



Secretaría científica

Facultad de Económicas
Dep. Admón. Empresas y Contabilidad
Universidad de Oviedo
Av. Cristo s/n 33006 Oviedo

Tlf: 985103706
Fax: 985103708
e-mail: jes@correo.uniovi.es
<http://econo.uniovi.es/aes>

CODIGO



MODELO RESUMEN COMUNICACIONES

Título :Gestión de listas de espera en revascularización coronaria interviniendo en la demanda.

Palabras clave lista de espera,uso apropiado,revascularización coronaria,demanda,calidad asistencial

Autores :Martínez E., Aguilar M.D., Fitch K., Lázaro P., Bernstein S.J.

Nombre y dirección 1^{er} autor :Eurídice Martínez Steele

Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS)

C/ Cambrils, 41-2; 28034 Madrid, España

Teléfono 91-7310387

Fax 91-7302893

e-mail :emartinez@taiss.com

RESUMEN

Introducción.-Es motivo de preocupación el excesivo tiempo de espera en Revascularización Coronaria (RC) y la ausencia de criterios de priorización. Para reducir los tiempos de espera, se puede actuar sobre la oferta o la demanda. Es posible reducir la demanda sin disminuir la calidad asistencial, la eficiencia, o la equidad evitando la utilización de procedimientos inapropiados, o teniendo en cuenta el Tiempo de Espera Real (TER) de los procedimientos apropiados alternativos. La utilización conjunta de estándares de uso apropiado y de Tiempo Máximo de Espera (TME), podrían ayudar a controlar la demanda y a priorizar el orden de intervención.

Objetivos.- 1. Comparar el TER de los pacientes revascularizados en España con el TME según estándares europeos multinacionales. 2. Explorar si la utilización de estándares de TME y de Uso apropiado hubieran servido para reducir el TER de los pacientes.

Metodología.- Del total de hospitales españoles que realizaron revascularizaciones en 1997, se seleccionó, aleatoriamente, una muestra de 15 servicios que habían realizado Angioplastia Coronaria Transluminal Percutánea (ACTP) y 15 que realizaron Cirugía de Revascularización Coronaria (CRC), correspondientes a 25 hospitales diferentes (en 5 ocasiones se seleccionó en un mismo hospital el servicio de ACTP y de CRC). De estos servicios, se seleccionó una muestra de pacientes con angina estable crónica o angina inestable (1290 con ACTP y 1292 con CRC). A esta muestra se le aplicó los estándares europeos de uso apropiado de ACTP y CRC y de TME. A cada paciente, según su situación clínica, se le asignó un grado de uso (apropiado, dudoso o inapropiado) y en aquellos en los que no era inapropiado, un TME. Se estudió la frecuencia de casos en que el TER (tomado como el tiempo transcurrido entre la realización de la angiografía coronaria y la intervención) superó al TME, y se hizo un análisis descriptivo de las diferencias entre TER y TME. Se calculó el porcentaje de casos en los que habiendo realizado uno de los procedimientos (CRC, ACTP), hubiera sido igual o más apropiado realizar el procedimiento alternativo.

Resultados.- A nivel global en toda la muestra, en ACTP, el 4% de los pacientes tuvo un TER superior al TME, con una media de superación del TME (TER-TME) de 39 días (IC 95%:24-54). En el 96% con TER igual o inferior a TME, la media de días en los que TME superó al TER (TME-TER) fue 55 (IC 95%:52-57). En CRC, el 49% presentó un TER superior al TME. El valor medio de (TER-TME) fue 82 días (IC 95%:73-91); y el de TME-TER 41 días (IC 95%:38-43). Un patrón semejante ocurre en los 5 hospitales de los que se conocen datos de ambos procedimientos. Según los estándares de uso apropiado, en el 42% de los pacientes revascularizados con CRC, hubiera sido igual o más apropiado aplicar ACTP. En los 5 hospitales, el porcentaje de pacientes revascularizados con CRC en que hubiera sido igual o más apropiado realizar ACTP varía entre el 30% y el 57%.

Conclusión: Casi la totalidad de los pacientes revascularizados con ACTP esperan menos del TME, mientras que esto sólo ocurre en la mitad de los pacientes revascularizados con CRC. Si se hubieran utilizado los estándares de TME para priorizar, ningún paciente de ACTP hubiera tenido que esperar más del TME, y su TER hubiera seguido muy por debajo de éste. No así en CRC, en el que hubiera sido necesario aplicar de forma combinada los estándares de TME y de uso apropiado, para canalizar hacia ACTP a pacientes en los que éste procedimiento es igual o más apropiado.