

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

ÍNDEX

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 més 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

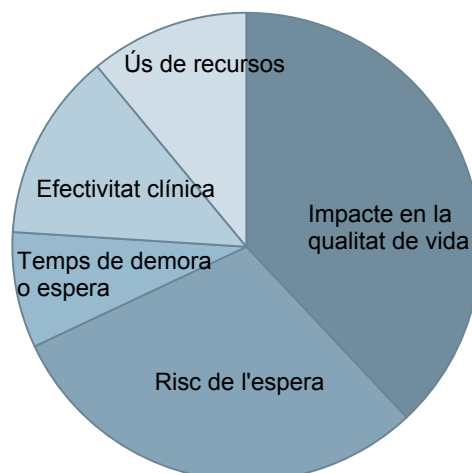
A l'hora d'abordar el tema de les llistes d'espera de manera individualitzada, sorgeix la necessitat d'identificar quins són els procediments amb llistes d'espera més prioritàries. Això és així perquè no són pocs els procediments amb llista d'espera (actualment el Servei Català de la Salut-Catsalut en 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 priorització entre procediments quirúrgics electius amb llista d'espera la finalitat última del qual era desenvolupar posteriorment sistemes de priorització 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 priorització 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 els criteris i els pesos atorgats pels experts de manera gràfica.

Figura 1. Criteris i pesos de priorització 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

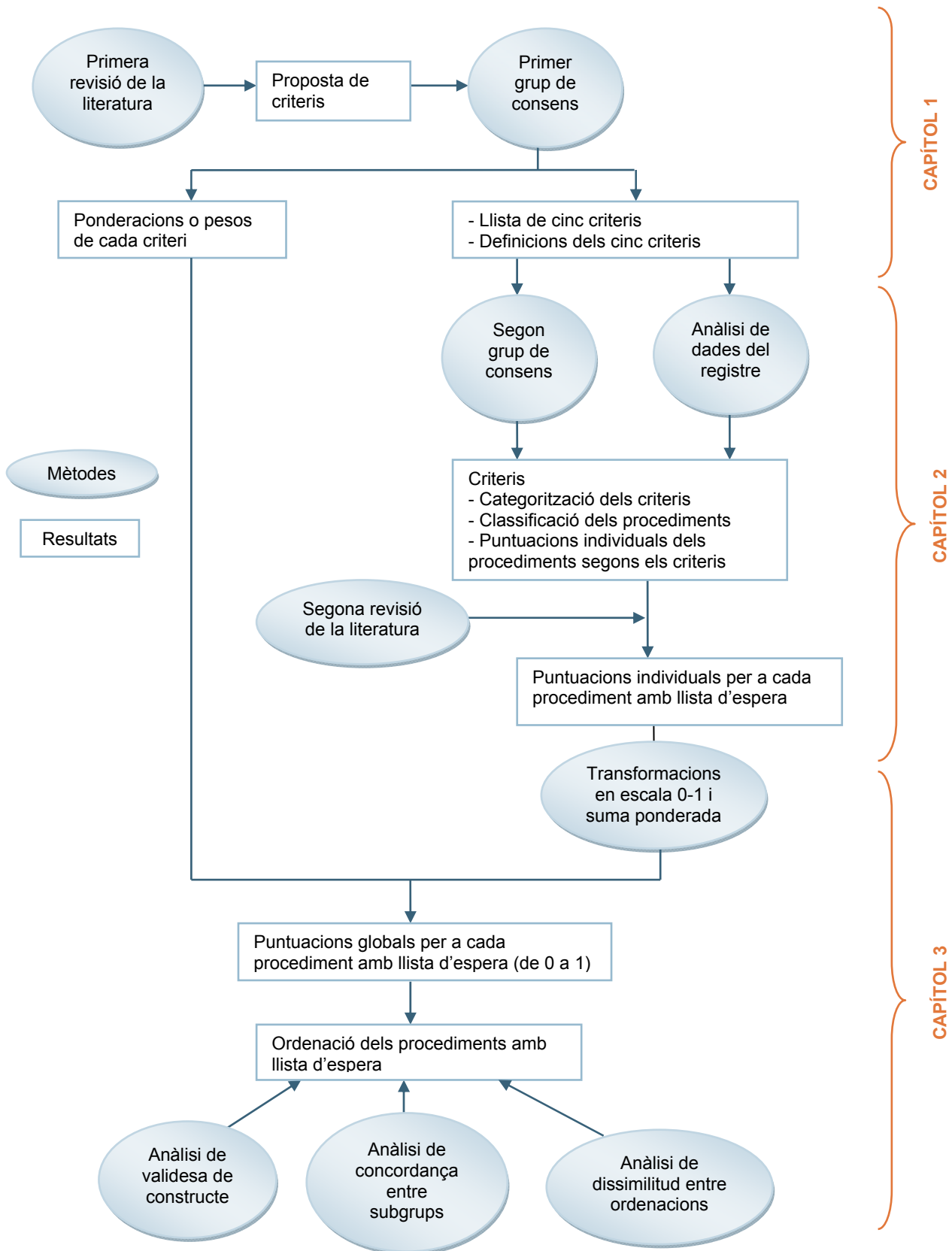
- Identificar uns criteris per prioritzar els procediments quirúrgics electius amb llista d'espera del sistema sanitari públic català, així com uns pesos per assignar a cada criteri.
- Definir i categoritzar els criteris identificats.
- Classificar els trenta procediments amb llista d'espera segons els 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

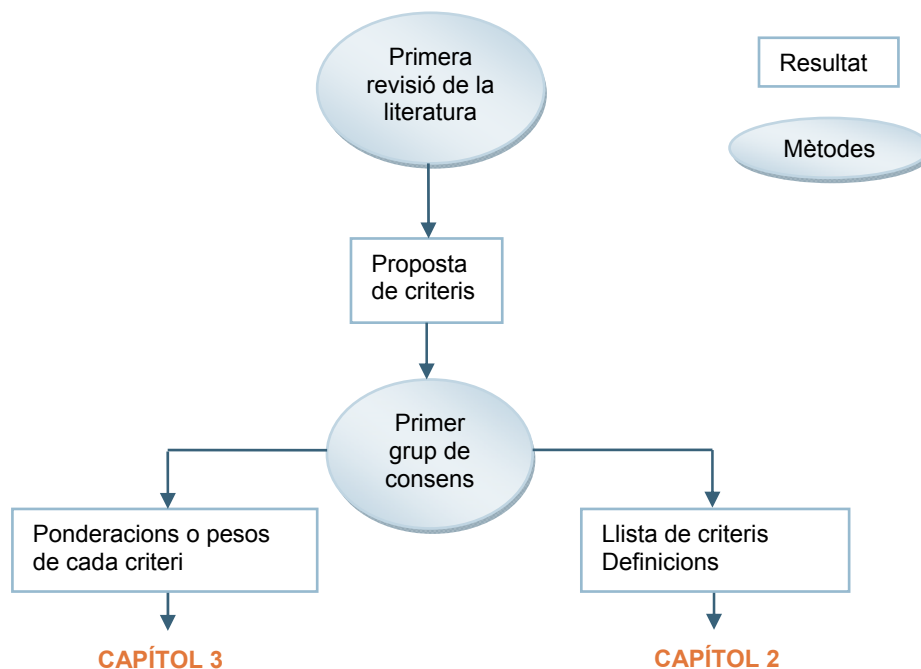


CAPÍTOL 1. IDENTIFICACIÓ DE CRITERIS I ASSIGNACIÓ DE PESOS

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 priorització 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 priorització 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

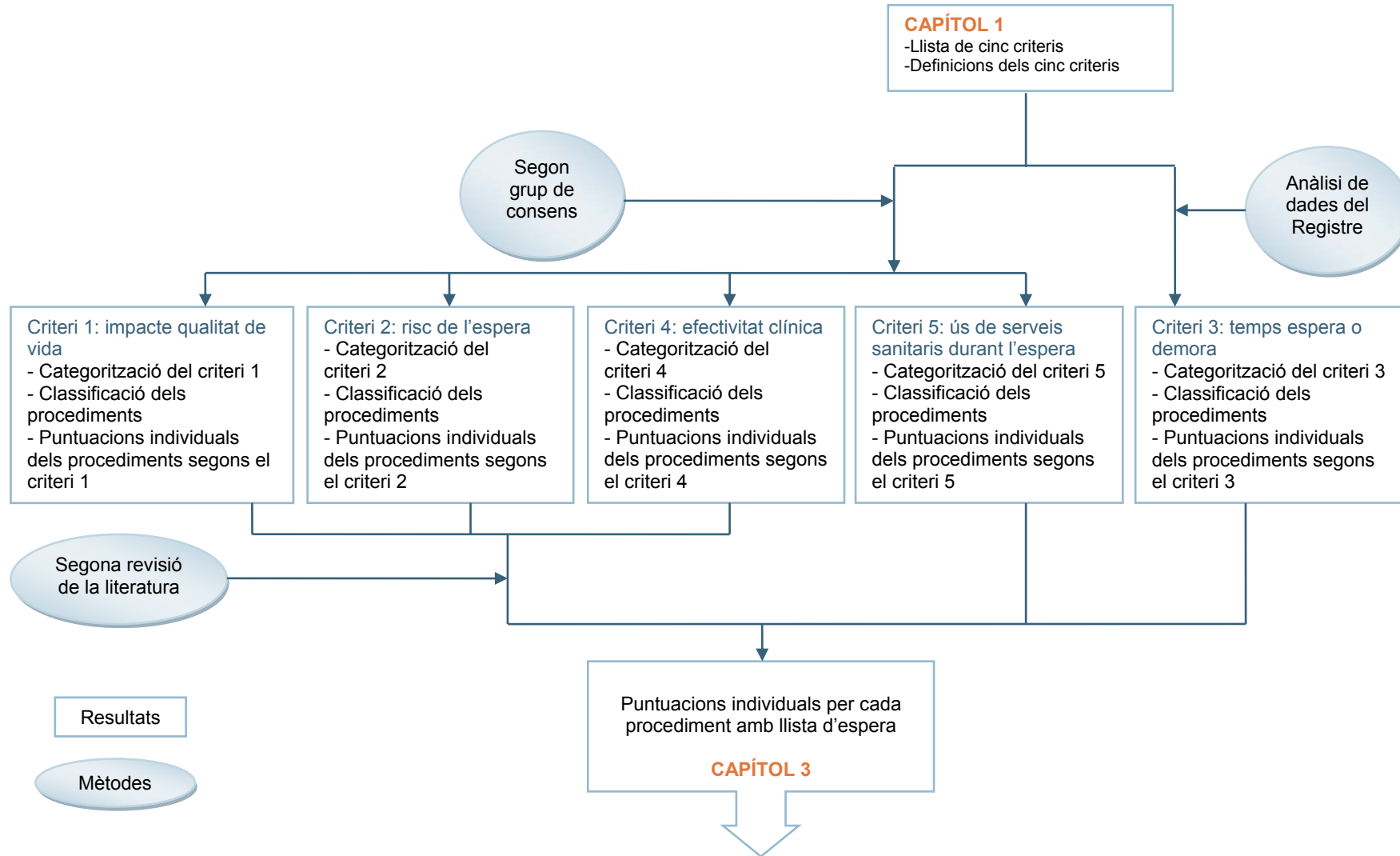
En aquest capítol es presenta la metodologia aplicada i resultats obtinguts per a:

- 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 considerarà 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.

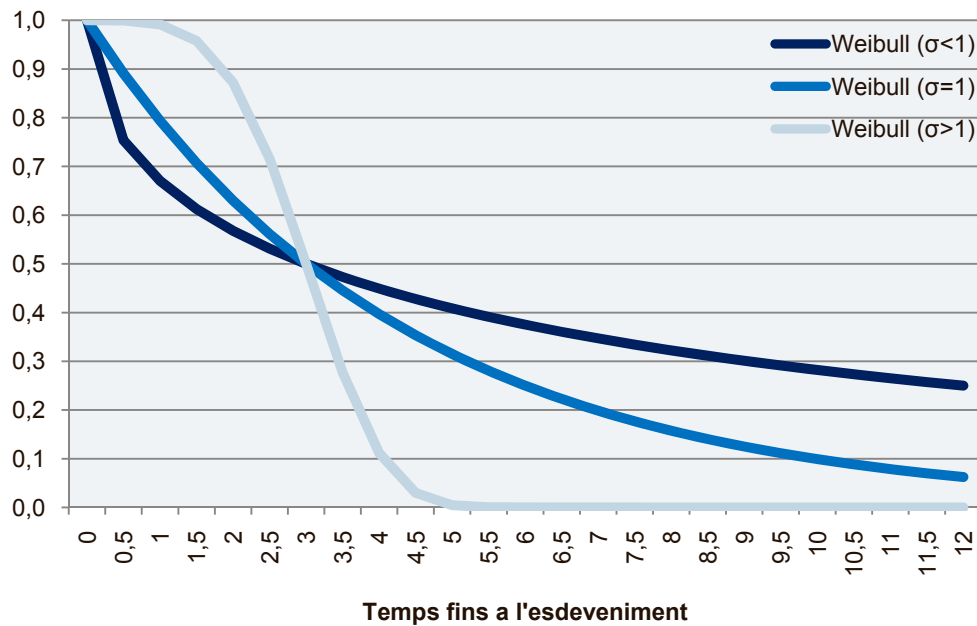
METODOLOGIA PER A LA CATEGORITZACIÓ

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·límetrada, 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 septes 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
Coefficient 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
Circumcisió	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

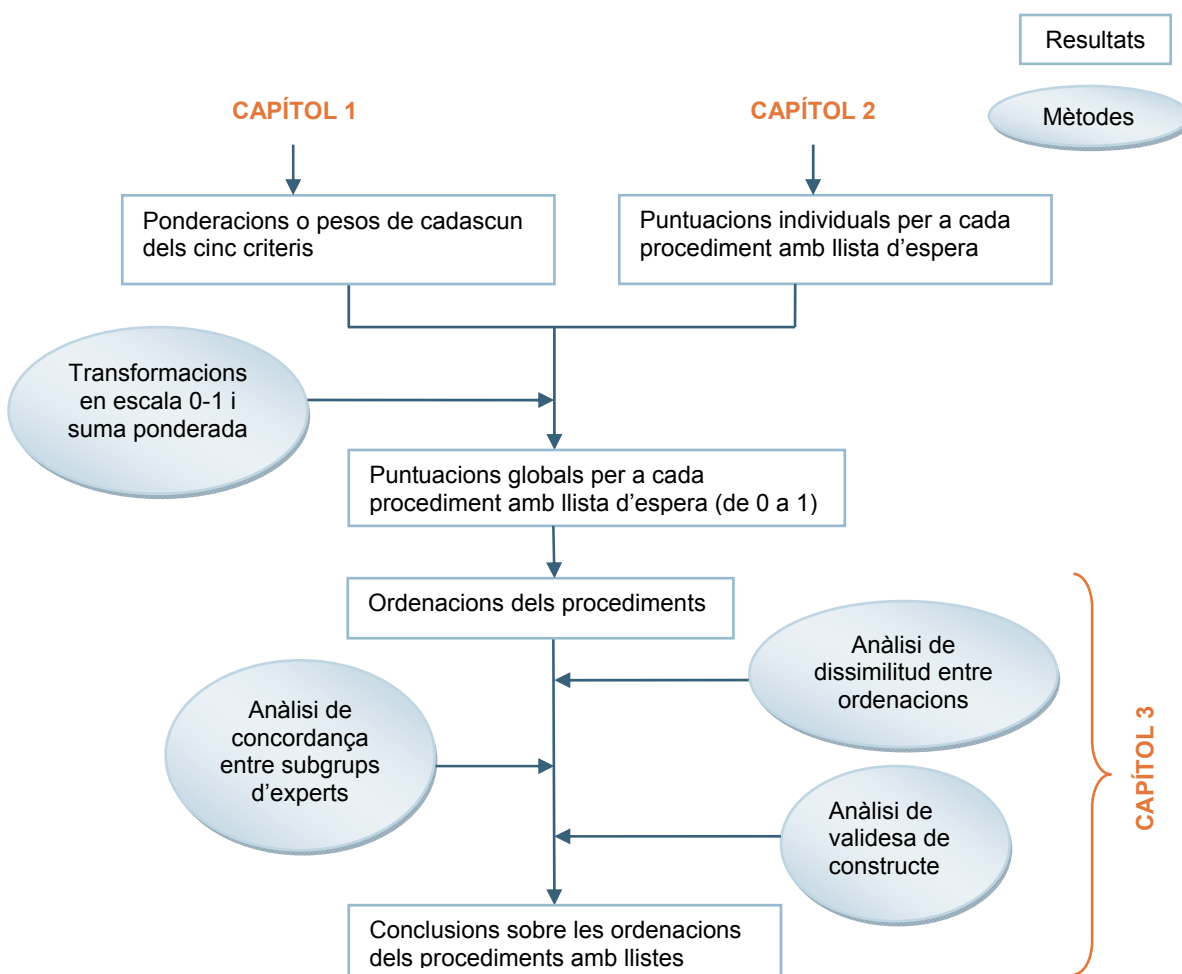
a La llistat dels agrupadors dels procediments és la vigent en el Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut al desembre de 2009. No obstant això, la nomenclatura està actualitzada a l'abril de 2010.

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.

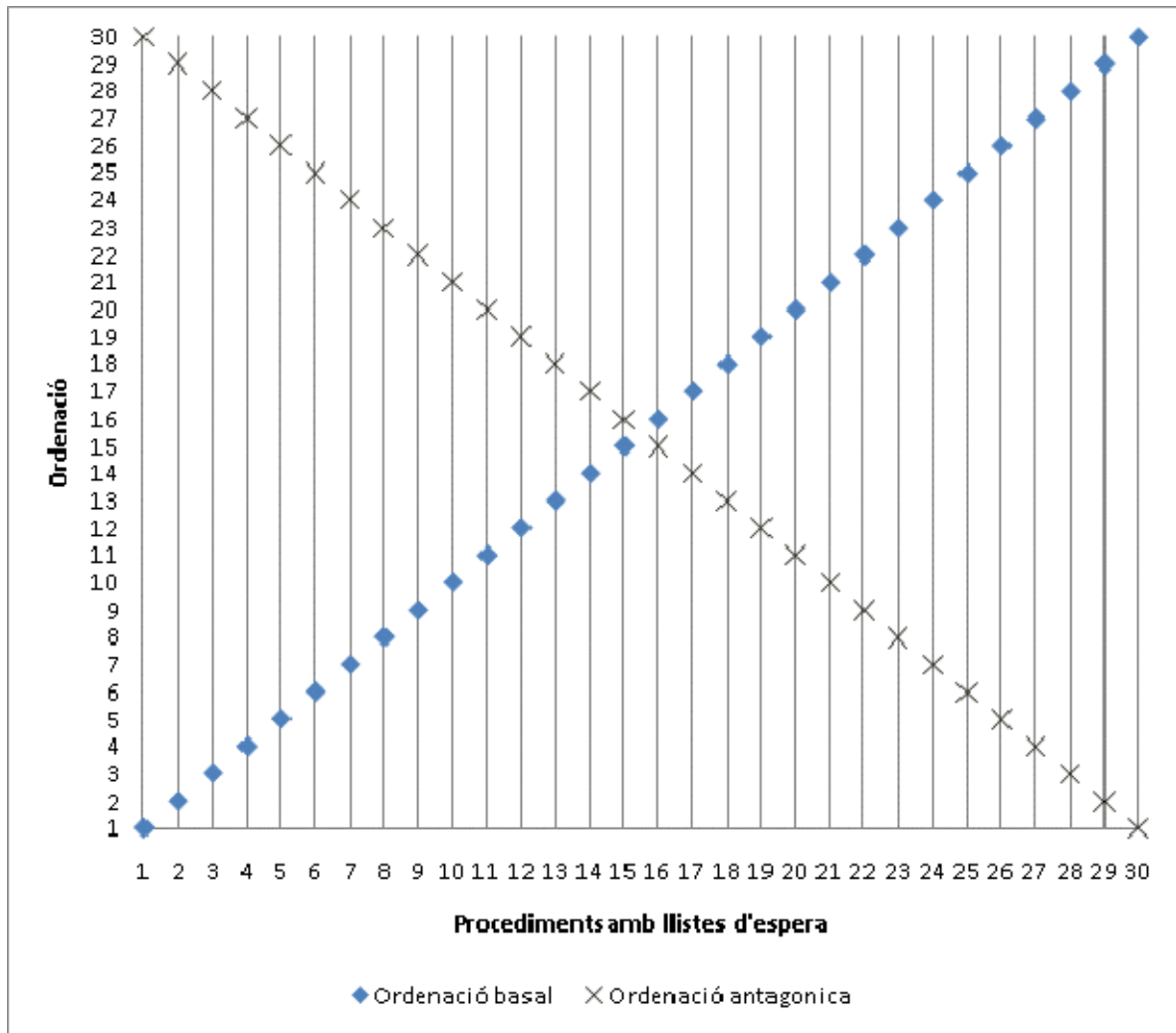
Prèviament al càlcul de la puntuació global de cada procediment, cal transformar les puntuacions per a cada criteri en escales de 0 a 1. Per tant, en el cas del criteri 1 (impacte en la qualitat de vida), quan s'utilitzen les categoritzacions segons l'EVA, els resultats presentats en escala de 0 a 100 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:

$$\sum_{i=1}^n |score_{a_i} - score_{b_i}| = |score_{a_1} - score_{b_{30}}| + |score_{a_2} - score_{b_{29}}| + \dots + |score_{a_{30}} - score_{b_1}|$$

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 $Score(c)$.

$$\sum_{i=1}^n |score_{a_i} - score_{c_i}|$$

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.

$$IDO = \frac{\sum_{i=1}^n |score_{a_i} - score_{c_i}|}{\sum_{i=1}^n |score_{a_i} - score_{b_i}|} \times 100 = \frac{\sum_{i=1}^n |score_{a_i} - score_{c_i}|}{450} \times 100$$

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:

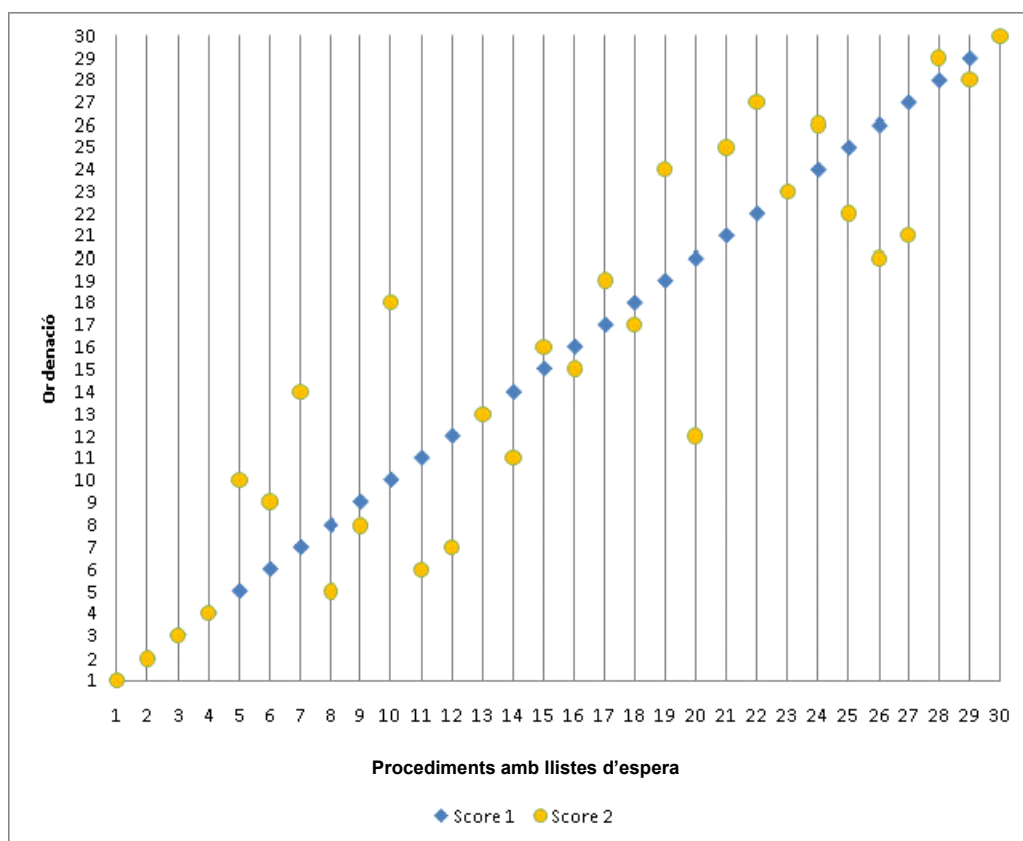
- 1) La validesa aparent (*face validity*) dels resultats (és a dir, el grau en què l'ordenació de les intervencions és coherent amb el que s'esperaria sobre la base de l'experiència clínica raonable).
- 2) El grau de concordança dels resultats amb l'ordenació proposta pels experts en l'exercici final 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 ^d	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).

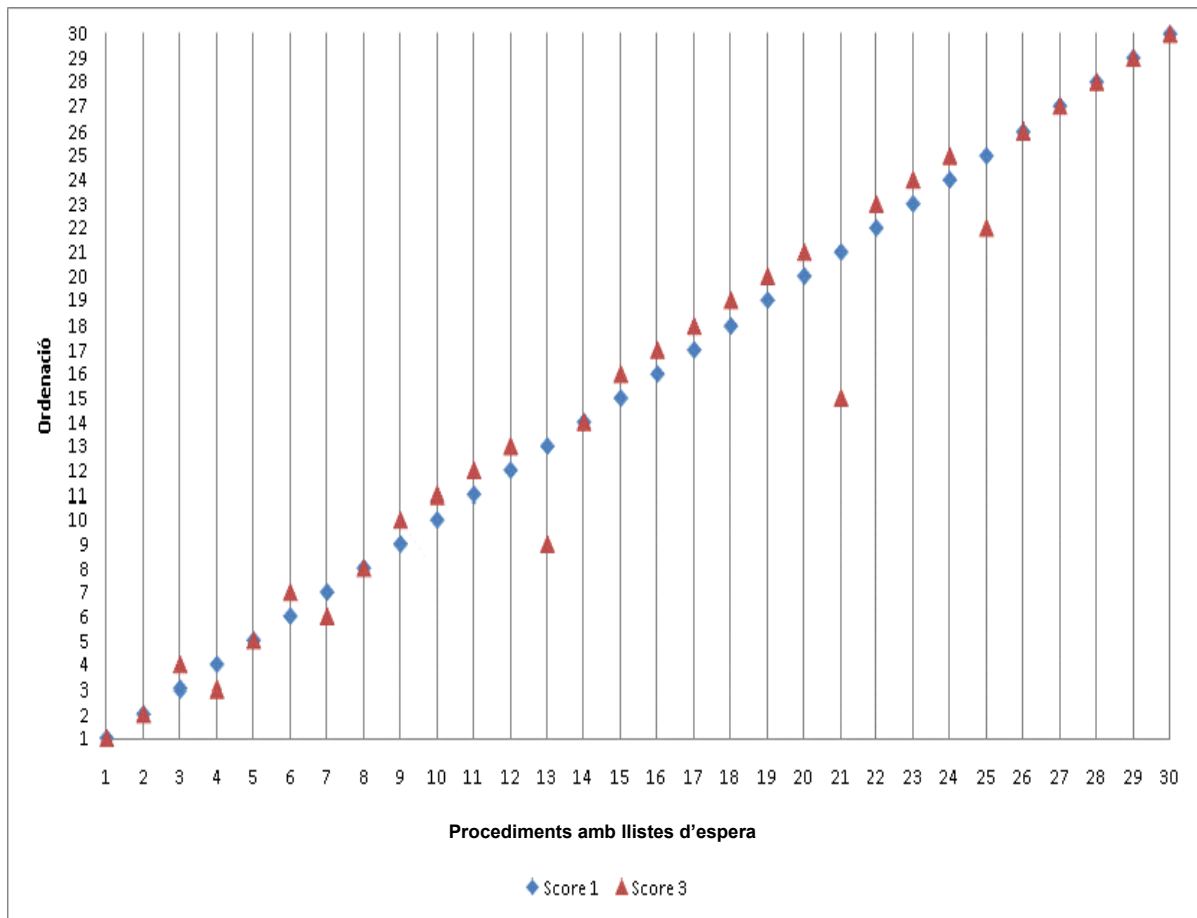
La dissimilitud entre l'ordenació Score 1 i l'ordenació Score 2 s'ha mesurat amb l'indicador de dissimilitud definit en l'apartat de Metodologia d'aquest capítol, que pren valor IDO=0,19. És a dir, l'ordenació de l'Score 2 representa un 19% de la diferència entre l'ordenació basal i l'ordenació inversa (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".

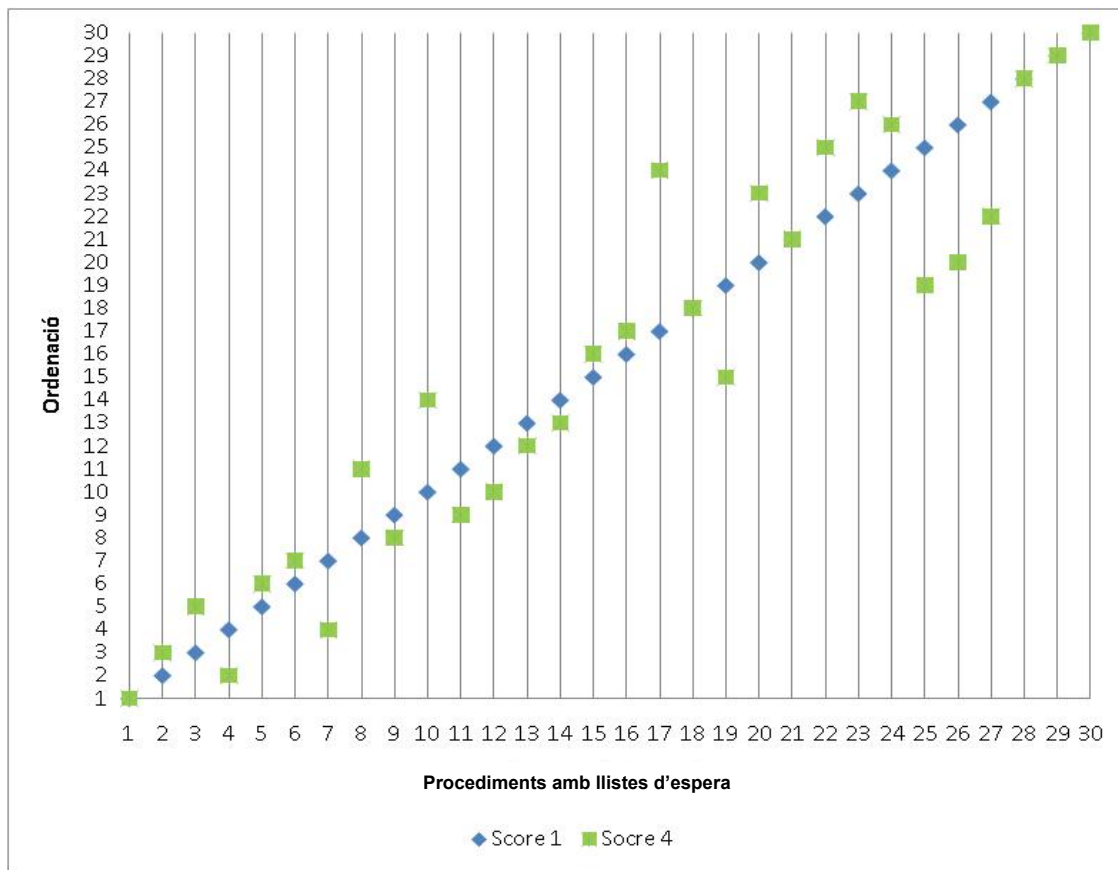
Figura 5. Ordenacions dels procediments segons variacions en la categorització del criteri 3 (temps d'espera i de demora)



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 invariante 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

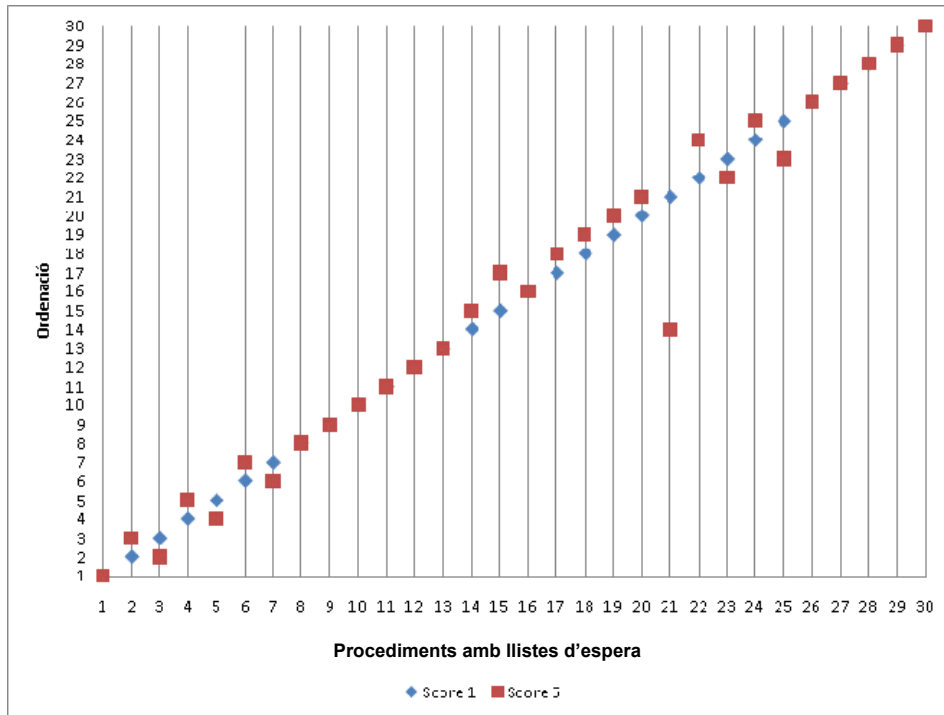
Procediments ^a	Classificació dels procediments segons els criteris 1, 2 i 4						Ordenacions dels procediments	
	Criteri 1 (EVA del grup de consens)	Criteri 1 (EVA de la literatura) ^b	Criteri 2	Criteri 2 (literatura) ^b	Criteri 4	Criteri 4 (literatura) ^b	Score 1 (basal)	Score 5 (literatura)
Operacions 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 prioritaris, s'observa que els quatre procediments més (i menys) prioritaris 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

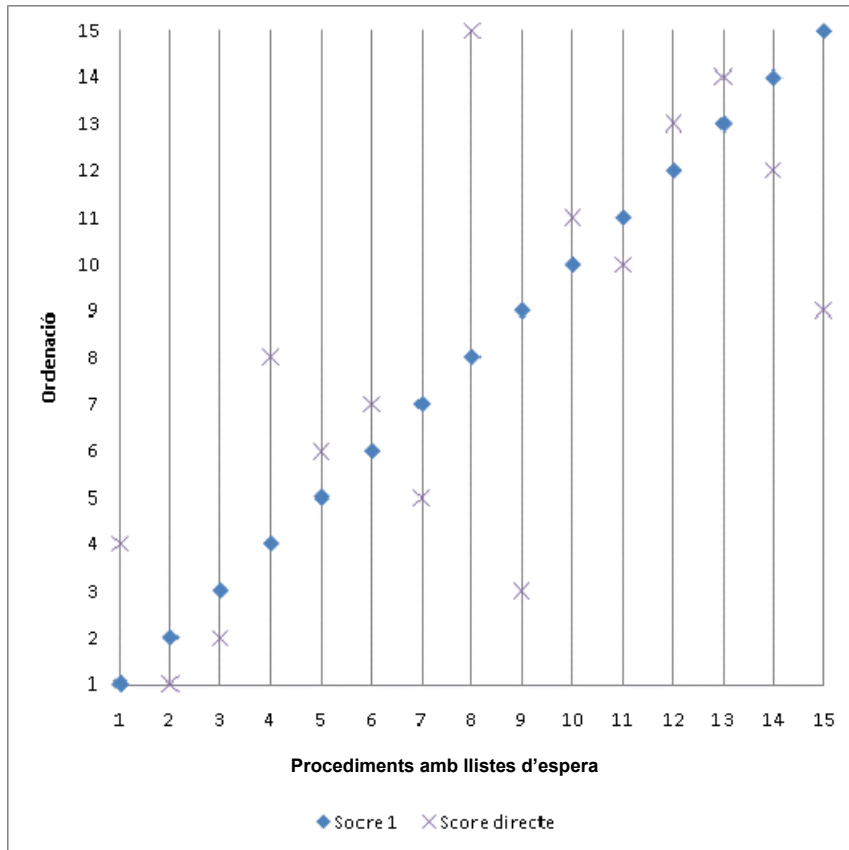
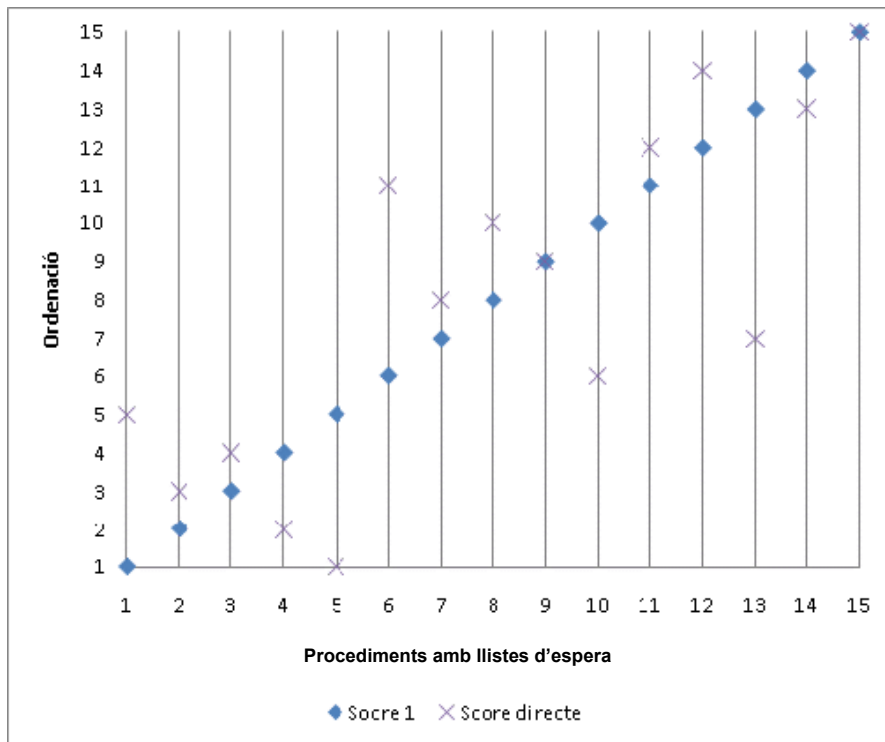


Figura 9. Ordenacions de sumes ponderades i ordenacions directes, subgrup d'experts G2



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 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 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

5 141 #4 NOT #3
Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED
Timespan=All Years

4 157 #2 AND #1
Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED
Timespan=All Years

3 >100.000 TI=(transplant*)
Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED
Timespan=All Years

2 10.553 TI=(wait* AND list*) OR TI=(waiting lists) OR TI=(wait* AND time*) OR TI=(wait*)
Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED
Timespan=All Years

1 20.677 TI=(priori* OR "health priorities" OR "Patient Selection")
Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI, CPCI-S, CPCI-SSH, IC, CCR-EXPANDED
Timespan=All Years

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 Ciencias de la Salud (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 DADES 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. _____

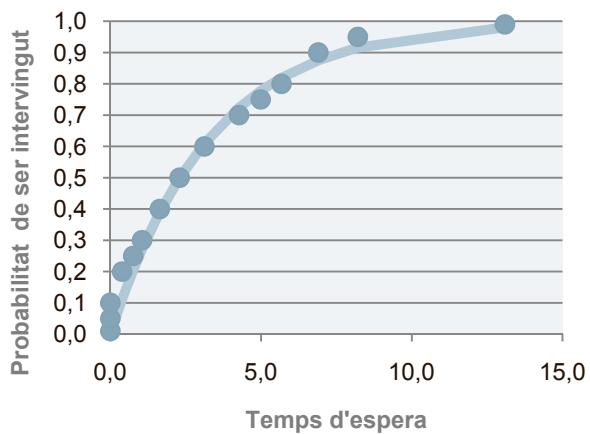
Annex 3. Distribucions teòriques i empíriques de les variables temporals

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

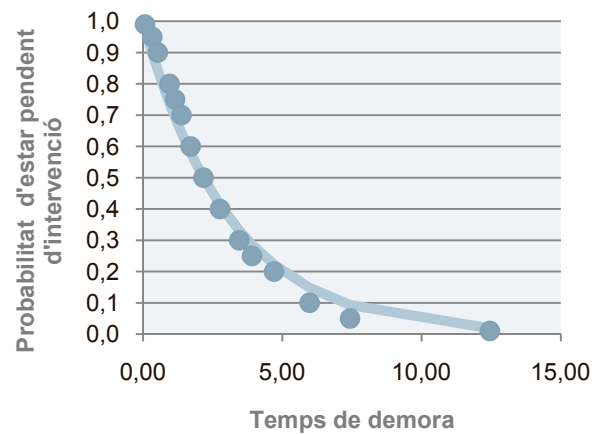
Cataractes	Temps d'espera	Temps de demora
n	58.564	15.053
Mediana (en mesos)	2,3	2,2
Rang interquartílic	4,2	2,7
Probabilitat* temps ≥ 6 mesos	0,16	0,15

*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 levonorgestrel (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	McDonagh 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 agudesesa 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 què 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	FACOEMULSIFICACIÓ 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 INTERVENCIIONS 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 INTERVENCIIONS 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 MENCIO 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 SINOVIÀ
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: *effect size*, 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