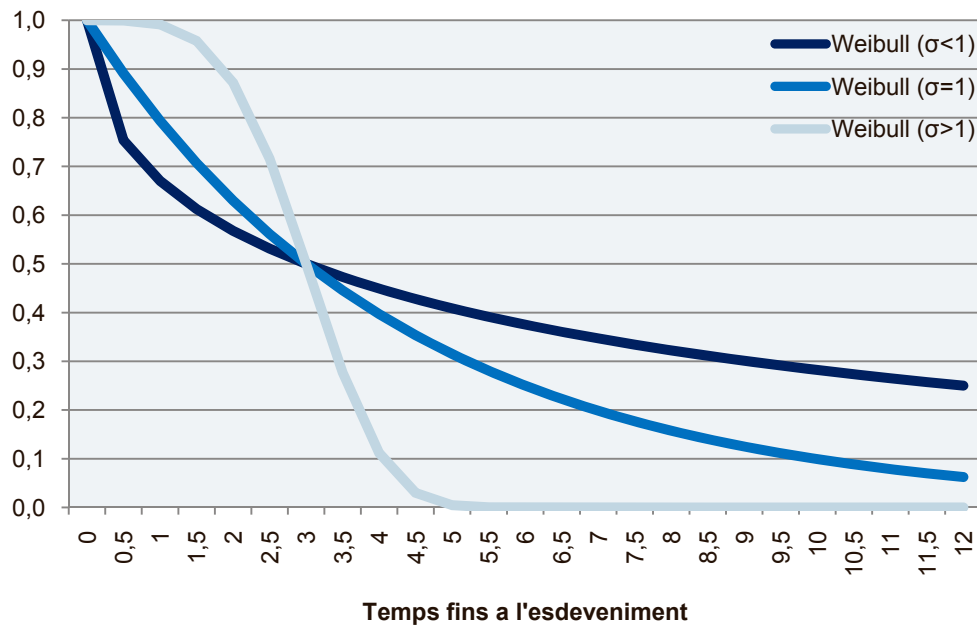
METODOLOGIA PER A LA CATEGORITZACIÓ

La manca d'informació i la complexitat del criteri va dificultar poder arribar a un consens de com articular el temps d'espera i de demora dels pacients. El grup d'experts va concloure que fos l'equip investigador qui treballés i elaborés una proposta de definició operativa d'aquest criteri establint uns límits de temps que permetessin diferenciar els grups d'intervenció amb temps d'espera i/o demora excessivament llargs. Per tal de poder identificar les intervencions amb temps excessivament llargs, calia conèixer quina era la distribució dels temps d'espera i/o demora de cada grup d'intervenció. En aquest sentit, la impossibilitat d'accedir als temps d'espera i/o demora per pacient ha forçat aquest equip a treballar amb estadístics descriptius agregats per grup d'intervenció.

Les variables que mesuren el temps fins a un esdeveniment típicament segueixen una distribució de probabilitat coneguda com distribució de Weibull. Aquesta té dos paràmetres un α que determina la forma de la corba i l'altra β que és el paràmetre d'escala. El paràmetre que determina la forma de la corba, si és <1 , suggereix que la taxa d'ocurrència de l'esdeveniment decreix al llarg del temps; si és igual a 1, que la taxa és constant en el temps; i finalment, si és >1 , suggereix que la taxa d'ocurrència és creixent. En el cas que ens ocupa s'espera que la taxa d'intervenció sigui a grans trets constant al llarg del temps, ja que, exceptuant-ne els períodes festius, les hores disponibles de quiròfan són les mateixes al llarg de l'any.

^c La informació es va presentar, de manera anonimitzada, sense mostrar els descriptors dels procediments amb llista d'espera.

Figura 2. Distribució de la variable temps fins a l'esdeveniment (o intervenció)



Una distribució de probabilitat de Weibull amb el paràmetre de forma igual a 1 respon al cas particular de la distribució exponencial.

$$S_N = P(T > t) = \exp\left(-\ln(2)\left(\frac{t}{m}\right)\right)$$

on t és el temps i m la mediana del temps fins a l'esdeveniment.

Atès que el temps de garantia determinat pel CatSalut per a alguns d'aquest grups d'intervenció és de sis mesos, s'ha considerat arbitràriament que a aquells grups d'intervenció en què la probabilitat de temps d'espera i demora als sis mesos fos més gran del 25%, se'ls donaria 2 punts; a aquells en què la probabilitat de temps d'espera o demora als sis mesos fos més gran del 25%, se'ls donaria 1 punt; i finalment a aquells en què la probabilitat de temps d'espera i demora als sis mesos fos més petita o igual al 25%, se'ls donaria 0 punts. Aquest mètode d'assignació de punts classifica els grups d'intervenció en funció de la dimensió de la cua de la distribució que s'espera que segueixin les variables temps d'espera i temps de demora (vegeu l'apartat de Resultats més endavant).

Segona revisió de la literatura

La segona revisió de la literatura es va realitzar amb l'objectiu de:

1. Identificar estudis que haguessin avaluat l'estat de salut percebut mitjançant l'EQ-5D en poblacions similars a les que podrien rebre algun dels procediments de cirurgia electiva en estudi.

2. Identificar estudis sobre les complicacions de la malaltia associades a l'espera, per obtenir-ne informació addicional al consens del experts sobre la categorització i classificació dels procediments segons el criteri 2 (risc de l'espera).

Els resultats d'aquestes cerques es presenten en l'apartat de Resultats. Les estratègies d'ambdues cerques es descriuen en l'Annex 1.

Resultats

En aquest apartat es presenta, seguint l'esquema del Diagrama 3, per a cada criteri, la categorització i la classificació dels procediments segons el criteri en qüestió. L'apartat es complementa amb una descripció breu de la variabilitat de les categories que s'obté amb la classificació feta pels experts (en cas dels criteris 1, 2, 4 i 5) o per l'anàlisi de l'equip investigador (en el cas del criteri 3) i els resultats de l'ordenació directa dels quinze procediments que va fer cada subgrup d'experts.

Criteri 1: impacte en la qualitat de vida

La categorització i la classificació dels procediments segons el criteri 1 es va obtenir a través de l'aplicació dels instruments de qualitat de vida EQ-5D¹⁸ al segon grup d'experts. A la discussió es va fer èmfasi en el fet que el sistema descriptiu en cinc dimensions de l'EQ-5D inclou aspectes de la qualitat de vida subratllats en la primera reunió. Es va consensuar complementar l'ús del sistema descriptiu amb l'aplicació directa de l'EVA de l'EQ-5D per obtenir una classificació alternativa dels procediments segons aquest criteri, amb l'objectiu de poder contrastar els resultats.

CATEGORITZACIÓ SEGONS EUROQOL I PUNTUACIONS ASSIGNADES

El sistema descriptiu de l'instrument EQ-5D contempla cinc dimensions de salut: mobilitat, cura personal, activitats quotidianes, dolor/malestar i ansietat/depressió, cada una de les quals té tres nivells de gravetat (sense problemes, alguns problemes o problemes moderats i problemes greus), tal com mostra la Taula 8. Cal relacionar aquest sistema amb les patologies associades al procediment i marcar el nivell de gravetat corresponent a l'estat de salut en cadascuna de les dimensions. L'equip investigador va assignar puntuacions a cada categoria, tal com mostra l'última columna de la Taula 8. Aquestes puntuacions són necessàries per al càlcul de les puntuacions presentat en el Capítol 3.

Taula 8. Qüestionari de salut EQ-5D, dimensions, categoritzacions i puntuacions assignades

| Dimensió | Categories | Puntuació assignada |
|--|---|---------------------|
| Mobilitat | Sense problemes per caminar | 1 |
| | Alguns problemes per caminar | 2 |
| | Confinament al llit | 3 |
| Cura personal | Sense problemes per a la cura personal | 1 |
| | Amb alguns problemes per rentar-se o vestir-se | 2 |
| | Incapacitat per rentar-se o vestir-se | 3 |
| Activitats quotidianes (treballar, estudiar, realitzar les tasques domèstiques, activitats familiars o activitats durant el temps de lleure) | Sense problemes per realitzar les activitats quotidianes | 1 |
| | Amb alguns problemes per realitzar les activitats quotidianes | 2 |
| | Incapacitat per realitzar les activitats quotidianes | 3 |
| Dolor o malestar | Sense dolor ni malestar | 1 |
| | Dolor o malestar moderat | 2 |
| | Molt dolor o malestar | 3 |
| Ansietat i/o depressió | Sense ansietat ni depressió | 1 |
| | Amb ansietat o depressió moderada | 2 |
| | Amb molta ansietat o depressió | 3 |

A partir de les respostes a aquest qüestionari s'aplica l'índex de valors de preferències (índex social) per a cada estat de salut. Aquest s'ha obtingut a partir d'estudis aplicats a població general o a grups de pacients en els quals es valoren diversos estats de salut generats per l'EQ-5D utilitzant una tècnica de valoració com el *time trade-off*⁸. L'ús d'aquesta tècnica permet tenir en compte la diferent importància que la població dona als diferents problemes de cada dimensió (per exemple, la població espanyola dona més importància als problemes de mobilitat que als problemes de dolor).

CATEGORITZACIÓ SEGONS L'ESCALA VISUAL ANALÒGICA (EVA) DE L'EQ-5DL

Mentre que el sistema descriptiu de l'EQ-5D inclou de manera explícita algunes de les dimensions citades en la definició, l'EVA permet una valoració global en què el classificador ha de tenir implícitament present els cinc aspectes citats en la definició d'aquest criteri. De fet, l'EVA reflecteix la valoració de l'estat de salut global. L'ús de l'EVA proporciona una puntuació complementària al sistema descriptiu de l'estat de salut de l'individu. Es tracta d'una escala vertical de 20 centímetres, mil·limetrada, que va des de 0 (pitjor estat de salut imaginable) a 100 (millor estat de salut imaginable). S'ha de marcar el punt en la línia vertical que millor reflecteix la valoració de l'estat de salut global d'un pacient "típic".

CLASSIFICACIÓ DELS TRENTA PROCEDIMENTS

Els experts del segon grup de consens varen classificar l'impacte en la qualitat de vida relacionada amb la salut dels trenta procediments amb llista d'espera aplicant tant el sistema descriptiu com l'EVA de l'EQ-5D. Els resultats es presenten en la Taula 9.

Taula 9. Classificació dels trenta procediments amb llista d'espera segons les categoritzacions del criteri 1 (impacte en la qualitat de vida)

| Procediments amb llista d'espera ^a | EVA de l'EQ-5D ^b | Sistema descriptiu EQ-5D (dimensions i índex social) | | | | | | Grau d'acord ^d | Subgrup |
|--|-----------------------------|--|---------------|------------------------|----------------|----------------------|---------------------------|---------------------------|---------|
| | | Mobilitat | Cura personal | Activitats quotidianes | Dolor/malestar | Ansietat / depressió | Índex social ^c | | |
| Colecistectomia | 55 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | A | SG1/SG2 |
| Operacions de septe nasal | 70 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | A | SG2 |
| Artroscòpia | 80 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,70 | A | SG2 |
| Alliberament canal carpià i altres | 80 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,75 | B | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | 45 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0,06 | A | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | 45 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 0,06 | A | SG2 |
| Operacions d'orella mitjana | 55 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,75 | B | SG2 |
| Operacions de dents i geniva | 80 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 0,28 | A | SG2 |
| Operacions anals | 75 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | A | SG2 |
| Operacions d'hemorroides | 75 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,75 | A | SG2 |
| Reparacions del dit del peu | 80 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0,78 | A | SG2 |
| Reparacions d'hèrnia discal | 50 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | -0,02 | A | SG2 |
| Fusió vertebral | 35 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | -0,15 | A | SG2 |
| Operacions de mà | 80 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,80 | B | SG2 |
| Operacions de parts toves de l'aparell locomotor | 90 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0,88 | A | SG2 |
| Operacions de cataracta | 65 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0,60 | A | SG1/SG2 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | 85 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | A | SG1 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 75 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0,78 | A | SG1 |
| Vasectomia | 100 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 | A | SG1 |
| Operacions de pròstata | 70 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,75 | ND | SG1 |
| Operacions d'amígdals i adenoides | 90 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,80 | B | SG1 |
| Circumcisió | 100 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 | A | SG1 |
| Cateterismes cardíacs | 50 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 | 0,38 | A | SG1 |
| Histerectomia | 85 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | ND | SG1 |
| Operacions d'aparell lacrimal | 85 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0,83 | A | SG1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | 85 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,80 | A | SG1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | 50 | 2 | 2 | 2 | 1 | 3 | 0,23 | A | SG1 |
| Operacions de quist pilonidal | 90 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0,80 | A | SG1 |
| Excisió de lesió cutània | 95 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1,00 | A | SG1 |
| Reparació de la incontinència urinària | 65 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,75 | B | SG1 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

b L'EVA es una escala vertical de 20 centímetres, mil·límetrada, que va des de 0 (pitjor estat de salut imaginable) a 100 (millor estat de salut imaginable) per mesurar l'estat de salut global.

c Índex de valors de preferències per a cada estat de salut, obtingut a partir d'estudis aplicats a població general o a grups de pacients en què es valoren diversos estats de salut generats per l'EQ-5D utilitzant una tècnica de valoració com el *time trade-off*⁶. Les puntuacions obtingudes per a cada procediment amb llista d'espera es presenten, per al cas de l'EQ-5D, en una escala de 0 a 1.

d A=consens total; B=difficultat moderada; C=acord difícil; ND=no disponible.

En el cas dels procediments "Reparacions d'hèrnia discal" i "Fusió vertebral", l'índex EQ-5D pren un valor negatiu. Una opció metodològica és la de transformar els valors negatius en

zeros. Això permetrà, en el Capítol 3, fer comprovacions sobre l'efecte d'aquests valors negatius enfront de la seva substitució per zeros sobre les ordenacions finals.

RESULTATS OBTINGUTS DE LA LITERATURA

S'han identificat estudis per a quinze dels trenta procediments fent una cerca a PubMed (vegeu l'Annex 1, Cerca #3). Els resultats de la revisió de la literatura són els següents (vegeu l'Annex 4 per a una taula d'evidència).

Cataracta

S'han identificat quatre estudis¹⁹⁻²² que proporcionen dades de l'EQ-5D, un dels quals s'ha realitzat en població del nostre context, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D són relativament superiors (millor estat de salut) als assignats pels experts en el nostre estudi. En l'únic estudi que informa de valors de l'EVA en l'EQ-5D aquests eren similars als adjudicats pels experts en el nostre estudi.

Varices

S'han identificat quatre estudis²³⁻²⁶, tots duts a terme al Regne Unit, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D són similars o relativament pitjors als assignats pels experts en el nostre estudi. No hi ha cap d'aquests estudis que informi de valors de l'EVA en l'EQ-5D.

Colecistectomia

S'han identificat tres estudis²⁷⁻²⁹, cap realitzat en població del nostre context, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA són similars en la majoria de casos (i molt més baixos en un cas) als assignats pels experts. Hi ha poques dades sobre l'índex de l'EQ-5D.

Amigdalectomia/adenoïdectomia

S'ha identificat un sol estudi¹³, realitzat a Suècia, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA de l'EQ-5D són relativament inferiors als assignats pels experts en el nostre estudi. Aquest estudi no informa dels valors de l'índex de l'EQ-5D.

Cateterisme cardíac

S'han identificat dos estudis^{30,31}, cap realitzat en població del nostre context, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA i de l'índex de l'EQ-5D són força superiors (millor estat de salut) als assignats pels experts. Les poblacions d'estudi són heterogènies atès que els diagnòstics que poden requerir un cateterisme cardíac són molt diversos.

Pròtesi de maluc i genoll

S'han identificat sis estudis^{19,24,32-35}, amb dades de l'EQ-5D, dels quals quatre donen dades conjuntes per maluc i genoll, tres només són de maluc i un només de genoll; tres han estat realitzats en poblacions espanyoles. Els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA de l'EQ-5D són similars als assignats pels experts en el nostre estudi, però en canvi els valors de l'índex són força superiors (millor estat de salut) als assignats pels experts.

Histerectomia

S'han identificat cinc estudis³⁶⁻⁴⁰, cap realitzat en població del nostre context, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex i de l'EVA de l'EQ-5D són quelcom inferiors als assignats pels experts en el nostre estudi.

Fusió vertebral

S'han identificat cinc estudis^{7,41-44}, tres realitzats en població del nostre context, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA i de l'índex de l'EQ-5D són superiors (millor estat de salut) als assignats pels experts, especialment en el cas de l'índex.

Obesitat mòrbida

S'han identificat dos estudis^{45,46}, realitzats en població espanyola, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D són força superiors (millor estat de salut) als assignats pels experts. No hi ha cap d'aquests estudis que informi de valors de l'EVA en l'EQ-5D.

Incontinència urinària

S'han identificat vuit estudis⁴⁷⁻⁵⁴, tots realitzats a d'altres països, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex i l'EVA de l'EQ-5D són molt similars als assignats pels experts en el nostre estudi.

Prostatectomia

S'ha identificat un estudi⁵⁵, amb dades obtingudes amb l'EQ-5D, realitzat al Regne Unit, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D són molt similars als assignats pels experts en el nostre estudi.

Hemorroides

S'ha identificat un estudi⁵⁶ amb dades obtingudes amb l'EQ-5D, realitzat al Regne Unit, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D són molt similars als assignats pels experts en el nostre estudi.

Artroscòpia

S'ha identificat un estudi⁵⁷, amb dades obtingudes amb l'EQ-5D, realitzat a Suècia, en què els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D (després de la intervenció) són superiors als assignats pels experts en el nostre estudi.

En el Capítol 3 s'analitza l'impacte en l'ordenació dels procediments, de les diferències entre les classificacions, fetes a través del consens d'experts i/o obtingudes a través d'estudis identificats a la literatura científica.

Criteri 2: risc de l'espera

La categorització del criteri 2 i la classificació dels procediments segons aquest criteri es va obtenir a través del consens d'experts del segon grup. Es va definir un nombre de factors que caracteritzaven possibles escenaris en què hi havia risc de l'espera. Aquests són:

- Factor 1: risc de no supervivència, o risc de mortalitat.
- Factor 2: potencial empitjorament de la gravetat de la malaltia, risc de desenvolupar comorbiditat o complicacions greus.

- Factor 3: risc de reducció de l'efectivitat de la intervenció, o de la prognosi després de la intervenció, a mesura que augmenta el temps d'espera.

En funció de la definició d'aquests factors de risc, els experts van consensuar la categorització, les puntuacions assignades a cada categoria i les classificacions dels procediments amb llistes d'espera.

CATEGORITZACIÓ I PUNTUACIONS

A partir de la definició obtinguda a la primera reunió de consens, el segon grup va consensuar la categorització que es mostra en la Taula 10.

Taula 10. Categorització del criteri 2 (risc de l'espera) i puntuacions assignades

| Categorització | Descripció | Puntuacions assignades |
|---------------------|---|------------------------|
| Risc alt | En cas que es reuneixin les condicions del factor 1 o dels factors 2 i 3 conjuntament | 3 |
| Risc moderat | En cas que es reuneixin les condicions dels factors 2 o 3 | 2 |
| Risc baix | En cas que no es reuneixi cap de les condicions | 1 |

En cas que es complís el factor 1 de risc, el grup d'experts ho va considerar prou important com perquè la categoria assignada fos la mateixa que en cas que es complissin dos dels altres factors de risc. L'equip investigador va assignar puntuacions a cada categoria, les quals són necessàries per al càlcul de les puntuacions globals de cada procediment del Capítol 3.

CLASSIFICACIÓ

La classificació dels trenta procediments amb llista d'espera segons la categorització anterior es recull en la Taula 11.

Taula 11. Classificació dels trenta procediments segons el criteri 2 (risc de l'espera) i puntuacions assignades

| Procediments amb llista d'espera ^a | Categoria | Puntuació | Subgrup que fa la valoració |
|--|-----------|-----------|-----------------------------|
| Colecistectomia | Moderat | 2 | SG1/SG2 |
| Operacions de septe nasal | Moderat | 2 | SG2 |
| Artroscòpia | Moderat | 2 | SG2 |
| Alliberament canal carpià i altres | Moderat | 2 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | Baix | 1 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions d'orella mitjana | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions de dents i geniva | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions anals | Baix | 1 | SG2 |
| Operacions d'hemorroides | Moderat | 2 | SG2 |
| Reparacions del dit del peu | Baix | 1 | SG2 |
| Reparacions d'hèrnia discal | Moderat | 2 | SG2 |
| Fusió vertebral | Alt | 3 | SG2 |
| Operacions de mà | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions de parts toves de l'aparell locomotor | Baix | 1 | SG2 |
| Operacions de cataracta | Baix | 1 | SG1/SG2 |
| Operacions de varices extremitats inferiors | Moderat | 2 | SG1 |

| Procediments amb llista d'espera ^a | Categoria | Puntuació | Subgrup que fa la valoració |
|---|-----------|-----------|-----------------------------|
| Reparacions d'hèrnia inguinal/ crural | Moderat | 2 | SG1 |
| Vasectomia | Baix | 1 | SG1 |
| Operacions de pròstata | Alt | 3 | SG1 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | Baix | 1 | SG1 |
| Circumcisió | Alt | 3 | SG1 |
| Cateterismes cardíacs | Alt | 3 | SG1 |
| Histerectomia | Moderat | 2 | SG1 |
| Operacions d'aparell lacrimal | Baix | 1 | SG1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | Moderat | 2 | SG1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | Alt | 3 | SG1 |
| Operacions de quist pilonidal | Baix | 1 | SG1 |
| Excisió de lesió cutània | Baix | 1 | SG1 |
| Reparació de la incontinència urinària | Baix | 1 | SG1 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

RESULTATS OBTINGUTS DE LA LITERATURA

S'han identificat estudis per a sis dels trenta procediments fent una cerca a PubMed (vegeu l'Annex 1, Cerca #2). Els resultats de la revisió de la literatura són els següents (vegeu l'Annex 5 per a una taula d'evidència).

Cataracta

S'han identificat tres estudis⁵⁸⁻⁶⁰ que proporcionen dades de diferents mesures del risc de complicacions per diferents durades del període d'espera. Un d'aquests és una revisió sistemàtica que inclou un estudi comparatiu amb població de Barcelona i se n'obté un empitjorament de la satisfacció dels pacients quan l'espera és superior a sis mesos. La resta d'estudis tenen resultats semblants. En el seu conjunt els estudis detecten un risc de complicació moderat, que es contradiu amb el nivell baix atorgat pels experts.

Artroplàstia de genoll

S'han identificat dos estudis^{61,62}, cap d'aquests realitzat en el nostre context, i un dels quals és una revisió sistemàtica de quinze estudis que conclou que els pacients no presenten deteriorament si l'espera és inferior a 180 dies, malgrat que l'altre estudi troba un deteriorament significatiu en mesures de dolor i de capacitat funcional. El resultat de la revisió sistemàtica contradiria l'opinió dels experts, que van assignar un risc moderat de l'espera per a aquesta intervenció.

Artroplàstia de maluc

S'han identificat tres estudis⁶¹⁻⁶³, dels quals cap no s'ha realitzat en el nostre context, i un d'aquests és una revisió sistemàtica de quinze estudis que conclou que els pacients no presenten deteriorament si l'espera és inferior a 180 dies. Els altres dos estudis mostren resultats contradictoris: un en la mateixa direcció que la revisió sistemàtica mentre que l'altre troba un deteriorament significatiu. El resultat de la revisió sistemàtica i un dels estudis s'alinea amb l'opinió dels experts, que van assignar un risc moderat de l'espera per a aquesta intervenció.

Reparació d'hèrnia inguinal

S'han identificat tres estudis⁶⁴⁻⁶⁶, dos dels quals en població infantil. Els estudis aplicats a edats pediàtriques obtenen un risc significatiu d'encarcerament, igual que l'estudi en edats adultes. Per tant, els resultats obtinguts a la literatura van en consonància amb l'opinió de risc moderat que fan els experts.

Colecistectomia

S'ha identificat un estudi⁶⁷, en què s'obté una probabilitat de complicacions que portin a intervencions per la via urgent que augmenta amb el temps d'espera, sobretot després de vint setmanes d'espera. Aquest resultat coincideix amb la valoració de risc moderat que fan els experts.

Cateterisme cardíac

S'ha identificat un estudi^{68,68}, en què s'obtenen majors efectes adversos a mesura que augmenta l'espera, tal com mort o infart de miocardi. Aquest resultat coincideix amb la valoració de risc elevat que fan els experts.

Criteri 3: temps de demora i temps d'espera

En aquest apartat es presenta, sobre la base de la definició operativa adoptada, la categorització i classificació dels procediments amb llista d'espera per al criteri 3 "temps de demora i temps d'espera".

CATEGORITZACIÓ

Sobre la base de les consideracions descrites a la metodologia, es defineix la categorització que presenta la Taula 12. Aquest mètode d'assignació de punts permet classificar els grups d'intervenció en funció del percentatge de pacients en espera i/o demora als sis mesos segons la llei de distribució teòrica de les variables temps d'espera i temps de demora.

Taula 12. Categorització del criteri 3 (temps d'espera i de demora) i puntuacions assignades

| Categorització | Descripció | Puntuacions assignades |
|----------------------|---|------------------------|
| Valor alt | Grups d'intervenció en què la probabilitat de temps d'espera i demora als sis mesos és més gran del 25% | 2 |
| Valor moderat | Grups d'intervenció en què la probabilitat de temps d'espera o demora als sis mesos fos del 25% | 1 |
| Valor baix | Grups d'intervenció en què la probabilitat de temps d'espera i demora als sis mesos és inferior al 25% | 0 |

CLASSIFICACIÓ

La Taula 13 mostra els estadístics descriptius i el valor de probabilitat que el temps de demora o el temps d'espera sigui més gran o igual a sis mesos per a cada grup d'intervenció. Un cop obtingudes aquestes probabilitats (quarta columna de cada panel) s'han classificat les intervencions (cinquena columna de cada panel, i última columna de la Taula 13) segons si aquesta probabilitat és inferior o superior a 0,25.

Taula 13. Categorització dels procediments basada en estadístics^a del temps d'espera i demora, i puntuacions obtingudes

| Procediments ^a | Temps de demora | | | | | Temps d'espera | | | | | Suma (puntuació) |
|--|-----------------|------|---------|---------|-----------|----------------|------|---------|---------|-----------|------------------|
| | Mitjana | DS | Mediana | P (D≥6) | Puntuació | Mitjana | DS | Mediana | P (E≥6) | Puntuació | |
| Colecistectomia | 4,4 | 4,1 | 3,2 | 0,3 | 1 | 2,7 | 3,7 | 1,5 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de septe nasal | 8,8 | 9,3 | 5,7 | 0,5 | 1 | 4,1 | 5,7 | 2,6 | 0,2 | 1 | 2 |
| Artroscòpia | 4,8 | 4,8 | 3 | 0,3 | 1 | 3,4 | 4,4 | 2 | 0,1 | 0 | 1 |
| Alliberament canal carpià i altres | 3,4 | 3,5 | 2,1 | 0,1 | 0 | 2,4 | 2,9 | 1,7 | 0,1 | 0 | 0 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | 4,7 | 4,1 | 3,4 | 0,3 | 1 | 3,8 | 5 | 2,5 | 0,2 | 1 | 2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | 5,2 | 4,7 | 3,5 | 0,3 | 1 | 3,9 | 4,9 | 2,7 | 0,2 | 1 | 2 |
| Operacions d'orella mitjana | 8,5 | 10,8 | 4,9 | 0,4 | 1 | 3,5 | 5,7 | 1,7 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de dents i geniva | 16,5 | 23,5 | 5,9 | 0,5 | 1 | 3,5 | 5,6 | 1,4 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions anals | 7,9 | 10,5 | 3,5 | 0,3 | 1 | 2,9 | 4,5 | 1,6 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions d'hemorroides | 8,3 | 10,5 | 3,6 | 0,3 | 1 | 3 | 5,4 | 1,3 | 0 | 0 | 1 |
| Reparacions del dit del peu | 6,9 | 7,1 | 4 | 0,4 | 1 | 3,6 | 5,2 | 2,1 | 0,1 | 0 | 1 |
| Reparacions d'hèrnia discal | 16,4 | 20,4 | 8,1 | 0,6 | 1 | 3,3 | 6,2 | 1,2 | 0 | 0 | 1 |
| Fusió vertebral | 18,6 | 20 | 11 | 0,7 | 1 | 5,5 | 10,1 | 1,6 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de mà | 17 | 19 | 9,5 | 0,6 | 1 | 4,1 | 7 | 1,7 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de parts toves de l'aparell locomotor | 12,9 | 15 | 8,2 | 0,6 | 1 | 1,8 | 3,9 | 0,7 | 0 | 0 | 1 |
| Operacions de cataracta | 2,9 | 2,6 | 2,2 | 0,1 | 0 | 3,1 | 3 | 2,3 | 0,2 | 1 | 1 |
| Operacions de varices extremitats inferiors | 4,2 | 5 | 2,8 | 0,2 | 0 | 2,9 | 3,2 | 1,9 | 0,1 | 0 | 0 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 3,7 | 3,8 | 2,4 | 0,2 | 0 | 2,8 | 3,5 | 1,5 | 0,1 | 0 | 0 |
| Vasectomia | 7 | 7,3 | 4 | 0,4 | 1 | 3,9 | 5,9 | 1,7 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de pròstata | 3,6 | 4,6 | 2,1 | 0,1 | 0 | 2,6 | 3,3 | 1,6 | 0,1 | 0 | 0 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | 4,6 | 4,8 | 3 | 0,3 | 1 | 3,1 | 3,6 | 2,3 | 0,2 | 1 | 2 |
| Circumcisió | 5,4 | 5 | 3,7 | 0,3 | 1 | 3,2 | 4,7 | 1,6 | 0,1 | 0 | 1 |
| Cateterismes cardíacs | 4 | 7,9 | 1 | 0 | 0 | 0,7 | 0,9 | 0,3 | 0 | 0 | 0 |
| Histerectomia | 3,8 | 3,8 | 2,5 | 0,2 | 0 | 2,8 | 3,7 | 1,5 | 0,1 | 0 | 0 |
| Operacions d'aparell lacrimal | 14,3 | 12,8 | 10,6 | 0,7 | 1 | 5,5 | 8,6 | 1,9 | 0,1 | 0 | 1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | 6,2 | 8 | 3,4 | 0,3 | 1 | 3,9 | 5,7 | 1,9 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | 13,2 | 12 | 10,6 | 0,7 | 1 | 7,5 | 11,3 | 1,8 | 0,1 | 0 | 1 |
| Operacions de quist pilonidal | 3,7 | 4,5 | 2,1 | 0,1 | 0 | 2,5 | 3,2 | 1,5 | 0,1 | 0 | 0 |
| Excisió de lesió cutània | 9,8 | 11,8 | 5,6 | 0,5 | 1 | 2,5 | 4,8 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Reparació de la incontinència urinària | 11,1 | 12,6 | 6,3 | 0,5 | 1 | 6 | 7,9 | 3,5 | 0,3 | 1 | 2 |

DS: desviació estàndard

P(E≥6): probabilitat d'estar més de sis mesos en espera; puntuació: 0 si P(E≥6) <0,25 i 1 si P(E≥6) >0,25

P(D≥6): probabilitat d'estar més de sis mesos en demora; puntuació: 0 si P(D≥6) <0,25 i 1 si P(D≥6) >0,25

Suma: suma de la puntuació del temps d'espera i la puntuació del temps de demora

a Les dades s'han obtingut del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009.

Atès que la mesura utilitzada per categoritzar el criteri 3 és poc variable per al temps d'espera, s'ha provat de variar el punt de tall de la probabilitat de l'espera ≥6 al 0,09 (que correspon a la mediana del percentatge de pacients en espera passats sis mesos) i el punt de tall de la probabilitat de demora ≥6 al 0,36 (que correspon a la mediana del % de pacients amb demora de més de sis mesos). La Taula 14 mostra l'impacte sobre les puntuacions dels procediments segons aquest criteri quan es canvia el punt de tall. Tal com s'observa,

efectivament s'introdueix una major variabilitat i les puntuacions són significativament diferents.

Taula 14. Variacions en la puntuació dels procediments segons el criteri 3, amb variacions en el punt de tall de les probabilitats

| Procediments amb llistes d'espera ^a | Puntuacions | | Variacions (en valor absolut) |
|---|--|---|-------------------------------|
| | Punt de tall de les probabilitats: 0,25 ^b | Punt de tall de les probabilitats: 0,09 i 0,36 ^c | |
| Colecistectomia | 1 | 0 | 1 |
| Operacions de septe nasal | 2 | 2 | 0 |
| Artroscòpia | 1 | 1 | 0 |
| Alliberament canal carpià i altres | 0 | 0 | 0 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | 2 | 1 | 1 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | 2 | 1 | 1 |
| Operacions d'orella mitjana | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de dents i geniva | 1 | 1 | 0 |
| Operacions anals | 1 | 0 | 1 |
| Operacions d'hemorroides | 1 | 0 | 1 |
| Reparacions del dit del peu | 1 | 2 | 1 |
| Reparacions d'hèrnia discal | 1 | 1 | 0 |
| Fusió vertebral | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de mà | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de parts toves de l'aparell locomotor | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de cataracta | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | 0 | 1 | 1 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 0 | 0 | 0 |
| Vasectomia | 1 | 1 | 0 |
| Operacions de pròstata | 0 | 1 | 1 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | 2 | 1 | 1 |
| Circumcisió | 1 | 1 | 0 |
| Cateterismes cardíacs | 0 | 1 | 1 |
| Histerectomia | 0 | 0 | 0 |
| Operacions d'aparell lacrimal | 1 | 2 | 1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | 1 | 1 | 0 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | 1 | 2 | 1 |
| Operacions de quist pilonidal | 0 | 0 | 0 |
| Excisió de lesió cutània | 1 | 1 | 0 |
| Reparacions d'incontinència urinària | 2 | 2 | 0 |
| Coeficient de correlació entre puntuacions | | | 0,495 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

b Probabilitat (espera ≥ 6) $> 0,25$ i probabilitat (demora ≥ 6) $> 0,25$.

c Variacions en els punts de tall: probabilitat (espera ≥ 6) $> 0,09$ (correspon a la mediana del % de pacients en espera passats sis mesos) i probabilitat (demora ≥ 6) $> 0,36$ (correspon a la mediana del % de pacients amb demora de més de sis mesos).

Criteri 4: efectivitat clínica

Durant la segona reunió de consens els experts varen acordar la categorització del criteri 4 i la categorització dels trenta procediments tal com es mostra en les taules 16 i 17. D'altra banda, l'equip investigador va assignar puntuacions a cada categoria segons mostra la Taula 15.

CATEGORITZACIÓ

Taula 15. Categorització del criteri 4 (efectivitat clínica) i puntuacions assignades

| Categorització | Descripció | Puntuacions assignades |
|------------------------------|---|------------------------|
| Efectivitat molt alta | En condicions reals la intervenció n'assoleix l'objectiu, millora la dolença/salut del pacient i per tant és molt apropiat realitzar-la | 3 |
| Efectivitat alta | En condicions reals la intervenció quasi sempre n'assoleix l'objectiu, millora la dolença/salut del pacient i per tant és apropiat realitzar-la | 2 |
| Efectivitat moderada | En condicions reals de vegades la intervenció no n'assoleix l'objectiu, la dolença/salut del pacient millora poc | 1 |

No es va considerar dins la categorització el cas en què “no és apropiat realitzar la intervenció ja que sovint no s'assoleix l'objectiu desitjat i/o la dolença/salut del pacient quasi no millora i, a fi de comptes, no és apropiat realitzar la intervenció” ja que el sistema sanitari no efectua intervencions que no tinguin una mínima efectivitat.

CLASSIFICACIÓ

La classificació dels procediments amb llista d'espera segons la categorització anterior feta pels experts del segon grup es recull en la Taula 16.

Taula 16. Puntuació dels procediments segons el criteri 4 (efectivitat clínica)

| Procediments amb llista d'espera ^a | Categoria | Puntuació | Subgrup |
|---|-----------|-----------|---------|
| Colecistectomia | Molt alta | 3 | SG1/SG2 |
| Operacions de septe nasal | Alta | 2 | SG2 |
| Artroscòpia | Molt alta | 3 | SG2 |
| Alliberament canal carpià i altres | Molt alta | 3 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | Molt alta | 3 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | Molt alta | 3 | SG2 |
| Operacions d'orella mitjana | Moderada | 1 | SG2 |
| Operacions de dents i geniva | Molt alta | 3 | SG2 |
| Operacions anals | Moderada | 1 | SG2 |
| Operacions d'hemorroides | Molt alta | 3 | SG2 |
| Reparacions del dit del peu | Alta | 2 | SG2 |
| Reparacions d'hèrnia discal | Alta | 2 | SG2 |
| Fusió vertebral | Alta | 2 | SG2 |
| Operacions de mà | Alta | 2 | SG2 |
| Operacions de parts toves aparell locomotor | Moderada | 1 | SG2 |
| Operacions de cataracta | Molt alta | 3 | SG1/SG2 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Moderada | 1 | SG1 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | Alta | 2 | SG1 |
| Vasectomia | Molt alta | 3 | SG1 |
| Operacions de pròstata | Alta | 2 | SG1 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | Alta | 2 | SG1 |
| Circumcisó | Moderada | 1 | SG1 |
| Cateterismes cardíacs | Alta | 2 | SG1 |
| Histerectomia | Molt alta | 3 | SG1 |
| Operacions d'aparell lacrimal | Moderada | 1 | SG1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | Alta | 2 | SG1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | Alta | 2 | SG1 |

| Procediments amb llista d'espera ^a | Categoria | Puntuació | Subgrup |
|---|-----------|-----------|---------|
| Operacions de quist pilonidal | Alta | 2 | SG1 |
| Excisió de lesió cutània | Molt alta | 3 | SG1 |
| Reparació de la incontinència urinària | Moderada | 1 | SG1 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

RESULTATS OBTINGUTS EN LA LITERATURA

S'han identificat estudis per a onze dels trenta procediments d'estudi fent una cerca a PubMed (vegeu l'Annex 1, Cerca #3). En la revisió de la literatura s'ha calculat la diferència en la qualitat de vida abans–després (grandària de l'efecte^d, ES de la sigla en anglès *effect size*). Si això no ha estat possible, els estudis que utilitzen l'EQ-5D acostumen a considerar com a referència per valorar un canvi o diferència clínicament rellevant el valor de 0,07⁶⁹, que habitualment s'ha d'interpretar en una escala de 0 a 1. Els resultats de la revisió de la literatura són els següents (vegeu l'Annex 4 per a una taula d'evidència).

Artroplàstia de genoll

S'ha identificat un únic estudi³³, realitzat a Espanya, en què el canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D abans i després de l'artroplàstia primària ha estat gran segons el càlcul de la grandària de l'efecte (ES=1,44). Aquest estudi no informa dels valors de l'EVA de l'EQ-5D. Els resultats d'aquest estudi estan en línia amb el que van manifestar els experts però atorgarien una major efectivitat al procediment.

Artroplàstia de maluc

S'han identificat tres estudis³³⁻³⁵, un dels quals realitzat a Espanya, però amb resultats contradictoris. En els dos estudis realitzats en població no espanyola el canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D, abans i després de la intervenció, ha estat gran segons el càlcul de la grandària de l'efecte (ES>0,8); en canvi, segons l'estudi realitzat en població espanyola la grandària de l'efecte és petita (ES=0,24). Un dels estudis realitzats fora també mesura l'EQ-5D amb l'EVA i mostra una ES gran (ES=0,90). Malgrat els resultats de l'estudi espanyol, els altres estan en línia amb el que van manifestar els experts: alta efectivitat.

Amigdalectomia

S'ha identificat un únic estudi¹³, realitzat fora d'Espanya, en què el canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA de l'EQ-5D abans i després de la intervenció ha estat moderat segons el càlcul de la grandària de l'efecte (ES=0,6). Aquest estudi no informa dels valors de l'índex de l'EQ-5D. Els experts van manifestar, però, que l'efectivitat d'aquest procediment era alta.

Colecistectomia

S'han identificat dos estudis^{27,29}, realitzats fora d'Espanya, però només en un ha estat possible fer una estimació del canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'EVA de l'EQ-5D abans i després de la intervenció. Segons aquesta estimació el canvi ha estat gran en aplicar el càlcul de la grandària de l'efecte (ES=0,9). En l'altre estudi no es donaven

^d La grandària de l'efecte s'ha calculat com la diferència absoluta entre els valors mitjans de l'EQ-5D abans i després de la intervenció, dividit per la mitjana de les desviacions estàndard.

las dades necessàries per poder calcular la grandària de l'efecte, encara que semblaria que l'efecte fos molt gran, tant en l'índex com en l'EVA. Aquest estudi no informa dels valors de l'índex de l'EQ-5D.

Fusió vertebral

L'únic estudi longitudinal sobre cirurgia (descompressió percutània del disc mitjançant la nucleoplàstia) no permet calcular la grandària de l'efecte per falta de dades sobre la variància en la mostra (només proporcionen la tendència central –mitjanes– i la desviació estàndard). De totes maneres, la millora observada sembla que sigui gran, ja que l'índex EQ-5D passa de 0,22 a 0,44 després de la cirurgia als tres mesos, i de 0,29 a 0,57 als sis mesos.

Hemorroides

S'ha identificat un únic estudi⁵⁶, realitzat fora d'Espanya, que informa dels valors de l'índex de l'EQ-5D abans i després de la cirurgia amb hemorroidopèxia (SH) o lligadura amb banda elàstica (RBL). Segons els resultats d'aquest estudi, la grandària de l'efecte amb SH seria d'1,0, la qual cosa representaria una ES gran. Amb RBL la grandària de l'efecte seria 0,5, la qual cosa representaria una ES moderada.

Hèrnia inguinal

S'ha identificat un únic estudi³⁶, realitzat fora d'Espanya, que només informa de valors de l'índex de l'EQ-5D posteriors a la cirurgia, a la setmana (0,68-0,74) i als tres mesos (0,85-0,86). Per tant, és impossible parlar de l'efectivitat de l'operació en termes de la millora en l'índex EQ-5D. Els autors també indiquen que amb les intervencions estudiades (intervenció oberta o laparoscòpia) es guanya aproximadament un 0,006 d'un any de vida ajustat per qualitat, però sense una revisió de la literatura més àmplia no es disposa d'un context adequat per avaluar la possible rellevància d'aquest valor.

Histerectomia

S'han identificat sis estudis³⁶⁻⁴⁰, realitzats fora d'Espanya, que en general informen del canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'EQ-5D abans i després de la cirurgia però que no donen dades de les desviacions estàndard per la qual cosa no es poden calcular les ES. Les diferències abans-després de la intervenció en l'índex de l'EQ-5D obtenen valors entre 0,09 i 0,27 (els valors postintervenció oscil·len entre 0,78 i 0,93) i en l'EVA entre 18 i 23 (els valors postintervenció oscil·len entre 84 i 89). Malgrat que no hi ha dades de distribució per calcular les grandàries de l'efecte en l'índex de l'EQ-5D, les diferències identificades de fins a 0,27 punts suggereixen una efectivitat relativament alta. L'únic estudi en què es pot calcular una grandària de l'efecte amb l'EVA de l'EQ-5D dona un valor de 0,53, és a dir, una magnitud de canvi moderada.

Incontinència urinària

S'han identificat tres estudis^{47,51,53}, cap dels quals realitzat en població del nostre context, que informen del canvi en els valors (estadístics de tendència central) de l'índex de l'EQ-5D abans i després de la cirurgia, però un no dona dades de les desviacions estàndards i l'altre dona resultats en forma de mitjanes i rang interquartílic, per la qual cosa no es poden calcular les ES per a aquests estudis. De totes maneres, les diferències abans-després de la cirurgia són petites o insignificants (0,02 i 0,03 segons grup). Segons l'altre estudi l'ES és

menor de 0,2 pel que es pot considerar que la intervenció tampoc no produeix cap canvi, cap benefici.

Prostatectomia

S'ha identificat un estudi⁵⁵, realitzat fora d'Espanya, que proporciona dades abans i després de la resecció transuretral de la pròstata. Les dades es donen per grup d'edat (≤ 75 , >75) però no proporcionen la informació necessària per poder calcular la grandària de l'efecte (falten mesures de distribució i la desviació estàndard). No obstant això, els canvis entre 0,5 i 0,8 en l'índex EQ-5D, segons grup d'edat, segurament indicarien una intervenció de nul·la o poca efectivitat segons aquest paràmetre.

Varices

S'ha identificat un únic estudi²³, realitzat fora d'Espanya, que només informa de valors de l'índex de l'EQ-5D posteriors a la cirurgia que aconseguixen el valor màxim en l'escala: 1 (les diferències abans-després de la cirurgia oscil·len entre 0,20 i 0,27). Tanmateix, atès que només es proporcionen dades en forma de mitjanes i rang interquartílic, no es pot calcular la grandària d'efecte. Les dades de les diferències observades suggereixen una efectivitat relativament alta per a aquesta intervenció.

Criteri 5: ús de serveis sanitaris durant l'espera

La categorització del criteri 5 es va obtenir per consens en el segon grup d'experts, tal com mostra la Taula 17. L'equip investigador va assignar unes puntuacions a cada categoria, que es requereixen per al càlcul de les puntuacions globals del Capítol 3. D'altra banda, també per consens, el segon grup d'experts va classificar els trenta procediments segons el criteri 5 tal com mostra la Taula 18.

CATEGORITZACIÓ

Taula 17. Categorització del criteri 5 (ús de serveis sanitaris durant l'espera) i puntuacions assignades

| Categorització | Descripció | Puntuacions assignades |
|--------------------------|--|------------------------|
| Consum/ús alt | L'estat de salut de la patologia associada a la intervenció acostuma a requerir un consum elevat de fàrmacs, o de visites a especialistes/urgències | 3 |
| Consum/ús moderat | L'estat de salut de la patologia associada a la intervenció acostuma a requerir un consum moderat de fàrmacs, o de visites a especialistes/urgències | 2 |
| Consum/ús baix | L'estat de salut de la patologia associada a la intervenció no acostuma a requerir consum de fàrmacs, o de visites a especialistes/urgències | 1 |

CLASSIFICACIÓ

Taula 18. Puntuació dels procediments segons el criteri 5 (ús de recursos sanitaris durant l'espera) i puntuacions assignades

| Procediments amb llista d'espera ^a | Categories | Puntuació | Subgrup |
|---|------------|-----------|---------|
| Colecistectomia | Moderat | 2 | SG1/SG2 |
| Operacions de septe nasal | Moderat | 2 | SG2 |
| Artroscòpia | Moderat | 2 | SG2 |
| Alliberament canal carpià i altres | Moderat | 2 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | Alt | 3 | SG2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | Alt | 3 | SG2 |
| Operacions d'orella mitjana | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions de dents i geniva | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions anals | Moderat | 2 | SG2 |
| Operacions d'hemorroides | Moderat | 2 | SG2 |
| Reparacions del dit del peu | Baix | 1 | SG2 |
| Reparacions d'hèrnia discal | Alt | 3 | SG2 |
| Fusió vertebral | Alt | 3 | SG2 |
| Operacions de mà | Baix | 1 | SG2 |
| Operacions de parts toves aparell locomotor | Baix | 1 | SG2 |
| Operacions de cataracta | Baix | 1 | SG1/SG2 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Baix | 1 | SG1 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | Baix | 1 | SG1 |
| Vasectomia | Baix | 1 | SG1 |
| Operacions de pròstata | Moderat | 2 | SG1 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | Moderat | 2 | SG1 |
| Circumcisió | Baix | 1 | SG1 |
| Cateterismes cardíacs | Alt | 3 | SG1 |
| Histerectomia | Baix | 1 | SG1 |
| Operacions d'aparell lacrimal | Baix | 1 | SG1 |
| Reparacions d'altres hèrnies | Baix | 1 | SG1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | Alt | 3 | SG1 |
| Operacions de quist pilonidal | Baix | 1 | SG1 |
| Excisió de lesió cutània | Baix | 1 | SG1 |
| Reparació de la incontinència urinària | Moderat | 2 | SG1 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

Variabilitat de les puntuacions individuals

Dels resultats anteriors se'n pot apreciar que en tots els criteris hi ha prou variabilitat en la "puntuació". Per al cas del criteri 2 (risc de l'espera), onze intervencions van ser classificades com a "baix o cap risc", catorze com a "risc moderat" i cinc com a "risc alt". Per al cas del criteri 4 (efectivitat clínica), set intervencions van ser classificades com a "efectivitat moderada", dotze com a "efectivitat alta" i onze com a "efectivitat molt alta". Per al cas del criteri 5 (ús de recursos sanitaris durant l'espera), tretze intervencions van ser classificades com a "ús baix", onze com a "ús moderat" i sis com a "ús alt". De la mateixa manera, en les classificacions dels procediments segons el criteri 1 (qualitat de vida), tant en la versió de l'EVA com en l'índex de l'EQ-5D, els valors oscil·len entre 35 (fusió vertebral) i

100 (vasectomia i circumcisió) en la primera, i -0,1487 (fusió vertebral) i 1 en la segona (vasectomia i circumcisió).

Ordenacions directes dels subgrups d'experts

L'equip investigador va demanar a cada subgrup d'experts de la segona reunió de consens de fer l'exercici d'ordenar de manera directa els quinze procediments que havien treballat. Els resultats es mostren en les taules 19 i 20.

Taula 19. Ordenació directa de quinze procediments per part del subgrup 1

| Ordre de prioritat | Procediments amb llistes d'espera ^a |
|--------------------|--|
| 1 | Cateterismes cardíacs |
| 2 | Operacions de pròstata |
| 3 | Operacions de cataracta |
| 4 | Operacions d'obesitat mòrbida |
| 5 | Reparació de la incontinència urinària |
| 6 | Reparacions d'hèrnia inguinal/crural |
| 7 | Reparacions d'altres hèrnies |
| 8 | Histerectomia |
| 9 | Operacions de quist pilonidal |
| 10 | Operacions d'amígdales i adenoides |
| 11 | Operacions de varices d'extremitats inferiors |
| 12 | Operacions d'aparell lacrimal |
| 13 | Excisió de lesió cutània |
| 14 | Vasectomia |
| 15 | Circumcisió |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

Taula 20. Ordenació directa de quinze procediments per part del subgrup 2

| Ordre de prioritat | Procediments amb llistes d'espera ^a |
|--------------------|--|
| 1 | Colecistectomia |
| 2 | Inserció/recanvi de pròtesi de maluc |
| 3 | Inserció/recanvi de pròtesi de genoll |
| 4 | Reparacions d'hèrnia discal |
| 5 | Fusió vertebral |
| 6 | Artroscòpia |
| 7 | Operacions anals |
| 8 | Operacions d'hemorroides |
| 9 | Operacions de dents i geniva |
| 10 | Operacions d'orella mitjana |
| 11 | Operacions de septe nasal |
| 12 | Alliberament canal carpià i altres |
| 13 | Reparacions del dit del peu |
| 14 | Operacions de mà |
| 15 | Operacions de parts toves de l'aparell locomotor |

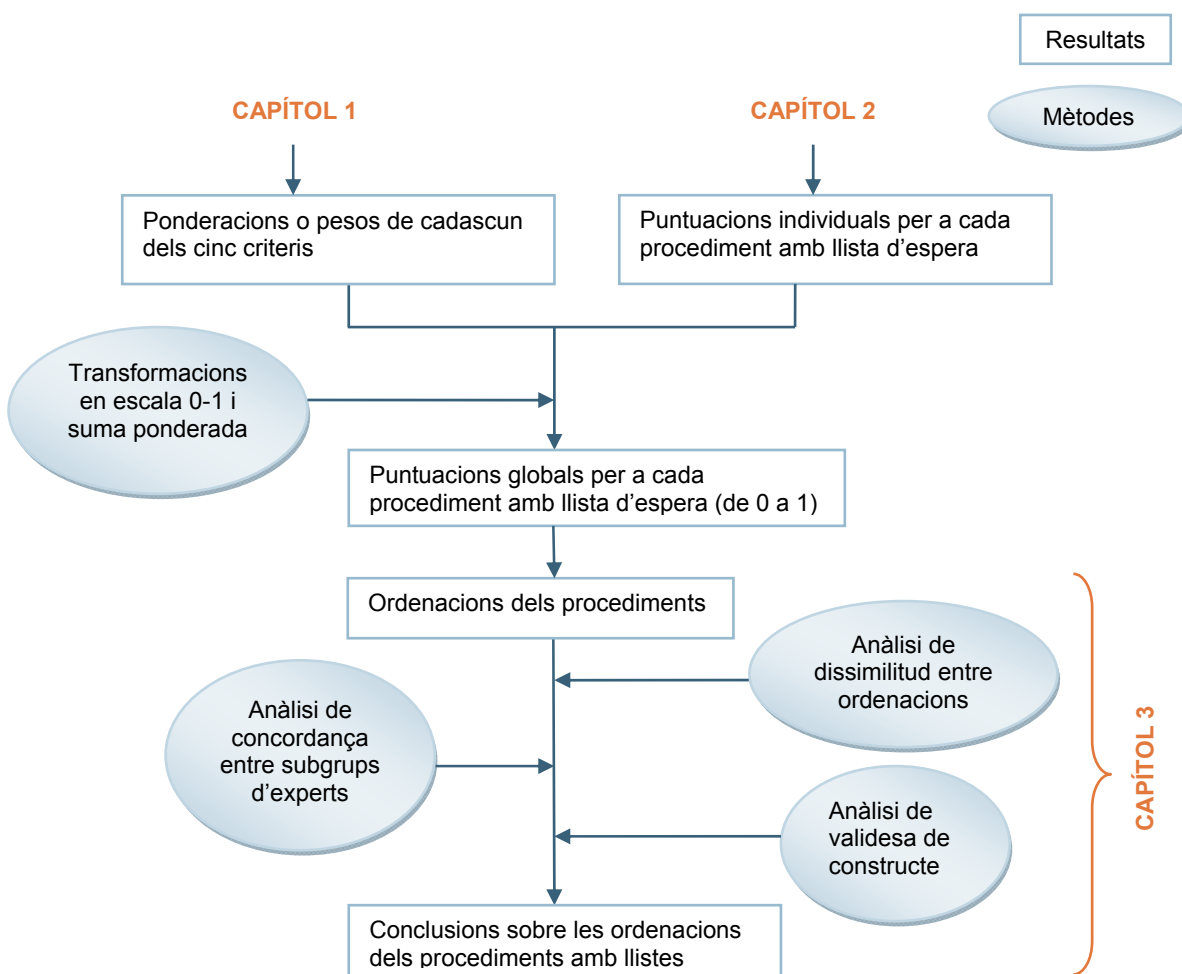
a La llistat dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

CAPÍTOL 3. ORDENACIÓ DELS PROCEDIMENTS AMB LLISTA D'ESPERA

L'objectiu d'aquest capítol és, a partir dels resultats presentats en els capítols 2 i 3, obtenir unes puntuacions globals per a cada procediment que permetin establir un ordre de prioritats i que, alhora, permeti comparar diferents ordenacions alternatives. Amb aquesta finalitat, aquest capítol presenta:

- La metodologia per a:
 - L'obtenció de puntuacions globals per a cada procediment, basades en els cinc criteris obtinguts i les puntuacions assignades per a cadascun d'aquests.
 - L'obtenció d'ordenacions, i la comparació entre ordenacions alternatives.
- Els resultats de les ordenacions segons les prioritats establertes.

Diagrama 4. Metodologia i resultats del Capítol 3



Metodologia

Obtenció de les puntuacions globals i ordenacions

Els resultats del Capítol 2 ofereixen les categoritzacions dels trenta procediments amb llista d'espera, segons cadascun dels cinc criteris identificats en el Capítol 1. A més a més, el Capítol 1 també presenta uns pesos que cal aplicar a cada criteri per tal d'obtenir la puntuació global. El càlcul de la puntuació global per a cada procediment es fa a partir d'una suma ponderada de les puntuacions individuals obtingudes en el Capítol 2, aplicant-hi els pesos, tal com es mostra a continuació.

$$PG_n = a_1 p_{1n} + \dots + a_5 p_{5n}$$

On PG_n és la puntuació global del procediment amb llista d'espera n ($n=1, \dots, 30$), a_i són els pesos del criteri i ($i=1, 2, 3, 4, 5$) i p_{in} són les puntuacions individuals obtingudes segons el criteri i ($i=1, 2, 3, 4, 5$) per al procediment n ($n=1, \dots, 30$). L'ordenació de les PG de més gran a més petita dona l'ordenació dels procediments.

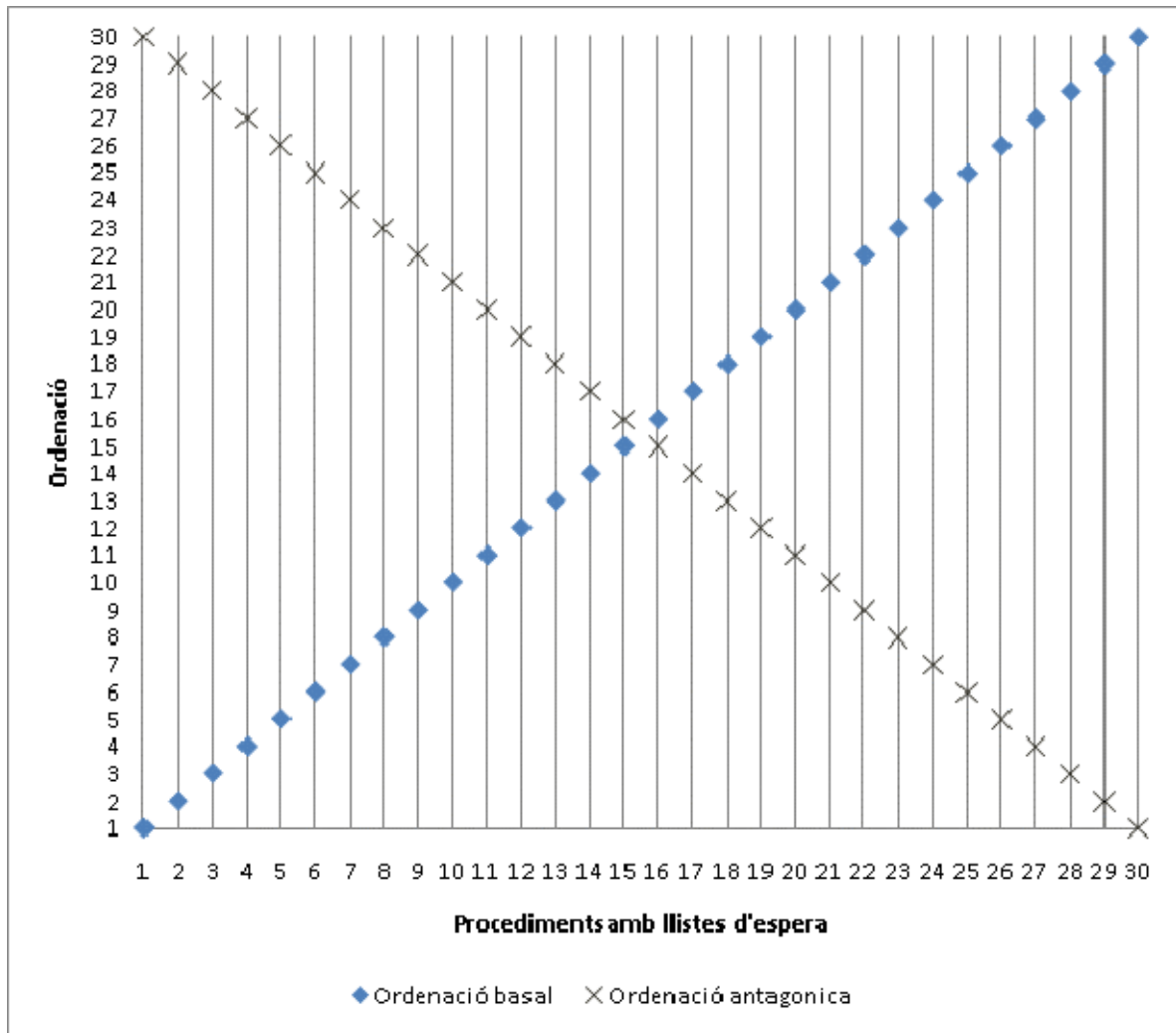
Prèviament al càlcul de la puntuació global de cada procediment, cal transformar les puntuacions per a cada criteri en escales de 0 a 1. Per tant, en el cas del criteri 1 (impacte en la qualitat de vida), quan s'utilitzen les categoritzacions segons l'EVA, els resultats presentats en escala de 0 a 100 s'han de transformar en escala de 0 a 1. Quan s'utilitza l'EQ-5D descriptiu en cinc dimensions amb tarifes socials, sorgeix la dificultat que s'havien obtingut puntuacions negatives. A continuació es presenta una metodologia per comparar l'impacte en l'ordenació final entre diferents estratègies de categoritzacions.

Anàlisi de dissimilitud entre ordenacions: índex de dissimilitud

La suma ponderada ofereix un índex o puntuació global per a cada procediment. De totes maneres, el que interessa en aquest estudi no és tant la puntuació *per se*, sinó l'ordenació dels procediments que se'n deriva (de major a menor); per exemple, segons s'utilitzin les puntuacions derivades de la utilització de l'EVA enfront de l'índex de l'EQ-5D per al criteri "impacte en la qualitat de vida", o segons si es permeten puntuacions negatives o no. Per tal de comparar ordenacions alternatives, es presenta una estratègia d'anàlisi: l'índex de dissimilitud entre ordenacions (IDO).

Prenent una ordenació de referència basal i la possible ordenació més diferent de la basal, es pot calcular la màxima suma de distàncies possible entre ambdós ordenacions. En la Figura 3 es representen dues possibles ordenacions, prenent com a referència, en l'eix de les abscisses, els trenta procediments ordenats segons l'ordre basal.

Figura 3. Ordenació basal i ordenació inversa dels procediments amb llista d'espera



Atesa una ordenació i el seu distant màxim (l'ordre invers), es defineix la suma de les distàncies (en valor absolut) entre l'ordre de cada una de les intervencions. Per tant, sigui $Score(a)$ l'ordenació basal ($Score(a)=[sc1, sc2, \dots, sc30]$) i sigui $Score(b)$ l'ordenació inversa ($Score(b)=[sc30, sc29, \dots, sc1]$), la suma de les diferències absolutes es defineix com a:

$$\sum_{i=1}^n |score_{ai} - score_{bi}| = |score_{a1} - score_{b30}| + |score_{a2} - score_{b29}| + \dots + |score_{a30} - score_{b1}|$$

En el cas dels trenta procediments, la suma màxima de les diferències en l'ordenació és 450. A continuació es repeteix el càlcul de la suma de les distàncies absolutes, tot i que no pel seu distant màxim sinó per una altra ordenació alternativa $Score(c)$.

$$\sum_{i=1}^n |score_{ai} - score_{ci}|$$

Fet això, el quocient entre la suma de les distàncies de l'ordenació alternativa i la més distant permet saber quant representa la primera de la segona. A aquest quocient se l'anomena IDO.

$$IDO = \frac{\sum_{i=1}^n |score_{ai} - score_{ci}|}{\sum_{i=1}^n |score_{ai} - score_{bi}|} \times 100 = \frac{\sum_{i=1}^n |score_{ai} - score_{ci}|}{450} \times 100$$

Essent el valor de l'indicador IDO proper a 0, si l'ordenació alternativa és fidel a l'ordenació basal, i proper a 100, si és fidel a l'ordenació més distant. De fet, el que indica l'IDO és la proporció de la diferència màxima que suposa una ordenació alternativa a la basal. En aquest document, aquest indicador s'utilitza per comparar l'efecte sobre l'ordenació de:

- canvis en les categoritzacions dels criteris o en les puntuacions individuals obtingudes causats per:
 - variacions en l'ús de l'EQ-5D (per exemple, per al cas del criteri, s'analitza l'impacte de respectar els valors negatius derivats de l'aplicació de les tarifes socials, o substituir-los per zeros).
 - discrepàncies entre els valors atorgats pels experts i els obtinguts de cerques d'evidència científica en la literatura.
- la no aplicació de ponderacions en la suma de les puntuacions (PG_n)

Quant a les cerques d'evidència científica, la segona revisió de la literatura ha proporcionat evidència en els casos següents: 1) impacte en la qualitat de vida (criteri 1) dels pacients amb diagnòstics associats a quinze dels trenta procediments; 2) el risc de l'espera (criteri 2) dels pacients amb diagnòstics associats a sis dels trenta procediments; i 3) evidència

científica de l'efectivitat clínica (criteri 4) d'onze de les trenta intervencions incloses en aquest estudi.

L'anàlisi de dissimilitud de les ordenacions causada per discrepàncies en les classificacions té com a objectius: 1) valorar les discrepàncies entre les classificacions dels procediments efectuades pels experts i els resultats trobats a la literatura; i 2) valorar l'efecte que això pugui tenir sobre les ordenacions o, dit d'una altra manera, la sensibilitat de les ordenacions a aquestes discrepàncies.

Aquesta anàlisi es realitza en dues fases. En la primera es comparen els resultats obtinguts per als procediments per als quals es disposa d'estudis científics (en el cas del criteri 4, l'efectivitat clínica, es compara la grandària de l'efecte) i, d'aquesta manera, s'identifiquen els procediments sensibles de presentar canvis respecte de l'ordenació basal quan s'apliquen els resultats de la literatura per a la classificació. En la segona fase, es comparen les ordenacions resultants i es calculen els índexs de dissimilitud.

Anàlisi de la concordança entre subgrups d'experts

El disseny de la composició de la primera sessió de consens inclou varietat entre disciplines i actors implicats en la qüestió de la prioritització en salut i llistes d'espera. El disseny de la segona sessió de consens, en canvi, comprèn només experts per obtenir una representació de les especialitats clíniques associades als procediments amb llistes d'espera. Malgrat els esforços de l'equip investigador per obtenir representació de totes les disciplines, en alguns casos això no va ser possible (vegeu la Taula 7). Una manera de valorar l'impacte sobre l'ordenació de la no-representació d'experts en algunes disciplines és comparant les categoritzacions fetes en dos procediments que van ser categoritzats tant pel subgrup on hi havia com a mínim un expert com pel subgrup on no hi era. Aquests són els procediments per a cataractes i colecistectomia.

A aquest tipus d'anàlisi qualitativa de concordança se l'anomena "concordança entre subgrups d'experts". L'anàlisi es fa comparant el valor de les puntuacions (p_{in}) fruit de diferents categoritzacions assignades a cada procediment.

Validesa de constructe

L'anàlisi de la concordança dins (o intra) subgrups o validesa de constructe es fa comparant els IDO obtinguts, per a cada subgrup, en les ocasions següents:

- a) ordenació segons la suma ponderada dels quinze criteris (amb l'EVA)
- b) ordenació segons la suma ponderada dels quinze criteris (amb l'índex social)
- c) ordenació segons suma no ponderada (amb l'EVA)
- d) ordenació directa dels procediments (efectuada per cada subgrup d'experts)

Resultats

Puntuacions globals

La Taula 21 presenta les puntuacions globals de les sumes ponderades per a cada procediment, utilitzant les tres estratègies presentades en el Capítol 2 per categoritzar els

procediments segons el criteri 1. Cal notar que prèviament al càlcul de la puntuació global de cada llista es van transformar les puntuacions individuals en escales de 0 a 1.

Les tres últimes columnes de la Taula 21 mostren les puntuacions globals segons les tres estratègies esmentades per a la categorització i puntuacions individuals segons el criteri 1. S'observa que la substitució de valors negatius per zeros no té cap impacte sobre la puntuació global, i per tant, tampoc sobre l'ordenació.

Taula 21. Puntuacions individuals i puntuacions globals dels trenta procediments amb llistes d'espera

| Procediments amb llistes d'espera ^a | Puntuacions individuals | | | | | | Puntuacions globals (suma ponderada) ^f | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|--|--|---|------------------------|------------------------|----------------------------|
| | Criteri 1 (qualitat de vida) | | | Criteri 2 (risc de l'espera) ^e | Criteri 3 (temps d'espera / demora) ^e | Criteri 4 (efectivitat clínica) ^e | Criteri 5 (ús de recursos) ^e | Score 1 ^{b,g} | Score 2 ^{c,g} | Score 2 bis ^{d,g} |
| | (amb EVA) ^o | (EQ-5D, amb zeros) ^c | (EQ-5D, amb negatius) ^d | | | | | (amb EVA) | (EQ-5D, amb zeros) | (EQ-5D, amb negatius) |
| Colecistectomia | 55 | 0,83 | 0,83 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0,62 | 0,83 | 0,83 |
| Operacions de septe nasal | 70 | 0,83 | 0,83 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0,55 | 0,81 | 0,81 |
| Artroscòpia | 80 | 0,70 | 0,70 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0,53 | 0,83 | 0,83 |
| Alliberament canal carpià i altres | 80 | 0,75 | 0,75 | 2 | 0 | 3 | 2 | 0,50 | 0,80 | 0,80 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | 45 | 0,06 | 0,06 | 1 | 2 | 3 | 3 | 0,63 | 0,80 | 0,80 |
| Inserció/ recanvi de pròtesi de genoll | 45 | 0,06 | 0,06 | 2 | 2 | 3 | 3 | 0,72 | 0,89 | 0,89 |
| Operacions d'orella mitjana | 55 | 0,75 | 0,75 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0,53 | 0,74 | 0,74 |
| Operacions de dent i geniva | 80 | 0,28 | 0,28 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0,53 | 0,83 | 0,83 |
| Operacions anals | 75 | 0,83 | 0,83 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0,36 | 0,64 | 0,64 |
| Operacions d'hemorroides | 75 | 0,75 | 0,75 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0,55 | 0,83 | 0,83 |
| Reparacions del dit del peu | 80 | 0,78 | 0,78 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0,35 | 0,65 | 0,65 |
| Reparacions d'hèrnia discal | 50 | 0,00 | -0,02 | 2 | 1 | 2 | 3 | 0,63 | 0,82 | 0,82 |
| Fusió vertebral | 35 | 0,00 | -0,15 | 3 | 1 | 2 | 3 | 0,79 | 0,92 | 0,92 |
| Operacions de ma | 80 | 0,80 | 0,80 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0,45 | 0,75 | 0,75 |
| Operacions de parts toves aparell locomotor | 90 | 0,88 | 0,88 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,27 | 0,61 | 0,61 |
| Operacions de cataracta | 65 | 0,60 | 0,60 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0,45 | 0,69 | 0,69 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | 85 | 0,83 | 0,83 | 2 | 0 | 1 | 1 | 0,36 | 0,68 | 0,68 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 75 | 0,78 | 0,78 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0,44 | 0,72 | 0,72 |
| Vasectomia | 100 | 1,00 | 1,00 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0,32 | 0,69 | 0,69 |
| Operacions de pròstata | 70 | 0,75 | 0,75 | 3 | 0 | 2 | 2 | 0,59 | 0,85 | 0,85 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | 90 | 0,80 | 0,80 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0,37 | 0,71 | 0,71 |
| Circumcisió | 100 | 1,00 | 1,00 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0,42 | 0,80 | 0,80 |
| Cateterismes cardíacs | 50 | 0,38 | 0,38 | 3 | 0 | 2 | 3 | 0,70 | 0,89 | 0,89 |
| Histerectomia | 85 | 0,83 | 0,83 | 2 | 0 | 3 | 1 | 0,44 | 0,76 | 0,76 |
| Operacions d'aparell lacrimal | 85 | 0,83 | 0,83 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,29 | 0,61 | 0,61 |
| Reparacions d'altres hèrnies | 85 | 0,80 | 0,80 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0,43 | 0,75 | 0,75 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | 50 | 0,23 | 0,23 | 3 | 1 | 2 | 3 | 0,73 | 0,92 | 0,92 |

| | Puntuacions individuals | | | | | | | Puntuacions globals (suma ponderada) ^f | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|---|--|--|---|---|------------------------|----------------------------|
| | Criteri 1 (qualitat de vida) | | | Criteri 2 (risc de l'espera) ^e | Criteri 3 (temps d'espera / demora) ^e | Criteri 4 (efectivitat clínica) ^e | Criteri 5 (ús de recursos) ^e | Score 1 ^{b,g} | Score 2 ^{c,g} | Score 2 bis ^{d,g} |
| | (amb EVA) ^b | (EQ-5D, amb zeros) ^c | (EQ-5D, amb negatius) ^d | | | | | (amb EVA) | (EQ-5D, amb zeros) | (EQ-5D, amb negatius) |
| Procediments amb llistes d'espera^a | | | | | | | | | | |
| Operacions de quist pilonidal | 90 | 0,80 | 0,80 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0,28 | 0,62 | 0,62 |
| Excisió de lesió cutània | 95 | 1,00 | 1,00 | 1 | 1 | 3 | 1 | 0,34 | 0,69 | 0,69 |
| Reparació de la incontinència urinària | 65 | 0,75 | 0,75 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0,43 | 0,67 | 0,67 |

- a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.
- b La categorització dels procediments segons el criteri 1 s'ha efectuat utilitzant l'escala visual analògica (EVA) de l'EQ-5D, tal com s'ha descrit en el Capítol 2. Per al càlcul de les puntuacions globals, les puntuacions individuals amb l'EVA s'han transformat en una escala de 0 a 1.
- c La categorització dels procediments segons el criteri 1 s'ha efectuat utilitzant l'instrument EuroQol (sistema descriptiu i l'índex social), tal com s'ha descrit en el Capítol 2. Els valors negatius han estat transformats en valors zero per evitar resultats de difícil interpretació.
- d La categorització dels procediments segons el criteri 1 s'ha efectuat utilitzant l'instrument EuroQol (sistema descriptiu i l'índex social), tal com s'ha descrit en el Capítol 2. Els valors negatius no han estat transformats malgrat la dificultat que suposa la interpretació de les puntuacions individuals obtingudes.
- e Les puntuacions individuals assignades als procediments segons els criteris 2, 3, 4 i 5 s'han transformat en una escala de 0 a 1 (dividint per 3 la puntuació). Per tant, els valors considerats per a la puntuació global (suma ponderada) són: 0, 1/3, 2/3 o 3/3.
- f Els pesos de la suma ponderada són els obtinguts en l'últim apartat del Capítol 2. És a dir: 0,38 per al criteri 1; 0,30 per al criteri 2; 0,08 per al criteri 3; 0,13 per al criteri 4; i 0,11 per al criteri 5.
- g Els scores més alts s'associen a prioritats més altes.

Es planteja la qüestió de quina estratègia és més adequada o dóna resultats més coherents: si les valoracions dels experts amb el sistema descriptiu de l'EQ-5D (a través del càlcul de la puntuació índex social) o les valoracions dels mateixos experts amb l'instrument EVA de l'EQ-5D. A priori, la primera estratègia sembla més adequada, ja que incorpora explícitament els aspectes de la dependència mencionats pels experts en el primer grup de consens. No obstant això, l'equip investigador va considerar adient tenir en compte també l'ordenació obtinguda segons la segona estratègia de càlcul per les raons següents:

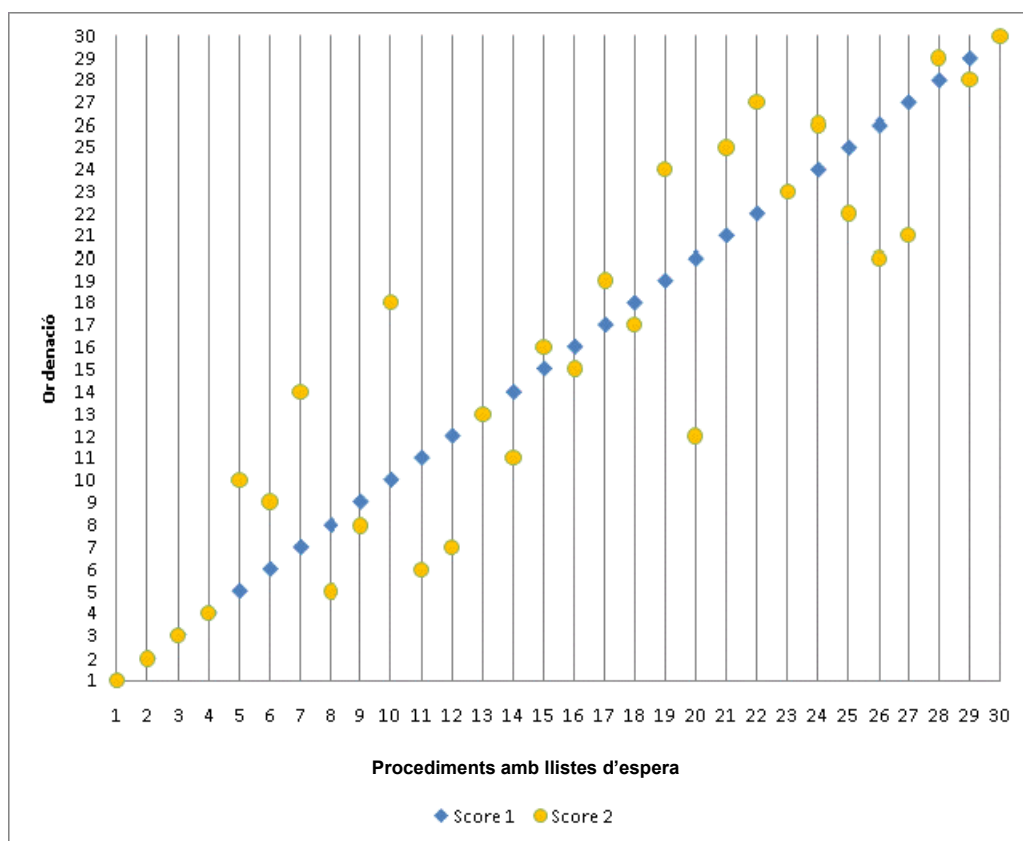
- 1) La validesa aparent (*face validity*) dels resultats (és a dir, el grau en què l'ordenació de les intervencions és coherent amb el que s'esperaria sobre la base de l'experiència clínica raonable).
- 2) El grau de concordança dels resultats amb l'ordenació proposta pels experts en l'exercici final de rànquing a nivell global.
- 3) La capacitat de les dues mesures de discriminar entre intervencions. Un avantatge addicional de l'aplicació de l'EVA és que evita el problema dels valors negatius de l'índex EQ-5D.

Ordenacions dels procediments i anàlisi de dissimilitud

DISSIMILITUD SEGONS DIFERENTS CATEGORITZACIONS PER AL CRITERI 1 (IMPACTE EN LA QUALITAT DE VIDA)

Les diferències en l'ordenació segons ambdues estratègies, essent l'Score 1 l'ordenació resultant de l'aplicació de l'EVA i l'Score 2 l'ordenació resultant de l'aplicació de l'índex social de l'EQ-5D, es presenta en la Figura 4. Es pot comprovar que l'impacte de les diferents opcions estratègiques sobre l'ordenació només es fa palès en els procediments intermedis en l'ordenació. És a dir, no afecta ni als quatre procediments més prioritaris ni als quatre procediments menys prioritaris de la llista dels trenta analitzada.

Figura 4. Ordenacions dels procediments amb llistes d'espera, segons l'ús de l'EVA (Score 1) enfront del sistema descriptiu amb tarifes socials de l'EQoI-5D (Score 2)



Prenent, doncs, l'ordenació resultant de la utilització de l'instrument EVA per categoritzar procediments segons el criteri 1, se n'obté l'ordenació presentada en la Taula 22, corresponent a l'Score 1 de la Figura 4.

Taula 22. Ordre de prioritats dels trenta procediments amb llistes d'espera^a, utilitzant l'EVA (Score 1)

| Ordre de prioritats ^b | Procediment amb llista d'espera |
|----------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | Fusió vertebral |
| 2 | Operacions d'obesitat mòrbida |
| 3 | Cateterismes cardíacs |
| 4 | Inserció/recanvi de pròtesi de genoll |
| 5 | Reparacions d'hèrnia discal |
| 6 | Colecistectomia (grup expert) |
| 7 | Inserció/recanvi de pròtesi de maluc |
| 8 | Operacions de pròstata |
| 9 | Operacions d'hemorroides |
| 10 | Operacions d'orella mitjana |
| 11 | Artroscòpia |
| 12 | Operacions de dents i geniva |
| 13 | Operacions de septe nasal |
| 14 | Alliberament canal carpià i altres |
| 15 | Operacions de mà |
| 16 | Histerectomia |
| 17 | Reparacions d'hèrnia inguinal/crural |
| 18 | Reparacions d'altres hèrnies |

| Ordre de prioritats ^b | Procediment amb llista d'espera |
|----------------------------------|---|
| 19 | Reparacions d'incontinència urinària |
| 20 | Circumcisió |
| 21 | Operacions de cataracta (experts) |
| 22 | Operacions anals |
| 23 | Operacions de varices d'extremitats inferiors |
| 24 | Reparacions del dit del peu |
| 25 | Operacions d'amígdales i adenoides |
| 26 | Excisió de lesió cutània |
| 27 | Vasectomia |
| 28 | Operacions d'aparell lacrimal |
| 29 | Operacions del quist pilonidal |
| 30 | Excisió lesió cutània |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

b L'ordenació va de més prioritari (a dalt) a menys prioritari (a baix).

L'ordenació Score 2 que s'obté si, alternativament, s'utilitza l'índex social de l'EQ-5D per categoritzar segons el criteri 1, es presenta en la Taula 23. La Taula 23 mostra el grau de variació en l'ordenació entre l'Score 1 i l'Score 2 segons intervals (cap variació, variació en una o dues posicions, variació de més de dues posicions en l'ordenació). S'observen agrupacions de procediments per als quals l'ordenació és insensible a diferents mesures de la qualitat de vida. En particular, s'observa un grup de procediments invariablement prioritari i un altre grup de procediments invariablement no prioritari.

Taula 23. Ordre de prioritats dels trenta procediments amb llista d'espera^a, utilitzant l'EQ-5D (Score 2)

| Ordre de prioritats ^c | Procediment amb llista d'espera | Nombre de posicions que varia en l'ordenació respecte a l'ordenació Score 1 ^b |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| 1 | Fusió vertebral | 0 |
| 2 | Operacions d'obesitat mòrbida | 0 |
| 3 | Cateterismes cardíacs | 0 |
| 4 | Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | 0 |
| 5 | Operacions de pròstata | >2 |
| 6 | Operacions de dents i geniva | >2 |
| 7 | Artroscòpia | >2 |
| 8 | Operacions d'hemorroides | 1-2 |
| 9 | Colecistectomia | >2 |
| 10 | Reparacions d'hèrnia discal | >2 |
| 11 | Alliberament canal carpià i altres | 1-2 |
| 12 | Circumcisió | >2 |
| 13 | Operacions de septe nasal | >2 |
| 14 | Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | >2 |
| 15 | Histerectomia | 1-2 |
| 16 | Operacions de mà | 0 |
| 17 | Reparacions d'altres hèrnies | 1-2 |
| 18 | Operacions d'orella mitjana | >2 |
| 19 | Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 1-2 |
| 20 | Excisió de lesió cutània | >2 |
| 21 | Vasectomia | >2 |

| Ordre de prioritats ^c | Procediment amb llista d'espera | Nombre de posicions que varia en l'ordenació respecte a l'ordenació Score 1 ^b |
|----------------------------------|---|--|
| 22 | Operacions d'amígdals i adenoides | 1-2 |
| 23 | Operacions de varices d'extremitats inferiors | 1-2 |
| 24 | Reparacions d'incontinència urinària | >2 |
| 25 | Operacions de cataracta | >2 |
| 26 | Reparacions del dit del peu | >2 |
| 27 | Operacions anals | >2 |
| 28 | Operacions de quist pilonidal | 1-2 |
| 29 | Operacions d'aparell lacrimal | 1-2 |
| 30 | Operacions de parts toves aparell locomotor | 0 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

b Les derivacions respecte a l'ordenació basal es presenten agrupades en tres: no varia (0), varia en una o dues posicions (1-2) i varia en més de dues posicions (>2).

c L'ordenació va de més prioritari (a dalt) a menys prioritari (a baix).

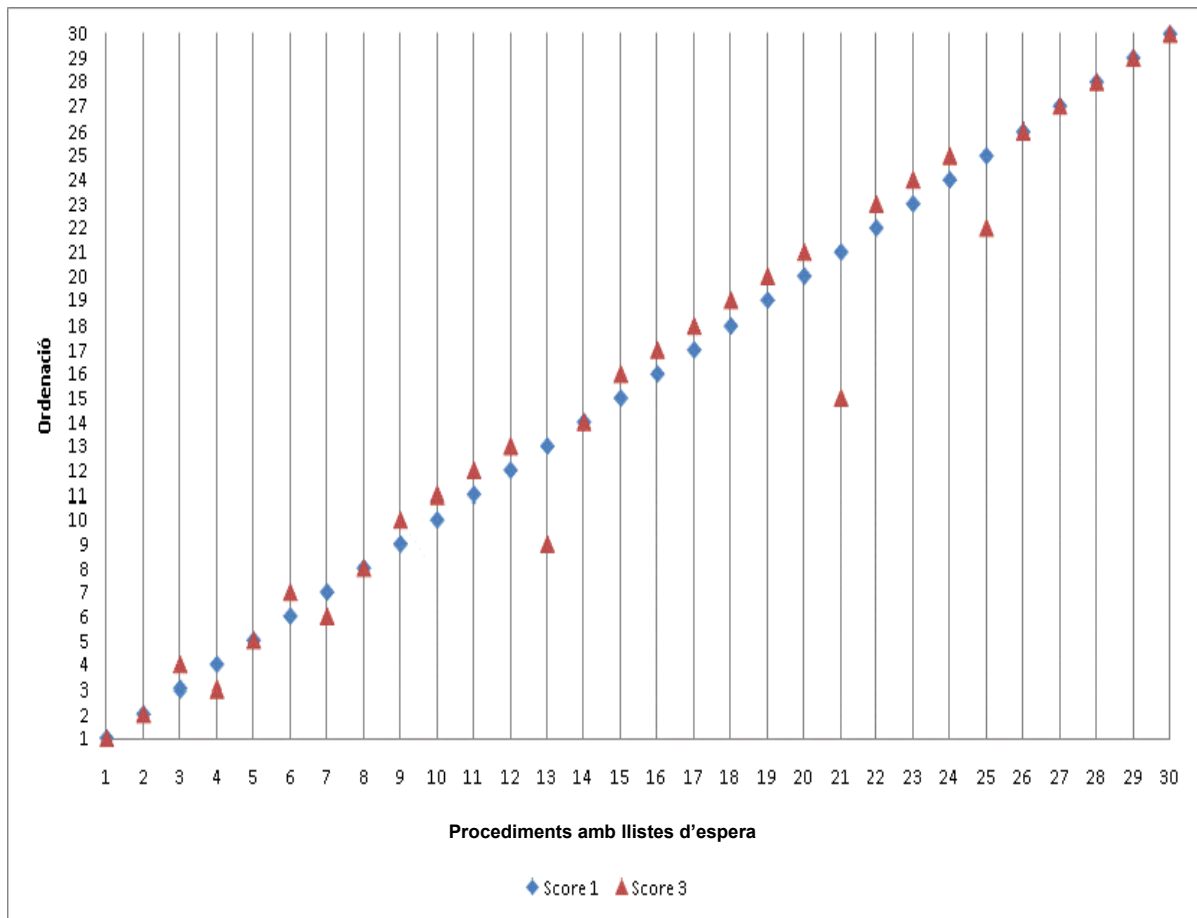
La dissimilitud entre l'ordenació Score 1 i l'ordenació Score 2 s'ha mesurat amb l'indicador de dissimilitud definit en l'apartat de Metodologia d'aquest capítol, que pren valor IDO=0,19. És a dir, l'ordenació de l'Score 2 representa un 19% de la diferència entre l'ordenació basal i l'ordenació inversa (o antagònica). Per tant, es conclou que ambdues ordenacions tenen un baix grau de dissimilitud, i les variacions en l'ordenació no afecten els extrems.

DISSIMILITUD SEGONS DIFERENTS CATEGORIZACIONS PER AL CRITERI 3 (TEMPS D'ESPERA I DEMORA)

Les categoritzacions dels procediments segons el criteri 3 es basen en la hipòtesi metodològica que les variables temps d'espera i demora segueixin una distribució de probabilitat de Weibull i que la taxa d'esdeveniments és constant al llarg del temps. Si es disposés d'informació sobre la distribució d'aquestes variables (decils o percentils), es podria validar aquesta hipòtesi estudiant la distribució empírica del temps d'espera i de demora i el seu grau d'ajust a les distribucions emprades. L'Annex 3 presenta una comparació entre la distribució teòrica que s'ha assumit en aquesta anàlisi i les dades empíriques (obtingudes posteriorment a la confecció d'aquest document). La similitud entre ambdues distribucions valida la hipòtesi assumida i els resultats obtinguts.

D'altra banda, en el Capítol 2 es presenta una variació en la categorització dels procediments que introdueix més variabilitat: la definició d'un llindar de probabilitats a 0,25 enfront dels llindars alternatius presentats en el mateix capítol (vegeu la Taula 14). L'ordenació resultant està representada per l'Score 3. L'impacte d'aquesta variació en l'ordenació dels procediments es presenta en la Figura 5 (Score 1 o basal enfront d'Score 3). L'IDO resultant pren valor 0,07. Aquest valor indica que accedint a una major influència de la variable temps d'espera sobre la puntuació global s'obté un impacte relativament petit: un 6%. És a dir, l'ordenació de l'Score 3 ofereix un 6% de la diferència entre l'ordenació basal i l'ordenació inversa (o antagònica). L'impacte en l'ordenació és nul per a les ordenacions dels extrems i mínim en les ordenacions centrals, essent l'excepció de les llistes: "septoplàstia, rinoplàstia intervenció plàstica nasal", "intervenció de cataracta" i "amigdalectomia, adenoïdectomia".

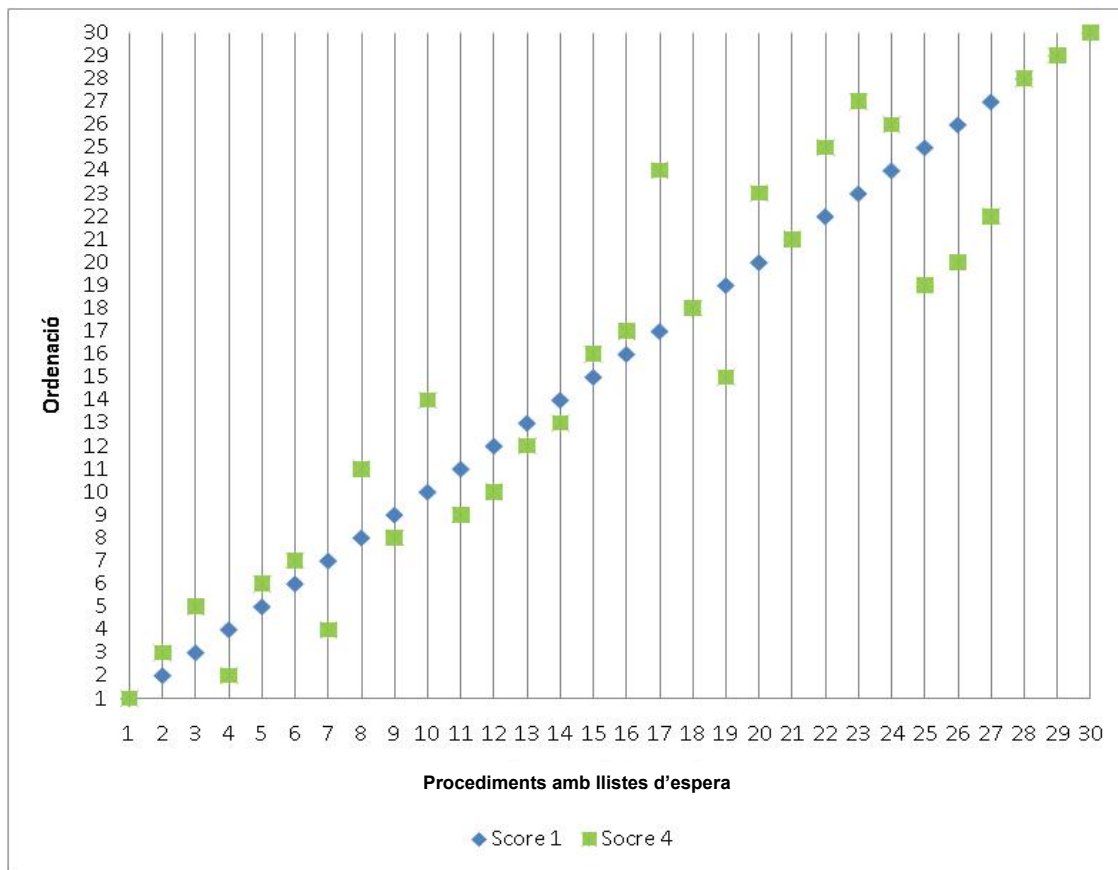
Figura 5. Ordenacions dels procediments segons variacions en la categorització del criteri 3 (temps d'espera i de demora)



DISSIMILITUD SEGONS L'ÚS DE LES PONDERACIONS

S'ha comprovat com canvia l'ordenació dels procediments si s'eliminen els pesos de la suma ponderada (l'ordenació en aquest cas s'anomena Score 4), tal com mostra la Figura 6. L'IDO pren valor 0,15. En particular, l'ordenació resta invariant pel cas dels procediments menys prioritaris. Els procediments més prioritaris pateixen lleugeres modificacions en l'ordre, tot i que el grup dels set procediments més prioritaris es manté estable.

Figura 6. Ordenació dels procediments segons puntuacions globals ponderades (Score 1) i no ponderades (Score 4)



DISSIMILITUD SEGONS LA UTILITZACIÓ DELS RESULTATS DEL CONSENS ENFRONT DE L'EVIDÈNCIA CIENTÍFICA

Els resultats de la segona revisió de la literatura mostren algunes discrepàncies entre les categoritzacions dels procediments fetes pels experts i els resultats obtinguts de la literatura per als criteris 1, 2 i 4. Aquest apartat analitza l'impacte d'aquestes discrepàncies (quan hi són) sobre l'ordenació obtinguda dels processos.

Dels resultats de la revisió de la literatura per als criteris 1, 2 i 4 (presentats en el Capítol 2), se'n deriva una reclassificació en el cas de dotze procediments (per al criteri 1), dos procediments (per al criteri 2) i deu procediments (per al criteri 4). La Taula 24 presenta ambdues classificacions, i l'impacte en l'ordenació dels procediments si es tenen en compte els resultats de la literatura quan estan disponibles. Només s'ha trobat evidència científica per a menys de la meitat dels procediments, i en un gran nombre de casos es tracta d'estudis fora del nostre context. Malgrat la relativa escassa evidència científica, s'ha calculat l'impacte en l'ordenació dels procediments (per als casos en què no hi havia evidència s'han fet servir les classificacions basals), tal com mostra l'última columna de la Taula 24 (Score 5). Globalment, aquesta ordenació (Score 5) representa un 6% de l'ordenació antagònica; és a dir, s'obté un IDO=0,06.

Taula 24. Classificacions dels criteris 1, 2 i 4 segons la literatura i impacte en les ordenacions

| Procediments ^a | Classificació dels procediments segons els criteris 1, 2 i 4 | | | | | | Ordenacions dels procediments | |
|---|--|---|-----------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | Criteri 1 (EVA del grup de consens) | Criteri 1 (EVA de la literatura) ^b | Criteri 2 | Criteri 2 (literatura) ^b | Criteri 4 | Criteri 4 (literatura) ^b | Score 1 (basal) | Score 5 (literatura) |
| Fusió vertebral | 35 | 45 | 3 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 |
| Operacions d'obesitat mòrbida | 50 | 60 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 |
| Cateterisme cardíac | 50 | 40 | 3 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de genoll | 45 | 35 | 2 | 1 | 3 | 3 | 4 | 5 |
| Reparacions d'hèrnia de disc | 50 | 50 | 2 | 2 | 2 | 3 | 5 | 4 |
| Colecistectomia | 55 | 65 | 2 | 2 | 3 | 3 | 6 | 7 |
| Inserció/recanvi de pròtesi de maluc | 45 | 35 | 1 | 1 | 3 | 3 | 7 | 6 |
| Operacions de pròstata | 70 | 70 | 3 | 3 | 2 | 1 | 8 | 8 |
| Operacions d'hemorroides | 75 | 75 | 2 | 2 | 3 | 3 | 9 | 9 |
| Operacions d'orella mitjana | 55 | 55 | 2 | 2 | 1 | 1 | 10 | 10 |
| Operacions de dent i geniva | 80 | 80 | 2 | 2 | 3 | 3 | 11 | 11 |
| Artroscòpia | 80 | 80 | 2 | 2 | 3 | 3 | 12 | 12 |
| Operacions de septe nasal | 70 | 70 | 2 | 2 | 2 | 2 | 13 | 13 |
| Alliberament canal carpià i altres | 80 | 80 | 2 | 2 | 3 | 3 | 14 | 15 |
| Operacions de mà | 80 | 80 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 17 |
| Histerectomia | 85 | 75 | 2 | 2 | 3 | 3 | 16 | 16 |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | 75 | 75 | 2 | 2 | 2 | 2 | 17 | 18 |
| Reparacions d'altres hèrnies | 85 | 85 | 1 | 1 | 2 | 2 | 18 | 19 |
| Reparació de la incontinència urinària | 65 | 65 | 3 | 3 | 1 | 1 | 19 | 20 |
| Circumcisió | 100 | 100 | 3 | 3 | 1 | 1 | 20 | 21 |
| Operacions de cataracta | 65 | 70 | 1 | 2 | 3 | 3 | 21 | 14 |
| Operacions anals | 75 | 75 | 2 | 2 | 1 | 1 | 22 | 24 |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | 85 | 85 | 2 | 2 | 1 | 2 | 23 | 22 |
| Reparacions del dit del peu | 80 | 80 | 1 | 1 | 2 | 2 | 24 | 25 |
| Operacions d'amígdales i adenoides | 90 | 80 | 1 | 1 | 2 | 2 | 25 | 23 |
| Excisió de lesió cutània | 95 | 95 | 1 | 1 | 3 | 3 | 26 | 26 |
| Vasectomia | 100 | 100 | 1 | 1 | 3 | 3 | 27 | 27 |
| Operacions aparell lacrimal | 85 | 85 | 1 | 1 | 1 | 1 | 28 | 28 |

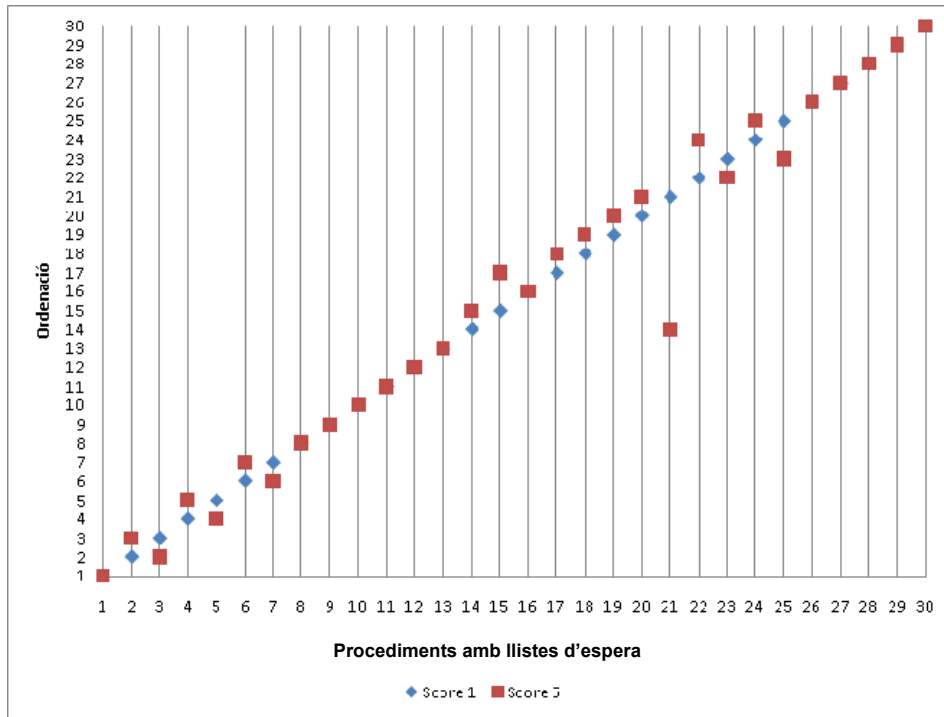
| Procediments ^a | Classificació dels procediments segons els criteris 1, 2 i 4 | | | | | | Ordenacions dels procediments | |
|--|--|---|-----------|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-------------------------------|----------------------|
| | Criteri 1 (EVA del grup de consens) | Criteri 1 (EVA de la literatura) ^b | Criteri 2 | Criteri 2 (literatura) ^b | Criteri 4 | Criteri 4 (literatura) ^b | Score 1 (basal) | Score 5 (literatura) |
| Operacions de quist pilonidal | 90 | 90 | 1 | 1 | 2 | 2 | 29 | 29 |
| Operacions parts toves aparell locomotor | 90 | 90 | 1 | 1 | 1 | 1 | 30 | 30 |

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

b En els casos en què s'ha trobat evidència, l'equip investigador ha consensuat entre tots els resultats el valor a atorgar. En els casos en què no hi ha evidència científica, s'han utilitzat els valors atribuïts en el consens d'experts.

L'impacte en l'ordenació s'il·lustra en la Figura 7, en què s'observa que l'ordre dels procediments quasi no varia respecte de l'ordenació basal, tot i que el procediment per cataractes guanya en prioritat atès el risc de complicacions moderat identificat en la literatura que contrasta amb la percepció de risc baix dels experts.

Figura 7. Ordenacions basal (Score 1) i ordenació segons evidència científica parcial (Score 5)



Anàlisi de concordança entre subgrups

Les intervencions per cataractes i la colecistectomia varen ser valorades pels dos subgrups d'experts. Per tant, en ambdós casos es disposa de dues valoracions. L'anàlisi de concordança entre subgrups s'efectua comparant les puntuacions dels dos subgrups per a aquests dos procediments (Taula 25). Les caselles en blau senyalen els casos en què no hi ha concordança.

Taula 25. Concordança en la classificació entre subgrups d'experts

| Categoritzacions | | Procediments ^a analitzats | | | |
|------------------|--------------------------------|--------------------------------------|----------------|-----------------|----------------|
| | | Intervenció de cataracta | | Colecistectomia | |
| | | Grup expert | Grup no expert | Grup expert | Grup no expert |
| Criteri 1 | EVA (EQ-5D) | 65 | 75 | 75 | 55 |
| | Mobilitat | 2 | 2 | 1 | 1 |
| | Cura d'un/a mateix/a | 2 | 1 | 1 | 1 |
| | Activitats quotidianes | 2 | 2 | 1 | 1 |
| | Dolor/Malestar | 1 | 1 | 2 | 2 |
| | Ansietat/Depressió | 2 | 2 | 2 | 2 |
| | Índex social (EQ-5D) | 0,60 | 0,74 | 0,83 | 0,83 |
| Criteri 2 | Risc de l'espera | 1 | 2 | 3 | 2 |
| Criteri 3 | Temps d'espera/demora | n.a | n.a. | n.a. | n.a |
| Criteri 4 | Efectivitat de la intervenció | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Criteri 5 | Ús de recursos durant l'espera | 1 | 1 | 2 | 2 |

Nota: aquesta taula compara els resultats de les classificacions efectuades pels experts del segon grup de consens per al cas de dos procediments que varen ser valorats pels dos subgrups: les cataractes i la colecistectomia. En ambdós casos, un subgrup incloïa un expert en la patologia associada al procediment i l'altre, no. L'objectiu de la taula és presentar la concordança entre subgrups.

■ L'àrea en blau senyala les classificacions en què hi ha hagut discordança entre els dos subgrups.

a La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

EVA: escala visual analògica; n.a. no aplica.

S'observa concordança en la classificació d'ambdós procediments segons els criteris 4 i 5 (el criteri 3 no aplica ja que la categorització la va efectuar el grup investigador de l'AIAQS) i en la classificació de la colecistectomia per al criteri 1 utilitzant l'EQ-5D. On no s'observa concordança és en les classificacions globals segons el criteri 1 obtingudes amb l'EVA i, només per al cas de les cataractes, en l'índex social de l'EQ-5D. Tampoc no presenten concordança les classificacions segons el criteri 2 (risc de l'espera).

Validesa de constructe

En el Capítol 2 s'explica que en la segona reunió d'experts es va demanar com a objectiu secundari que s'ordenessin els quinze procediments que havien valorat de manera directa, amb la intenció de comparar les ordenacions obtingudes de tot l'exercici. Les figures 8 i 9 mostren comparacions entre les ordenacions basals (Score 1, Taula 13) i les ordenacions directes dels subgrups G1 i G2, respectivament. L'IDO en el cas del subgrup G1 pren valor 0,34 i en el cas del subgrup G2, de 0,27. És a dir, la discrepància entre ordenacions és tan gran com un 34% de la major discrepància possible en el cas del subgrup G1 i 27% en el cas del subgrup G2. Malgrat que hi ha variacions en l'ordenació dels grups de procediments més i menys prioritari, s'observa que els quatre procediments més (i menys) prioritari es mantenen força estables quan es fa l'ordenació directa per al cas del subgrup 1 i subgrup 2. No obstant això, en el cas del subgrup 1, el primer procediment passa a quart lloc amb l'ordenació directa ('obesitat mòrbida') i l'últim passa a novè lloc ('intervenció del quist o si pilonidal'); i en el cas del subgrup 2, el primer procediment passa a cinquè lloc amb l'ordenació directa ('cirurgia instrumentada del raquis') i el quart passa a primer ('colecistectomia').

Figura 8. Ordenacions de sumes ponderades i ordenacions directes, subgrup d'experts G1

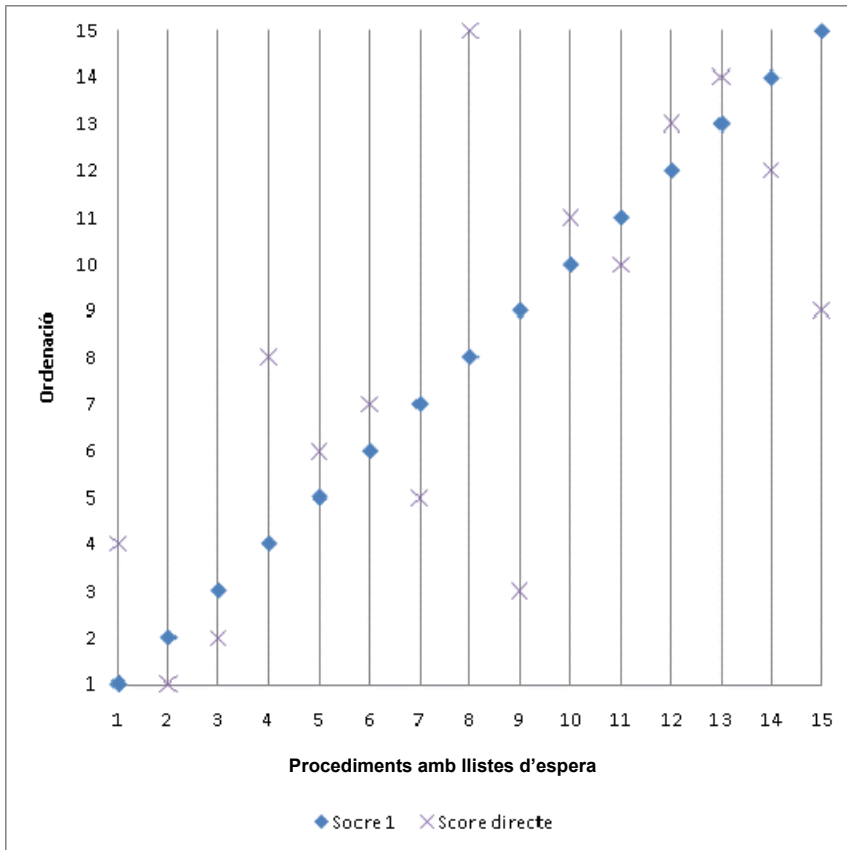
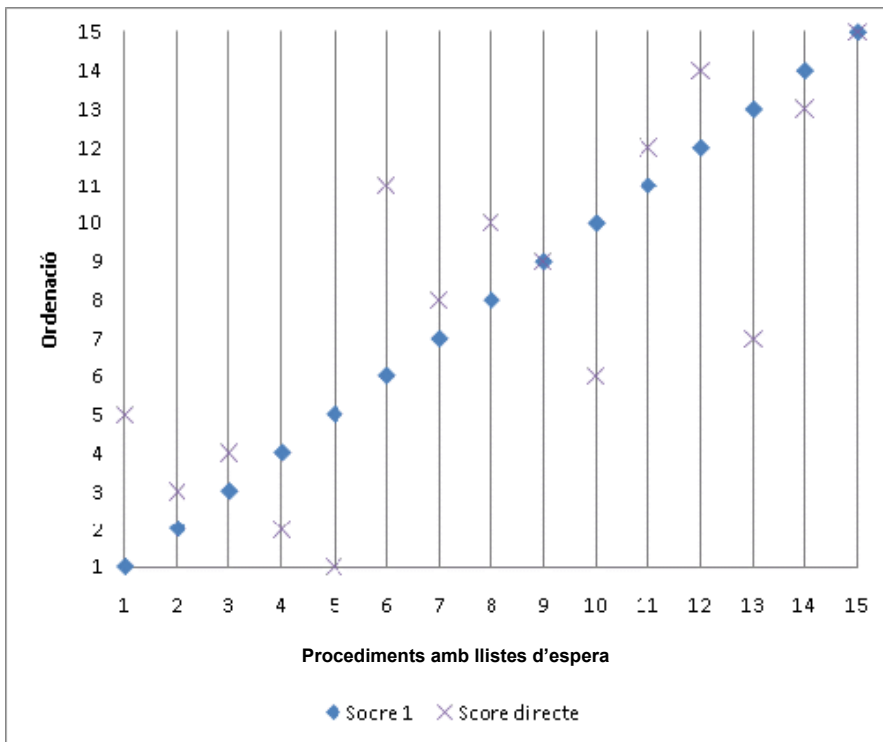


Figura 9. Ordenacions de sumes ponderades i ordenacions directes, subgrup d'experts G2



Valoració global de la robustesa de l'ordenació basal

Per sintetitzar-ho, la Taula 26 presenta de manera comparativa tots els IDO obtinguts en els diferents apartats dels resultats d'aquest capítol.

Taula 26. Comparacions dels índex de dissimilitud (IDO) respecte de l'ordenació basal (Score 1)

| Comparacions entre ordenacions ^a | Índex de dissimilitud ^b | Grup de tres procediments més prioritari ^c | Grup de tres procediments menys prioritari ^d |
|---|------------------------------------|---|---|
| IDO (Score 1, Score 1) | 0 | n.a. | n.a. |
| IDO (Score 1, Score 2) | 0,19 | No varia (s'amplia a 4) | No varia |
| IDO (Score 1, Score 3) | 0,07 | No varia (s'amplia a 12) | No varia (s'amplia a 5) |
| IDO (Score 1, Score 4) | 0,15 | No varia (s'amplia a 7) | No varia |
| IDO (Score 1, Score 5) | 0,06 | No varia (s'amplia a 20) | No varia (s'amplia a 5) |
| IDO (Score 1 G1, Score directe G1) | 0,34 | No varia | Sí varia |
| IDO (Score 1 G2, Score directe G2) | 0,27 | Sí varia | Sí varia |

- a Les comparacions es fan entre ordenacions presentades en l'apartat de Resultats del Capítol 3. En particular:
 Score 1: ordenació basal (criteri 1 amb la categorització EVA)
 Score 2: ordenació obtinguda quan la categorització del criteri 1 es fa amb l'índex social de l'EuroQoI
 Score 3: ordenació obtinguda quan la categorització del criteri 3 es varia per donar més variabilitat al temps de demora
 Score 4: ordenació obtinguda eliminant les ponderacions entre criteris
 Score 5: ordenació obtinguda fent servir l'evidència científica disponible per a les classificacions dels criteris
 Score 1 G1: ordenació basal per al grup de procediments valorat pel subgrup G1
 Score 1 G2: ordenació basal per al grup de procediments valorat pel subgrup G2
 Score directe G1: ordenació directa dels quinze procediments valorats pel subgrup G1
 Score directe G2: ordenació directa dels quinze procediments valorats pel subgrup G2
- b L'índex de dissimilitud és una mesura de la proporció de màxima diferència que ofereix l'ordenació que es compara amb la basal.
- c Aquesta columna compara els procediments inclosos entre els tres més prioritari^c segons cada una de les ordenacions. Si no varia el grup, s'indica a la casella corresponent.
- d Aquesta columna compara els procediments inclosos entre els tres menys prioritari^d segons cada una de les ordenacions. Si no varia el grup, s'indica a la casella corresponent.

Les dues últimes columnes de la Taula 26 reflecteixen si hi ha o no variacions en el grup de procediments més (o menys) prioritari, respectivament, segons les ordenacions que es comparen. Com es pot veure, el grup de tres procediments més prioritari no queden alterats en cap cas, la qual cosa suggereix una certa estabilitat dels resultats. No obstant això, el grup de quatre procediments menys prioritari mostra estabilitat segons diferents estratègies d'obtenció de les classificacions, però varia substancialment entre l'ordenació directa i l'ordenació basal. En particular, la "intervenció del quist o si pilonidal" guanya sis punts en prioritat.

DISCUSSIÓ

Els principals resultats de l'estudi són, d'una banda, la identificació d'uns criteris i uns pesos per ordenar segons prioritats d'abordatge els procediments amb llista d'espera i, d'altra banda, la identificació de quatre procediments amb llista d'espera en el grup de "més prioritaris" dins del grup dels trenta procediments analitzats (vigents en les agrupacions de procediments del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut a data de desembre de 2009). Aquests són: 'fusió vertebral', 'operacions d'obesitat mòrbida', 'cateterismes cardíacs' i 'inserció/recanvi de pròtesi de genoll'. D'altra banda, també s'identifica un grup de quatre procediments com a "menys prioritaris". El grup de procediments menys prioritaris el formen: 'excisió de lesió cutània', 'vasectomia' i 'operacions d'aparell lacrimal' i 'operacions de quist pilonidal'.

Potser la fortalesa més important d'aquest treball sigui la manca d'estudis semblants en el context català, espanyol i internacional. Sense assegurar la no existència d'experiències prèvies –els cercadors bibliogràfics actuals no tenen potència per identificar aquest tipus d'estudis, molt probablement editats com a document tècnic lligat a una organització i per tant sense passar per revisió d'experts–, la manca d'estudis semblants fa que les troballes presentades siguin originals. La identificació d'un grup de procediments prioritaris n'és el principal factor. D'altra banda, la identificació de manera consensuada de cinc criteris amb els que determinar prioritats entre procediments és també una nova eina per a l'abordatge futur de les llistes d'espera.

Crida l'atenció el fet que tant el volum com el cost de les llistes no hagin sortit del consens entre experts, essent aquests dos criteris d'òbvia rellevància per part dels gestors i coordinadors centrals de les llistes d'espera. Cal, però, tenir present que no era objectiu de l'estudi (i així es va presentar davant dels experts) una priorització orientada a un posterior disseny d'un pla de xoc o un abordatge dels temps de garantia. L'exercici es va presentar amb l'orientació d'una posterior elaboració de sistemes específics de priorització entre pacients dins d'una llista. De fet, en cap dels grups d'experts es va comptar amb representació del punt de vista del coordinador centralitzat o gestor de llistes d'espera.

Els resultats de l'exercici s'han basat en l'aplicació d'una combinació de diferents metodologies com la revisió de la literatura, les tècniques qualitatives per al consens d'experts, els mètodes estadístics d'anàlisi de variables temporals (temps d'espera i temps de demora) i l'anàlisi quantitativa de variacions en les ordenacions (vegeu el Diagrama 1, Estructura). La complexitat dels seus objectius, del procés metodològic o combinació de mètodes i diversitat de resultats fa que aquest estudi sigui també complex d'avaluar.

Algunes de les limitacions de l'estudi han estat donades pel marc temporal en què aquest es va realitzar (sis mesos des de la proposta fins al tancament del document revisat), la qual cosa ha fet que fos massa difícil la composició òptima, pel que fa al nombre, dels grups d'experts. D'altra banda, la codificació i agrupació de procediments amb llista d'espera ha anat variant al llarg d'aquests sis mesos. En el primer grup de consens la llista incloïa algunes agrupacions força limitades, que posteriorment es van anar completant i en alguns

casos inclou diversos procediments en un mateix agrupador. A més, no ha estat possible disposar de la llista de diagnòstics associats als procediments.

La manca de representació d'experts en bioètica i *welfare* o equitat en general fa que els criteris no incloguin amb prou potència aspectes com la dependència de persones a càrrec del malalt⁷⁰ i viceversa, l'equitat social o les desigualtats en salut⁷¹. És cert que aquests són criteris que afecten més una prioritació entre malalts que no una entre procediments quirúrgics, però indirectament pot haver-hi afectació. Quant a les desigualtats socials, no es pot descartar que la prioritació entre procediments no pugui ser per si mateixa una font de desigualtat de salut. Hi ha estudis⁷² que demostren que els malalts amb més problemes socioeconòmics i les dones solen tenir temps d'espera més alts en l'accés a procediments quirúrgics amb llista d'espera.

Quant al criteri 1, l'EuroQol (l'índex social i l'EVA) són instruments de mesura de la qualitat de vida genèrics que limiten la focalització en l'àrea d'interès, tanmateix es va descartar l'ús d'instruments específics, ja que són més complicats d'utilitzar i no podien assegurar la comparació entre procediments. Per acabar, els instruments utilitzats estan dissenyats per a pacients (i no per a experts) i aplicats a patologies (no a procediments). Això pot portar a contradiccions ja que amb el mateix diagnòstic no tots els malalts tenen la mateixa qualitat de vida. Tots aquests són factors que cal tenir en compte a l'hora d'utilitzar, sobretot, els resultats obtinguts sobre categoritzacions de procediments segons el criteri 1. No sorprèn, doncs, que en l'anàlisi de la concordança entre subgrups sigui justament aquest resultat parcial el que presenta problemes.

Pel que fa al criteri 3 (temps d'espera i temps de demora), malgrat tenir poc pes de cara a les puntuacions globals, val la pena presentar les limitacions quant a la categorització. La principal limitació del mètode aplicat per identificar els procediments amb temps excessivament llargs rau en la hipòtesi que les variables temps d'espera i demora segueixin una distribució de probabilitat de Weibull i que la taxa d'esdeveniments sigui constant al llarg del temps, així com en l'arbitrarietat del topall del 25%. Aquestes assumpcions es varen adoptar per manca d'informació sobre la distribució de les variables temporals (percentils o desviacions estàndard). No obstant això, una anàlisi de validesa feta a posteriori mostra la coincidència entre les distribucions assumides i les distribucions empíriques (vegeu l'Annex 3).

Un criteri que es va discutir en la primera reunió d'experts però que finalment no va sortir va ser l'edat. Aquest és un criteri motiu de controvèrsia, ja que hi ha arguments a favor de prioritzar grups pediàtrics però també criteris a favor de prioritzar grups d'edat avançada. La raó per la qual finalment no es va incloure entre els cinc criteris més votats és perquè, si bé alguns procediments tenen associada clarament una franja d'edat (per exemple, les cataractes), en no tenir-ho tots, es va pensar que molts procediments no es podien categoritzar segons aquest criteri. No obstant això, els experts van comentar que aquest criteri podia ser rellevant a l'hora de prioritzar pacients, a la fase ulterior d'aquest projecte. La participació d'un expert clínic en edats pediàtriques hagués pogut ser determinant.

Quant a la validesa del grup d'experts, l'anàlisi de concordança entre subgrups mostra que precisament s'observa discordança en els casos de procediments en què aparentment hi

podria jugar un pes la subjectivitat dels participants en els grups. Aquest resultat suggereix que l'absència d'experts en algunes patologies, com urologia, ginecologia i medicina familiar i comunitària, pot haver tingut alguna influència o biaix en la classificació de l'impacte en la qualitat de vida (criteri 1). De fet, el risc de subjectivitat en les valoracions és present en tots els criteris (excepte el criteri 3).

Pel que fa a l'ordenació, si bé no hi ha dubte sobre els *clústers* de procediments prioritaris i no prioritaris, els resultats pel grup de procediments intermedis és menys clar.

RECOMANACIONS

Aquest informe presenta una eina de suport per a la prioritització entre procediments amb llistes d'espera per a cirurgia electiva del sistema sanitari públic català. Els resultats de l'estudi són un mètode, uns criteris, uns pesos, una formulació explícita de criteris i una ordenació dels trenta procediments amb llista d'espera (vigents a 31 de desembre del 2010) segons prioritat orientada al posterior abordatge de sistemes de prioritització específics entre pacients. Els cinc criteris (i pesos) són: 1) impacte en la qualitat de vida (0,38); 2) risc de complicacions durant l'espera (0,30); 3) efectivitat clínica del procediment (0,13); 4) ús de recursos sanitaris durant l'espera (0,11); 5) temps d'espera i/o demora (0,08). Els criteris i el mètode presentats son replicables en un futur per al conjunt d'una seixantena de procediments que el CatSalut preveu fer públics pròximament.

Entre els trenta procediments que es van considerar per a l'exercici de prioritització d'aquest estudi, els cinc amb major prioritat són, en el següent ordre: fusió vertebral, operacions d'obesitat mòrbida, cateterismes cardíacs, inserció/recanvi de pròtesi de genoll i reparacions d'hèrnia discal. Aquests procediments presenten realitats ben diverses, ja sigui en els temps d'espera o demora (elevada variabilitat entre mitjanes i medianes), en els aspectes organitzatius entorn a les intervencions (variabilitat en els temps de quiròfan), en la simptomatologia dels diagnòstics associats a les intervencions, etc.

Les diferents anàlisis de validesa del constructe, de robustesa de l'ordenació basal, de concordança entre els grups d'experts i de divergències amb els resultats de la literatura mostren estabilitat en l'agrupació dels quatre procediments més prioritaris i dels tres menys prioritaris. Per tant, si bé en les posicions intermèdies de l'ordenació hi ha certa variabilitat segons variacions en el mètode, els extrems de l'ordenació mostren robustesa.

Annex 1: Estratègies de cerca

Cerca #1. Cerca d'experiències de prioritizació entre procediments amb llistes d'espera

DESCRIPCIÓ DE LA CERCA

Es va plantejar una cerca bibliogràfica per identificar experiències en prioritizació entre llistes d'espera, tant per a procediments específics com en general.

PERÍODE TEMPORAL

Les cerques es van dur a terme el setembre de 2009 i no es va establir cap limitació temporal a les fonts d'informació consultades.

BASES DE DADES I FONTS D'INFORMACIÓ

S'han consultat les bases de dades i fonts d'informació següents:

- Pubmed/Medline: 494 referències
- ISI Web of Knowledge: 141 referències
- Scopus: 409 referències
- CRD - Health Technology Assessment Database (HTA): 29 referències
- Índice Médico Español (IME): 39 referències
- Índice Bibliográfico Español (IBECS): 11 referències
- Google Scholar: 100 referències

RESULTATS

Es van ajuntar tots els resultats i es van eliminar els duplicats. Es va presentar una llista de 686 referències de potencials documents rellevants que es van enviar a un arxiu Word i que també es van descarregar en una base de dades de Reference Manager.

A part es va enviar un arxiu Word amb 100 referències que no es van poder descarregar automàticament de Google Scholar.

També es van revisar els enllaços a documents dels articles més citats a Scopus i es van presentar 14 referències en una llista de Word.

ESTRATÈGIES DE CERCA

Termes

priori*(lliure)

health priorities(MESH]

Patient Selection(MESH]

wait*(ti] AND list*(ti]

waiting lists(MESH]

wait*(ti] AND time*(ti]

wait*(ti]

wait* AND list*(ti]

wait* AND list*(ky]

Prior*(ti]
Prior*(ky]
(Wait* AND (list* OR time*)(ti]) AND prior*(ti]
Termes exclosos: Transplant*(ti], Transplant*, Priority journal(ky),

Termes nous identificats

Queue*
priori per identificar low-priority per exemple.
Low-priority waiting time(scopus ky]
Priority queues(scopus ky]
Surgical priority

Estratègia PubMed

| | |
|--|--------|
| #8 Search #6 NOT #7 Sort by: PublicationDate | 494 |
| #7 Search transplant* OR Transplants(MESH] OR Transplantation(MESH] OR transplant*(ti] | 476664 |
| #6 Search (priori* OR health priorities(MESH] OR Patient Selection(MESH]) AND (((wait*(ti] AND list*(ti]) OR "waiting lists"(MESH]) OR (wait*(ti] AND time*(ti]) OR wait*(ti]) | 1087 |

Estratègia ISI Web of Knowledge

| | |
|------------------------|---|
| # 5 <u>141</u> | #4 NOT #3 <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED</i> <i>Timespan=All Years</i> |
| # 4 <u>157</u> | #2 AND #1 <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED</i> <i>Timespan=All Years</i> |
| # 3 <u>>100,000</u> | TI=(transplant*) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED</i> <i>Timespan=All Years</i> |
| # 2 <u>10,553</u> | TI=(wait* AND list*) OR TI=(waiting lists) OR TI=(wait* AND time*) OR TI=(wait*) <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED</i> <i>Timespan=All Years</i> |
| # 1 <u>20,677</u> | TI=(priori* OR "health priorities" OR "Patient Selection") <i>Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED</i> <i>Timespan=All Years</i> |

Estratègia Scopus

((TITLE(priori* OR "health priorities" OR "Patient Selection"))
AND (((TITLE(wait* AND list*) OR TITLE(waiting lists)))) OR ((TITLE(wait* AND time*) OR
TITLE(wait*)))) AND NOT (TITLE(transplant*)) 146

(((((TITLE(wait* AND list*) OR KEY(wait* AND list*))) AND ((TITLE(prior*) OR KEY(prior*))))
AND NOT (TITLE(transplant*))) AND NOT (KEY("priority journal"))) OR ((TITLE(wait* AND
(list* OR time*)) AND TITLE(prior*))) 263

Estratègia Centre for Reviews and Dissemination (CRD)

(priori* OR *priori*) AND (wait* OR queue* OR "wait* list*")

Estratègia Índex Médico Español (IME)

1. Búsqueda por campos con 9 registro(s)

Parámetros: Título en español="priori* priorización priorizar selec* criterios" ,
Título en español="espera lista,den"

2. Búsqueda por campos con 45 registro(s)

Parámetros: Título en español="lista de espera" , Título en español="listas de espera"

3. Búsqueda por campos con 3786 registro(s)

Parámetros: Título en español="trasplant* transplant* donante**"

4. Combinación del historial con 50 registro(s)

Parámetros: (1 OR 2)

5. Combinación del historial con 39 registro(s)

Parámetros: ((4) AND NOT (3))

Estratègia Índex Bibliogràfic en Ciències de la Salut (IBECS)

"LISTAS DE ESPERA" (Todos los índices] and priori\$ (Todos los índices]

Estratègia Google Scholar

priori* "lista de espera"

priori*"waiting list"

rationing *waiting list*

Cerca #2. Cerca d'estudis sobre complicacions o riscos de l'espera per intervenció quirúrgica

DESCRIPCIÓ DE LA CERCA

Es va plantejar una cerca bibliogràfica per identificar estudis sobre el risc de complicacions durant l'espera per a procediments de cirurgia electiva

PERÍODE TEMPORAL

Les cerques es van dur a terme el juliol de 2010 i no es va establir cap limitació temporal.

BASES DE DADDES I FONTS D'INFORMACIÓ

S'han consultat les bases de dades i fonts d'informació següents:

- Scopus: 177 referències

RESULTATS

Es van ajuntar tots els resultats i es van eliminar els duplicats. Es va presentar una llista de 67 referències de potencials documents rellevants que es van enviar a un arxiu Word i que també es van descarregar en una base de dades de Reference Manager. Aquestes es distribuïen per procediment de la manera següent (nombre de referències obtingudes/nombre de referències seleccionades):

Canal carpià: 7/5

Obesitat: 8/3

Cataractes: 42/17

Incontinència urinària: 5/2
Artroplàstia maluc: 31/14
Histerectomia=0/0
Artroplàstia genoll: 40/15
Colecistectomia: 5/3
Vasectomia: 0
Hèrnia discal: 1/0
Hèrnia inguinal: 10/5
Hèrnia umbilical: 1/1
Varices: 7/2
Peu: 4/1
Quist pilonidal: 1/0
Hemorroides: 1/0
Cateterismes cardíacs: 17/4
Fusió vertebral: 2/2
Septe nasal: 1/1

Nota: la suma no quadra perquè alguns articles inclouen més d'un procediment.

Es va sol·licitar l'article complet de les 67 referències seleccionades i se'n va analitzar el contingut. Es van excloure els articles que no recollien una anàlisi de l'efecte del temps d'espera sobre variables de resultats de la intervenció i articles que ja estaven inclosos en revisions sistemàtiques. La llista dels quinze procediments amb articles seleccionats se'n va reduir a sis (11 articles).

ESTRATÈGIES DE CERCA

Estratègia Scopus

((TITTLE(wait* AND list*) OR KEY(wait* AND list*)))

AND ((TITTLE(problem* OR complicat* OR risk* OR morbidity OR mortality OR priori*) OR KEY(problem* OR complicat* OR risk* OR morbidity OR mortality OR priori*)))

AND PATOLOGIA ((TITTLE(carpal AND tunnel AND syndrome) OR KEY(carpal AND tunnel AND syndrome)))

Cerca #3. Cerca d'estudis sobre qualitat de vida de les patologies associades i/o d'efectivitat de les intervencions

DESCRIPCIÓ DE LA CERCA

Es va plantejar una cerca bibliogràfica per identificar estudis d'aplicació de l'EuroQol i/o l'EVA a pacients amb les patologies associades als procediments.

PERÍODE TEMPORAL

Les cerques es van dur a terme el març de 2010 i no es va establir cap limitació temporal.

BASES DE DADES I FONTS D'INFORMACIÓ

S'han consultat les bases de dades i fonts d'informació següents:

- Pubmed/Medline: 66 referències

RESULTATS

Es van ajuntar tots els resultats i es van eliminar els duplicats. Es va presentar una llista de 66 referències de potencials documents rellevants que es van enviar a un arxiu Word i que també es van descarregar en una base de dades de Reference Manager.

ESTRATÈGIES DE CERCA

Arthroscop* AND euroqol* OR EQ*

Tonsillectomy* OR adenoidectomy*i AND euroqol* OR EQ*

Knee* AND (prosth*:ti OR replacement OR arthroplast*) AND euroqol* OR EQ*

Hip* AND (prosth*i OR replacement OR arthroplast*) AND euroqol* OR EQ*

Cataract* AND (extract*:ti OR surg*:Ti) AND euroqol* OR EQ*

Heart catheterization* AND euroqol* OR EQ*

Cholecistectomy* AND euroqol* OR EQ*

Spinal Fusion* AND euroqol* OR EQ*

Hemorrhoids* AND euroqol* OR EQ*

Hernia* AND (disc* AND displacement*) euroqol* OR EQ*

Hernia* AND inguinal* AND euroqol* OR EQ*

Hysterectomy* AND euroqol* OR EQ*

Urinary incontinence AND euroqol* OR EQ*

Prostatectomy OR (transurethral AND resection AND prostate) AND euroqol* OR EQ*

Obesity OR (morbid AND obesity) OR gastrectomy AND euroqol* OR EQ*

Varicose veins AND euroqol* OR EQ*

Tooth OR teeth OR dental AND euroqol* OR EQ*

Carpal Tunnel Syndrome AND euroqol* OR EQ*

Vasectomy AND euroqol* OR EQ*

Circumcision AND euroqol* OR EQ*

Annex 2. Exercici per als experts del primer grup de consens

| PROCEDIMENTS QUIRÚRGICS ELECTIUS AMB LLISTA D'ESPERA | |
|--|---|
| CODI | NOM |
| 01 | Operacions de cataracta |
| 02 | Operacions de varices d'extremitats inferiors |
| 03 | Reparacions d'hèrnia inguinal/crural |
| 04 | Colecistectomia |
| 05 | Operacions de septe nasal |
| 06 | Artroscòpia |
| 07 | Vasectomia |
| 08 | Operacions de pròstata |
| 09 | Alliberament canal carpià i altres |
| 10 | Operacions d'amígdales i adenoides |
| 11 | Circumcisió |
| 13 | Inserció/recanvi de pròtesi de maluc |
| 14 | Inserció/recanvi de pròtesi de genoll |
| 15 | Histerectomia |
| 16 | Operacions d'aparell lacrimal |
| 17 | Operacions d'orella mitjana |
| 18 | Operacions de dent i geniva |
| 19 | Operacions anals |
| 20 | Operacions d'hemorroides |
| 21 | Reparacions d'altres hèrnies |
| 22 | Reparacions del dit del peu |
| 23 | Reparacions d'hèrnia discal |
| 24 | Fusió vertebral |
| 25 | Operacions d'obesitat mòrbida |
| 26 | Operacions de mà |
| 27 | Operacions de parts toves aparell locomotor |
| 28 | Operacions de quist pilonidal |
| 29 | Excisió de lesió cutània |
| 30 | Reparació de la incontinència urinària |

Dels trenta procediments amb llista d'espera, esculli'n els tres que li semblin **prioritaris**.

1. _____

2. _____

3. _____

¿Per què li semblen prioritaris? ¿Què ha pensat en escollir cadascun d'aquests?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Què és el que més diferencia a cada procediment escollit dels altres vint-i-set?

1. _____

2. _____

3. _____

Dels trenta procediments amb llista d'espera, esculli'n els tres que li semblin **menys prioritàries**.

1. _____

2. _____

3. _____

¿Per què no li semblen prioritaris?. ¿Què ha pensat en escollir cadascun d'aquests?

1. _____

2. _____

3. _____

¿Què es el que més diferencia a cada procediment escollit dels altres vint-i-set?

1. _____

2. _____

3. _____

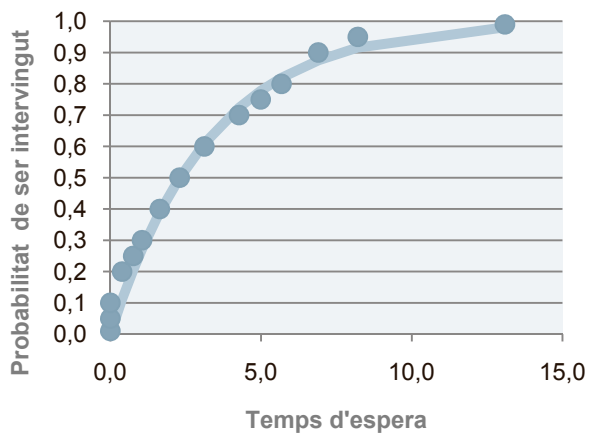
Annex 3. Distribucions teòriques i empíriques de les variables temporals

Descripció del temps d'espera i demora de ser intervingut de cataractes

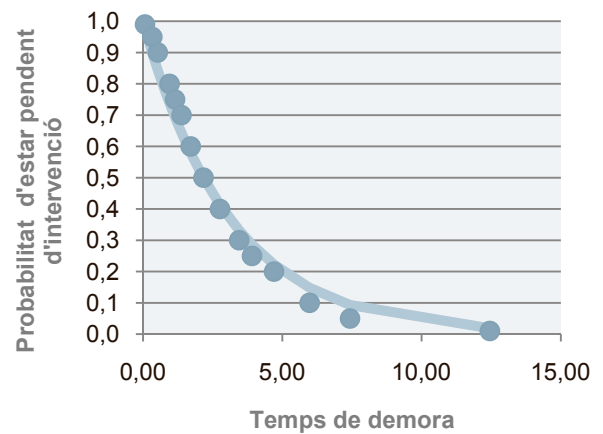
| Cataractes | Temps d'espera | Temps de demora |
|------------------------------------|----------------|-----------------|
| n | 58.564 | 15.053 |
| Mediana (en mesos) | 2,3 | 2,2 |
| Rang interquartílic | 4,2 | 2,7 |
| Probabilitat* temps ≥ 6 mesos | 0,16 | 0,15 |

*Assumint una distribució exponencial

Distribució empírica i teòrica de la probabilitat de ser intervingut (espera) i de la probabilitat d'estar pendent d'intervenció (demora) de cataractes



● Dades empíriques — Distribució Exponencial



● Dades empíriques — Distribució Exponencial

Annex 4. Taula de resultats de la segona revisió de la literatura per estudis amb EQ-5D

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|----------------------------------|----------------|---|--|----------------------------------|---|------------------------------|--|------------------------------|------------------|
| Artroscòpia | Odenbring et al. ⁵⁷ | 2008 | Pacients amb síndrome de pinçament crònic de l'espatlla | Estudi prospectiu de cohort (24) | Suècia | Acromioplàstia artroscòpica (AA) i acromioplàstia oberta (AO) | ND | Mitjana (DE) AA: 0,82 (0,2) AO: 0,75 (0,2) | ND | ND |
| Cateterisme cardíac | Walfridsson et al. ³⁰ | 2009 | Pacients amb taquicàrdia reentrada nodal atrioventricular o síndrome Wolff-ParkinsonWhite | Estudi transversal (176) | Suècia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,74 (±0,23) | ND | Mitjana (DE) 67,7 (±21,0) | ND |
| Cateterisme cardíac | Norris et al. ⁷³ | 2008 | Els adults residents a la província d'Alberta (Canadà) sotmesos a cateterització per l'artèria coronària | Estudi prospectiu longitudinal de cohort d'iniciació Dones (479) Homes (1.727) | EUA | Cateterisme cardíac i angiografia | ND | Dones Mitjana: 0,80 DE:0,1 Homes Mitjana: 0,90 DE:0,1 | ND | ND |
| Cateterisme cardíac | Safley et al. ³¹ | 2007 | Pacients sotmesos a revascularització endovascular perifèrica (PER) per malaltia simptomàtica perifèrica arterial | Estudi prospectiu de cohorts d'un sol centre (250) | EUA | PER | Mitjana (DE) 0,71 (0,17) | ND | Mitjana: 0,78 | ND |
| Cateterisme cardíac (malaltia coronària) | Saarni et al. ⁷⁴ | 2006 | Població general de >30 anys | Estudi transversal, poblacional (6.681) | Finlàndia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,69 (0,01) | | | |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|---------------------|-------------------------------|----------------|--|---|----------------------------------|--|---|--|--|---|
| Cateterisme cardíac | Southern et al. ⁷⁵ | 2005 | Pacients sotmesos a cateterisme cardíac | Cohort prospectiva (4.372) | Canadà | Cateterisme cardíac i angiografia | ND | Mitjanes (rang segons ingressos familiars): 0,75 – 0,90 Medianes (rang segons ingressos familiars): 0,78 – 1,00 | ND | ND |
| Colecistectomia | Vlug et al. ²⁹ | 2009 | Pacients sotmesos a funduplicació de Nissen laparoscòpica (LNF) o a colecistectomia laparoscòpica (LC) | Estudi prospectiu de dues cohorts (N= 22 pacients amb LNF) (N=48 pacients amb LC) | Holanda | LNF o LC | Dades en gràfics – puntuacions aproximades Mitjana <u>LNF</u> : 0,05 <u>LC</u> : 0,3 | Dades en gràfics – puntuacions aproximades (14 dies després) Mitjana <u>LNF</u> : 0,68 <u>LC</u> : 0,87 | Dades en gràfics – puntuacions aproximades Mitjana <u>LNF</u> : 65,0 <u>LC</u> : 35,0 | Dades en gràfics – puntuacions aproximades (14 dies després) Mitjana <u>LNF</u> : 35,0 <u>LC</u> : 8,0 |
| Colecistectomia | Oudhoff et al. ⁷⁶ | 2007 | Pacients en llista d'espera | Estudi transversal en 27 hospitals (128) | Holanda | | ND* | ND | ND | ND |
| Colecistectomia | Nilsson et al. ²⁷ | 2004 | Pacients amb patologia a la vesícula | Assaig cec, aleatoritzat i comparatiu en 5 hospitals (726) | Suècia | Colecistectomia laparoscòpica (LC), minilaparotomia colecistectomia (MC) | ND | ND | Mitjana(DE) <u>LC</u> : 65 (22,8) <u>MC</u> : 66,4 (22,7) | 1 any després <u>LC</u> : 84,7 (17) <u>MC</u> : 84,5 (18,4) |
| Colecistectomia | Ainslie et al. ²⁸ | 2003 | Pacients amb estatus 1 o 2 de la Societat Americana d'Anestesiòlegs en llista d'espera per a colecistectomia | Assaig aleatoritzat i comparatiu (40) | Regne Unit | Colecistectomia per micropunció <i>versus</i> colecistectomia convencional laparoscòpica | Informació només en una figura, sense valors exactes, però la mitjana sembla que s'apropa a 1,0 | ND | Informació sol en una figura, sense valors exactes, però la mitjana sembla que s'apropa a 0,85 | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|----------------------------------|----------------|--|--|----------------------------------|---|---|--|---|------------------|
| Fusió vertebral (lumbàlgia crònica) | Smeets et al. ⁴¹ | 2009 | Pacients amb lumbàlgia crònica | Anàlisi econòmica juntament amb un assaig comparatiu, aleatoritzat (160) | Holanda | Estudi cost efectivitat Intervencions: tractament físic actiu (APT), activitats graduades més formació en resolució de problemes (GAP), tractament combinat (CT) | Mitjana (DE) 0,49 (0,29) | APT Mitjana ± SD 0,49 ± 0,31 GAP Mitjana ± SD 0,44 ± 0,31 CT Mitjana ± SD 0,44 ± 0,31 | ND | ND |
| Fusió vertebral (lumbàlgia) | Zamora et al. ⁷ | 2007 | Pacients que consulten en atenció primària per episodis recorrents de lumbàlgia | Estudi prospectiu (633) | Espanya | Estudi observacional | EQ-5D tarifa estimada 0,425 | ND | Mitjana 49,2 (95% IC; 47,5–59,8] | ND |
| Fusió vertebral (intervencions per a l'esquena o símptomes a les cames associats amb trastorns de la columna lumbar) | Mc Donough et al. ⁴² | 2005 | Pacients amb diagnòstic confirmat d'hèrnia discal intervertebral, estenosi espinal o espondilolistesi degenerativa | Dades transversals de la visita basal d'un estudi prospectiu (2.097) | EUA | No hi ha intervenció. Estudi comparatiu d'instruments de mesura de l'estat de salut | Mitjana (DE) 0,39 (0,33) Mediana (RQI) 0,52 (0,08, 0,69) | ND | Mitjana (DE) 0,63 (0,22) Mediana (RQI) 0,70 (0,50, 0,80) | ND |
| Fusió vertebral (lumbàlgia) | Kovacs et al. ⁴⁴ | 2004 | Pacients amb dolor lumbar comú | Estudi prospectiu de cohorts (195) | Espanya | No hi ha intervenció | N 186 Mitjana (DE) 0,45 (0,21) | N 166 Mitjana (DE) 0,65 (0,25) | ND | ND |
| Fusió vertebral (espondilitis anquilosant) | Ariza-Ariza et al. ⁴³ | 2003 | Pacients amb espondilitis anquilosant | Estudi transversal amb test-retest (130) | Espanya | No hi ha intervenció. És un estudi sobre qualitat de vida i de validació | Mitjana (DE) 0,6 (0,5–0,7) Mediana 0,6 | ND | Es va incloure l'EVA però descripció de l'escala no coherents amb resultats; la puntuació és de 3,9 | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|---------------|---------------------------------|----------------|--|---|----------------------------------|--|--|--|------------------------|--|
| Histerectomia | Gorlero et al. ³⁶ | 2007 | Pacients amb indicació benigna per a histerectomia abdominal | Estudi prospectiu aleatoritzat, no cec en un sol centre Histerectomia total (TH): 54 Histerectomia subtotal (subTH): 51 | Itàlia | TH o subTH | Mitjana TH: 0,69 SubTH: 0,72 | Mitjana TH: 0,78 SubTH: 0,93 | ND | ND |
| Histerectomia | Hehenkamp et al. ⁷⁷ | 2006 | Dones amb fibromes uterins i sagnia menstrual abundant | Estudi prospectiu aleatoritzat, multicèntric (177) | Holanda | Embolització de les artèria uterines o histerectomia | ND | ND | ND | ND |
| Histerectomia | Garry et al. ³⁷ | 2004 | Dones que requereixen histerectomia per raons diferents a malignitat | Assaig aleatoritzat en 30 centres (1.346) | Regne Unit i Sud-àfrica | Histerectomia laparoscòpia abdominal o vaginal | Mitjana 0,69 -0,76 (segons grup d'intervenció) (rang): Medianes 0,73 - 0,80 | Mitjanes 0,89 – 0,92 Medianes 0,93 – 1,0 1 any després de la intervenció | ND | ND |
| Histerectomia | Ford et al. ³⁸ | 2004 | Pacients que han passat per una resecció radical | Estudi de cohorts (44) | Regne Unit | Escissió radical de l'endometriosisi rectovaginal per laparotomia o laparoscòpia | Mitjana 0,65 | Rang de mitjanes: de 0,88 a 0,92 segons intervenció | Mitjana 66 | Rang de mitjanes de 84 a 89 segons intervenció |
| Histerectomia | Hurskainen et al. ³⁹ | 2004 | Menorràgia | Assaig comparatiu, aleatoritzat, multicèntric (236) | Finlàndia | Dispositiu intrauterí alliberador de levonorges-trel (DIU-NLG) i histerectomia (H) | Medianes i RIQ DIULNG: 0,76 (0,70 - 0,80) H: 0,78 (0,70 - 0,80) | 5 anys després DIULNG: 0,84 H: 0,88 | ND | ND |
| Histerectomia | Davies et al. ⁴⁰ | 2002 | Pacients sotmesos a histerectomia | Estudi de qualitat de vida (131) | Regne Unit | Histerectomia | Mitjana 0,72 | Mitjana 0,89 | Mitjana 75,8 (DE 19·2) | Mitjana 86 |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|---|-------------------------------------|----------------|--|--|----------------------------------|--|---|--------------------|---|---|
| Histerectomia | Lumsden et al. ⁷⁸ | 2000 | Malalties ginecològiques benignes | Anàlisi econòmica juntament amb un assaig comparatiu, aleatoritzat (200) | Escòcia | Histerectomia vaginal assistida per laparoscòpia comparada amb histerectomia total abdominal | ND | ND | ND | ND |
| Histerectomia | Sculpher et al. ⁷⁹ | 1996 | Dones que requereixen tractament quirúrgic per a la menorràgia | Assaig comparatiu aleatoritzat de grups paral·lels (196) | Regne Unit | Resecció endometrial i histerectomia abdominal | ND | ND | ND | Resecció endometrial Mitjana (DE) 82,3 (15,7) Mediana (rang) 85 (40-100) Histerectomia Mitjana (DE) 83,8 (14,7) Mediana (rang) 90 (40-100) |
| Inserció/recanvi pròtesi maluc i genoll | González Sáenz et al. ³² | 2009 | Pacients amb osteoartrosi primària de maluc o genoll | Estudi longitudinal (881) | Espanya | Reemplaçament total d'articulacions | Mitjana (DE) responedors 0,38 (0,34) no-responedors 0,35 (0,36) | ND | Mitjana (DE) responedors 0,44 (0,22) no-responedors 0,42 (0,23) | ND |
| Inserció/recanvi pròtesi genoll | Soljak et al. ²⁴ | 2009 | En llista d'espera per a cirurgia electiva | Estudi transversal (400) | Regne Unit | No hi ha intervenció. És un estudi de l'estat de salut abans de la intervenció | Mitjana (DE) 0,38 (0,32) Mediana (RIQ) 0,52 (0,09-0,69) | ND | ND | ND |
| Inserció/recanvi (general – pròtesi maluc i genoll) | Allepuz et al. ¹⁹ | 2008 | En llista d'espera per a cirurgia electiva | Estudi multicèntric de validació (347) | Catalunya | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,37 (0,19) (maluc i genoll junts) Mediana 0,27 | ND | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|---|---|----------------|---|---|----------------------------------|--|--|--|---|---|
| Inserció/recanvi pròtesi maluc o genoll | Navarro Espigares et al. ³³ | 2008 | Pacients que reben artroplàstia primària de maluc o genoll, per artrosi | Estudi prospectiu de cohorts (80) | Espanya | Artroplàstia primària de maluc o genoll | <u>Genoll</u> Mitjana (DE) 0,20 (0,35) <u>Maluc</u> Mediana (DE) 0,47 (0,35) | <u>Genoll</u> Mitjana (DE) 0,64 (0,26) <u>Maluc</u> Mediana (DE) 0,55 (0,32) | ND | ND |
| Inserció/recanvi pròtesi maluc | Bachrach-Lindström et al. ³⁴ | 2008 | Pacients en llista d'espera | Estudi prospectiu de cohorts (229) | Suècia | Cirurgia de reemplaçament total de maluc | <u>Homes</u> (n=117) Mitjana (DE) 0,47 (0,03) <u>Dones</u> (n=112) Mediana (DE) 0,48 (0,03) | Un any després de la intervenció <u>Homes</u> (n=117) 0,88 (0,02) <u>Dones</u> (n=112) 0,85 (0,02) | ND | ND |
| Inserció/recanvi pròtesi maluc i genoll | Saarni et al. ⁷⁴ | 2006 | Població general de >30 anys amb artrosi de maluc o genoll | Estudi transversal, poblacional (6.681) | Finlàndia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,68 (0,01) | ND | ND | ND |
| Inserció/recanvi pròtesi maluc | Fielden et al. ⁸⁰ | 2005 | Pacients en llista d'espera | Estudi prospectiu de cohorts (122) | Nova Zelanda | Estudi/costos de l'espera Intervenció de maluc | ND | ND | ND | ND |
| Inserció/recanvi pròtesi maluc | Ostendorf et al. ³⁵ | 2004 | Pacients amb indicació per a artroplàstia de maluc | Estudi prospectiu (143) | Holanda | Artroplàstia de maluc | Mitjana (DE) 0,33 (0,32) | 3 mesos després intervenció mitjana (DE) 0,71 (0,26) | Mediana (DE) 57,4 (21,9) | 3 mesos després intervenció mitjana (DE) 74,8 (16,9) |
| Operacions d'amígdals i adenoides | Ericsson et al. ¹³ | 2007 | Pacients de 16 a 25 anys amb problemes obstructius de coll | Estudi clínic aleatoritzat (74) | Suècia | Resecció parcial d'amígdals usant tècnica radiofreqüència, amigdalotomia amb amigdalectomia total (dissecció roma) | ND | ND | Mitjana (DE) 67,7 (18,9) – 73,5 (19,6) segons grup | Mitjana (DE) 78,7 (17,6) – 84,5 (14,5) segons grup |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|-------------------------|-----------------------------------|----------------|---|--|----------------------------------|---|--|--------------------|--|------------------|
| Operacions de cataracta | Allepuz et al. ¹⁹ | 2008 | En llista d'espera per a cirurgia electiva | Estudi multicèntric de validació (934) | Catalunya | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,69 (0,24) Mediana 0,70 | ND | ND | ND |
| Operacions de cataracta | Sach et al. ⁸¹ | 2007 | Dones >70 anys amb cataractes bilaterals | Avaluació econòmica dins d'un assaig comparatiu i aleatoritzat (306) | Regne Unit | Estudi de cost-utilitat - no hi ha dades de l'EQ-5D | ND | ND | ND | ND |
| Operacions de cataracta | Saarni et al. ⁷⁴ | 2006 | Membres de la població general de >30 anys amb cataractes | Estudi transversal, poblacional (6.681) | Finlàndia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,678 (0,018) | ND | ND | ND |
| Operacions de cataracta | Conner-Spady et al. ²⁰ | 2004 | Pacients en llista d'espera | Estudi prospectiu de cohorts (166) | Canadà | | Mitjana (DE) 0,78 (0,2) Mediana 0,80 | ND | Mediana (1a cirurgia dels ulls) 77,5 Mitjana (DE) 74,1 (17,9) Mediana (2a cirurgia dels ulls) 80,0 Mitjana (DE) 77,1 (16,6) | ND |
| Operacions de cataracta | Conner-Spady et al. ²¹ | 2004 | Pacients en llista d'espera | Estudi prospectiu de cohorts (166) | Canadà | No hi ha intervenció | Mitjana 0,8 Mediana (DE) 0,8 (0,2) | ND | ND | ND |
| Operacions de cataracta | Kobelt et al. ²² | 2002 | Pacients en llista d'espera per extracció de cataractes | Cost-efectivitat Estudi transversal (484) | Suècia | Extracció de cataractes | Mitjana (DE) 0,74 (0,2) Mediana 0,79 | ND | Mitjana (DE) 71,0 (20,8) Mediana 75,0 | ND |
| Operacions de cataracta | Jayamanne et al. ⁸² | 1999 | Pacients en llista d'espera per a la seva primera cirurgia de facoemulsificació | Estudi prospectiu (144) | Regne Unit | Extracció de cataractes per facoemulsificació | ND | ND | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|---|----------------|---|---|----------------------------------|---|--|--|----------------|------------------|
| Operacions d'hemorroides | Shanmugam et al. ⁵⁶ | 2009 | Pacients amb hemorroides simptomàtiques de grau II | Assaig comparatiu aleatoritzat de grups paral·lels (60) | Regne Unit | Hemorroidopèxia (SH) o lligadura amb banda elàstica (RBL) | SH Mitjana (DE) 0,7 (0,2) RBL Mitjana (DE): 0,8 (0,2) | 52 setmanes SH Mitjana (DE) 0,9 (0,2) Mitjana (DE) RBL 0,9 (0,1) | ND | ND |
| Reparacions d'hèrnia discal | Gerszten et al. ⁸³ | 2006 | Pacients amb dolor radicular secundari principalment a una hèrnia de disc continguda que van ser programats per nucleoplàstia | Estudi prospectiu i longitudinal de cohorts sense aleatorització (67) | EUA | Descompressió percutània del disc mitjançant la nucleoplàstia | Mitjana 0,22 | Mitjana <u>3 mesos</u> 0,44 <u>6 mesos</u> 0,57 | ND | ND |
| Reparacions d'hèrnia inguinal/crural | MRC Laparoscòpic Groin Hernia trial group ⁸⁴ | 2001 | Pacients amb hèrnia inguinal | Anàlisi econòmica pragmàtica juntament amb un assaig comparatiu, aleatoritzat (928) | Regne Unit i Irlanda | Intervenció oberta o laparoscòpia | ND | <u>1 setmana després</u> Mitjana 0,68 -0,74 <u>3 mesos després</u> Mitjana 0,85 -0,86 | ND | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Ismail et al. ⁴⁷ | 2009 | Dones amb incontinència urinària d'esforç urodinàmica | Estudi prospectiu no comparatiu (27) | Regne Unit | Estimulació de la musculatura del sòl pelvià mitjançant l'energia magnètica extracorpòria | Mediana (IQR) 0,81 (0,66-0,92) | 3 mesos després Mediana (IQR) 0,85 (0,69-0,92) | ND | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Haywood et al. ⁴⁹ | 2008 | Dones que formen part d'un assaig clínic de fisioteràpia per a la incontinència urinària | Assaig clínic (174) | Regne Unit | Fisioteràpia | Mitjana (DE) 0,81 (0,24) | ND | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|---|----------------|--|---|----------------------------------|--|---|---|--|------------------|
| Reparació de la incontinència urinària | Velázquez et al. ⁵⁰ | 2007 | Dones amb incontinència urinària (372) i sense incontinència (428) | Estudi observacional, transversal, descriptiu (800) | Mèxic | No hi ha intervenció | Mediana (RIQ) <u>Sense incontinència urinària:</u> 90 (80 a 95) <u>Incontinència urinària:</u> 80 (70 a 90) | ND | ND | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Saarni et al. ⁷⁴ | 2006 | Població general de >30 anys amb incontinència | Estudi transversal, poblacional (6.681) | Finlàndia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,69 (0,010) | ND | ND | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Dumville et al. ⁵¹ | 2006 | Dones amb estrès urinari demostrat, incontinència que requereix cirurgia | Anàlisi econòmica juntament amb un assaig comparatiu, aleatoritzat (286) | Regne Unit | Laparoscòpia <i>versus</i> colposuspensió oberta | Mitjana 0,82 - 0,83 | Mitjana 0,84 - 0,86 (6 mesos després) | ND | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Monz B et al. ⁵² | 2005 | Dones a Europa que busquen tractament per a la incontinència urinària | Dades transversals de la visita basal d'un estudi prospectiu (9.487) | 14 països europeus | No hi ha intervenció | Mediana <u>Tots els països</u> 0,85 (rang: 0,78-1,0), <u>Espanya</u> 0,85 | ND | Mediana <u>Tots els països</u> 0,70 (rang: 60-79) <u>Espanya:</u> 69 | ND |
| Reparació de la incontinència urinària | Manca et al. ⁵³ Ward K et al. ⁵⁴ | 2003 2002 | Dones amb incontinència per estrès urodinàmic | Anàlisi econòmica juntament amb un assaig, aleatoritzat, comparatiu, multicèntric (344) | Regne Unit i Irlanda | La cinta vaginal sense tensió (TVT) en comparació de la colposuspensió Burch oberta (BC) | Mitja (DE) <u>TVT</u> 0,78 (0,81) <u>BC</u> 0,79 (0,81) | 6 mesos després <u>TVT</u> 0,81 (0,85) <u>BC</u> 0,79 (0,85) | ND | ND |
| Operacions d'obesitat mòrbida | Gusi et al. ⁴⁵ | 2007 | Dones de ≥60 anys amb depressió moderada o excés de pes i capaces de caminar més de 25 m | Assaig aleatoritzat, comparatiu, multicèntric (106) | Espanya | Programa de 6 mesos d'exercici supervisat, basat a caminar | Mitjana (DE) <u>GP care</u> 0,54 (0,33) <u>GP care + exercici</u> 0,69 (0,30) | Mitjana (DE) <u>GP care</u> 0,51 (0,20) <u>GP care + exercici</u> 0,89 (0,18) | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|--------------------------------------|----------------|---|---|----------------------------------|--|--|--|----------------|------------------|
| Operacions d'obesitat mòrbida | Serrano-Aguilar et al. ⁴⁶ | 2009 | Població general (>16 anys) | Enquesta poblacional en mostra representativa (4.110) | Espanya | No hi ha intervenció | Mitjana en classe III obesos (obesitat greu) 0,65 | ND | ND | ND |
| Operacions d'orella mitjana (tinnitus, pèrdua d'audició) | Saarni et al. ⁷⁴ | 2006 | Població general de >30 anys | Estudi transversal, poblacional (6.681) | Finlàndia | No hi ha intervenció | Mitjana (DE) 0,76 (0,01) | | | |
| Operacions de pròstata | McAllister et al. ⁸⁵ | 2002 | Ampliació prostàtica benigna simptomàtica | Assaig aleatoritzat, comparatiu, multicèntric (235) | Regne Unit | Electrovaporització transuretral de la pròstata i resecció transuretral de la pròstata | ND | ND | ND | ND |
| Operacions de pròstata | Mc Donagh et al. ⁵⁵ | 1997 | Homes sotmesos a resecció transuretral de la pròstata (RTUP) electiva per OBP probable (N=314) i homes que no havien estat objecte de l'operació (N=51) | Estudi prospectiu de cohorts (314) (51) | Regne Unit | RTUP / no operació | Mitjanes per grup d'edat ≤ 75 78,3 ≥ 75 74,1 | Mitjanes per grup d'edat ≤ 75 86,0 ≥ 75 78,7 | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Chetter et al. ⁸⁶ | 2006 | Varices primàries simptomàtiques | Assaig aleatoritzat (62) | Austràlia | Flebectomia múltiple d'incisió Flebectomia transiluminada | ND | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Oudhoff et al. ⁷⁶ | 2007 | Pacients en llista d'espera | Estudi transversal en 27 hospitals (176) | Holanda | No hi ha intervenció | ND* | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Durkin et al. ²³ | 2001 | <i>Perforate invagination</i> (PIN) <i>stripping</i> <i>Conventional stripping</i> (CS) | Assaig aleatoritzat PIN=43 CS=37 | Regne Unit | PIN <i>stripping</i> CS | Mitjana <u>PIN</u> 0,73 <u>CS</u> 80 | Mitjana <u>PIN</u> 1,00 <u>CS</u> 1,00 | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|---|---------------------------------|----------------|--|---|----------------------------------|--|--|--------------------|----------------|------------------|
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Smith et al. ⁸⁷ | 2002 | | Assaig aleatoritzat, comparatiu (149) | Regne Unit | Cirurgia de varices amb o sense <i>duplex marking</i> | ND | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Soljak et al. ²⁴ | 2009 | En llista d'espera per a cirurgia electiva | Estudi transversal (363) | Regne Unit | No hi ha intervenció. És un estudi de l'estat de salut abans de la intervenció | Mitjana (DE) 0,76 (0,19) Mitjana (RQI) 0,80 (0,73-0,80) | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Carradice et al. ²⁵ | 2009 | Pacients amb venes varicoses grans safena | Assaig aleatoritzat 50 (basal) | Regne Unit | Teràpia amb làser endovenós o concomitant amb flebectomies ambulatòries | Mitjana (RQI) 0,80 (0,77-1,0) | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Palfreyman et al. ²⁶ | 2008 | Pacients amb úlceres venoses de las cames | Estudi de qualitat de vida / construcció d'un qüestionari (152) | Regne Unit | No hi ha intervenció | Edat mitjana <u>≤45</u> 0,37 <u>46- 64</u> 0,64 <u>65- 74</u> 0,52 <u>≥75</u> 0,61 | ND | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Iglesias et al. ⁸⁸ | 2005 | Pacients amb úlceres venoses a la cama | Visita basal d'un assaig aleatoritzat (387) | Regne Unit | Embenats per a úlceres a les cames | Mitjana (DE) 0,62 - 0,72 | No és clar | ND | ND |
| Operacions de varices d'extremitats inferiors | Walters et al. ⁸⁹ | 1999 | Úlceres venoses a la cama | Anàlisi econòmica juntament amb un assaig, aleatoritzat, comparatiu, multicèntric (233) | Regne Unit | Embenats compressius per a úlceres a les cames | Mitjana 0,57 (0,18) Mitjana 0,57 (IQR N/D) | ND | ND | ND |

| Procediment | Primer autor | Any publicació | Població | Tipus d'estudi i grandària de la mostra (n) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció | EQ Índex (abans) | EQ Índex (després) | EQ EVA (abans) | EQ EVA (després) |
|--|------------------------------|----------------|--|--|----------------------------------|--|------------------|--------------------|----------------|------------------|
| Prostatectomia Cataractes Artroplàstia de maluc i genoll | Derrett et al. ⁹⁰ | 2003 | Pacients prioritzats per cirurgia de cataractes, prostatectomia i artroplàstia de maluc i genoll | Estudi prospectiu de valoració de criteris de priorització clínica. Pròstata (n=103) Cataracta (n=101) Artroplàstia de maluc i genoll (n=137) | Nova Zelanda | Prostatectomia Cirurgia de cataractes Artroplàstia de maluc i genoll | ND | ND | ND | ND |

L'ordenació de la taula és la següent: columna "Procediment" per ordre alfabètic, i dins de cada procediment la columna "Any de publicació" per ordre cronològic invers.

La llista dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

EVA: escala visual analògica; ND: no disponible; RIQ: rang interquartílic

* Només es donen dades de la proporció de persones que informen tenir problemes en les dimensions de l'EQ-5D.

Annex 5. Taula de resultats de la revisió de la literatura per al criteri 2 (risc de l'espera)

| Procediment | Primer autor (data) | Tipus d'estudi (grandària de la mostra) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció i criteris d'inclusió | Complicacions durant l'espera | Conclusió |
|--------------------------------|-------------------------|---|----------------------------------|--|---|---|
| Cataractes | De Coster et al. (2007) | Estudi retrospectiu de casos i controls (N=3.811 i 11.359, respectivament) | Manitoba | Cirurgia de cataracta del primer ull (casos) Controls aparellats obtinguts de base de dades administrativa dels contactes de la població amb els serveis sanitaris | La probabilitat de lesions augmenta amb el temps d'espera. Els pacients en espera de cirurgia de cataracta tenen més risc de patir-ne una abans de la intervenció en comparació dels controls, però aquest risc disminueix essent similar al dels controls després de la cirurgia | Importància de no allargar el temps d'espera dels pacients |
| Cataractes | Hodge et al. (2007) | Revisió sistemàtica (11 bases de dades bibliogràfiques i actes <i>-proceedings-</i> de 4 conferències) N=27 estudis | Diversos | Facoemulsificació | Dels 27 estudis revisats: 2 assaigs clínics aleatoritzats demostren pèrdua de visió i qualitat de vida relacionades amb esperes de més de 6 mesos; estudis amb mesures de satisfacció de pacients també mostren resultats negatius si l'espera és ≥ 6 mesos. Si l'espera és inferior a 6 setmanes no es detecta risc de complicacions o reducció en l'efectivitat | Pacients que esperen més de 6 mesos poden presentar complicacions durant l'espera (pèrdua de visió, reducció de la qualitat de vida o increment de caigudes). L'estudi que inclou població de Barcelona identifica un augment de la insatisfacció dels pacients si l'espera es superior als 6 mesos |
| Cataractes | Riley et al. (2001) | Estudi descriptiu longitudinal en pacients en llista d'espera des de gener 1997 fins a març 2000 (N=94) | Nova Zelanda | — | Descens de la millor agudesa visual (AV) corregida (<i>best corrected visual acuity</i>): AV logMAR (<i>log of minimum angles of resolution</i>) de 0,71 (DE \pm 0,39) a 0,76 (DE \pm 0,49) de forma no significativa ($p > 0,05$) durant 13,1 mesos de mitjana d'espera (DE \pm 9,3) | L'estudi analitza períodes d'espera de més d'un any i conclou que hi ha un deteriorament de l'AV durant l'espera |
| Artroplàstia de maluc i genoll | Hoogeboom et al. (2009) | Revisió sistemàtica (N=15 estudis) | Diversos | Pacients amb artrosi esperant per artroplàstia total de maluc o genoll | Evidència robusta (resultats consistents en múltiples prospectius) de que ni el dolor (en artrosi de maluc i genoll) ni la funció (en maluc) es deteriora quan l'espera és <180 dies. L'evidència és controvertida pels canvis en la funció en l'artrosi de genoll. Cap estudi d'alta qualitat no ha examinat l'efecte en el dolor i la funcionalitat d'esperes ≥ 180 dies per artrosi de genoll i maluc | Els pacients no presenten deteriorament en el dolor i funció si l'espera és <180 dies per artroplàstia de genoll. Per esperes més llargues, no hi ha evidència clara |

| Procediment | Primer autor (data) | Tipus d'estudi (grandària de la mostra) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció i criteris d'inclusió | Complicacions durant l'espera | Conclusió |
|--------------------------------|------------------------|---|----------------------------------|---|---|---|
| Artroplàstia de maluc | Tuominen et al. (2009) | Assaig clínic aleatoritzat que compara grup amb espera <3 mesos (N=174) versus grup amb espera no prefixada de >3 mesos (N=221) (N=309) | Finlàndia | Reemplaçament total de l'articulació | <p>La mitjana de temps d'espera va ser de 74 dies en el grup de <3 mesos i 194 dies en el grups de >3 mesos. En l'anàlisi per intenció de tractament no hi va haver diferències estadísticament significatives entre els grups en la qualitat de vida relacionada amb la salut (qüestionari genèric 15D) o en el <i>Harris Hip Score</i> (HHS, qüestionari específic de capacitat funcional) en el moment basal, a l'ingrés, o 3 o 12 mesos després de la cirurgia.</p> <p>A data d'entrada en llista (basal): <u>Grup <3 mesos</u> HHS: 43,9 ± 13,5 (DE) Puntuació dolor: 16,8 ± 7,6 (DE) Puntuació estat funcional: 27,1 ± 8,6 (DE) <u>Grup >3 mesos</u> HHS: 44,09 ± 14,4 (DE) Puntuació dolor: 17,4 ± 6,8 (DE) Puntuació estat funcional: 27,2 ± 9,0 (DE)</p> <p>A data d'admissió (ingrés) <u>Grup <3 mesos</u> HHS: 42,99 ± 15,32 (DE) Puntuació dolor: 17,63 ± 7,64 (DE) Puntuació estat funcional: 25,86 ± 9,08 (DE) <u>Grup >3 mesos</u> HHS: 41,73 ± 14,08 (DE) Puntuació dolor: 17,14 ± 8,55 (DE) Puntuació estat funcional: 24,79 ± 8,42 (DE)</p> | No s'observen diferències estadísticament significatives entre els grups en els resultats de qualitat de vida relacionada amb la salut. No obstant això, el grup amb menor temps d'espera (<3 mesos) va aconseguir abans en el temps millors resultats en salut |
| Artroplàstia de maluc i genoll | McHugh et al. (2008) | Estudi longitudinal prospectiu de pacients que entren en llista d'espera (N=105) | Regne Unit | Artroplàstia primària de maluc o genoll | Als 3 mesos de seguiment, hi va haver un deteriorament significatiu en les puntuacions de dolor amb l'EVA (diferència mitjana: 0,6; IC95%: 0,3; 1,0), de l'escala de dolor del WOMAC – qüestionari específic de capacitat funcional (diferència mitjana: 1,2; IC95%: 0,7; 1,8) i de l'escala de funció física del WOMAC funció física (diferència mitjana 4,8; IC95%: 2,8; 6,7) en comparació de les mesures basals. | El seguiment a 3 mesos d'espera presenta un deteriorament significatiu en les mesures de dolor i en les mesures de capacitat física funcional |

| Procediment | Primer autor (data) | Tipus d'estudi (grandària de la mostra) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció i criteris d'inclusió | Complicacions durant l'espera | Conclusió |
|-----------------------------|---------------------------|---|----------------------------------|---|---|--|
| Reparació d'hèrnia inguinal | Chen et al. (2009) | Estudi longitudinal prospectiu en dos centres, un canadenc (N=154) i un americà (N=237), de nens amb hèrnia inguinal que van al servei d'urgències o a consultes de cirurgia i es posen en llista d'espera per a la reparació | Canadà i Estats Units | Població pediàtrica (<2 anys) | <p>Temps d'espera entre la visita del cirurgià i la reparació de l'hèrnia <u>Centre canadenc:</u> 99 ± 103 dies <u>Centre americà:</u> 27 ± 53 dies p<0,001</p> <p>Estrangulació durant el temps d'espera <u>Centre canadenc:</u> 30 (19,4%) dels nens canadencs van fer 41 visites <u>Centre americà:</u> 0 p<0,001</p> <p>Reestrangulació durant el temps d'espera <u>Centre canadenc:</u> 27 casos (1 o més vegades) <u>Centre americà:</u> 0</p> <p>Altres complicacions <u>Centre canadenc:</u> obstrucció intestinal a causa de l'estrangulació (0,7%); resecció d'intestí per necrosi en una hèrnia encarcerada (0,7%) <u>Centre americà:</u> 0 Diferències no significatives</p> | Temps d'espera més prolongats en edats infantils estan associats amb una major taxa d'estrangulació |
| Reparació d'hèrnia inguinal | Zamakhshary et al. (2008) | Estudi retrospectiu en infants operats d'hèrnia inguinal entre 2002-2004 (N=1.065). Estrangulació d'hèrnia durant el temps d'espera | Canadà | Població pediàtrica (< 2 anys) | <p>Mediana de temps d'espera: 35 dies Estrangulació d'hèrnia durant l'espera: 11,9% <u>Fins a 14 dies d'espera</u> (temps mitjà entre diagnòstic i primera visita a urgències): 5,2% estrangulacions <u>Fins a 35 dies d'espera:</u> 10,1% estrangulacions p<0,001</p> | Una espera superior a 14 dies està associada amb un risc d'estrangulació dues vegades més gran que amb esperes menors en el cas de població infantil |

| Procediment | Primer autor (data) | Tipus d'estudi (grandària de la mostra) | País on es va realitzar l'estudi | Detalls intervenció i criteris d'inclusió | Complicacions durant l'espera | Conclusió |
|---------------------|-------------------------|---|----------------------------------|---|--|--|
| Hèrnia inguinal | Davies et al. (1989) | Estudi longitudinal retrospectiu de 2 anys de durada en pacients (grup 1) ingressats de forma urgent amb una hèrnia inguinal (N=62) comparats amb dos grups (2 i 3) de pacients (N=62 cadascun) aparellats per edat i sexe que s'havien operat per hèrnia inguinal de forma electiva durant aquest mateix període i en el mateix hospital | Regne Unit | | <p><u>Grup 1</u> 9 (15%) dels 62 pacients ja es trobaven en llista d'espera per herniorràfia amb una mediana d'espera de 9 mesos i una taxa de complicacions* de 55,6% 53 (85%) dels 62 pacients encara no estaven en llista d'espera i van mostrar una taxa de complicacions postoperatòries de 35,8%</p> <p><u>Grup 2</u> Mediana del temps d'espera: 6 mesos Taxa de complicacions postoperatòries: 3,2%</p> <p><u>Grup 3</u> Mediana del temps d'espera: 7 mesos Taxa de complicacions postoperatòries: 1,6%</p> | Hi ha evidència que l'espera porta complicacions |
| Colecistectomia | Sobolev et al. (2003) | Estudi retrospectiu en pacients (N=761) colecistectomitzats després de ser visitats per còlic biliar i posats en llista d'espera en dos centres d'aguts d'Ontàrio, entre 1997-2000 biliar | Canadà | — | <p>Mediana de temps d'espera: 6 setmanes 51 ingressos urgents per empitjorament dels símptomes (6,7%). La taxa d'ingressos urgents és baixa quan l'espera és <19 setmanes; s'incrementa almenys per un factor de 3 vegades després de 20 setmanes (2,7; IC 95%: 2.0–3.7); i en 7 >40 setmanes</p> | La probabilitat d'intervenció per la via urgent augmenta a mesura que augmenta el temps d'espera, sobretot després de 20 setmanes d'espera |
| Cateterisme cardíac | Natarajan et al. (2002) | Estudi prospectiu de pacients inclosos en llista d'espera per cateterisme cardíac (N=4.725 ambulatoris -de consultes externes- i (N=3.305 ingressats) | Canadà | — | <p>Mediana de temps d'espera <u>Pacients ambulatoris</u>: 60 dies <u>Pacients ingressats</u>: 6 dies</p> <p>Dels 8.030 pacients, 50 (0,6%) van morir, 32 (0,4%) van tenir un infart de miocardi i 41 (0,5%) van experimentar insuficiència cardíaca congestiva. En general, 109 pacients (1,4%) van tenir un esdeveniment cardíac major, és a dir, la mort, infart de miocardi o insuficiència cardíaca congestiva</p> | Pacients en llista espera presenten majors efectes adversos com mort, infart de miocardi i insuficiència cardíaca congestiva |

DE: desviació estàndard

Annex 6. Llista d'agrupadors de procediments quirúrgics del Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|--|
| 01 | CATARACTA |
| 13.1 | EXTRACCIÓ INTRACAPSULAR DE CRISTAL·LÍ |
| 13.11 | EXTRACCIÓ INTRACAPSULAR DE CRISTAL·LÍ VIA TEMPORAL INFERIOR |
| 13.19 | ALTR. EXTIRPACIONS INTRACAPSULARS CRISTAL·LÍ; CRIOEXTRACCIÓ |
| 13.2 | EXTRACCIÓ EXTRACAPSULAR CRISTAL·LÍ TÈCNICA EXTRACCIÓ LINEAL |
| 13.3 | EXTRAC. EXTRACAPS. CRISTAL·LÍ PER ASPIRACIÓ (I IRRIGACIÓ) SIMPLE |
| 13.4 | EXTRAC. EXTRACAPSULAR CRISTAL·LÍ PER FRAGMENTACIÓ I ASPIRACIÓ |
| 13.41 | FACOEMLSIFICACIÓ I ASPIRACIÓ DE CATARACTA |
| 13.42 | FACOFRAGMENTACIÓ MECÀNICA I ASPIRACIÓ CATARACTA VIA POST. |
| 13.43 | FACOFRAGMENTACIÓ MECÀNICA I ALTRES ASPIRACIONS DE CATARACTA |
| 13.5 | ALTRES EXTRACCIONS EXTRACAPSULARS DE CRISTAL·LÍ |
| 13.51 | EXTRACCIÓ EXTRACAPSULAR DE CRISTAL·LÍ VIA TEMPORAL INFERIOR |
| 13.59 | ALTRES EXTRACCIONS EXTRACAPSULARS DE CRISTAL·LÍ |
| 13.6 | ALTRES EXTRACCIONS DE CATARACTA |
| 13.64 | DISCISSIÓ DE MEMBRANA SECUNDÀRIA [DESPRÉS DE CATARACTA] |
| 13.65 | EXCISIÓ MEMBRANA SECUND. [DESPRÉS DE CATARACTA]; CAPSULECTOMIA |
| 13.66 | FRAGMENTACIÓ MECÀNICA MEMBRANA SECUND. [DESPRÉS DE CATARACTA] |
| 13.69 | ALTRES EXTRACCIONS DE CATARACTA |
| 13.7 | INSERCIÓ DE CRISTAL·LÍ PROTÈTIC [PSEUDOFAC] |
| 13.70 | INSERCIÓ DE PSEUDOFAC, NO ESPECIFICADA D'UNA ALTRA MANERA |
| 13.71 | INSERCIÓ PRÒTESI CRISTAL·LÍ INTRAOCULAR AMB EXTRAC. CATARACTA |
| 13.72 | INSERCIÓ SECUNDÀRIA DE PRÒTESI DE CRISTAL·LÍ INTRAOCULAR |
| 13.8 | EXTRACCIÓ DE CRISTAL·LÍ IMPLANTAT; EXTRACCIÓ DE PSEUDOFAC |
| 13.9 | ALTRES OPERACIONS DE CRISTAL·LÍ |
| 13.90 | OPERACIÓ DEL CRISTAL·LÍ NO CLASSIFICADA A CAP ALTRE LLOC |
| 13.91 | IMPLANTACIÓ D'UNA PRÒTESI TELESCÒPICA INTRAOCULAR |
| 02 | VARICES |
| 38.59 | LLIGADURA I ESQUINÇAMENT VENES VARICOSES EEII; FEMORAL |
| 38.89 | ALTR. OCLUS. QUIRÚRG. VENES D'EEII; FEMORAL; POPLÍTIA; SAFENA |
| 38.09 | INCISIÓ DE VENES DE L'EEII; FEMORAL; POPLÍTIA; SAFENA; TIBIAL |
| 38.39 | RESECCIÓ VENES EEII AMB ANASTOMOSI; FEMORAL; POPLÍTIA; SAFENA |
| 38.50 | LLIGADURA I ESQUINÇAMENT DE VENES VARICOSES, LLOC NSP |
| 38.69 | ALTRES EXCISIONS VENES EEII; FEMORAL; POPLÍTIA; SAFENA; TIBIAL |
| 39.92 | INJECCIÓ D'AGENT ESCLEROSANT EN LA VENA |
| 03 | HÈRNIA |
| 53.0 | REPARACIÓ UNILATERAL D'HÈRNIA INGUINAL |
| 53.00 | REPAR. UNILATERAL HÈRNIA INGUINAL, NSP; HERNIORRAF. INGUINAL NOS |
| 53.01 | REPAR. D'HÈRNIA INGUINAL DIRECTA |
| 53.02 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INGUINAL INDIRECTA |
| 53.03 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INGUINAL DIRECTA AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.04 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INGUINAL INDIRECTA AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.05 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INGUINAL AMB EMPELT O PRÒTESI, NSP |
| 53.1 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA INGUINAL |
| 53.10 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA INGUINAL, NSP |
| 53.11 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA INGUINAL DIRECTA |
| 53.12 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA INGUINAL INDIRECTA |
| 53.13 | REPAR. BILAT. HÈRNIA INGUINAL UNA DIRECTA I ALTRA INDIRECTA |
| 53.14 | REPAR. BILAT. HÈRNIA INGUINAL DIRECTA AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.15 | REPAR. BILAT. HÈRNIA INGUINAL INDIRECTA AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.16 | REPAR. BILAT. HÈRNIA INGUINAL UNA DIREC. I ALTR. INDIR. EMPELT |
| 53.17 | REPAR. BILAT. HÈRNIA INGUINAL AMB EMPELT O PRÒTESI, NSP |
| 53.2 | REPARACIÓ UNILATERAL D'HÈRNIA CRURAL |
| 53.21 | REPARACIÓ UNILATERAL D'HÈRNIA CRURAL AMB EMPELT O PRÒTESI |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|---|
| 53.29 | ALTRES HERNIORRÀFIES CRURALS UNILATERALS |
| 53.3 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA CRURAL |
| 53.31 | REPARACIÓ BILATERAL D'HÈRNIA CRURAL AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.39 | ALTRES HERNIORRÀFIES CRURALS BILATERALS |
| 04 | COLECISTECTOMIA |
| 51.2 | COLECISTECTOMIA |
| 51.21 | ALTRA COLECISTECTOMIA PARCIAL; REVISIÓ DE COLECISTECT. PRÈVIA |
| 51.22 | COLECISTECTOMIA TOTAL |
| 51.23 | COLECISTECTOMIA LAPAROSCÒPICA; L'EFECTUADA PER LÀSER |
| 51.24 | COLECISTECTOMIA PARCIAL LAPAROSCÒPICA |
| 05 | SEPTOPLÀSTIA |
| 21.5 | RESECCIÓ SUBMUCOSA DE SEPTE NASAL |
| 21.8 | REPARACIÓ I INTERVENCIÓ PLÀSTIQUES DE NAS |
| 21.81 | SUTURA DE LACERACIÓ DE NAS |
| 21.82 | TANCAMENT FÍSTULA NASAL; FISTULECTOMIA NASOLABIAL |
| 21.83 | RECONSTRUC. TOTAL NAS; RECONSTRUCCIÓ AMB PENJALL: BRAÇ, FRONT |
| 21.84 | RINOPLÀSTIA REVISIÓ; RINOSEPTOPLÀSTIA; RINOPLÀSTIA NAS TORT |
| 21.85 | RINOPLÀSTIA D'AUGMENT; AMB: EMPELT, IMPLANT SINTÈTIC |
| 21.86 | RINOPLÀSTIA LIMITADA; REPAR. PLÀSTICA PENJALLS NASOLABIALS |
| 21.87 | ALTRES RINOPLÀSTIES; RINOPLÀSTIA NOS |
| 21.88 | ALTRES SEPTOPLÀSTIES; ESCLAFAMENT DE SEPTE NASAL |
| 21.89 | ALTR. REPAR./INTERVENC. PLÀSTIQ. DE NAS; REINSERCIÓ NAS AMPUTAT |
| 21.61 | TURBINECTOMIA PER DIATERMINA O CRIOCIRURGIA |
| 21.62 | FRACTURA DE CORNETS |
| 21.69 | ALTRES TURBINECTOMIES |
| 21.99 | ALTRES INTERVENCIÓ DE NAS |
| 06 | ARTROSCÒPIA |
| 80.2 | ARTROSCÒPIA |
| 80.20 | ARTROSCÒPIA, LLOC INESPECIFICAT |
| 80.21 | ARTROSCÒPIA, MUSCLE |
| 80.22 | ARTROSCÒPIA, COLZE |
| 80.23 | ARTROSCÒPIA, CANELL |
| 80.24 | ARTROSCÒPIA, MÀ I DITS DE LA MÀ |
| 80.25 | ARTROSCÒPIA, MALUC |
| 80.26 | ARTROSCÒPIA, GENOLL |
| 80.27 | ARTROSCÒPIA, TURMELL |
| 80.28 | ARTROSCÒPIA, PEU I DITS DEL PEU |
| 80.29 | ARTROSCÒPIA, ALTR. LOCALITZACIONS ESPECÍF.; COLUMNA VERTEBRAL |
| 07 | VASECTOMIA |
| 63.7 | VASECTOMIA I LIGADURA DE CONDUCTE DEFERENT |
| 63.70 | PROCEDIMENT D'ESTERILITZACIÓ MASCULINA, INESPECIF. |
| 63.71 | LLIGADURA CONDUCTE DEFERENT; ESCLAFAMENT, DIVISIÓ |
| 63.72 | LLIGADURA DE CORDÓ ESPERMÀTIC |
| 63.73 | VASECTOMIA |
| 08 | PROSTATECTOMIA |
| 60.2 | PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL |
| 60.21 | PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL GUIADA ULTRASÒ, INDUÏDA LÀSER |
| 60.29 | ALTRES PROSTATECTOMIES TRANSURETRALS [RTU] |
| 60.3 | PROSTATECTOMIA SUPRAPÙBICA; PROSTATECTOMIA TRANSVESICAL |
| 60.4 | PROSTATECTOMIA RETROPÙBICA |
| 60.5 | PROSTATECTOMIA RADICAL; PROSTATOVESICULECTOMIA |
| 60.6 | ALTRA PROSTATECTOMIA |
| 60.61 | EXCISIÓ LOCAL LESIÓ PRÒSTATA |
| 60.62 | PROSTATECTOMIA PERINEAL |
| 60.69 | ALTRA PROSTATECTOMIA |
| 60.81 | INCISIÓ TEIXIT PERIPROSTÀTIC; DRENATGE ABCÉS PERIPROSTÀTIC |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|--|
| 60.82 | EXCISIÓ TEIXIT PERIPROSTÀTIC; EXCIS. LESIÓ TEIXIT PERIPROST. |
| 60.93 | REPARACIÓ DE PRÒSTATA |
| 60.99 | ALTRES OPERACIONS DE PRÒSTATA |
| 09 | ALLIBERAMENT CANAL CARPIÀ |
| 04.43 | ALLIBERAMENT DE CANAL CARPIÀ |
| 04.44 | ALLIBERAMENT DE CANAL TARSIANA |
| 04.49 | ALTR. DESCOMPRES./LISIS ADHERÈNCIES NERVI O GANGLI PERIFÈRICS |
| 04.07 | ALTR. EXCISIONS/AVULSIONS NERVIS CRANIALS I PERIFÈRICS |
| 10 | AMIGDALECTOMIA |
| 28.2 | AMIGDALECTOMIA SENSE ADENOIDECTOMIA |
| 28.3 | AMIGDALECTOMIA AMB ADENOIDECTOMIA |
| 28.6 | ADENOIDECTOMIA, SENSE AMIGDALECTOMIA; EXCIS. RESTES ADENOÏDALS |
| 28.4 | EXCISIÓ DE RESTES D'AMÍGDALA |
| 28.5 | EXCISIÓ D'AMÍGDALA LINGUAL |
| 28.9 | ALTRES OPERACIONS D'AMÍGDALES I ADENOIDES |
| 28.91 | EXTRACCIÓ COS ESTRANY D'AMÍGDALA I ADENOIDES PER INCISIÓ |
| 28.92 | EXCISIÓ DE LESIÓ D'AMÍGDALA I ADENOIDE |
| 28.99 | ALTRES OPERACIONS D'AMÍGDALES I ADENOIDES |
| 11 | CIRCUMCISIÓ |
| 64.0 | CIRCUMCISIÓ |
| 12 | CATETERISMES |
| 37.21 | CATETERITZACIÓ CARDÍACA DRETA; CATETERITZACIÓ CARDÍACA NOS |
| 37.22 | CATETERITZACIÓ CARDÍACA ESQUERRA |
| 37.23 | CATETERITZACIÓ CARDÍACA COMBINADA DRETA I ESQUERRA |
| 00.55 | INSERCIÓ DE STENT(S) ALLIBERADOR DE FÀRMACS EN ARTÈRIA NO CORONÀRIA |
| 36.01 | ANGIOPL. CORON. PERCUT. TRANSLUM. VAS ÚNIC, ATRECTO. S/TROMBOLIT |
| 36.02 | ANGIOPL. CORON. PERCUT. TRANSLUM. VAS ÚNIC, ATRECTO. TROMBOLÍTIC |
| 36.05 | ANGIOPL. CORON. TRANSLUM. PERCUT.[ACTP], MULTI. VASOS, AMB/S TROMB |
| 36.06 | INSERCIÓ DE STENT(S) D'ARTÈRIA CORONÀRIA |
| 36.07 | INSERCIÓ DE STENT ALLIBERADOR DE FÀRMACS D'ARTÈRIA CORONÀRIA |
| 36.09 | ALTR. ELIMIN. OBSTRUCCIÓ ART. CORONÀRIA ESP.; ANGIOPL. CORON. NOS |
| 00.50 | IMPLANTACIÓ DE MARCAPÀS RESINCRONITZADOR CARDÍAC SENSE MENCIÓ DE DESFIBRIL·LACIÓ, SISTEMA TOTAL [CRT-P] |
| 00.51 | IMPLANTACIÓ DE DESFIBRIL·LADOR DE RESINCRONITZACIÓ CARDÍAC, SISTEMA TOTAL [CRT-D] |
| 00.52 | IMPLANTACIÓ O REEMPLAÇAMENT DE DERIVACIÓ TRANSVENOSA [ELÈCTRODE] DINS EL SISTEMA VENÓS CORONARI DEL VENTRICLE ESQUERRE |
| 00.53 | IMPLANTACIÓ O REEMPLAÇAMENT DE MARCAPÀS RESINCRONITZADOR CARDÍAC NOMÉS GENERADOR D'IMPULSOS [CRT-P] |
| 00.54 | IMPLANTACIÓ O REEMPLAÇAMENT DE DESFIBRIL·LADOR DE RESINCRONITZACIÓ CARDÍAC NOMÉS GENERADOR D'IMPULSOS [CRT-D] |
| 37.34 | ABLACIÓ AMB CATÈTER LESIÓ/TEIXITS COR; CRIOABLACIÓ, RESECCIÓ |
| 13 | PRÒTESIS MALUC |
| 81.51 | REEMPLAÇAMENT TOTAL DE MALUC; RECONSTRUCCIÓ TOTAL DE MALUC |
| 81.52 | REEMPLAÇAMENT PARCIAL DE MALUC; ENDOPRÒTESI BIPOLAR |
| 81.53 | REVISIÓ DE REEMPLAÇAMENT DE MALUC; PARCIAL, TOTAL |
| 007 | ALTRES PROCEDIMENTS DE MALUC |
| 0073 | REVISIÓ DE L'ARTROPLÀSTIA DE MALUC, NOMÉS DE LA INSERCIÓ ACETABULAR O DEL CAP DEL FÈMUR |
| 0072 | REVISIÓ DE LA PEÇA FEMORAL DE L'ARTROPLÀSTIA DE MALUC |
| 0070 | REVISIÓ DE L'ARTROPLÀSTIA DE MALUC, TANT DE LA PEÇA ACETABULAR COM DE LA FEMORAL |
| 0071 | REVISIÓ DE LA PEÇA ACETABULAR DE L'ARTROPLÀSTIA DE MALUC |
| 0087 | SUBSTITUCIÓ PARCIAL DE L'ACETÀBUL DE LA SUPERFÍCIE ARTICULAR DE MALUC |
| 0086 | SUBSTITUCIÓ PARCIAL DE LA SUPERFÍCIE ARTICULAR DEL MALUC DEL CAP DEL FÈMUR |
| 0085 | SUBSTITUCIÓ TOTAL DE LA SUPERFÍCIE ARTICULAR DEL MALUC, DE L'ACETÀBUL I DEL CAP DEL FÈMUR |
| 008 | ALTRES PROCEDIMENTS DE GENOLL I MALUC |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|--|
| 14 | GENOLL |
| 81.54 | REEMPLAÇAMENT TOTAL DE GENOLL |
| 81.55 | REVISIÓ DE REEMPLAÇAMENT DE GENOLL |
| 0083 | REVISIÓ DE LA PEÇA ROTULAR DE L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL |
| 0084 | REVISIÓ TOTAL DE L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL DE LA INSERCIÓ TIBIAL |
| 0082 | REVISIÓ DE LA PEÇA FEMORAL DE L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL |
| 0081 | REVISIÓ DE LA PEÇA TIBIAL DE L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL |
| 0080 | REVISIÓ TOTAL DE L'ARTROPLÀSTIA DE GENOLL (TOTES LES PECES) |
| 15 | HISTERECTOMIA |
| 68.3 | HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL; HISTERECT. SUPRACERVICAL |
| 68.31 | HISTERECTOMIA SUPRACERVICAL LAPAROSCÒPICA |
| 68.39 | ALTRA HISTERECTOMIA ABDOMINAL SUBTOTAL NOS; SUPRACERVICAL |
| 68.4 | HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL; HISTERECTOMIA: AMPLIADA |
| 68.41 | HISTERECTOMIA ABDOMINAL LAPAROSCÒPICA TOTAL |
| 68.49 | ALTRES TIPUS D'HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL I HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL NO ESPECIFICADA |
| 68.5 | HISTERECTOMIA VAGINAL |
| 68.51 | HISTERECTOMIA VAGINAL ASSISTIDA PER LAPAROSCÒPIA (HVAL) |
| 68.59 | ALTRA HISTERECTOMIA VAGINAL |
| 68.6 | HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL; HISTERECT. RADICAL MODIFICADA |
| 68.61 | HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL LAPAROSCÒPICA |
| 68.7 | HISTERECTOMIA VAGINAL RADICAL; OPERACIÓ DE SCHAUTA |
| 68.71 | HISTERECTOMIA VAGINAL RADICAL LAPAROSCÒPICA [LRVH] |
| 68.79 | ALTRES TIPUS D'HISTERECTOMIA VAGINAL RADICAL I HISTERECTOMIA VAGINAL RADICAL NO ESPECIFICADA |
| 68.9 | ALTRA I INESPECIFICADA HISTERECTOMIA |
| 68.69 | ALTRES TIPUS D'HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL I HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL NO ESPECIFICADA |
| 16 | APARELL LACRIMAL |
| 09.8 | FISTULITZACIÓ D'APARELL LACRIMAL A CAVITAT NASAL |
| 09.81 | DACRIOCISTO-RINOSTOMIA [DCR] |
| 09.82 | CONJUNTIVOCISTO-RINOSTOMIA; CONJUNTIVODACRIOCISTO-RINOSTOMIA |
| 09.83 | CONJUNTIVO-RINOSTOMIA AMB INSERCIÓ DE TUB O PRÒTESI |
| 09.0 | INCISIÓ GLAND. LACRIMAL; INCISIÓ QUIST LACRIMAL (AMB DRENATGE) |
| 09.20 | EXCISIÓ DE GLÀNDULA LACRIMAL, INESPECIFICADA |
| 09.21 | EXCISIÓ DE LESIÓ DE GLÀNDULA LACRIMAL |
| 09.22 | ALTRES DACRIOADENECTOMIES PARCIALS |
| 09.23 | DACRIOADENECTOMIA TOTAL |
| 09.3 | ALTRES OPERACIONS DE GLÀNDULA LACRIMAL |
| 09.41 | SONDATGE DE PUNT LACRIMAL |
| 09.42 | SONDATGE DE CANALICLES LACRIMALS |
| 09.43 | SONDATGE DE CONDUCTE NASOLACRIMAL |
| 09.44 | INTUBACIÓ CONDUCTE NASOLACRIMAL |
| 09.49 | ALTRES MANIPULACIONS DE CONDUCTE LACRIMAL |
| 09.51 | INCISIÓ DE PUNT LACRIMAL |
| 09.52 | INCISIÓ DE CANALICLES LACRIMALS |
| 09.53 | INCISIÓ DE SAC LACRIMAL |
| 09.59 | ALTRES INCISIONS CONDUCTES LACRIMALS |
| 09.6 | EXCISIÓ DE SAC I CONDUCTES LACRIMALS |
| 09.71 | CORRECCIÓ DE PUNT EVERTIT |
| 09.72 | ALTRES REPARACIONS DE PUNT LACRIMAL |
| 09.73 | REPARACIÓ DE CANALICLE |
| 09.91 | OBLITERACIÓ DE PUNT LACRIMAL |
| 09.99 | ALTRES OPERACIONS D'APARELL LACRIMAL |
| 17 | ORELLA MITJANA |
| 19.4 | MIRINGOPLÀSTIA; EPITIMPANICA TIPUS I; TIMPANOPLÀSTIA (TIPUS I) |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|---|
| 19.5 | ALTRES TIMPANOPLÀSTIES |
| 19.52 | TIMPANOPLÀSTIA TIPUS II; TANC. PERF. AMB EMPELT ENCLUSA/MARTELL |
| 19.53 | TIMPANOPLÀSTIA TIPUS III; EMPELT A ESTREP MÒBIL I INTACTE |
| 19.54 | TIMPANOPLÀSTIA TIPUS IV |
| 19.55 | TIMPANOPLÀSTIA TIPUS V; EMPELT A FINESTRA COND. SEMICIRC. EXT. |
| 19.6 | REVISIÓ DE TIMPANOPLÀSTIA |
| 19.9 | ALTR. REPARACIONS ORELLA MITJANA; TANCAMENT FÍSTULA MASTOÏDAL |
| 20.0 | MIRINGOTOMIA |
| 20.01 | MIRINGOTOMIA AMB INSERCIÓ DE TUB; MIRINGOTOMIA |
| 20.09 | ALTRES MIRINGOTOMIES; ASPIRACIÓ D'ORELLA MITJANA NOS |
| 20.1 | EXTRACCIÓ DE TUB INSERIT DE TIMPANOSTOMIA |
| 19.0 | MOBILITZ. ESTREP; MATERIAL O PROCÉS OTOSCLERÒTIC; ESTAPEDIOLISI |
| 19.11 | ESTAPEDECTOMIA AMB REEMPLAÇAMENT D'ENCLUSA |
| 19.19 | ALTRES ESTAPEDECTOMIES |
| 17 | ORELLA MITJANA |
| 19.21 | REVISIÓ D'ESTAPEDECTOMIA AMB REEMPLAÇAMENT D'ENCLUSA |
| 19.29 | ALTRES REVISIONS D'ESTAPEDECTOMIA |
| 19.3 | ALTR. OPERAC. CADENA OSSICULAR; NOS: INCUDECTOMIA, OSSICULECTOMIA |
| 20.21 | INCISIÓ DE MASTOIDE |
| 20.22 | INCISIÓ DE CELES AÈRIES DE LA PIRÀMIDE PETROSA |
| 20.23 | INCISIÓ ORELLA MITJANA; ATICOTOMIA; DIVISIÓ TIMPÀ |
| 20.41 | MASTOÏDECTOMIA SIMPLE |
| 20.42 | MASTOÏDECTOMIA RADICAL |
| 20.49 | ALTR. MASTOÏDECTOMIES; ATICOANTROSTOMIA; MASTOÏDECTOMIA NOS |
| 20.51 | EXCISIÓ DE LESIÓ D'ORELLA MITJANA |
| 20.59 | ALTR. EXCIS. ORELLA MITJANA; APICECTOMIA DE PIRÀMIDE PETROSA |
| 20.92 | REVISIÓ DE MASTOÏDECTOMIA |
| 20.93 | REPARACIÓ FINESTRES OVAL/RODONA; TANCAM. FÍSTULA FINESTRA OVAL |
| 18 | EXTRACCIÓ DENT |
| 23.11 | EXTRACCIÓ QUIRÚRGICA D'ARREL RESIDUAL |
| 23.19 | ALTR. EXTRACCIONS QUIRÚRG. DE DENT; EXTRACCIÓ DENT IMPACTADA |
| 24.4 | EXCISIÓ LESIÓ DENTAL DE MANDÍBULA; EXCIS. LESIÓ ODONTOGÈNICA |
| 24.5 | ALVEOLOPLÀSTIA; ALVEOLECTOMIA (INTERADICULAR) (INTRASEPTAL) |
| 24.99 | ALTRES OPERACIONS DENTALS |
| 19 | FÍSTULA ANAL |
| 49.12 | FISTULECTOMIA ANAL |
| 49.11 | FISTULOTOMIA ANAL |
| 49.02 | ALTRES INCISIONS TEIXIT PERIANAL; BUIDATGE TEIXIT PERIANAL |
| 49.04 | ALTRES EXCISIONS DE TEIXIT PERIANAL |
| 49.39 | ALTRA EXCISIÓ O DESTRUCCIÓ LOCAL DE LESIÓ O TEIXIT D'ANUS |
| 49.51 | ESFINTEROTOMIA ANAL LATERAL INTERNA |
| 49.52 | ESFINTEROTOMIA ANAL POSTERIOR |
| 49.59 | ALTRES ESFINTEROTOMIES ANALS; DIVISIÓ D'ESFÍNTER NOS |
| 49.6 | EXCISIÓ D'ANUS |
| 49.71 | SUTURA DE LACERACIÓ D'ANUS |
| 49.72 | CERCLATGE ANAL |
| 49.73 | TANCAMENT DE FÍSTULA ANAL |
| 49.74 | TRASPLANT. MÚSCUL RECTE INTERN CUIXA PER INCONTINÈNCIA ANAL |
| 49.75 | IMPLANTACIÓ O REVISIÓ D'ESFÍNTER ANAL |
| 49.76 | RETIRADA D'ESFÍNTER ANAL ARTIFICIAL |
| 49.79 | ALTR. REPAR. ESFÍNTER ANAL; REPAR. LACERACIÓ OBSTETR. ANTIGA ANUS |
| 49.91 | INCISIÓ DE SEPTE ANAL |
| 49.92 | INSERCIÓ D'ESTIMULADOR ANAL ELÈCTRIC SUBCUTANI |
| 49.93 | ALTR. INCISIONS ANUS; EXTRAC. COS ESTRANY ANUS INCISIÓ SEDENY |
| 49.94 | REDUCCIÓ DE PROLAPSE ANAL |
| 49.99 | ALTRES OPERACIONS D'ANUS |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|---|
| 20 | HEMORROIDES |
| 49.41 | REDUCCIÓ D'HEMORROIDES |
| 49.45 | LLIGADURA D'HEMORROIDES |
| 49.46 | EXCISIÓ D'HEMORROIDES; HEMORROIDECTOMIA NOS |
| 49.49 | ALTRES PROCEDIMENTS D'HEMORROIDES; PROCEDIMENT DE LORD |
| 21 | ALTRES HÈRNIES |
| 53.4 | REPARACIÓ D'HÈRNIA UMBILICAL |
| 53.41 | REPARACIÓ D'HÈRNIA UMBILICAL AMB PRÒTESI |
| 53.49 | ALTRES HERNIORRÀFIES UMBILICALS |
| 53.5 | REPAR. ALTR. HÈRNIES PARET ABDOM. ANTERIOR (S/EMPELT O PRÒTESI) |
| 53.51 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INCISIONAL SENSE EMPELT O PRÒTESI |
| 53.59 | REPAR. ALTR. HÈRNIA PARET ABDOM. ANT.; EPIGASTR., SPIEGEL S/EMPEL |
| 53.6 | REPAR. ALTRES HÈRNIES PARET ABDOM. ANTER. AMB EMPELT O PRÒTESI |
| 53.61 | REPARACIÓ D'HÈRNIA INCISIONAL AMB PRÒTESI |
| 53.69 | REPAR. ALTRES HÈRNIES PARET ABDOMINAL ANTERIOR AMB PRÒTESI |
| 53.9 | ALTRES REPARACIONS HÈRNIA; ISQUIÀTICA, ISQUIORECTAL, LUMBAR |
| 53.7 | REPARACIÓ D'HÈRNIA DIAFRAGMÀTICA, ABORDATGE ABDOMINAL |
| 53.8 | REPARACIÓ D'HÈRNIA DIAFRAGMÀTICA, ABORDATGE TORÀCIC |
| 53.80 | REPARACIÓ HERNIA DIAFRAGMÀTICA, ABORDATGE TORÀCIC, NSP |
| 53.81 | PLICATURA DE DIAFRAGMA |
| 53.82 | REPARACIÓ D'HÈRNIA PARASTERNAL |
| 22 | GALINDONS |
| 77.5 | EXCISIÓ I REPARACIÓ GALINDÓ I ALTRES DEFORMITATS DIT GROS |
| 77.51 | BUNIONECTOM. AMB CORREC. PARTS TOVES I OSTEOT. PRIMER METATARS. |
| 77.52 | BUNIONECTOMIA AMB CORRECCIÓ DE PARTS TOVES I ARTRODESI |
| 77.53 | ALTRA BUNIONECTOMIA AMB CORRECCIÓ DE PARTS TOVES |
| 77.54 | EXCISIÓ DE GALINDÓ DE SASTRE; LA FETA AMB OSTEOTOMIA |
| 77.56 | REPARACIÓ DIT PEU DE MARTELL; FUSIÓ, FALANGECTOMIA (PARCIAL) |
| 77.57 | REPARACIÓ DIT PEU D'URPA; FUSIÓ, FALANGECTOMIA (PARCIAL) |
| 77.58 | ALTRA EXCISIÓ/REPAR. DITS PEU; DITS MUNTATS, ENCAVALCATS |
| 77.59 | ALTR. BUNIONECTOMIA; RESEC. HÀL·LUX VALG AMB INSERCIÓ PRÒTESI |
| 23 | HÈRNIA DISCAL |
| 03.02 | REOBERTURA DE LAMINECTOMIA |
| 03.09 | ALTR. EXPLOR./DESCOMPR. CONDUCTE RAQUIDI; LAMINECTOMIA DESCOMPR |
| 03.1 | DIVISIÓ D'ARREL DE NERVI INTRARAQUIDI; RIZOTOMIA |
| 03.6 | LISI ADHERÈNCIES DE MEDUL·LA ESPINAL I ARRELS NERVIOSES |
| 80.5 | EXCISIÓ O DESTRUCCIÓ DE DISC INTERVERTEBRAL |
| 80.50 | EXCIS./DESTRUC.DISC INTERVERT. NSP; NSP COM EXCIS./DESTRUCCIÓ |
| 80.51 | EXCISIÓ DISC INTERVERTEBRAL; EXTRACCIÓ NUCLI POLPÓS HERNIAT |
| 80.52 | QUIMIONUCLEOLISI INTERVERTEBRAL; AMB ASPIRACIÓ FRAGMENTS DISC |
| 80.59 | ALTR. DESTRUCCIÓ DISC INTERVERTEBRAL; DESTRUC. NCE; PER LÀSER |
| 24 | FUSIÓ VERTEBRAL |
| 81.0 | FUSIÓ RAQUÍDIA (ARTRODESI) |
| 81.00 | FUSIÓ RAQUÍDIA; ARTRODESI RAQUÍDIA, INESPECIFICADA |
| 81.01 | FUSIÓ VERTEBRAL ATLAS I AXIS; TÈCNICA ANT./TRANSORAL/POST.; |
| 81.02 | ALTR. FUSIÓ CERVICAL, TECN. ANT.; ARTRÒDESI NIVELL C2 O MÉS BAIX |
| 81.03 | ALTR. FUSIÓ CERVICAL, TECN. POST.; ARTRÒDESI NIVELL C2/MÉS BAIX |
| 81.04 | FUSIÓ DORSAL/DORSOLUMBAR, TÈCNICA ANTERIOR |
| 81.05 | FUSIÓ DORSAL I DORSOLUMBAR, TÈCNICA POSTERIOR |
| 81.06 | FUSIÓ LUMBAR I LUMBOSACRA, TÈCNICA ANTERIOR |
| 81.07 | FUSIÓ LUMBAR I LUMBOSACRA, TECN. APÒFISI TRANSVERSA LATERAL |
| 81.08 | FUSIÓ LUMBAR I LUMBOSACRA, TÈCNICA POSTERIOR |
| 81.09 | REFUSIÓ VERTEBRAL, QUALS. NIVELL/TECN.; CORR. PSEUDOARTROSI VERT |
| 81.3 | REFUSIÓ VERTEBRAL |
| 81.30 | REFUSIÓ VERTEBRAL, NO ESPECIFICADA DE CAP ALTRA MANERA |
| 81.31 | REFUSIÓ VERTEBRAL D'ATLES I AXIS |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|--|
| 81.32 | REFUSIÓ D'ALTRA VÈRTEBRA CERVICAL, TÈCNICA ANTERIOR |
| 81.33 | REFUSIÓ D'ALTRA VÈRTEBRA CERVICAL, TÈCNICA POSTERIOR |
| 81.34 | REFUSIÓ DE VÈRTEBRA DORSAL I DORSOLUMBAR, TÈCNICA ANTERIOR |
| 81.35 | REFUSIÓ DE VÈRTEBRA DORSAL I DORSOLUMBAR, TÈCNICA POSTERIOR |
| 81.36 | REFUSIÓ DE VÈRTEBRA LUMBAR I LUMBOSACRA, TÈCNICA ANTERIOR |
| 81.37 | REFUSIÓ DE VÈRTEBRA LUMBAR I LUMBOSACRA, TÈCNICA APÒFISI TRANSVERSA LATERAL |
| 81.38 | REFUSIÓ DE VÈRTEBRA LUMBAR I LUMBOSACRA, TÈCNICA POSTERIOR |
| 81.39 | REFUSIÓ VERTEBRAL NEC |
| 81.6 | ALTRES INTERVENCIIONS RAQUÍDIES |
| 81.61 | FUSIÓ RAQUÍDIA DE 360 GRAUS, AMB UNA ÚNICA INCISIÓ D'ENTRADA |
| 81.62 | FUSIÓ O REFUSIÓ DE 2-3 VÈRTEBRES |
| 81.63 | FUSIÓ O REFUSIÓ DE 4-8 VÈRTEBRES |
| 81.64 | FUSIÓ O REFUSIÓ DE 9 O MÉS VÈRTEBRES |
| 81.65 | VERTEBROPLÀSTIA |
| 81.66 | CIFOPLÀSTIA |
| 84.5 | IMPLANTACIÓ D'ALTRES DISPOSITIUS I SUBSTÀNCIES DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÈTIC |
| 84.51 | INSERCIÓ DE DISPOSITIU DE FUSIÓ ESPINAL INTERCORPORI |
| 84.52 | INSERCIÓ DE PROTEÏNA D'OS RECOMBINANT MORFOGENÈTICA rhBMP |
| 84.59 | INSERCIÓ D'ALTRES DISPOSITIUS ESPINALS |
| 25 | OBESITAT MÒRBIDA |
| 44.31 | DESVIACIÓ GÀSTRICA ALTA; DESVIAC. GÀSTRICA DE PRINTEN I MASON |
| 44.38 | GASTROENTEROSTOMIA LAPAROSCÒPICA |
| 44.39 | ALTRES GASTROENTEROSTOMIES; GASTRODUODENOSTOMIA |
| 44.68 | GASTROPLÀSTIA LAPAROSCÒPICA |
| 44.69 | ALTR. REPAR. ESTÓMAC; INVERSIÓ DIVERTICLE GASTR; REP. ESTÓMAC NOS |
| 44.93 | INSERCIÓ DE GLOBUS GÀSTRIC (BALÓ) |
| 44.95 | PROCEDIMENT RESTRICTIU GÀSTRIC LAPAROSCÒPIC |
| 44.99 | ALTRES OPERACIONS D'ESTÓMAC |
| 45.91 | ANASTOMOSI INTESTINAL DE BUDELL PRIM A BUDELL PRIM |
| 26 | OPERACIONS DE MÀ |
| 82.0 | INCISIÓ DE MÚSCUL, TENDÓ, FÀSCIA I BOSSA SINOVIAL DE LA MÀ |
| 82.01 | EXPLOR. BEINA TENDINOSA MÀ; INCISIÓ, EXTRAC. COSSOS RISIFORMES |
| 82.02 | MIOTOMIA DE MÀ |
| 82.03 | BURSOTOMIA DE MÀ |
| 82.04 | INCISIÓ I DRENATGE D'ESPAI PALMAR O TÈNAR |
| 82.09 | ALTRA INCISIÓ DE PARTS TOVES DE LA MÀ |
| 82.1 | DIVISIÓ DE MÚSCUL, TENDÓ I FÀSCIA DE LA MÀ |
| 82.11 | TENOTOMIA DE MÀ; DIVISIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.12 | FASCIOTOMIA DE MÀ; DIVISIÓ DE FÀSCIA DE LA MÀ |
| 82.19 | ALTRA DIVISIÓ PARTS TOVES MÀ; DIVISIÓ DE MÚSCUL DE LA MÀ |
| 82.2 | EXCISIÓ DE LESIÓ DE MÚSCUL, TENDÓ I FÀSCIA DE LA MÀ |
| 82.21 | EXCIS. LESIÓ BEINA TENDINOSA MÀ; GANGLIONECT. BEI. TEND. (CANELL) |
| 82.22 | EXCISIÓ DE LESIÓ DE MÚSCUL DE LA MÀ |
| 82.29 | EXCISIÓ D'ALTRA LESIÓ DE PARTS TOVES DE LA MÀ |
| 82.3 | ALTRA EXCISIÓ DE PARTS TOVES DE LA MÀ |
| 82.31 | BURSECTOMIA DE MÀ |
| 82.32 | EXCISIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ PER A EMPELT |
| 82.33 | ALTRA TENONECTOMIA DE LA MÀ; TENOSINOVECTOMIA DE MÀ |
| 82.34 | EXCISIÓ DE MÚSCUL O FÀSCIA DE MÀ PER A EMPELT |
| 82.35 | ALTRA FASCIECTOMIA DE MÀ; ALLIBERAMENT CONTRACTURA DUPUYTREN |
| 82.36 | ALTRA MIECTOMIA DE MÀ |
| 82.39 | ALTRA EXCISIÓ DE PARTS TOVES DE MÀ |
| 82.4 | SUTURA DE MÚSCUL, TENDÓ I FÀSCIA DE LA MÀ |
| 82.41 | SUTURA DE BEINA TENDINOSA DE LA MÀ |
| 82.42 | SUTURA RETARDADA DE TENDÓ FLEXOR DE LA MÀ |
| 82.43 | SUTURA RETARDADA D'ALTRE TENDÓ DE LA MÀ |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|---|
| 82.44 | ALTRA SUTURA DE TENDÓ FLEXOR DE LA MÀ |
| 82.45 | ALTRA SUTURA D'ALTRE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.46 | SUTURA DE MÚSCUL O FÀSCIA DE LA MÀ |
| 82.5 | TRASPLANTAMENT DE MÚSCUL I TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.51 | AVANÇAMENT DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.52 | RECESSIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.53 | REINSERCIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.54 | REINSERCIÓ DE MÚSCUL DE LA MÀ |
| 82.55 | ALTRE CANVI EN MÚSCUL O TENDÓ LLARG DE LA MÀ |
| 82.56 | ALTRA TRANSFERÈNCIA O TRASPLANTACIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.57 | ALTRA TRANSPOSICIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ |
| 82.58 | ALTRA TRANSFERÈNCIA O TRASPLANTACIÓ DE MÚSCUL DE LA MÀ |
| 82.59 | ALTRA TRANSPOSICIÓ DE MÚSCUL DE LA MÀ |
| 82.6 | RECONSTRUCCIÓ DE POLZE |
| 82.61 | OPER. POLICITZACIO AMB TRASLLAT NERVIS I SUBMINISTR. DE SANG |
| 82.69 | ALTR. RENCONSTRUCCIO POLZE; PROCEDIMENT "BARRET TRES PUNTES" |
| 82.7 | OPERACIÓ PLÀSTICA DE MÀ AMB EMPELT O IMPLANTACIÓ |
| 82.71 | RECONSTRUCCIÓ POLITJA TENDINOSA DE MÀ |
| 82.72 | OPERACIÓ PLÀSTICA DE MÀ AMB EMPELT DE MÚSCUL O FÀSCIA |
| 82.79 | OPERACIÓ PLÀSTICA DE MÀ AMB ALTRE EMPELT O IMPLANTACIÓ |
| 82.8 | ALTRES OPERACIONS PLÀSTIQUES DE MÀ |
| 82.81 | TRANSFERÈNCIA DE DIT DE LA MÀ, EXCEPTE POLZE |
| 82.82 | REPARACIÓ DE FENEDURA DE LA MÀ |
| 82.83 | REPARACIÓ DE MACRODACTÍLIA |
| 82.84 | REPARACIÓ DE DIT DE MARTELL DE LA MÀ |
| 26 | OPERACIONS DE MÀ |
| 82.85 | ALTRA TENÒDESI DE MÀ; FIXACIÓ DE TENDÓ DE LA MÀ NOS |
| 82.86 | ALTRA TENOPLÀSTIA DE MÀ; MIOTENOPLÀSTIA DE MÀ |
| 82.89 | ALTRES OPERACIONS PLÀSTIQUES DE MÀ; PLICATURA DE FÀSCIA |
| 82.9 | ALTRES OPERACIONS DE MÚSCUL, TENDÓ, I FÀSCIA DE MÀ |
| 82.91 | LISI D'ADHERÈNCIES DE LA MÀ |
| 82.99 | ALTRES OPERACIONS DE MÚSCUL, TENDÓ I FÀSCIA DE LA MÀ |
| 27 | INTERV PARTS TOVES AP LOCOMOTOR |
| 83.39 | EXCISIÓ DE LESIÓ D'ALTRES PARTS TOVES; EXCISIÓ QUIST DE BAKER |
| 83.01 | EXPLORACIÓ DE BEINA TENDINOSA, EXCEPTE MÀ |
| 83.02 | MIOTOMIA, EXCEPTE DE LA MÀ |
| 83.03 | BURSOTOMIA, EXCEPTE MÀ; EXTRAC. DIPÒSIT CALCARI BOSSA SINOVIAL |
| 83.09 | ALTRA INCISIÓ DE PARTS TOVES, EXCEPTE DE MÀ; INCISIÓ DE FÀSCIA |
| 83.11 | AQUILOTENOTOMIA |
| 83.12 | TENOTOMIA DE L'ADDUCTOR DEL MALUC |
| 83.13 | ALTRA TENOTOMIA; APONEUROTOMIA; DIVISIÓ, ALLIBERAMENT TENDÓ |
| 83.14 | FASCIOTOMIA; DIVISIÓ DE: FÀSCIA, CINTA ILIOTIBIAL |
| 83.19 | ALTRA DIVISIÓ DE PARTS TOVES; DIVISIÓ, ALLIBERAMENT DE MÚSCUL |
| 83.31 | EXCISIÓ LESIÓ BEINA TENDINOSA; EXCIS. GANGLIO BEI. TEND., EXC. MÀ |
| 83.32 | EXCISIÓ LESIÓ MÚSCUL; OS HETEROTÒPIC, MIOSITIS OSSIFICANT |
| 83.41 | EXCISIÓ DE TENDÓ PER A EMPELT |
| 83.42 | ALTRA TENONECTOMIA; EXCISIÓ DE: APONEUROSIS, BEINA TENDINOSA |
| 83.43 | EXCISIÓ DE MÚSCUL O FÀSCIA PER A EMPELT |
| 83.44 | ALTRA FASCIECTOMIA |
| 83.45 | ALTRA MIECTOMIA; DESBRIDAMENT DE MÚSCUL NOS; ESCALENECTOMIA |
| 83.49 | ALTRA EXCISIÓ DE PARTS TOVES |
| 83.5 | BURSECTOMIA |
| 83.61 | SUTURA DE BEINA TENDINOSA |
| 83.62 | SUTURA RETARDADA DE TENDÓ |
| 83.63 | REPARACIÓ DEL MANEGOT DELS ROTADORS |
| 83.64 | ALTRA SUTURA DE TENDÓ; AQUIL-LORRÀFIA; APONEURORRÀFIA |

| CODI GRUP | NOM GRUP |
|-----------|--|
| 83.65 | ALTRA SUTURA DE MÚSCUL O FÀSCIA; REPARACIÓ DIÀSTASI DE RECTES |
| 83.71 | AVANÇAMENT DE TENDÓ |
| 83.72 | RECESSIÓ DE TENDÓ |
| 83.73 | REINSERCIÓ DE TENDÓ |
| 83.74 | REINSERCIÓ DE MÚSCUL |
| 83.75 | TRANSFERÈNCIA O TRASPLANTAMENT DE TENDÓ |
| 83.76 | ALTRA TRANSPOSICIÓ DE TENDÓ |
| 83.77 | TRANSFERÈNCIA O TRASPLANTAMENT DE MÚSCUL |
| 83.79 | ALTRA TRANSPOSICIÓ DE MÚSCUL |
| 83.81 | EMPELT TENDINÓS |
| 83.82 | EMPELT MUSCULAR O DE FÀSCIA |
| 83.83 | RECONSTRUCCIÓ DE POLITJA TENDINOSA |
| 83.84 | ALLIBERAMENT PEU DE PINYA, NCC; OPER. D'EVANS DEL PEU DE PINYA |
| 83.85 | ALTRE CANVI DE LLARGÀRIA DE MÚSCUL O TENDÓ |
| 83.86 | QUADRICIPITOPLÀSTIA |
| 83.87 | ALTR. OPERAC. PLÀSTIQUES DE MÚSCUL; MUSCULOPLÀSTIA; MIOPLÀSTIA |
| 83.88 | ALTR. OPERAC. PLÀSTIQUES DE TENDÓ; MIOTENOPLÀSTIA; FIXACIÓ TENDÓ |
| 83.89 | ALTRES OPERAC. PLÀSTIQUES DE FÀSCIA; ALLARGAMENT DE FÀSCIA |
| 83.91 | LISI D'ADHERÈNCIES DE MÚSCUL, TENDÓ, FÀSCIA I BOSSA SINOVIÀL |
| 83.92 | INSERCIÓ O REEMPLAÇAMENT D'ESTIMULADOR DE MÚSCUL ESQUELÈTIC |
| 83.93 | EXTRACCIÓ D'ESTIMULADOR DE MÚSCUL ESQUELÈTIC |
| 83.99 | ALTRES OPERACIONS DE MÚSCUL, TENDÓ, FÀSCIA I BOSSA SINOVIÀL |
| 28 | QUIST PILONIDAL |
| 86.03 | INCISIÓ DE QUIST O SI PILONIDAL |
| 86.21 | EXCISIÓ DE QUIST O SI PILONIDAL; MARSUPIALITZACIÓ DE QUIST |
| 29 | LESIÓ CUTÀNIA |
| 86.3 | ALTR. EXCISIO/DESTRUC. DE LESIÓ/TEIXIT DE PELL/TEIXIT SUBCUT. |
| 86.4 | EXCISIÓ RADICAL DE LESIÓ CUTÀNIA |
| 30 | INCONTINÈNCIA URINÀRIA |
| 59.3 | PLICATURA DE LA UNIÓ URETROVESICAL; OPERAC. DE KELLY-KENNEDY |
| 59.4 | OPER. SUPRAPÚBICA DE CINGLA; SUSPENS. URETROVESIC. MILLIN-READ |
| 59.5 | SUSPENS. URETRAL RETROPÚBICA; OP. DE MARSHALL-MARCHETTI-KRANTZ |
| 59.6 | SUSPENSIO PARAURETRAL; SUSPENSIO PARAURETRAL DE PEREYRA |
| 59.7 | ALTRA REPARACIÓ DE LA INCONTINÈNCIA URINÀRIA PER ESFORÇ |
| 59.71 | OPERACIÓ DEL MÚSCUL ELEVADOR PER A SUSPENSIO URETROVESICAL |
| 59.72 | INJECCIÓ O IMPLANT DINS LA URETRA I/O A COLL BUFETA URINÀRIA |
| 59.79 | ALTR. REPAR. INCONTIN. URINÀRIA PER ESFORÇ; URETROPÈXIA ANTERIOR |

ABREVIACIONS

| | |
|--------|---|
| AIAQS: | Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut |
| EQ-5D: | EuroQol en 5 dimensions |
| ES: | <i>effect size</i> , grandària de l'efecte |
| EVA: | escala visual analògica de l'EQ-5D |
| IDO: | índex de dissimilitud entre ordenacions |

BIBLIOGRAFIA

1. Sabik L, Lie R. Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *Int J Equity Health*. 2008;7(4):1-13.
2. Ortún-Rubio V, Pinto-Prades J, Puig-Junoy J. El establecimiento de prioridades. *Aten Primaria*. 2001;27(9):673-6.
3. Asua J, Taboada J. Experiencias e instrumentos de priorización. Red de Investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS); 2005.
4. Sánchez F, Abellán J, Martínez J. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y en servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. *Gac Sanit*. 2008;22(Supl 1):126-36.
5. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situación y abordaje de las listas de espera en Europa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2000. IN04/2000.
6. Fraga E, Barrera P, De la Mata M. Tratamiento de la insuficiencia hepática avanzada en lista de espera. *Gastroenterol Hepatol*. 2009;32(Esp. Congreso):57-65.
7. Zamora J, Kovacs F, Abaira V, Fernández C, Lázaro P, the Spanish Back Pain Research Network. The social tariff of EQ-5D is not adequate to assess quality of life in patients with low back pain. *Qual Life Res*. 2007;16(3):523-31.
8. Sociedad Española de Trasplante Hepático. Documento de consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático. Lista de espera, trasplante pediátrico e indicadores de calidad. *Cir Esp*. 2009;86(6):331-45.
9. Bernal E. Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera? *Gac Sanit*. 2002;16(5):436-9.
10. Ham C. Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*. 1997;42:49-66.
11. Hauch K, Smith P, Goddard M. The economics of priority setting for health care: a literature review. Washington, DC (US): The World Bank; 2004.
12. Mitton C, Donaldson C. Tools of the trade: a comparative analysis of approaches to priority setting in healthcare. *Health Serv Manage Res*. 2003;16(2):96-105.
13. Noorani H, Husereau D, Boudreau R. Priority setting for health technology assessments: a systematic review of current practical approaches. *Int J Technol Assess Health Care*. 2007;23(4):519.
14. Carlsson O. Health technology assessment and priority setting for health policy in Sweden. *Int J Technol Assess Health Care*. 2004;20(1):44-54.
15. Martin DK, Singer PA. Priority setting for health technologies in Canada. In: Ham C, Roberts G, editors. *Priority setting in health care. Institutions, information and accountability for reasonableness*. Open University Press; 2003.

16. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez R, Comas M. Elaboració d'un sistema de prioritizació de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta i artroplàstia de maluc i genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologies i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003. IN01/2003.
17. Hurst J, Siciliani L. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. Paris (France): OECD Health Working Papers; 2003.
18. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425-30.
19. Allepuz A, Espallargues M, Moharra M, Comas M, Pons J, Research Group on Support Instruments - IRYSS Network. Prioritisation of patients on waiting lists for hip and knee arthroplasties and cataract surgery: Instruments validation. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:76.
20. Conner-Spady B, Sanmugasunderam S, Courtright P, Mildon D, McGurran J, Noseworthy T, et al. The prioritization of patients on waiting lists for cataract surgery: validation of the Western Canada Waiting List Project Cataract Priority Criteria Tool. *Ophthalmic Epidemiol*. 2005;12:81-90.
21. Conner-Spady L, Sanmugasunderam S, Courtright P, McGurran JJ, Noseworthy TW, Steering Committee of the Western Canada Waiting List Project. Determinants of patient satisfaction with cataract surgery and length of time on the waiting list. *Br J Ophthalmol*. 2004;88:1305-9.
22. Kobelt G, Lundstrom M, Stenevi U. Cost-effectiveness of cataract surgery. Method to assess cost-effectiveness using registry data. *J Cataract Refract Surg*. 2002;28(10):1742-9.
23. Durkin M, Turton E, Wijesinghe L, Scott D, Berridge D. Long Saphenous Vein Stripping and Quality of Life - a Randomised Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2001;21:545-9.
24. Soljak M, Browne J, Lewsey J, Black N. Is there an association between deprivation and pre-operative disease severity? A cross-sectional study of patient-reported health status. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(5):311-5.
25. Carradice D, Mekako A, Hatfield J, Chetter I. Randomized clinical trial of concomitant or sequential phlebectomy after endovenous laser therapy for varicose veins. *Br J Surg*. 2009;96:369-75.
26. Palfreyman S. Assessing the impact of venous ulceration on quality of life. *Nurs Times*. 2008;104(41):34-7.
27. Nilsson E, Ros A, Rahmqvist M, Backman K, Carlsson P. Cholecystectomy: costs and health-related quality of life: a comparison of two techniques. *Int J Qual Health Care*. 2004;16(6):473-82.
28. Ainslie WG, Catton JA, Davides D, Dexter S, Gibson J, Larvin M, et al. Micropuncture cholecystectomy vs conventional laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2003;17(5):766-72.
29. Vlug MS, Wind J, Eshuis JH, Lindeboom R, Van Berge Henegouwen MI, Bemelman WA. Feasibility of laparoscopic Nissen fundoplication as a day-case procedure. *Surg Endosc*. 2009;23(8):1839-44.

30. Walfridsson U, Strömberg A, Janzon M, Walfridsson H. Wolff-parkinson-white syndrome and atrioventricular nodal re-entry tachycardia in a Swedish population: consequences on health-related quality of life. *Pacing Clin Electrophysiol.* 2009;32(10):1298-306.
31. Safley DM, House JA, Laster SB, Daniel WC, Spertus JA, Marso SP. Quantifying improvement in symptoms, functioning and quality of life after peripheral endovascular revascularization. *Circulation.* 2007;115(5):569-75.
32. Sáenz de Tejada MG, Escobar A, Herrera C, García L, Aizpuru F, Sarasqueta C. Patient expectations and health-related quality of life outcomes following total joint replacement. *Value Health.* 2010;13(4):447-54.
33. Navarro Espigares JL, Hernández Torres E. Cost-outcome analysis of joint replacement: evidence from a Spanish public hospital. *Gac Sanit.* 2008;22(4):337-43.
34. Bachrach-Lindström M, Karlsson S, Pettersson LG, Johansson T. Patients on the waiting list for total hip replacement: a 1-year follow up study. *Scand J Caring Sci.* 2008;22(4):536-42.
35. Ostendorf M, Buskens E, van Stel H, Schrijvers A, Marting L, Dhert W, et al. Waiting for total hip arthroplasty: avoidable loss in quality time and preventable deterioration. *J Arthroplasty.* 2004;19(3):302-9.
36. Gorlero F, Lijoi D, Biamonti M, Lorenzi P, Pullè A, Dellacasa I, et al. Hysterectomy and women satisfaction: total versus subtotal technique. *Arch Gynecol Obstet.* 2008;278(5):405-10.
37. Garry R, Fountain J, Brown J, Manca A, Mason S, Sculpher M, et al. Evaluate hysterectomy trial: a multicentre randomised trial comparing abdominal, vaginal and laparoscopic methods of hysterectomy. *Health Technol Assess.* 2004;8(26):1-154.
38. Ford J, English J, Miles WA, Giannopoulos T. Pain, quality of life and complications following the radical resection of rectovaginal endometriosis. *BJOG.* 2004;111(4):353-6.
39. Hurskainen R, Teperi J, Rissanen P, Aalto AM, Grenman S, Kivelä A, et al. Clinical outcomes and costs with the levonorgestrel-releasing intrauterine system or hysterectomy for treatment of menorrhagia: randomized trial 5-year follow-up. *JAMA.* 2004;291(12):1456-63.
40. Davies JE, Doyle PM. Quality of life studies in unselected gynaecological outpatients and inpatients before and after hysterectomy. *J Obstet Gynaecol.* 2002;22(5):523-6.
41. Smeets RJ, Severens JL, Beelen S, Vlaeyen JW, Knottnerus JA. More is not always better: cost-effectiveness analysis of combined, single behavioral and single physical rehabilitation programs for chronic low back pain. *Eur J Pain.* 2009;13(1):71-81.
42. McDonough M, Grove MR. Comparison of EQ-5D, HUI, and SF-36 derived societal health state values among spine patient outcomes research trial (SPORT) participants. *Qual Life Res.* 2005;14(5):1321-32.
43. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. Physical function and health-related quality of life of Spanish patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res.* 2003;49(4):483-7.
44. Kovacs FM, Abaira V, Zamora J, Gil del Real T, Llobera J, Fernández C, et al. Correlation between pain, disability, and quality of life in patients with common low back pain. *Spine.* 2005;29(2):206-10.

45. Gusi N, Reyes MC, González-Guerrero JL, Herrera E, García JM. Cost-utility of a walking programme for moderately depressed, obese, or overweight elderly women in primary care: a randomised controlled trial. *BMC Public Health*. 2008;8:231.
46. Serrano-Aguilar P, Muñoz-Navarro SR, Ramallo-Fariña Y, Trujillo-Martín MM. Obesity and health related quality of life in the general adult population of the Canary Islands. *Qual Life Res*. 2009;18(2):171-7.
47. Ismail SIMF, Forward G, Bastin L, Wareham K, Emery SJ, Lucas M. Extracorporeal magnetic energy stimulation of pelvic floor muscles for urodynamic stress incontinence of urine in women. *J Obstet Gynaecol*. 2009;29(1):35-9.
48. Coyne KS, Sexton CC, Irwin DE, Koppt ZS, Kelleher CJ, Milsom I. The impact of overactive bladder, incontinence and other lower urinary tract symptoms on quality of life, work productivity, sexuality and emotional well-being in men and women: results from the EPIC study. *BJU Int*. 2008;101(11):1388-95.
49. Haywood KL, Garratt AM, Lall R, Fereday Smith J, Lamb SE. EuroQol EQ-5D and condition-specific measures of health outcome in women with urinary incontinence: reliability, validity and responsiveness. *Qual Life Res*. 2008;17(3):475-83.
50. Velázquez Magaña M, Bustos López HH, Rojas Poceros G, Oviedo Ortega G, Neri Ruz ES, Sánchez Castrillo C. Prevalencia y calidad de vida en mujeres con incontinencia urinaria. Estudio en población abierta. *Ginecol Obstet Mex*. 2007;75(6):347-56.
51. Dumville JC, Manca A, Kitchener HC, Smith ARB, Nelson L, Torgerson DJ on behalf of the COLPO study group. Cost-effectiveness analysis of open colposuspension versus laparoscopic colposuspension in the treatment of urodynamic stress incontinence. *BJOG*. 2006;113(9):1014-22.
52. Monz B, Hampel C, Porkess S, Wagg A, Pons ME, Samsioe G, et al. A description of health care provision and access to treatment for women with urinary incontinence in Europe -- a five-country comparison. *Maturitas*. 2005;52(Suppl 2):S3-12.
53. Manca A, Sculpher MJ, Ward K, Hilton P. A cost-utility analysis of tension-free vaginal tape versus colposuspension for primary urodynamic stress incontinence. *BJOG*. 2003;110(3):255-62.
54. Ward K, Hilton P, on behalf of the United Kingdom and Ireland Tension-Free Vaginal Tape Trial Group. Prospective multicentre randomised trial of tension-free vaginal tape and colposuspension as primary treatment for stress incontinence. *BMJ*. 2002;325(7355):67.
55. McDonagh R, Cliff A, Speakman M, O'Boyle P, Ewings P, Gudex C. The use of generic measures of health-related quality of life in the assessment of outcome from transurethral resection of the prostate. *Br J Urol*. 1997;79(3):401-8.
56. Shanmugam V, Muthukumarasamy G, Cook JA, Vale L, Watson AJM, Loudon MA. Randomised controlled trial comparing rubber band ligation with stapled haemorrhoidopexy for grade II circumferential haemorrhoids long term results. *Colorectal Dis*. 2009;12(6):579-86.
57. Odenbring S, Wagner P, Atroshi I. Long-term outcomes of arthroscopic acromioplasty for chronic shoulder impingement syndrome: a prospective cohort study with a minimum of 12 years' follow-up. *Arthroscopy*. 2008;24(10):1092-8.

58. De Coster C, Dik N, Bellan L. Health care utilization for injury in cataract surgery patients. *Can J Ophthalmol.* 2007;42(4):567-72.
59. Hodge W, Horsley T, Albiani D, Baryla J, Belliveau M, Buhrmann R, et al. The consequences of waiting for cataract surgery: a systematic review. *CMAJ.* 2007;176(9):1285-90.
60. Riley AF, Grupcheva CN, Malik TY, Craig JP, McGhee CN. The waiting game: natural history of a cataract waiting list in New Zealand. *Clin Experiment Ophthalmol.* 2001;29(6):376-80.
61. Hoogeboom TJ, van den Ende CH, van der Sluis G, Elings J, Dronkers JJ, Aiken AB, et al. The impact of waiting for total joint replacement on pain and functional status: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17(11):1420-7.
62. McHugh GA, Luker KA, Campbell M, Kay PR, Silman AJ. Pain, physical functioning and quality of life of individuals awaiting total joint replacement: a longitudinal study. *J Eval Clin Pract.* 2008;14(1):19-26.
63. Tuominen U, Sintonen H, Hirvonen J, Seitsalo S, Paavolainen P, Lehto M, et al. The effect of waiting time on health and quality of life outcomes and costs of medication in hip replacement patients: a randomized clinical trial. *Osteoarthritis Cartilage.* 2009;17(9):1144-50.
64. Chen LE, Zamakhshary M, Foglia RP, Copley DE, Langer JC. Impact of wait time on outcome for inguinal hernia repair in infants. *Pediatr Surg Int.* 2009;25(3):223-7.
65. Zamakhshary M, To T, Guan J, Langer JC. Risk of incarceration of inguinal hernia among infants and young children awaiting elective surgery. *CMAJ.* 2008;179(10):1001-5.
66. Davies AH, Mountfield J, Armstrong CP. Inguinal hernia waiting lists: medical and financial implications. *Bristol Med Chir J.* 1989;104(4):104,106.
67. Sobolev B, Mercer D, Brown P, FitzGerald M, Jalink D, Shaw R. Risk of emergency admission while awaiting elective cholecystectomy. *CMAJ.* 2003;169(7):662-5.
68. Natarajan MK, Mehta SR, Holder DH, Goodhart DR, Gafni A, Shilton D, et al. The risks of waiting for cardiac catheterization: a prospective study. *CMAJ.* 2002;167(11):1233-40.
69. Walters S, Brazier JE. Comparison of the minimally important difference for two health state utility measures: EQ-5D and SF-6D. *Qual Life Res.* 2005;14(6):1523-32.
70. Sampietro-Colom L, Espallargues M, Comas M, Rodríguez E, Castells X, Pinto J. Priorización de pacientes en lista de espera para cirugía de cataratas: diferencias en las preferencias entre ciudadanos. *Gac Sanit.* 2006;20(5):342-51.
71. Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
72. Rodríguez M. Priorización de listas de espera ¿Lo podemos hacer mejor? Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2010.
73. Norris CM, Spertus JA, Jensen L, Johnson J, Hegadoren KM, Ghali W, et al. Sex and gender discrepancies in health-related quality of life outcomes among patients with established coronary artery disease. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2008;1(2):123-30.

74. Saarni SI, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, et al. The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Qual Life Res.* 2006;15(8):1403-14.
75. Southern DA, McLaren L, Hawe P, Knudtson ML, Ghali WA. Individual-level and neighborhood-level income measures: agreement and association with outcomes in a cardiac disease cohort. *Med Care.* 2005;43(11):1116-22.
76. Oudhoff J, Rimmermans D, Knol D, Bijnen A, van der Wal G. Waiting for elective general surgery: impact on health related quality of life and psychosocial consequences . *BMC Public Health.* 2007;7:164.
77. Hehenkamp WJ, Volkers NA, Birnie E, Reekers J, Ankum WM. Symptomatic uterine fibroids: treatment with uterine artery embolization of hysterectomy. Results from the randomized clinical embolisation versus hysterectomy (EMMY) trial. *Radiology.* 2010;246(3):823-32.
78. Lumsden MA, Twaddle S, Hawthorn R, Traynor I, Gilmore D, Davis J, et al. A randomised comparison and economic evaluation of laparoscopic-assisted hysterectomy and abdominal hysterectomy. *BJOG.* 2000;107(11):1386-91.
79. Sculpher MJ, Dwyer N, Byford S, Stirrat GM. Randomised trial comparing hysterectomy and transcervical endometrial resection: effect on health related quality of life and costs two years. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103(2):142-9.
80. Fielden JM, Cumming JM, Horne JG, Devane PA, Slack A, Gallagher LM. Waiting for hip arthroplasty: economic costs and health outcomes. *Arthroplasty.* 2005;20(8):990-7.
81. Sach T, Foss A, Gregson R, Zaman A, Osborn F, Masud T, et al. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: an economic evaluation conducted alongside a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol.* 2007;91(12):1675-9.
82. Jayamanne D, Allen E, Wood C, Currie S. Correlation between early, measurable improvement in quality of life and speed of visual rehabilitation after phacoemulsification. *J Cataract Refract Surg.* 1999;25(8):1135-9.
83. Gerszten PC, Welch WC, King Jr JT. Quality of life assessment in patients undergoing nucleoplasty-based percutaneous discectomy. *J Neurosurg Spine.* 2006;4(1):36-42.
84. Medical Research Council Laparoscopic Groin Hernia Trial Group. Cost-utility analysis of open versus laparoscopic groin hernia repair: results from a multicentre randomized clinical trial. *Br J Surg.* 2001;88(5):653-61.
85. McAllister WJ, Karim O, Plail R, Samra D, Steggall M, Yang Q, et al. Transurethral electrovaporization of the prostate: is it any better than conventional transurethral resection of the prostate? *BJU Int.* 2002;91(3):211-21.
86. Chetter I, Mylankall K, Hughes H, Filtridge R. Randomized clinical trial comparing multiple stab incision phlebectomy and transilluminated powered phlebectomy for varicose veins. *Br J Surg.* 2006;93(2):169-74.
87. Smith J, Brown R, Greenhalgh R, Davies A. Randomised trial of pre-operative colour duplex marking in primary varicose vein surgery: outcome is not improved. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2002;23(4):336-43.

88. Iglesias C, Birks Y, Nelson E, Scanlon E, Cullum N. Quality of life of people with venous leg ulcers: A comparison of the discriminative and responsive characteristics of two generic and a disease specific instruments. *Qual Life Res.* 2005;14(7):1705-18.
89. Walters SC, Morrell J, Dixon S. Measuring health-related quality of life in patients with venous leg ulcers. *Qual Life Res.* 1999;8(4):327-36.
90. Derret S, Devlin N, Hansen P, Herbison P. Prioritizing patients for elective surgery: a prospective study of clinical priority assessment criteria in New Zealand. *Int J Technol Assess Health Care.* 2003;19(1):91-105.



World Health Organization
Collaborating Centre for
Health Technology Assessment



INAHTA

Membre fundador



Membre corporatiu



Membre corporatiu

ciberesp

Membre corporatiu