


# Elaboració d'un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera

IN01/2012

 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 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: Solans A, Adam P, Espallargues M. Elaboració d'un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2012.

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](mailto:direccio@aatrm.catsalut.cat) | [www.aatrm.net](http://www.aatrm.net)


Edita: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.  
1a edició, març 2012, Barcelona  
Correcció: AIAQS  
Disseny: Isabel Parada (AIAQS)  
Dipòsit legal: B. 34549-2012

© 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.

# Elaboració d'un sistema universal i genèric de prioritització de pacients en llista d'espera

Maite Solans  
Paula Adam  
Mireia Espallargues

 Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**

 Agència d'Informació,  
Avaluació i Qualitat en Salut

## **AGRAÏMENTS**

---

A Sònia Alomar de l'AIAQS pel seu suport i participació en el projecte. A José Ángel Expósito de l'AIAQS per la seva col·laboració en la revisió de la literatura. A Michel Herdman i Lola Sanz, d'Insight Consulting, per la seva col·laboració en el grup de discussió de la primera fase de l'estudi.

També agraïm, molt especialment, a tots els experts col·laboradors la seva participació desinteressada en les diferents reunions de discussió i en les votacions de la ronda de consens.

## **COL-LABORADORS EXPERTS**

---

### **Col-laboradors experts per al sistema de prioritizació universal**

Sergi Bellmunt (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)

Montse Bustins (Divisió de Registres de Demanda i d'Activitat, Àrea Sanitària, Catsalut, Barcelona)

Victoria Camps (Facultat de Filosofia, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra)

Xavier Castells (Hospital del Mar, Barcelona)

Silvia Cutillas (Divisió de Registres de Demanda i d'Activitat. Àrea Sanitària, Catsalut, Barcelona)

Montserrat Espuña (Hospital Clínic de Barcelona)

Laura Fernández (Fòrum català de pacients, Barcelona)

Pilar Magrinyà (Divisió d'Avaluació de Serveis, Catsalut, Barcelona)

Berta Ortiga (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

Francesc Pallisó (Hospital Sta. Maria de Lleida, Lleida)

Joan MV Pons (AIAQS, Barcelona)

Jaume Puig-Junoy (Facultat de Ciències Econòmiques i Empresarials, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona)

Antoni Rafecas (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

Josep Riba (Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona)

Marisol Rodríguez (Universitat de Barcelona, Barcelona)

Francesc Sala (ConSORCI Hospitalari de Vic, Vic)

### **Col-laboradors cirurgians per a les especificitats del sistema de prioritizació universal**

#### ***Experts de la Societat Catalana de Cirurgia***

Felip Pi (Hospital de Viladecans, Viladecans)

Roger Pla (Hospital Joan XXIII, Tarragona)

Joan Sala (President societat científica, Consorci Hospitalari de Terrassa, Terrassa)

Francesc Sala (ConSORCI Hospitalari de Vic, Vic)

#### ***Experts de la Societat Catalana d'Angiologia, Cirurgia Vasculat i Endovascular***

Nicolas Allegué (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)

Sergi Bellmunt (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)

Albert Clará (Hospital del Mar, Barcelona)

Antonio Giménez (President societat científica, Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell)

Santiago Riera (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

Ramon Vila (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

#### ***Experts de la Societat Catalana d'Obstetrícia i Ginecologia***

Joaquim Calaf (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)

Yolanda Canet (Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell)

Esteve Davi (Vicepresident societat científica, Barcelona)

Montserrat Espuña (Hospital Clínic de Barcelona)  
Oriol Porta (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)  
José Luis Poza (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)  
Xavier Urquizú (Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa)

#### ***Experts de la Societat Catalana d'Oftalmologia***

Anna M. Bruix (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona)  
Julio de la Cámara (President de la societat científica, Barcelona)  
Josep Tuñí (Hospital del Mar, Barcelona)

#### ***Experts de la Societat Catalana d'Otorinolaringologia i Patologia Cervicofacial***

Andrés Clarós (Clínica Clarós, Barcelona)  
Manuel Maños Pujol (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)  
Miquel Quer (Vicepresident societat científica, Barcelona)  
Rosa Rosell (Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell)

#### ***Experts de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia***

Francesc Anglès (Hospital Mútua de Terrassa)  
Ana García de Frutos (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)  
Àlex Lluch (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)  
Joan Nardi (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)  
Federico Portabella (Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat)

#### ***Experts de la Societat Catalana d'Urologia***

Darío García (Corporació Sanitària del Parc Taulí, Sabadell)  
Lluís Gausa (Fundació Puigvert, Barcelona)  
Miguel Ángel López (Hospital de la Vall d'Hebron, Barcelona)  
Josep Malet (President societat científica, Althaia, Xarxa assistencial de Manresa)

#### **Revisors externs**

Beatriz González López-Valcárcel, (Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión, Las Palmas de Gran Canaria)  
Antoni Trilla (Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona)  
Àngel Puyol (Universitat de Barcelona, Departament de Filosofia, Barcelona)

## ÍNDEX

---

Resum executiu.....	9
Resum estructurat.....	11
Estat de coneixement fins a l'actualitat i aportacions noves d'aquest treball.....	16
Introducció.....	17
Objectius.....	20
Metodologia.....	21
Resultats.....	25
Discussió.....	40
Conclusions i recomanacions.....	54
Annexos.....	56
Annex 1. Estratègies de cerca.....	56
Annex 2. Qüestionari de consens dels pesos.....	57
Annex 3. Llistat de criteris identificats a la revisió de la literatura.....	60
Annex 4. Sistemes de prioritització específics per a cadascuna de les patologies.....	76
Angiologia i cirurgia vascular.....	76
Taula 4.1. Operacions de varices.....	76
Taula 4.2. Malaltia arterial perifèrica.....	78
Cirurgia ortopèdica i traumatologia.....	79
Taula 4.3. Patologia lligamentosa del genoll.....	79
Taula 4.4. Patologia degenerativa de maluc i genoll.....	80
Taula 4.5. Patologia del peu i turmell.....	81
Taula 4.6. Patologia del raquis de l'adult.....	82
Cirurgia oftalmològica.....	84
Taula 4.7. Operacions de cataracta.....	84
Taula 4.8. Operacions de l'aparell lacrimal (dacriocistitis).....	85
Taula 4.9. Cirurgia del pterigi.....	86
Taula 4.10. Operacions de parpella i conjuntiva (exclòs la ptosi).....	87
Taula 4.11. Operacions de la ptosi.....	88
Cirurgia general i digestiva.....	89
Taula 4.12. Reparacions d'hèrnies.....	89
Taula 4.13. Fissura anal.....	90
Taula 4.14. Fístula perianal i quist pilonidal (o quist sacre).....	91
Taula 4.15. Hemorroides.....	92
Taula 4.16. Colelitiasi simptomàtica.....	93

Otorinolaringologia .....	94
Taula 4.17. Colesteatoma .....	94
Taula 4.18. Problemes de la cadena ossicular o cirurgia funcional de la cadena ossicular .....	95
Taula 4.19. Miringoplàstia .....	96
Taula 4.20. Otitis mitjana serosa.....	97
Taula 4.21. Vertigen invalidant.....	98
Taula 4.22. Sordesa profunda postlocutiva .....	99
Taula 4.23. Cirurgia de cap i coll.....	100
Taula 4.24. Cirurgia de laringe i faringe amb prioritat alta .....	101
Taula 4.25. Cirurgia de laringe i faringe amb prioritat baixa .....	102
Taula 4.26. Cirurgia de nas amb prioritat moderada .....	103
Taula 4.27. Cirurgia del nas de prioritat baixa (patologia de cornet, piràmide i tàbic).....	104
Urologia.....	105
Taula 4.28. Adenoma de pròstata.....	105
Taula 4.29. Fimosis .....	106
Taula 4.30. Vasectomia .....	107
Taula 4.31. Patologia benigna de l'escrotal.....	108
Taula 4.32. Patologia benigna del penis .....	109
Taula 4.33. Estenosi d'uretra .....	110
Taula 4.34. Litiasi.....	111
Ginecologia i obstetrícia .....	112
Taula 4.35. Metrorràgia.....	112
Taula 4.36. Mioma simptomàtic i/o amb interferència reproductiva .....	113
Taula 4.37. Prolapse genital simptomàtic.....	114
Taula 4.38 Patologia mamària benigna.....	115
Taula 4.39. Atenció contraceptiva quirúrgica femenina .....	116
Taula 4.40. Malaltia inflamatòria pelviana crònica o altre dolor pelvià amb indicació quirúrgica .....	117
Taula 4.41. Tumoració annexal benigna .....	118
Taula 4.42. Incontinència urinària (IU) en la dona.....	119
Taula 4.43. Patologia vulvovaginal i patologia cervical que no sigui preneoplàstica .....	120
Taula 4.44. Patologia endometrial benigna asimptomàtica .....	121
Taula 4.45. Endometriosis profunda .....	122
Bibliografia .....	123



## RESUM EXECUTIU

---

Es presenta un sistema de prioritització universal (homogeni per a tots els pacients i per a tot el territori) i genèric (aplicable a totes les patologies/procediments) de la llista d'espera per a cirurgia electiva (no s'inclouen procediments urgents, semiurgents, oncològics ni trasplantaments) que recull tres tipus de dimensions: afectació clinicofuncional (66% de pes relatiu), benefici esperat (12%) i rol social (22%). Específicament, els criteris que s'han consensuat amb una seixantena de professionals clínics i sanitaris, pacients, experts en bioètica, economistes, i altres es mostren en la taula següent.

### Taula

Dimensió i pes (%)	Criteris	Pes criteri (%)
Afectació clinicofuncional (66%)	Gravetat de la malaltia	23
	Síntoma principal / Dolor	14
	Progressió de la malaltia	15
	Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la malaltia	14
Benefici esperat (12%)	Probabilitat i grau de recuperació	12
Rol social (22%)	No tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat	5
	Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne	8
	Limitació per treballar a causa de la malaltia	9

El sistema presenta, també, especificitats per a cada procediment/malaltia que han estat analitzades amb cirurgians membres de les societats científiques de les especialitats següents: angiologia i cirurgia vascular, ortopèdia i traumatologia, oftalmologia, cirurgia general i digestiva, otorinolaringologia, urologia, ginecologia i obstetrícia. Es tracta de sistemes lineals de punts (en una escala de 0 a 100) on 0 és la mínima prioritat i 100 la màxima en funció de la situació del malalt en cadascun dels criteris anteriors.

Internacionalment els sistemes identificats en la majoria dels casos són específics, en lloc d'universals. No obstant això, destaca la semblança entre el sistema obtingut i altres sistemes específics per patologia/procediment desenvolupats prèviament per l'AIAQS. Aquesta orientació cap a un sistema universal és a causa del procés de canvi de model de gestió de la llista d'espera endegat recentment pel CatSalut. Es vol passar de la prioritització de procediments mitjançant els temps de garantia (es garanteix un temps màxim d'espera als pacients amb indicació quirúrgica per a una patologia determinada, actualment 16 procediments garantits, mentre que per als restants no hi ha límit de temps d'espera i, en general, no es considera de forma explícita la situació particular del malalt quant a la necessitat o el benefici esperat que en pugui obtenir); a un **sistema de prioritització universal** per a tots els pacients i pels diferents procediments en llista d'espera. Això implica la prioritització de pacients fent extensiu el sistema de prioritització de certs procediments (els sistemes de prioritització específics per a artroplàstia de maluc i genoll o cataractes) i on la necessitat i el benefici esperat de la intervenció determinin l'ordre de la provisió del servei mitjançant criteris i pesos comuns.

El sistema de prioritizació desenvolupat també podria ser utilitzat pel CatSalut de forma transitòria en el camí cap al nou model de gestió de la llista d'espera. Aquest nou sistema permetria prioritzar els pacients en el si dels diferents procediments que tenen temps de garantia complementant el sistema actual per mitjà del temps de garantia, el qual no dóna resposta a les necessitats actuals de la població atesa i ha esdevingut una de les principals crítiques dels cirurgians participants al model actual.

Les potencialitats d'un sistema de prioritizació d'aquestes característiques són diverses i cal destacar-ne les següents: 1) Promoure la prioritizació segons la necessitat i els beneficis esperats de forma transparent i consistent; 2) Tenir major informació i potenciar l'equitat en la provisió d'aquest servei; 3) Disminuir, en part, l'angoixa del pacient en espera, 4) Poder ser un suport que doni legitimitat al metge; i 5) Augmentar la credibilitat, participació i confiança del ciutadà en el sistema sanitari.

Els següents passos que es proposen són: establir la comparabilitat o transversalitat del sistema de prioritizació (de les puntuacions) entre les diferents patologies d'una mateixa especialitat quirúrgica; portar a terme la revisió i aprovació de les propostes fetes per part de les societats científiques de forma més extensa i realitzar una prova pilot per tal de validar aquest instrument i analitzar el seu impacte en la pràctica clínica/gestió assistencial en el si del nou model de gestió de la llista d'espera.

## RESUM ESTRUCTURAT

---

### Antecedents

La Gerència de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials del CatSalut planteja continuar el treball iniciat sobre l'abordatge de la llista d'espera de cirurgia electiva per canviar el seu model de gestió: es vol passar d'un sistema de prioritització de procediments (es prioritza aquells procediments que tenen temps de garantia per davant dels que no en tenen) a un sistema de prioritització de pacients de caràcter universal on la necessitat i el benefici esperat de la intervenció determinin l'ordre de la provisió del servei mitjançant criteris i pesos comuns.

### Objectius

L'objectiu general d'aquest estudi ha estat desenvolupar un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera de cirurgia electiva (no s'inclou procediments urgents, semiurgents, oncologia ni trasplantaments) que d'una banda sigui universal, és a dir, homogeni per a tots els pacients i per a tot el territori, i genèric, en el sentit que els criteris i els seus pesos siguin els mateixos per a tots els procediments/patologies que entren en llista d'espera. I d'altra banda, basat en un sistema lineal de punts de caràcter mixt (que consideri tant aspectes o criteris clínics com funcionals i socials).

A més, també es vol desenvolupar les especificitats necessàries en els criteris de caràcter clínic i funcional per ser aplicats als procediments més freqüents en llista d'espera.

### Metodologia

La metodologia emprada en aquest projecte ha estat múltiple. En primer lloc, es va fer una revisió exhaustiva de la literatura biomèdica per identificar sistemes de prioritització i criteris prèviament desenvolupats. En segon lloc, els criteris identificats es varen presentar a un grup d'experts en diferents àmbits als quals es va aplicar una tècnica qualitativa de grup de discussió i consens per identificar i definir dimensions i criteris per formar part del sistema universal de prioritització així com els seus pesos (ponderació o importància relativa en el conjunt del sistema de prioritització). Posteriorment, es va enquestar un grup més extens d'experts via e-mail sobre aquests aspectes anteriors. En tercer lloc, es van categoritzar i puntuar els criteris genèrics no clínics a partir de l'adaptació de resultats obtinguts anteriorment per part de l'equip investigador de l'AIAQS en altres sistemes de prioritització prèviament desenvolupats. En quart lloc, es van organitzar sessions de treball amb grups de cirurgians de diferents especialitats representants de les societats científiques (aplicant tècniques de discussió i consens no formal) per obtenir definicions operatives i les possibles escales de mesura dels criteris, les categories dins de cada criteri i les puntuacions (punts) a assignar a cadascuna d'aquestes categories.

Finalment, s'inclou a la discussió recomanacions relacionades amb la validació i implementació del sistema de prioritització fruit de la revisió de la literatura, l'experiència prèvia de l'AIAQS i els aspectes apareguts durant les reunions amb els cirurgians.

## Resultats

S'han identificat 44 sistemes de prioritització desenvolupats al Canadà (9), Nova Zelanda (8), Gran Bretanya (7), Catalunya (AIAQS) (5) i Austràlia (4), i Finlàndia, Itàlia i País Basc (amb 2, cadascun). La resta de països o regions presenten un únic sistema de prioritització: Alacant, Holanda, Irlanda, Navarra i Suècia. S'han localitzat 168 criteris (incloses les repeticions) relacionats amb aspectes clínics, socials, funcionals, de costos i de gestió. Quasi un 30% foren instruments universals, i els tres sistemes específics més freqüents són per a les operacions de cataractes (20,5%), la inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll (18,2%) i la cirurgia cardíaca (13,6%).

Del consens i la consulta d'experts (57% de taxa de resposta, N=64 experts en gestió sanitària, gestió clínica, pràctica clínica, economia de la salut, investigació, bioètica i representants de pacients) s'ha obtingut un sistema basat en tres grans dimensions, 8 criteris genèrics i uns pesos (importància relativa de les dimensions i dels criteris). Destaca la semblança amb sistemes de prioritització anteriorment desenvolupats per l'AIAQS. Les dimensions, els criteris, les definicions de cada criteri i els seus pesos es mostren a la taula següent.

**Taula**

Dimensió	Pes dimensió (%)	Criteris i definicions	Pes criteri (%)
Afectació clinicofuncional	66	<b>Gravetat de la malaltia</b> Exploració clínica i proves complementàries o utilització d'alguna escala de gravetat clínica existent. Important utilitzar escales objectives de gravetat clínica	23
		<b>Síntoma principal / Dolor</b> Es refereix al grau del símptoma principal (es pot definir amb el tipus, intensitat i/o freqüència del símptoma). En el cas que la patologia produeixi dolor, aquest es considerarà com a símptoma principal. Síntoma principal que afecta les activitats de la vida diària i la qualitat de vida relacionada amb la salut.	14
		<b>Progressió de la malaltia</b> Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció: - risc de mort - risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia - reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció - complicacions passades - risc d'afectació d'altres òrgans adjacents o extensió de la patologia La progressió afecta la supervivència o pot modificar el tipus de cirurgia	15
		<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la malaltia</b> Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (es poden definir les activitats més habitualment afectades en funció de cada malaltia), que correspondrien, en general, a una persona d'edat i gènere semblant sense la patologia en qüestió. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia, tot i que ha d'haver-hi una correlació o associació. Ja es parteix, en general, d'un grau d'afectació.	14

Dimensió	Pes dimensió (%)	Criteris i definicions	Pes criteri (%)
Benefici esperat	12	<b>Probabilitat i grau de recuperació</b> Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. (definir en funció de la malaltia) que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor. Definir el nivell de probabilitat de recuperació que es consideri idoni.	12
		<b>No tenir alguna persona que cuidi al malalt en cas de necessitat:</b> Disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries, en cas de necessitat. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat.	5
Rol social	22	<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne</b> Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador.	8
		<b>Limitació per treballar a causa de la malaltia</b> Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats).	9

Es van dur a terme tres reunions (incloent entre 3 i 6 cirurgians per grup) per a cadascuna de les següents especialitats: cirurgia general i digestiva, angiologia i cirurgia vascular, cirurgia ortopèdica i traumatologia, cirurgia oftalmològica, otorinolaringologia, urologia, ginecologia i obstetrícia. Es varen definir especificitats en el sistema de prioritització universal per a les patologies/els procediments més freqüents, tal com es mostra a la taula següent. Es tracta de sistemes lineals de punts en una escala de 0 a 100 on 0 és la mínima prioritat i 100 la màxima, en funció de la situació del malalt en cadascun dels criteris anteriors.

#### Taula

Especialitat	Patologies/procediments amb sistemes de prioritització específics
<b>Angiologia i cirurgia vascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varices</li> <li>• Malaltia arterial perifèrica (excloent peu diabètic i isquèmia crítica)</li> </ul>
<b>Ortopèdia i traumatologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia degenerativa del maluc i genoll</li> <li>• Patologia lligamentosa del genoll</li> <li>• Patologia del peu i turmell</li> <li>• Patologia del raquis</li> </ul>
<b>Oftalmologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cataracta</li> <li>• Patologia de l'aparell lacrimal (dacriocistitis)</li> <li>• Patologia del pterigi</li> <li>• Patologia de parpella i conjuntiva (exclusa la ptosi)</li> <li>• Ptosi</li> </ul>
<b>Cirurgia general i digestiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparacions d'hèrnies</li> <li>• Fissura anal</li> <li>• Fístula perianal i quist pilonidal</li> <li>• Hemorroides</li> <li>• Colelitiasi simptomàtica</li> </ul>

Especialitat	Patologies/procediments amb sistemes de prioritziació específics
Otorinolaringologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colesteatoma</li> <li>• Problemes de la cadena ossicular o cirurgia funcional de la cadena ossicular</li> <li>• Miringoplàstia</li> <li>• Otitis mitjana serosa</li> <li>• Vertigen invalidant</li> <li>• Sordesa profunda postlocutiva</li> <li>• Patologia del cap i coll</li> <li>• Patologia de la laringe i faringe</li> <li>• Patologia del nas</li> </ul>
Urologia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenoma de pròstata</li> <li>• Fimosi</li> <li>• Vasectomia</li> <li>• Patologia benigna de l'escrotal</li> <li>• Patologia benigna del penis</li> <li>• Estenosi d'uretra</li> <li>• Litiasi</li> </ul>
Ginecologia i obstetrícia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metrorràgia</li> <li>• Mioma simptomàtic i/o amb interferència reproductiva</li> <li>• Prolapse genital simptomàtic</li> <li>• Patologia mamària benigna</li> <li>• Atenció contraceptiva quirúrgica</li> <li>• Malaltia inflamatòria pelviana crònica o altre dolor pelvià amb indicació quirúrgica</li> <li>• Tumoració annexal benigna</li> <li>• Incontinència urinària en la dona</li> <li>• Patologia vulvovaginal i patologia cervical (preneoplàstica exclosa)</li> <li>• Patologia endometrial benigna asimptomàtica</li> <li>• Endometriosis profunda</li> </ul>

## Discussió

El sistema de prioritziació per cirurgia electiva que es proposa, tot i el seu caràcter universal, amb criteris genèrics i pesos que són els mateixos per a totes les patologies, ha desenvolupat especificitats per a la patologia més freqüent. A partir d'aquest marc general s'han recollit les característiques específiques de cada malaltia/procediment d'acord amb l'aproximació conceptual que l'equip investigador ha cregut més adequada, especialment per reduir variabilitat en la seva aplicació i tenir informació més exhaustiva de la composició de la llista d'espera. Cal destacar, també, que per a la resta de pacients caldria una valoració individualitzada que seguís el marc general dels criteris i pesos proposats.

Aquest sistema de prioritziació podria ser utilitzat pel CatSalut de forma transitòria en el camí cap al nou model de gestió de la llista d'espera. Aquest sistema permetria substituir, així, la prioritziació de procediments actual per mitjà dels temps de garantia (es prioritza aquells procediments que tenen temps de garantia per davant dels que no en tenen) i que no dona resposta a les necessitats actuals de la població atesa, una de les principals crítiques que han fet els clínics participants.

Les potencialitats d'un sistema de prioritziació d'aquestes característiques són diverses i cal destacar-ne les següents: 1) Promoure la prioritziació segons la necessitat i els beneficis

esperats de forma transparent i consistent; 2) Tenir major informació i potenciar l'equitat en la provisió d'aquest servei; 3) Disminuir, en part, l'angoixa del pacient en espera, 4) Poder ser un suport que doni legitimitat al metge; i 5) Augmentar la credibilitat, participació i confiança del ciutadà en el sistema sanitari.

No obstant això, l'evidència disponible ens diu que per a l'abordatge de les llistes d'espera són necessàries mesures a diferents nivells (sobre l'oferta i la demanda, de reducció del volum i del temps d'espera però també de gestió i racionalització de la llista d'espera), a diferents terminis (curt, mitjà i llarg) i sustentades en necessitats avaluades que poden ser diferents en les diferents patologies. En aquest sentit, el desenvolupament de criteris d'indicació dels procediments d'interès mitjançant guies de pràctica clínica o instruments d'adequació de la indicació han estat de les mesures més ressaltades pels clínics participants.

S'han identificat diferències en les opinions dels participants quant a factibilitat d'instauració en els centres i acceptació per part dels clínics però en qualsevol cas tots estan d'acord que hauria de ser un instrument fàcil, senzill i ràpid d'aplicar; en aquest sentit, no hi ha dubte que les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) poden ser el millor element facilitador. Un altre aspecte rellevant per assegurar-ne la seva implementació és l'existència d'una bona organització dels serveis assistencials (amb suport dels sistemes d'informació i gestió clínica dels centres) i involucrar tots els professionals sanitaris i els gestors a l'hora d'implementar-lo. Com a limitacions d'aquest aspecte, destaquen la possibilitat de perversions en la seva aplicació (per això també es recomana la realització d'auditories internes) i que els pacients menys prioritaris sempre quedin a la cua. En aquesta línia es proposen solucions tècniques que poden anar des de l'establiment de temps d'espera màxims en funció de determinades puntuacions de prioritat fins a l'increment de puntuació amb el temps d'espera o la reavaluació del malalt amb baixes puntuacions després d'un cert temps. Amb aquestes solucions, cal garantir que si un pacient, un cop actualitzada la seva puntuació, segueix en la cua, sigui perquè realment ho necessita poc. D'altra banda, cal destacar que el desenvolupament i la implementació de sistemes de priorització requereix d'un consens professional previ i ampli, però també polític.

Els següents passos que es proposen són: establir la comparabilitat o transversalitat del sistema de priorització entre les diferents patologies d'una mateixa especialitat quirúrgica, portar a terme la revisió i aprovació de les propostes fetes per part de les societats científiques de forma més extensa, i realitzar una prova pilot per tal de validar aquest instrument i analitzar el seu impacte en la pràctica clínica/gestió assistencial en el si del nou model de gestió de la llista d'espera.

## **ESTAT DE CONEIXEMENT FINS A L'ACTUALITAT I APORTACIONS NOVES D'AQUEST TREBALL**

---

En l'àmbit espanyol, els instruments de priorització de pacients en llista d'espera amb un intent d'aplicació s'han desenvolupat primordialment des de l'AIAQS<sup>1-3</sup>, i tots ells amb un abordatge específic per a cirurgia d'artroplasties de maluc o genoll, cirurgia de cataractes i cirurgia del raquis o fusió vertebral. Tots tres sistemes tenen criteris semblants que s'agrupen en tres àmbits (clínicofuncional, guany esperat i social).

Aquest informe presenta un sistema semblant als anteriors, però aplicable de manera universal a tots els procediments de cirurgia electiva, tot introduint també les especificitats necessàries per a cada procediment o grup de procediments. Els criteris i àmbits que s'obtenen són molt semblants als que s'havien obtingut prèviament. Les aportacions noves fan referència a millores en les definicions generals dels àmbits (passar de criteris socials a rol social), i a les especificitats per 45 grups de procediments, entre els que s'inclouen els prèviament abordats que, per tant, han estat revisats i actualitzats.

El procés de desenvolupar escales específiques per els 45 grups d'especialitats quirúrgiques aporta un gran valor afegit al coneixement.



## INTRODUCCIÓ

En tot sistema sanitari públic, la prioritització és sense cap mena de dubte una de les tasques més complexes. La prioritització no només es dona a causa de la limitació de recursos (pressupostaris, humans, i tecnològics) sinó també de la necessitat d'un adequat ús d'aquests, una adequada racionalització de l'oferta de serveis i una apropiada identificació de les necessitats<sup>4</sup>. L'accés equitatiu i l'ús adequat dels serveis és, doncs, una preocupació primordial de tots els sistemes de salut finançats amb fons públics<sup>5</sup>.

En el marc de les llistes d'espera, els principals arguments a favor de la introducció de sistemes de puntuació dels pacients segons prioritat és la gestió d'un sistema transparent amb criteris de prioritització explícits i no arbitraris<sup>6</sup> i que, probablement, ja s'estan emprant de forma habitual i implícita però sense que existeixi un consens sobre el seu efecte sobre la prioritat<sup>1</sup>.

Aquestes mesures permeten avaluar i comparar la prioritat dels pacients sobre la base de la necessitat i dels beneficis esperats<sup>5</sup>. També ofereixen al gestor l'avantatge de conèixer en tot moment quines són les característiques de la població en llista d'espera, la qual cosa podria ajudar a la presa de decisions i a la implementació de noves mesures de gestió. D'altra banda, serveixen per tal que els pacients acceptin que seran intervinguts en el moment més adequat en funció de les seves necessitats, ajudant a atenuar o eliminar aquella prioritització no justificada (saltar-se la llista d'espera) de diversos orígens<sup>1</sup>.

El desenvolupament d'instruments de prioritització és un procés llarg, costós i, en general, enfocat a malalties concretes en què les llistes d'espera han representat un problema important. En aquest sentit, establir uns criteris comuns a tot tipus de procediments quirúrgics simplificaria la implementació d'instruments de prioritització, tot i que també hi ha inconvenients<sup>2</sup>. Alguns dels avantatges i desavantatges dels sistemes de prioritització de caràcter universal o bé específic es mostren a la taula següent.

### Taula

Sistemes de prioritització universals	Sistemes de prioritització específics
<ul style="list-style-type: none"><li>• Poden ser aplicats de forma més fàcil i àmplia</li><li>• Només es poden aplicar quan les malalties/els procediments són molt similars quant a gravetat i curs clínic o bé quan el sistema de prioritització té en compte les diferències entre malalties/procediment</li><li>• Més susceptibles a variabilitat en la seva administració</li><li>• Es poden identificar criteris comuns rellevants entre els diversos procediments: gravetat de la malaltia, limitació de les activitats i per treballar, grau progressió, dolor (no sempre aplicable), criteris socials (tenir persones a càrrec, ser dependent d'alguna altra persona)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tenen en compte les característiques de cada malaltia/procediment</li></ul> Es recomanen perquè: <ul style="list-style-type: none"><li>• La prioritat/urgència d'un pacient depèn de cada malaltia/procediment ja que l'impacte de les característiques dels pacients sobre la prioritat és diferent en cada malaltia/procediment</li><li>• La gravetat de dolences o limitacions similars és percebuda diferent en cada malaltia/procediment</li><li>• Caldria definir temps màxim d'espera per diferents nivells de prioritat per assegurar uniformitat dins d'una mateixa llista d'espera</li></ul>

La Gerència de Compra i Avaluació de Serveis Assistencials del CatSalut ha plantejat a l'AIAQS continuar el treball iniciat sobre l'abordatge de la llista d'espera de cirurgia electiva per canviar el model de gestió de la llista d'espera: es vol passar d'un sistema de prioritització

de procediments (es prioritza aquells procediments que tenen temps de garantia per davant dels que no en tenen) a un **sistema de prioritziació de pacients de caràcter universal** on la necessitat i el benefici esperat de la intervenció determinin l'ordre de la provisió del servei mitjançant criteris i pesos comuns. L'AIAQS ja havia desenvolupat sistemes de prioritziació de pacients en llista d'espera específics per a tres procediments quirúrgics amb temps de garantia: artroplasties de maluc i de genoll, cirurgia de cataracta i artròdesi vertebral<sup>1-3</sup>.

Aquests es basen en un sistema lineal de punts que captura necessitat (específicament a través de criteris clínics, socials i personals) i benefici esperat que varen ser obtinguts a través de la participació d'especialistes, altres professionals sanitaris, pacients, familiars, i població en general aplicant una metodologia de l'anàlisi de conjunt (*conjoint analysis*) i/o tècniques qualitatives. Quant a la implementació del sistema per artroplasties i cirurgia de cataracta es realitzà una prova pilot<sup>7</sup> que mostrava que era un instrument vàlid, útil a l'hora de discriminar la prioritat entre pacients que entren en llista d'espera i que podia tenir un impacte positiu en la gestió de la llista d'espera després de superar les dificultats organitzatives en la seva introducció i difusió. No obstant això, un ulterior estudi<sup>8</sup> amb les dades del Registre de Seguiment i Gestió de les Llistes d'Espera del CatSalut va mostrar la desigual utilització dels instruments sense tenir pràcticament cap impacte ni en el temps d'espera ni en l'ordenació dels pacients excepte en alguns pocs centres. Aquesta demostració empírica de la seva poca utilització (especialment en cirurgia de cataracta) i impacte hauria de fer veure als planificadors i gestors (del sistema de salut, dels centres hospitalaris) i als professionals implicats, que cal una ferma voluntat en la seva aplicació, la qual hauria d'estar facilitada mitjançant les TIC. Si no és així, per molt afany que es posi en desenvolupar un instrument de prioritziació amb criteris explícits i de fàcil administració (amb un nombre limitat de criteris, sumatori de punts de 0 a 100: de mínima a màxima prioritat), treballant amb la participació activa amb professionals i usuaris, no té en absolut garantit el seu impacte en la gestió de la llista d'espera (ordenació dels pacients segons prioritat).

La reorientació del Catsalut cap a la prioritziació de pacients per a totes les patologies/procediments i l'experiència prèvia de l'AIAQS indueix la necessitat d'elaborar un sistema que doni resposta a les següents premisses:

- Participació i consens amb clínics, gestors i pacients, a més del polítics.
- Un sistema de caràcter mixt que inclogui criteris clínics i funcionals, però també socials.
- Un sistema homogeni, únic o universal per a tot el territori i tots els pacients en llista d'espera, amb criteris genèrics i pesos que siguin els mateixos per a totes les patologies.
- Un sistema que alhora també permeti especificitats a partir del marc general per tal de recollir les característiques individuals de les patologies/els procediments quan aquestes en determinen la prioritat.
- El mètode i les bases conceptuals per definir els criteris de prioritziació haurien de ser comuns o similars per a tots els procediments quirúrgics.
- Definició d'un sistema consistent (replicable o fiable, vàlid) i transparent que permeti avaluar i comparar la prioritat entre pacients.

- Un sistema de prioritizació que garanteixi el procés de programació de la cirurgia i, per tant, hauria de facilitar el coneixement del temps d'espera (la data aproximada, o setmana, de programació de la intervenció en el moment en què es decideix la intervenció quirúrgica).
- Permeti la possibilitat de definir temps màxim d'espera raonable en funció de la puntuació de prioritat individual.
- Control del possible biaix individual en la puntuació de prioritizació.
- Voluntat explícita de polítics, gestors i professionals en la seva aplicació.

Aquest document elabora un sistema de prioritizació de pacients en llista d'espera universal amb criteris genèrics que pretén donar resposta a aquestes premisses i alhora aborda les especificitats necessàries de les malalties o els procediments que afecten als pacients en llista d'espera. L'equip investigador ha elaborat aquesta proposta amb la col·laboració, el consens i l'expertesa de més de cent professionals i actors implicats del sector.

## OBJECTIUS

---

L'objectiu general és desenvolupar un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera de cirurgia electiva (no s'inclou procediments urgents, semiurgents, oncologia ni trasplantaments) que sigui universal, és a dir, que els criteris i els seus pesos siguin els mateixos per a tots els procediments que entren en llista d'espera i, d'altra banda, basat en un sistema lineal de punts de caràcter mixt (que consideri tant aspectes o criteris clínics com funcionals i socials).

De forma específica, es proposa:

- Identificar i seleccionar dimensions i criteris.
- Establir els pesos (importància relativa) dels criteris.
- Desenvolupar les especificitats necessàries, especialment en els criteris de caràcter clínic i funcional per poder-les aplicar als diferents procediments/patologies en llista d'espera, i que poden incloure:
  - les seves definicions operatives i les possibles escales de mesura.
  - les categories o nivells a dins de cada criteri.
  - les puntuacions (punts) a assignar a cadascuna d'aquestes categories.

A més, també es volen proposar estratègies per a la implementació del sistema de prioritització universal desenvolupat.

## METODOLOGIA

---

La metodologia emprada en aquest projecte ha estat:

- 1. Revisió exhaustiva de la literatura** amb l'objectiu d'identificar els criteris publicats a la literatura incloent l'experiència prèvia de l'AIAQS en el desenvolupament de sistemes de prioritització.
- 2. Tècnica qualitativa de discussió i consens d'experts** per identificar dimensions i criteris i els seus pesos per formar part d'aquest sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera.
- 3. Aplicació de l'experiència prèvia i consens no formal amb cirurgians** per desenvolupar les especificitats necessàries en les categoritzacions i puntuacions dels criteris genèrics.

### 1. Revisió exhaustiva de la literatura

S'ha portat a terme una revisió exhaustiva de la literatura des del 2000 i fins a maig de 2011. La revisió inclou, també, l'experiència prèvia de l'AIAQS en sistemes de prioritització de la llista d'espera i la revisió realitzada fins a l'any 2000 de les llistes d'espera a Europa<sup>9</sup>.

Es varen plantejar diverses cerques bibliogràfiques per identificar estudis originals, informes d'agències d'avaluació i revisions sistemàtiques sobre desenvolupament de criteris universals per a la prioritització de llistes d'espera de cirurgia electiva (quedaven exclosos aquells procediments de cirurgia urgent, oncologia i trasplantaments) i restringint als països de *l'Organisation for Economic Co-operation and Development* (OECD).

Les bases de dades consultades van ser Pubmed/Medline, Scopus, *Centre for Reviews and Dissemination (CRD) - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)* i *Health Technology Assessment Database (HTA)* - i Google Scholar. També es va plantejar una cerca en les pàgines webs dels departaments de salut dels països de l'OECD. Les estratègies de cerca es presenten en l'Annex 1.

La selecció dels estudis la van portar a terme dos revisors, que van realitzar una lectura dels títols i resums dels documents identificats en la cerca i, quan aquests no estaven disponibles, es van valorar amb el títol del treball. Les discrepàncies es varen resoldre per discussió entre els revisors. Es van extreure de manera protocolitzada les dades, i es van recollir les variables següents: referència completa (autors, títol, revista i any de publicació), criteri de prioritització, definició del criteri, utilització del criteri (genèric/específic), dimensió i comentaris addicionals.

Els criteris de prioritització localitzats es varen agrupar en grans criteris generals, per tal d'eliminar-ne duplicats i sinònims, i es varen sintetitzar de manera narrativa i en taules.

## 2. Discussió i consens d'experts

La discussió i consens d'experts es va portar a terme mitjançant la tècnica del grup nominal i un enquesta posterior per tal de respondre als objectius específics plantejats:

- Identificar i seleccionar dimensions i criteris
- Consensuar els pesos (importància relativa) dels criteris seleccionats

### *Desenvolupament del grup nominal*

El mètode de conducció de la reunió presencial amb experts va ser el grup nominal que combina la recopilació de dades qualitatives i quantitatives (a través de la votació) i on la generació i síntesi d'idees es combinen per determinar l'abast d'un acord dins d'un grup seleccionat.

Prèviament a la reunió es va enviar per e-mail als experts un document marc de treball on s'aportava informació sobre tots els criteris identificats en la revisió de la literatura com a base per a la discussió i el consens. També se'ls instava a proveir una selecció limitada de criteris que consideressin rellevants per ser seleccionats dins del sistema de prioritització universal. Aquest document de treball es va enviar tant als participants de la reunió de consens, com a altres persones considerades rellevants per tal d'ampliar-ne la mostra.

Per definir la composició del grup d'experts, es va tenir en compte la representació equitativa de tots aquells 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, representants dels pacients i representants del sistema de gestió de llistes d'espera).

En primer lloc, es varen debatre els criteris resultants de les respostes del qüestionari enviat sobre criteris rellevants, per tal d'aclarir definicions i considerar el fet d'ajuntar alguns dels criteris seleccionats. El pas següent va consistir a discutir el grup de dimensions/categories considerats comuns per a totes les patologies, i d'aquesta manera poder classificar els diferents criteris, així com una votació del pes que se li donaria a aquests criteris. A continuació, i tenint en compte els resultats del qüestionari enviat, es varen decidir quins criteris anirien dintre de cada dimensió. Tot seguit es va fer una altra votació perquè cadascú triés entre 6-8 criteris que considerava que haurien d'estar dintre del sistema de prioritització. Després d'això es va debatre si alguns d'aquests criteris podrien estar o no englobats dins dels altres per tal de simplificar el sistema i la seva aplicabilitat, i d'aquesta manera trobar els criteris finals per formar part del sistema de prioritització universal. Finalment, es va realitzar un primer exercici de ponderació dels pesos dels criteris on cada expert participant repartia 100 punts entre els criteris identificats. Els punts s'havien de repartir pensant en la idea de la seva importància per determinar la prioritat dels pacients en llista d'espera per a la cirurgia electiva. Per obtenir els pesos de cadascun dels criteris es varen fer les mitjanes de les votacions.

L'anàlisi de la informació obtinguda en aquesta reunió es va basar tant en les votacions realitzades, com en la informació gravada i les notes preses durant la reunió. Aquesta 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.

### **Consens dels pesos dels criteris**

Per tal de consensuar els pesos a atorgar a cadascun dels criteris es va portar a terme una enquesta mitjançant l'autoadministració d'un qüestionari on-line (Annex 2). Es va enviar via e-mail als participants a la reunió anterior així com a una mostra addicional d'experts seleccionats a partir de l'efecte bola de neu i altres experts que havien participat en treballs previs sobre prioritització de la llista d'espera portats a terme per l'AIAQS. El sistema lineal de punts que es proposa permet calcular la prioritat en una escala de 0 (mínim prioritat) a 100 (màxima prioritat); per aquest motiu, en el qüestionari se'ls demanava que repartissin 100 punts entre els criteris identificats en funció de la seva importància. A més, podien realitzar comentaris sobre les definicions globals dels criteris. En el document que se'ls enviava se'ls informava també dels resultats obtinguts en la reunió de consens presencial. Les mitjanes de cadascun dels pesos es varen calcular per tal d'obtenir el pes de cada criteri.

### **3. Aplicació de l'experiència prèvia i consens no formal amb cirurgians**

Els criteris socials es varen poder categoritzar i puntuar amb definicions genèriques a partir dels sistemes de prioritització elaborats anteriorment per l'AIAQS i consensuats per l'equip d'investigació.

Per al desenvolupament d'especificitats en els criteris clínics i funcionals es varen realitzar grups presencials de discussió i consens no formal, per especialitat, amb clínics experts en les diferents especialitats quirúrgiques, així com representants de les societats científiques i l'equip investigador de l'AIAQS. Les reunions es varen gravar, amb el consentiment dels assistents. Es van considerar les següents especialitats per la freqüència de la patologia/procediments que entren en llista d'espera de cadascuna d'elles:

- Angiologia i cirurgia vascular
- Cirurgia ortopèdica i traumatologia
- Oftalmologia
- Cirurgia general i digestiva
- Otorinolaringologia
- Urologia
- Ginecologia i obstetrícia

Els objectius operatius d'aquestes reunions eren:

1. Revisar i identificar els procediments o grups de procediments de cirurgia electiva amb llista d'espera que es poguessin tractar de forma conjunta a l'hora de definir les especificitats del sistema de prioritització.
2. Consensuar definicions operatives dels criteris genèrics que s'adequessin als diferents procediments o grups de procediments identificats.

3. Definir categories o nivells dins d'aquests criteris i les seves definicions operatives adequades als procediments o grups de procediments identificats.
4. Obtenir les puntuacions associades a cadascuna de les categories o dels nivells.

Als participants se'ls enviava anteriorment un document de treball amb un resum dels resultats obtinguts en el consens previ d'experts (criteris i pesos genèrics), els objectius de la reunió, el llistat de procediments (agrupadors) de la seva especialitat utilitzat pel Registre de seguiment i gestió de les llistes d'espera del CatSalut i el llistat complet de procediments identificats amb els codis de la CIM (Classificació Internacional de Malalties) per tractar durant la reunió.



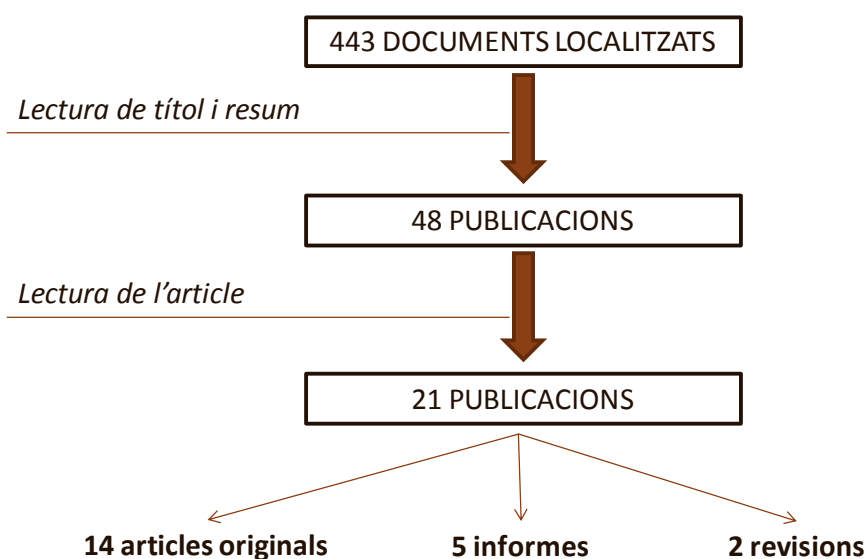
## RESULTATS

---

### 1. Revisió de la literatura

En la cerca bibliogràfica es varen localitzar 443 documents. Inicialment, amb la lectura del títol, el resum, o tots dos, es van seleccionar 48 publicacions. Finalment, després de la lectura de text complet dels articles, es varen seleccionar 14 articles originals, 5 informes i 2 revisions (Figura 1). Vuit de les publicacions excloses incorporaven instruments ja integrats en els articles inclosos.

*Figura 1. Esquema del procés de selecció i obtenció dels documents*

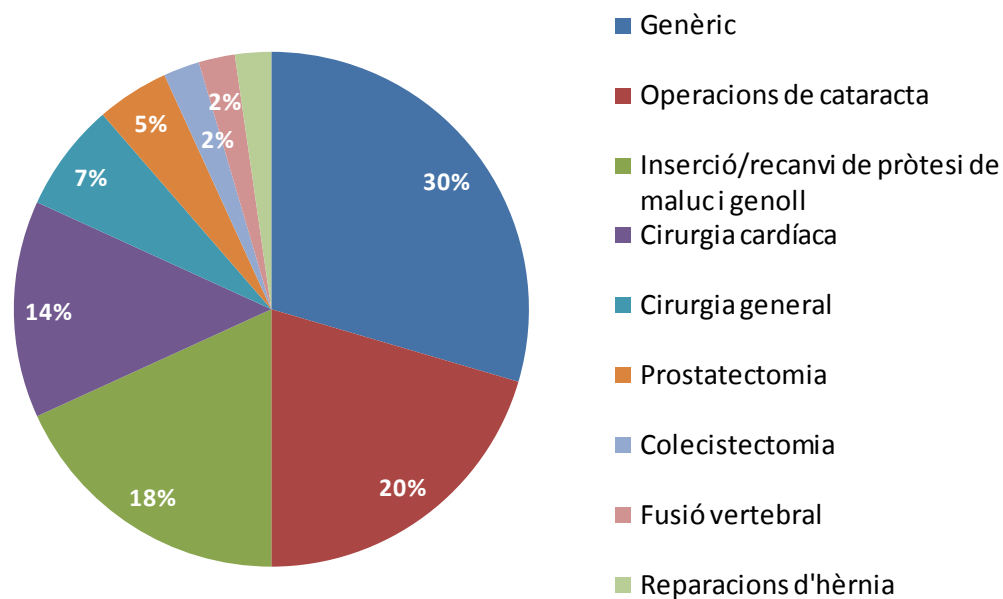


S'han identificat 44 sistemes de prioritització desenvolupats a països com el Canadà (9), Nova Zelanda (8), Gran Bretanya (7), Catalunya (AIAQS) (5), Austràlia (4), Finlàndia, Itàlia i País Basc (amb 2, cadascun). La resta de països/regions presenten un únic sistema de prioritització: Alacant, Holanda, Irlanda, Navarra i Suècia.

S'han localitzat 168 criteris (incloses les repeticions) relacionats amb aspectes clínics, socials, funcionals, de costos i de gestió i que es presenten en l'Annex 3, amb la seva categorització, i pes en l'instrument corresponent, la patologia per a la qual s'utilitza i el seu país de procedència.

Quasi un 30% són instruments universals (amb criteris de caràcter genèric), i els tres sistemes específics més freqüents són per a les operacions de cataractes (20,5%), la inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll (18,2%) i la cirurgia cardíaca (13,6%) (Figura 2).

**Figura 2. Tipologia de procediments quirúrgics dels sistemes de prioritació identificats a la revisió (% , N=44)**



La Taula 1 mostra un resum dels criteris incorporats més sovint en els sistemes de prioritació i una indicació numèrica dels pesos assignats (valor mínim i valor màxim).

**Taula 1. Criteris trobats a la revisió amb major freqüència i els seus pesos corresponents**

Críteri de prioritació	Pes (mínim - màxim)
Dolor	9-40%
Gravetat / Urgència	20-50%
Probabilitat de recuperació	2-26%
Progressió de la malaltia*	8-32%
Limitació de les activitats de la vida diària	4-18%
Limitació per treballar, estar actiu, estudiar	4-14%
Tenir alguna persona que el cuidi	3-11%
Persones al seu càrrec	3-8%
Edat	9-29%
Temps a la llista d'espera	12-23%

## 2. Discussió i consens d'experts

El document de treball previ a la reunió de consens es va enviar a 23 experts, on prèviament a la reunió, escollien entre 6 i 10 criteris que consideraven rellevants per ser inclosos en un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia electiva. Vint-i-un dels experts (taxa de resposta del 91,3%) varen respondre el qüestionari que va permetre seleccionar 68 criteris (Taula 2) per ser discutits a la reunió de grup de discussió i consens presencial.

**Taula 2. Criteris votats i recompte de vots als criteris del qüestionari enviat prèviament a la reunió de discussió i consens presencial\***

Criteris	Comentaris	Recompte
Criteri mèdic (personal)		1
Anys de vida ajustats per qualitat de vida (AVAQ)	Relacionar el procediment amb el cost i el guany que se'n pot obtenir.	1
Ansietat – afectació en la qualitat de vida		1
Qualitat de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lligada a pronòstic d'èxit, el comentari anterior també aplica aquí.</li> <li>▪ La mesura implica la utilització d'un qüestionari addicional, que complica el procés. S'hauria d'utilitzar un qüestionari genèric, no específic per a cada malaltia. Aplicable a tots els procediments.</li> </ul>	2
Impacte en la qualitat de vida	Els beneficis definits com a Hadorn DC 2000, o Adam P, 2011.	2
Benefici o millora en salut esperats	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mesura de la millora en supervivència i qualitat de vida relacionada amb la salut.</li> <li>▪ En relació amb el pacient concret.</li> </ul>	2
Ràtio beneficis esperats/cost		1
Neoplàsies	Amb criteri de radicalitat.	1
Criteris clínics: Gravetat/dolor/....		1
Gravetat de la malaltia/patologia - Urgència	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basat en escales clíniques objectives. No aplicable en alguns procediments.</li> <li>▪ Relació amb la probabilitat de mort.</li> <li>▪ Conseqüències importants per a la salut del pacient.</li> </ul>	10
Gravetat de la situació clínica actual	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S'hauran d'identificar criteris per valorar la gravetat en funció dels grups de patologies(síntomes, comorbiditat relacionada...).</li> <li>▪ Pes: 40%.</li> </ul>	1
Gravetat clínica (dolor, seqüeles)		1
Gravetat (inclou el dolor)	20%	1
Gravetat/ urgència + Dolor	El dolor pot ser una urgència.	1
Gravetat dels símptomes		1
Urgència	Aquella urgència que pot resultar una amenaça per a la vida del pacient.	1
SEVERITAT (Factor clínic que inclou diferents components en funció de cada patologia...)	Dolor Gravetat Probabilitat de recuperació Progressió de la malaltia Limitació funcional	1
Criteris temporals: temps d'evolució de la malaltia		1
Dolor/patiment (o símptoma principal)	Subjectiu (necessitat de modular). Grau i duració del dolor. Consum analgèsics / altra medicació En el subgrup d'intervencions on sigui rellevant Hauria d'incloure angoixa i patiment Criteri subjectiu. Cal utilitzar escala d'avaluació Dolor vinculat amb la patologia quirúrgica .	12

Críteris	Comentaris	Recompte
Freqüència habitual dels episodis de dolor/intensitat del sofriment		1
Críteris d'evolució clínica: Progressió de la malaltia/seqüeles/afectació òrgans adjacents/		1
Pronòstic de la malaltia		1
Rapidesa de la progressió de la malaltia - Progressió de la malaltia/Deteriorament durant l'espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No aplicable en aquelles patologies que son de "sí / no" i que no presentin diferents graus de malaltia.</li> <li>▪ Inclou el deteriorament durant l'espera, la reducció del benefici esperat amb l'espera i el risc de complicacions.</li> <li>▪ L'espera empitjora i pot dificultar-ne la solució.</li> <li>▪ 15%.</li> <li>▪ Inclòs el risc de complicacions durant l'espera.</li> <li>▪ Pes: 20%.</li> </ul>	12
Grau en què el temps influeix en la viabilitat tècnica de dur a terme el procediment	Cal lligar-lo a rapidesa de la progressió de la malaltia que faci que en un punt no pugui ser operat.	1
Simptomatologia i seqüeles fins a la data		1
Complicacions - Complicacions derivades per l'espera quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ No aplicable en alguns procediments.</li> <li>▪ Complicacions que traslladen una intervenció electiva amb una urgent.</li> </ul>	3
Risc de l'espera		1
Risc per desenvolupar altres patologies /empitjorament de la pròpia	En l'obesitat mòrbida el risc de desenvolupar diabetis i risc cardiovascular. En malalties de la llista –exclòs càncer i cirurgia cardiovascular– l'empitjorament és molt lent i oscil·lant.	1
Possibilitat de recuperació - Probabilitat de recuperació - Probabilitat de recuperació o millora	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A què es refereix exactament? "Ad integrum", a l'estat funcional propi de l'edat del pacient, a la situació del pacient abans d'iniciar la malaltia etc.</li> <li>▪ Pes: 10%.</li> <li>▪ 15%.</li> </ul>	9
Pronòstic d'èxit/probabilitat de millora important després de la intervenció	Això va lligat a l'existència de comorbilitats, que dependrà de les patologies. Per exemple, obesitat i artroplàstia de genoll.	1
Millora amb la intervenció		1
Grau de millora previst	O efectivitat clínica de la intervenció.	1
Probabilitat de millora		1
Críteris de recuperació: Físics, funcionals, i pal·liatius		1
Críteris de comorbidity: patologies associades		1
Limitació funcional	Per a activitats de la vida diària o més afinades i ajustades a l'edat.	1
Problemes funcionals causats per la malaltia		1
Críteris de limitació de la vida diària		1
Limitació per a activitats en vida diària - Limitacions en les activitats de la vida diària	Inclou tant les activitats corresponents a temps remunerat com no remunerat	6
Limitacions de la vida diària	15%	3
A causa del seu procés pot fer les seves activitats quotidianes o necessita ajuda?	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inclouria dos dels críteris de la Taula1: <ul style="list-style-type: none"> <li>– limitació de les activitats de la vida diària</li> <li>– limitació per treballar, estar actiu, estudiar</li> </ul> </li> <li>▪ Pes: 15%.</li> </ul>	1
Limitacions laborals o de la vida diària		1
Críteris de limitació social: Estudiar, feina, persona al seu càrrec, etc.		1
Incapacitat ajustada ( invalidesa per dur a terme activitats diàries, siguin aquestes de tipus laborals o no)	Un túnel carpià pot ser incapacitant per a un carnisser i menys incapacitant per a un conductor.	1

Críteris	Comentaris	Recompte
Limitació per treballar, estar actiu, estudiar - limitació laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relacionat amb l'edat laboral activa.</li> <li>15%.</li> </ul>	5
Limitacions per treballar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quan una persona estigui de baixa o estigui molt limitada a la seva feina a causa de la patologia.</li> <li>Amb els treballs que suposin esforç físic.</li> </ul>	4
Treballador en actiu	Recuperar força de treball, escurçar altres despeses públiques	1
Situació laboral	<ul style="list-style-type: none"> <li>A causa de la malaltia el pacient es troba en situació de baixa laboral.</li> <li>Pes: 10%.</li> </ul>	1
Està de baixa (ILT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>És un criteri economicista, però rellevant.</li> <li>15%.</li> </ul>	2
Discapacitat/creació de dependència a causa de la patologia	Sempre que la probabilitat que la discapacitat desaparegui després de la intervenció sigui gran (lligat a pronòstic d'èxit).	2
Càrrega per a la família	En el doble sentit: el malalt a càrrec de la família i la família a càrrec del malalt.	1
Críteris de necessitat de recursos: Cuidador, ingrés sociosanitari, hospital de dia, etc.		1
Dependència - Dependència d'altres persones	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pacient que depèn d'un altre com a conseqüència de la seva malaltia.</li> <li>Tenir una família.</li> </ul>	3
Depèn d'altres persones per realitzar activitats quotidianes		1
Tenir alguna persona que el cuidi	Sempre que es tracti d'una persona que sigui dependent o que la situació li produeixi dependència.	3
No tenir cuidador	Viure sol, sense ajut de ningú.	1
Persones al seu càrrec	<ul style="list-style-type: none"> <li>Responsabilitat en la cura d'altres persones (fills, pares).</li> <li>15%.</li> <li>Pes: 5%.</li> </ul>	6
Ser cuidador	Sempre que altres persones depenguin d'ell/ella i no les pugui cuidar per la patologia.	1
PRIORITAT (condicionaments personals, socials, d'entorn de pacient)	Limitacions laborals / escolars. Limitacions activitats de la vida diària. Dependències / Tenir cura d'algú.	1
Rol social	Aquest concepte engloba tres situacions importants: dificultat per cuidar, per treballar o per viure independent. No aplicable a alguns dels procediments.	1
Ofereix atenció a persones dependents		1
Edat	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mesura adequada del benefici o millora esperada podria fer quasi innecessària la inclusió d'aquest criteri.</li> <li>Prioritzar els més joves. Però només si els més grans superen l'esperança de vida en néixer d'aquell moment.</li> </ul>	9
Antiguitat	Dimensió temporal (Factor modulador del pes inicial)	1
Temps en espera - Temps a la llista d'espera	<ul style="list-style-type: none"> <li>Si no es té en compte, pot passar que algú amb pocs punts de prioritació no arribi a operar-se mai. Aplicable a tots els procediments.</li> <li>Per qualsevol patologia, temps màxim d'espera: 1 any.</li> <li>Aquest criteri hauria de servir tant sols per discriminar entre pacients amb igual puntuació a la resta de criteris.</li> </ul>	10
Problemes psicosocials		1

<b>Criteris</b>	<b>Comentaris</b>	<b>Recompte</b>
Nivell socioeconòmic	Prioritzar els més pobres perquè a) pateixen més la desigualtat de salut en termes estadístics, i b) tenen menys opcions de recórrer a la sanitat privada si l'espera és massa llarga.	1
Capacitat i voluntat per assumir una part del cost de la intervenció	Aquelles persones que tinguin capacitat de pagar part de la intervenció poden anar a una llista paral·lela, sense necessitat d'anar a una mútua privada.	1
Ús del serveis sanitaris durant l'espera		1

\* Els diferents colors, indiquen criteris amb significats semblants

### **Desenvolupament del grup nominal**

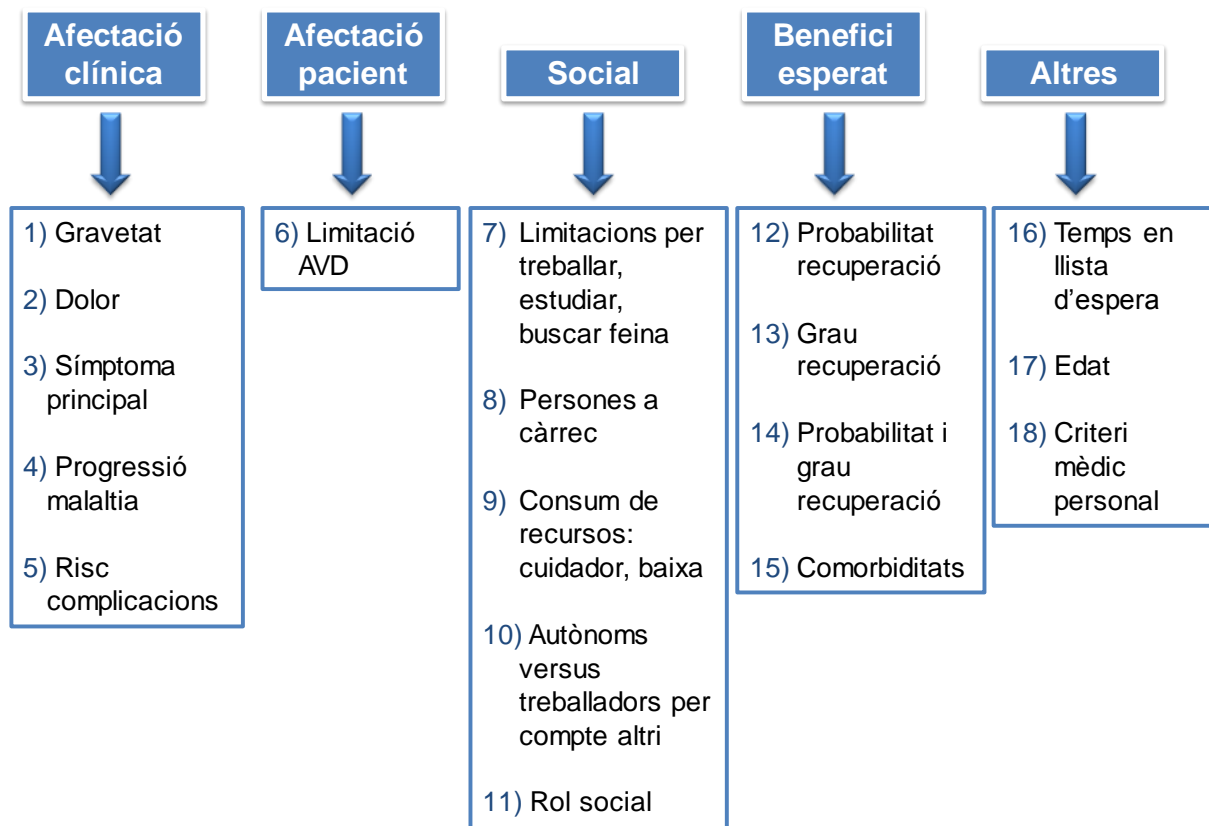
La sessió de discussió i consens va incloure un total de 17 experts (dels 23 contactats inicialment) segons la distribució que es mostra a la Taula 3.

**Taula 3. Distribució dels assistents al grup de discussió i consens segons expertesa**

<b>Tipus d'expertesa o àmbit de treball</b>	<b>Nombre d'assistents</b>
Gestió sanitària	4
Gestió clínica	4
Pràctica clínica	3
Economia de la salut	2
Investigació	2
Bioètica	1
Representants de pacients	1
<b>Total</b>	<b>17</b>

El grup d'experts va decidir orientar la discussió a partir de grans dimensions per posteriorment entrar en els criteris específics. En la Figura 3 es mostren les cinc grans dimensions que varen ser considerades, així com els divuit criteris que s'inclouen dintre de cadascuna, per a la seva posterior votació final.

**Figura 3. Esquema de les dimensions i criteris inclosos en cadascuna d'elles**



AVD: activitats de la vida diària

Les dues dimensions d'afectació es varen acabar fusionant en una única dimensió d'afectació clinicofuncional a criteri de l'equip investigador per la seva interrelació. El criteri *Rol social* s'entenia com una agrupació dels altres criteris especificats en l'àmbit social. De la mateixa manera, el criteri 14, *Probabilitat i Grau de recuperació*, també recull els dos anteriors. Quatre dels criteris seleccionats van ser eliminats abans de la votació: *Ser autònom versus treballadors per compte d'altri*, *Edat*, *Criteri mèdic personal* i *Temps en la llista d'espera*. En el cas de l'edat, es va considerar que podia estar implícit en el criteri Benefici esperat. La resta de criteris varen obtenir el següent nombre de vots (Taula 4).

**Taula 4. Nombre de vots per a cadascun dels criteris, en ordre descendent**

Criteris votats	Nombre total de vots
Limitacions en les AVD	17
Gravetat	15
Limitacions per treballar, escola, buscar feina...	12
Progressió de la malaltia	11
Síntoma principal	9
Risc de complicacions	9
Rol social	9
Dolor	8
Consum de recursos	7
Persona/es a càrrec	6
Probabilitat i grau de recuperació	6
Comorbiditats	6
Probabilitat de recuperació	5
Grau de benefici/recuperació	4

AVD: Activitats de la vida diària

Del conjunt de criteris es va considerar que el *Risc de complicacions* quedava inclòs dintre de la *Progressió de la malaltia*, i que de la mateixa manera, *Persona/es a càrrec* era implícit del *Rol social*, i que el *Dolor* era un *Síntoma principal*. També es va considerar que la *Probabilitat i el grau de recuperació*, en conjunt, era més significatiu que els dos criteris per separat. D'aquesta manera es varen sumar les puntuacions, i van quedar 7 criteris dins del sistema de prioritització que van ser ponderats, tal com es mostra en la Taula 5.

- *Gravetat*. Exploració clínica i proves complementàries o utilització d'alguna escala de gravetat clínica existent.
- *Síntoma principal/dolor*. Es refereix al grau del símptoma principal (es pot definir amb el tipus, la intensitat i/o freqüència del símptoma). En el cas que la patologia produeixi dolor, aquest es considerarà com a símptoma principal.
- *Progressió de la malaltia*. Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció:
  - risc de mort.
  - risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia.
  - reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció.
- *Limitacions en les activitats bàsiques de la vida diària*: Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (es poden definir les activitats més habitualment afectades en funció de cada malaltia). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia.
- *Probabilitat i grau de recuperació*: Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. (definir en funció de la malaltia) que



comportin, finalment, una millora global de la Qualitat de Vida Relacionada amb la Salut (QVRS). Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor.

- *Rol social*: Tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat (en cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries) i tenir alguna persona a càrrec del malalt (situació del pacient dins del nucli familiar, és a dir, la responsabilitat o no de tenir persones a càrrec; per exemple, fills, pares, etc. els quals ha de cuidar i en té la responsabilitat).
- *Limitacions per treballar a causa de la patologia*: Limitació per treballar a causa de la malaltia en les persones que es troben en edat de treballar o estudiar. Es consideren també les tasques de les mestresses de casa i dels aturats que busquen feina.

**Taula 5. Ponderació inicial dels 7 criteris escollits per formar part del sistema universal de prioritització**

Dimensió	Pes dimensió (%)	Criteris ponderats	Suma de les ponderacions	Pes criteri (%)
<b>Afectació clinicofuncional</b>	<b>66</b>	Gravetat	350	<b>21</b>
		Síntoma principal / Dolor	288	<b>17</b>
		Progressió de la malaltia	235	<b>14</b>
		Limitacions en les AVD	245	<b>14</b>
<b>Benefici esperat</b>	<b>14</b>	Probabilitat i grau de recuperació	230	<b>14</b>
<b>Social</b>	<b>20</b>	Rol social	192	<b>11</b>
		Limitacions per treballar, escola, buscar feina...	155	<b>9</b>

Els criteris d'afectació (clínica i del pacient) van ser els que varen rebre més pes, seguit del de benefici esperat i, en últim lloc, els criteris socials.

### **Consens dels pesos dels criteris**

El qüestionari es va enviar a 112 experts. La taxa de resposta va ser del 57%. En la Taula 6 es mostren els resultats de la ponderació dels criteris escollits. Dels criteris obtinguts, l'equip investigador va decidir separar el criteri "Rol social" en dos criteris diferenciats: "Tenir alguna persona a càrrec del malalt que necessiti atenció/cures" i "Tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat". Les respostes varen permetre també corregir les definicions generals dels criteris.

**Taula 6. Ponderació final i definicions finals dels criteris escollits per formar part del sistema universal de prioritització**

Dimensió	Pes dimensió (%)	Criteris i definicions	Pes criteri (%)
Afectació clinicofuncional	66	<b>Gravetat de la patologia</b> Exploració clínica i proves complementàries o utilització d'alguna escala de gravetat clínica existent. Important utilitzar escales objectives de gravetat clínica	23
		<b>Síntoma principal / Dolor</b> Es refereix al grau del símptoma principal (es pot definir amb el tipus, intensitat i/o freqüència del símptoma). En el cas que la patologia produeixi dolor, aquest es considerarà com a símptoma principal. Síntoma principal que afecta les activitats de la vida diària i la qualitat de vida relacionada amb la salut	14
		<b>Progressió de la malaltia</b> Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció: - risc de mort - risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia - reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció - complicacions passades - risc d'afectació d'altres òrgans adjacents o extensió de la patologia La progressió afecta la supervivència o pot modificar el tipus de cirurgia	15
		<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia</b> Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (es poden definir les activitats més habitualment afectades en funció de cada malaltia), que correspondrien, en general, a una persona de semblant edat i gènere sense la patologia en qüestió És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia, tot i que ha d'haver-hi una correlació o associació. Ja es parteix en general d'un grau d'afectació	14
Benefici esperat	12	<b>Probabilitat i grau de recuperació</b> Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. (definir en funció de la malaltia) que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut. Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor. Definir el nivell de probabilitat de recuperació que es consideri idoni	12
Rol social	22	<b>Tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat</b> En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat.	5
		<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne</b> Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador.	8
		<b>Limitació per treballar a causa de la patologia</b> Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats).	9

En el cas que es desestimi un criteri per no ser aplicable (per exemple, “no necessitar ningú que el cuidi per la malaltia d’interès”) aquest pren el valor zero, i no es recalculen els pesos restants perquè sumi 100.

### 3. Aplicació de l’experiència prèvia i consens no formal amb cirurgians

Fruit de l’experiència prèvia de l’AIAQS, l’equip investigador va determinar les definicions, categories i puntuacions dels següents criteris:

- Tenir alguna persona a càrrec del malalt que necessiti atenció/cures
- Tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat
- Limitacions per treballar a causa de la patologia

En la Taula 7 es recullen les categoritzacions i els pesos, si escau, dels criteris genèrics, així com els resultats obtinguts en els sistemes de prioritització elaborats per l’AIAQS. Els tres criteris s’han categoritzat basant-se en l’experiència anterior, en dues categories amb la puntuació mínima (0 punts per convenció) i màxima (pes d’aquell criteri en ser només dicotòmic).

**Taula 7. Aplicació de l’experiència prèvia de l’AIAQS en tres sistemes de prioritització específics dels criteris socials del sistema universal desenvolupat**

Criteris ponderats	Artroplàsties de genoll i maluc	Cataractes	Raquis	Sistema universal
<b>No tenir alguna persona que cuidi el malalt en cas de necessitat</b>				
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat.				
Té alguna persona o no la necessita	0	0	0	<b>0</b>
No té cap persona	6	6	5,5	<b>5</b>
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne</b>				
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador				
No està limitat	0	0	0	<b>0</b>
Està limitat	4	4	5,5	<b>8</b>
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia</b>				
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s’inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)				
No està limitat	0	0	0	<b>0</b>
Està limitat	9	9	9	<b>9</b>

Per a la resta de criteris clinicofuncionals es varen realitzar unes 3 reunions de consens per a cadascuna de les 7 especialitats, formades per grups de 4-6 cirurgians, membres de les societats científiques i l’equip investigador de l’AIAQS. En la Taula 8 es mostren les agrupacions de patologies per a cadascuna de les especialitats en què s’han desenvolupat sistemes específics de prioritització. S’ha de tenir en compte que s’han consensuat les especificitats per a la patologia més freqüent i per a la resta de patologies es considera que els pacients s’han de tractar de manera individualitzada. Es varen poder treballar les especificitats de 45 de les agrupacions de patologies/procediments (Annex 4).

**Taula 8. Patologies/procediments per especialitat quirúrgica en què s'han desenvolupat sistemes de prioritització específics**

<b>Especialitat</b>	<b>Patologies/procediments amb sistemes de prioritització</b>
<b>Angiologia i cirurgia vascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Varices</li> <li>• Malaltia arterial perifèrica (exclòs: peu diabètic i isquèmia crítica)</li> </ul>
<b>Ortopèdia i traumatologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologia degenerativa del maluc i genoll</li> <li>• Patologia lligamentosa del genoll</li> <li>• Patologia del peu i turmell</li> <li>• Patologia del raquis</li> </ul>
<b>Oftalmologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cataracta</li> <li>• Patologia de l'aparell lacrimal (dacriocistitis)</li> <li>• Patologia del pterigi</li> <li>• Patologia de parpella i conjuntiva (exclòs la ptosi)</li> <li>• Ptosí</li> </ul>
<b>Cirurgia general i digestiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparacions d'hèrnies</li> <li>• Fissura anal</li> <li>• Fístula perianal i quist pilonidal</li> <li>• Hemorroides</li> <li>• Colelitiasi simptomàtica</li> </ul>
<b>Otorinolaringologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colesteatoma</li> <li>• Problemes de la cadena ossicular o cirurgia funcional de la cadena ossicular</li> <li>• Miringoplàstia</li> <li>• Otitis mitjana serosa</li> <li>• Vertigen invalidant</li> <li>• Sordesa profunda postlocutiva</li> <li>• Patologia del cap i coll</li> <li>• Patologia de la laringe i faringe</li> <li>• Patologia del nas</li> </ul>
<b>Urologia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adenoma de pròstata</li> <li>• Fimosi</li> <li>• Vasectomia</li> <li>• Patologia benigna de l'escrotal</li> <li>• Patologia benigna del penis</li> <li>• Estenosi d'uretra</li> <li>• Litiasi</li> </ul>
<b>Ginecologia i obstetrícia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metrorràgia</li> <li>• Mioma simptomàtic i/o amb interferència reproductiva</li> <li>• Prolapse genital simptomàtic</li> <li>• Patologia mamària benigna</li> <li>• Atenció contraceptiva quirúrgica</li> <li>• Malaltia inflamatòria pelviana crònica o altre dolor pelvià amb indicació quirúrgica</li> <li>• Tumoració annexal benigna</li> <li>• Incontinència urinària en la dona</li> <li>• Patologia vulvovaginal i patologia cervical (preneoplàstica exclosa)</li> <li>• Patologia endometrial benigna asimptomàtica</li> <li>• Endometriosi profunda</li> </ul>

De les reunions amb els experts es varen fer algunes consideracions que queden resumides a la Taula 9.

**Taula 9. Consideracions extretes de les reunions amb cirurgians per a les diferents agrupacions de patologies/procediments identificats**

Especialitat Patologia/procediment	Comentaris
<b>Angiologia i cirurgia vascular</b>	
Accessos vasculars per hemodiàlisi	El sistema de prioritització per a aquest procediment queda pendent de treballar conjuntament amb nefròlegs
Cirurgia de caròtida	
Aneurismes arterials	S'ha considerat que aquestes patologies no haurien d'entrar en llista d'espera per a cirurgia electiva ja que són malalties de caràcter urgent o semiurgent
Isquèmia crítica	
Peu diabètic	
<b>Ortopèdia i traumatologia</b>	
Patologia degenerativa del maluc i genoll	Aquest sistema és una adaptació del sistema creat al 2003 <sup>1</sup>
Patologia del menisc	Sistemes específics pendents
Condrotopies	
Patologia del peu i turmell	Inclou la patologia degenerativa del turmell (osteocondritis), l'artrosi de turmell, la inestabilitat del turmell, la patologia d'avantpeu (galindons i metatarsàlgia) i el peu reumàtic
Patologia del raquis de l'adult	En el cas de la patologia de raquis en nens, aquesta es programa en funció de l'edat i la indicació quirúrgica. La mielopatia hauria de ser una urgència
Síndrome de compressió subacromial	
Patologia degenerativa articular	
Inestabilitat de l'espatlla	
Inestabilitat del colze	
Artropatia del colze	
Lesions tendinoses inflamatòries	Sistema específics pendent
Patologia degenerativa del canell	
Inestabilitat del canell	
Patologia degenerativa de la mà	
Lesions nervioses compressives (síndrome canicular)	
Seqüeles de lesions nervioses	
Es va considerar que la majoria de cirurgies pediàtriques són urgents o semiurgents i allò no urgent (malaltia de Perthes i similars, peus bots, etc.) depèn de la disponibilitat de quiròfans	
<b>Oftalmologia</b>	
Cataracta	Facoemulsificació i aspiració de cataracta i inserció de la pròtesi de cristal·lí intraocular amb extracció de cataracta. Moltes de les definicions i categories han estat definides a partir del treball previ realitzat per l'AIAQS l'any 20031
Patologia de l'aparell lacrimal	Dacriocistitis congènita i del nou nata, i dacriocistitis de l'adult. Hi ha també algun altre procediment, com per exemple per patologia de l'aparell lacrimal, que pel seu caràcter infreqüent s'ha descartat
Patologia de parpella i conjuntiva (exclòs la ptosi)	Inclou l'entropi i l'ectropi, les alteracions de les pestanyes, i la cirurgia menor de la parpella
Cirurgia de l'estrabisme	Aquest sistema ha quedat pendent de discutir amb els especialistes d'estrabisme si s'ha d'incloure en les llistes d'espera, ja que s'ha de fer en el moment oportú, i sense que tingui un component purament estètic
Glaucoma	Han estat considerats pels experts com urgents o semiurgents i no electives, amb temps d'espera relativament curts en funció de la patologia i, per tant, no han estat considerats per ser inclosos dintre del sistema universal de prioritització de llistes d'espera
Despreniment de retina	

<sup>a</sup> Segons els clínics experts aquesta patologia requereix una intervenció no més enllà del 6-12 mesos després de la indicació quirúrgica.

<b>Especialitat Patologia/procediment</b>	<b>Comentaris</b>
<b>Cirurgia general i digestiva</b>	
Reparacions d'hèrnies	Hèrnies inguinofemoral i altres <sup>b</sup>
Fístula perianal i quist pilonidal	Com no totes les fistules s'han d'operar, el criteri previ del clínic serà molt important
Colelitiasi simptomàtica	La colelitiasi asimptomàtica no entra en llista d'espera i les colelitiasis amb complicacions (colecistitis aguda, coledocolitiasi associada, colangitis, pancreatitis aguda, ili biliar, coleperitoneu, malignitat són cirurgies d'urgència
Operacions del tub digestiu inferior i superior <sup>c</sup>	Les operacions de tub digestiu inferior i superior són de baixa prevalença i, per tant, no s'han fet criteris específics
Operacions del sistema endocrí i hematològiques (perifèriques i centrals)	Les operacions del sistema endocrí i hematològiques haurien de tenir un cert caràcter prioritari
Obesitat mòrbida	Sistema específic pendent de consensuar amb un grup d'experts multidisciplinari que inclogui cirurgia general, endocrinologia i psicologia
Patologia de cap i coll digestiva	Sistema específics pendent. Inclou malformacions congènites i patologia de glàndula salival) que a vegades també és tractada per especialistes en otorinolaringologia i maxil·lofacial
<b>Otorinolaringologia</b>	
Problemes de la cadena ossicular	Cirurgia de reconstrucció. Inclou otosclerosi, timpanosclerosi i temps funcionals en cavitats quirúrgiques
Otitis mitjana serosa	Inclou els drenatges transtimpànics acompanyats o no d'adenoidectomia i/o amigdalectomia
Sordesa profunda postlocutiva	En nens de menys de 3 anys la sordesa profunda és prelocutiva i es considera molt preferent
Base del crani lateral	Els tumors de la base del crani anterior són molt poc prevalents i necessiten una atenció especial
Patologia de cap i coll	Inclou patologia de la glàndula salival, malformacions i quistos cervicals (tiroglòs i branquial)
Patologia de laringe i faringe amb prioritat alta	Inclou la papil·lomatosi laringia, les malformacions laríngies, l'estenosi laríngia i la paràlisi bilateral de cordes vocals.
Patologia de laringe i faringe amb prioritat baixa	Inclou la cirurgia de la pròtesi fonatòria, l'amigdalectomia per amigdalitis i adenoidectomia, la disfonia funcional (per processos inflamatoris, nòduls, pòlips...) i la patologia benigna de la faringe
Patologia de nas amb prioritat moderada	Inclou la cirurgia endoscòpica dels processos sinusals, l'apnea del son i roncopatia, els tumors benignes nasosinusals i la cirurgia endoscòpica de la poliposi nasal
Angiofibroma	S'ha considerat que els angiofibromes no es prioritzen entre ells i que tots tenen prioritat alta
<b>Urologia</b>	
Patologia benigna de l'escrotal	Inclou hidrocel·les, quists de cordó i quists d'epidídim
Patologia benigna del penis	Inclou el Peyronie quirúrgic o curvatura de penis i la pròtesi de penis
Biòpsia del testicle	S'ha considerat que s'ha de treballar amb especialistes de les unitats de reproducció: uròlegs, ginecòlegs i endocrinòlegs
Varicocele	No s'han prioritzat ja que tots els casos són iguals
També, és important considerar la cistoscòpia, que tot i tractar-se d'una prova, ocupa quiròfan i té grans llistes d'espera ja que no només s'ha de realitzar una primera prova com a diagnòstic, sinó que també, s'han de realitzar un seguit de proves per seguiment del pacient. També s'han de considerar d'incloure dins de les llistes d'espera la litotricia, que té un protocol de prioritació ben definit	

<sup>b</sup> Hi ha un grup específic a la Societat Científica de Cirurgia que es dedica a paret abdominal.

<sup>c</sup> Les operacions de tub digestiu superior no són, en general, patologies que entren en llista d'espera tot i que hi ha alguna patologia que sí com el reflux gastroesofàgic, les hèrnies de hiat gegants o altres malalties molt infreqüents.

Especialitat Patologia/procediment	Comentaris
<b>Ginecologia i obstetrícia</b>	
Metrorràgia	Els miomes que cursen amb metrorràgia es valoraran amb el sistema de prioritització específic per miomes
Patologia mamària benigna	Inclou el fibroadenoma i altres tumoracions benignes i la fístula. Aquesta patologia s'ha tractat juntament amb cirurgians generals. Queda pendent de determinar amb el CatSalut com tractar els procediments de cirurgia plàstica de mama
Atenció contraceptiva quirúrgica (lligadura de trompes,...)	S'ha comentat que com a alternativa a la lligadura de trompes existeix un altre procediment no quirúrgic per histeroscòpia ambulatoria, l'ESSURE, que és igualment eficaç i probablement molt més cost-efectiu. En aquest sentit s'hauria de plantejar que aquest procediment o altres de similars de caràcter ambulatori fossin la primera opció de tractament i la cirurgia de lligadura de trompes només fos indicada en cas de contraindicació d'aquests
Tumoració annexal benigna	S'entén per benigna la que s'ha valorat per ecografia i/o marcadors bioquímics i s'ha descartat la sospita de malignitat
Incontinència urinària en la dona	Compren la incontinència urinària d'esforç pura o mixta i fístules urinàries
Patologia vulvovaginal i patologia cervical (preneoplàstica exclosa)	Inclou quists vaginals, tàbics vaginals, condilomes...
Patologia endometrial benigne asimptomàtica	Els pòlips que cursen amb metrorràgia s'han considerat en el sistema de prioritització desenvolupat per a metrorràgies



## DISCUSSIÓ

---

### Discussió general

Internacionalment els sistemes identificats en la majoria dels casos són específics, en lloc d'universals. Això pot induir a pensar que hi poden haver diferències entre uns i altres. No obstant això, destaca la semblança entre el sistema obtingut i altres sistemes específics per patologia/procediment desenvolupats prèviament per l'AIAQS<sup>2,5</sup>. Aquesta orientació cap a un sistema universal es deu al procés de canvi de model de gestió de la llista d'espera endegat recentment pel Catsalut. Tal com s'ha comentat es vol passar d'un sistema de priorització de procediments (per tal d'acomplir els temps de garantia establerts) a un sistema de priorització de pacients de caràcter universal i genèric (els mateixos criteris i pesos a aplicar a tots els malats que entrin en llista d'espera). D'altra banda, aquest sistema universal de priorització podria ser aplicat pel CatSalut en aquells procediments/patologies que tenen temps de garantia establerts (16 procediments) en l'interim fins que no s'implementi el nou model de gestió de la llista d'espera per a la globalitat dels pacients i amb eliminació dels temps de garantia.

Les potencialitats d'un sistema de priorització d'aquestes característiques són diverses i cal destacar-ne les següents: 1) Promoure la priorització en base a la necessitat i benefici esperat de forma transparent i consistent; 2) Tenir major informació i potenciar l'equitat en la provisió d'aquest servei; 3) Disminuir, en part, l'angoixa del pacient en espera, 4) Poder ser un suport que doni legitimitat al metge; i 5) Augmentar la credibilitat i confiança del ciutadà en el sistema.

L'objectiu inicial del treball és introduir un sistema que, com els anteriors de l'AIAQS, es basi principalment en criteris de "necessitat" i "benefici esperat". Cal destacar, no obstant això, que la dimensió del "rol social" ha tingut més pes (22%) que la del "benefici esperat" (12%) a partir de les votacions d'un ventall d'actors implicats. Aquesta és una troballa interessant i que de segur introdueix un punt de vista no sanitari en tot el raonament. El "benefici esperat", és a dir, l'efectivitat és sorprenentment baixa atenent els debats actuals de prendre mesures de priorització que tinguin molt en compte l'efectivitat dels tractaments sanitaris i suggereix una valoració a fons a l'hora de la implementació. Sobre la qüestió de basar-se en aspectes de "necessitat" i de "benefici esperat de la intervenció", cal precisar que segons una destacada literatura<sup>10</sup>, el benefici esperat es pot entendre també com a necessitat sanitària. Segons aquesta interpretació, un pacient A necessita més que un pacient B els recursos sanitaris disponibles si el benefici esperat (en salut guanyada) de la seva utilització supera al benefici esperat en el cas que els utilitzi B, malgrat que A tingui una afectació clinicofuncional menys greu. En aquest document, "necessitat" s'entén com a gravetat.

L'altra interpretació vindria recollida en el concepte de "benefici esperat", també inclòs. Per acabar, cal destacar que de manera implícita el "benefici esperat" pot tenir (o té) en compte en part l'edat dels pacients. De fet, en l'àmbit internacional el concepte de "benefici esperat" va molt lligat als anys de vida esperats. El concepte de l'AVAQ (anys de vida ajustats per qualitat) o QALY (*the quality-adjusted life year*), en anglès, en priorització clínica, en economia de la salut, en bioètica) vol captar conceptualment aquesta idea. No obstant això, el poc pes obtingut per aquesta dimensió indica que les preferències ètiques dels



participants en aquest treball a l'hora de prioritzar els pacients en llista d'espera semblen doncs molt lligades a l'afectació clinicofuncional, complementada amb el rol social (que, en el fons, també té relació amb com afecta la malaltia al malalt, independentment de l'efectivitat del tractament). Aquesta troballa ja es va donar quan es van desenvolupar els sistemes de priorització específics per a cirurgia de cataracta i artroplasties de maluc i genoll. Seria important saber per què es mantenen aquestes preferències ètiques, i si aquestes són significativament diferents respecte a altres llocs on s'han dut a terme metodologies amb participació per determinar sistemes de priorització de pacients en llistes d'espera.

En la revisió de la literatura destaca que el criteri edat és força important. En els sistemes on s'ha tingut en compte té un pes d'entre un 9 i un 29%. En el grup de consens, 9 experts dels 21 que van contestar el qüestionari van assenyalar que l'edat era un criteri adequat. No obstant això, a la sessió presencial es va decidir eliminar aquest criteri perquè podia estar implícit o recollit indirectament en la dimensió del benefici esperat, com s'ha comentat abans, i els de limitacions de les activitats de la vida diària o per treballar a causa de la malaltia.

D'altra banda, cal comentar que criteris relacionats amb el nivell socioeconòmic o de renda del pacient no s'han contemplat com a rellevants per incloure en el sistema de priorització. En la literatura sobre el tema, la seva presència és escassa i, entre els experts, només dos hi van fer esment. Una raó d'això pot ser que vulguem un sistema sanitari públic sense discriminar l'accés per raons socioeconòmiques. Ara bé, ignorar la desigualtat econòmica en la priorització de pacients en llista d'espera pot tenir l'efecte no desitjat de beneficiar els pacients amb més nivell socioeconòmic, ja que aquests són els únics que *de facto* poden triar quedar-se a la llista d'espera si aquesta els beneficia o, si no és així, sortir d'ella per ser atesos a la sanitat privada (presumiblement amb molta menys llista d'espera). El resultat és que el sistema de priorització proposat no evita que els malalts amb més poder adquisitiu siguin atesos (pel sistema sanitari públic o privat) sistemàticament abans que els altres, la qual cosa va clarament contra l'equitat. La inclusió de criteris socioeconòmics ajudaria a tenir en compte les desigualtats socioeconòmiques en la salut de la població i com aquestes afecten l'equitat en la salut i en l'accés al sistema sanitari (i, per tant, com pot afectar la priorització de pacients en llista d'espera a les desigualtats de salut existents).

L'evidència disponible ens diu que per a l'abordatge de les llistes d'espera són necessàries mesures a diferents nivells (sobre l'oferta i la demanda, de reducció del volum i del temps d'espera però també de gestió i racionalització de la llista d'espera), a diferents terminis (curt, mitjà i llarg) i sustentades en necessitats avaluades que poden ser diferents en les diferents patologies. En aquest sentit, el desenvolupament de criteris d'indicació dels procediments d'interès mitjançant guies de pràctica clínica o instruments d'adequació de la indicació ha estat una de les mesures més ressaltades pels clínics participants. D'altra banda, els sistemes d'informació sobre llistes d'espera han millorat però continuen sent insuficients per recolzar estratègies de priorització. Pràcticament no hi ha recerca avaluativa en una àrea tan important del sistema sanitari i les dificultats d'accedir a la informació poden explicar-ho; de manera que hi ha grans incerteses sobre els efectes positius o negatius d'unes i altres mesures. A més a més, el desenvolupament de sistemes de priorització requereix d'un consens professional previ i ampli, però també polític.

Molts dels procediments inclosos en llista d'espera de les diferents especialitats quirúrgiques no són sols procediments electius (discrecionals i que es poden programar), sinó que responen a "procediments sensibles a les preferències dels pacients"; en el sentit que hi ha més d'una opció i que el resultat dependrà de l'opció escollida. El problema, com s'ha referit i més quan els pacients arriben a mans de l'especialista, està que en la seva decisió d'intervenir (quirúrgicament), és l'opinió del metge (cirurgià), més que les preferències del pacient, el factor determinant. En conseqüència, fàcilment s'acaba operant a pacients equivocats, és a dir, aquells que si haguessin estat completament informats (dels pros i contres, de les probabilitats i alternatives existents), no haurien escollit la intervenció. Per corregir aquesta situació cal deixar de banda la decisió delegada (i, en part, la doctrina del consentiment informat ara per ara imperant) per un procés de decisió compartit amb l'elecció per part d'un pacient plenament informat. No ha d'estranyar que molts d'aquests procediments en llista i sensibles a les preferències dels pacients siguin d'aquells que mostren una més àmplia variabilitat entre territoris (àrees petites, regions, estats). La implementació d'una presa de decisions compartida amb un pacient informat, fins hi tot a través d'instruments que ajuden a prendre les decisions, pot contribuir a la reducció de les taxes d'utilització d'alguns d'aquests procediments electius<sup>11</sup>.

En els sistemes universals amb criteris genèrics de prioritització trobats a la literatura hi ha una certa tendència a utilitzar criteris més subjectius (per exemple, deteriorament de la condició o factors socials). Però també s'utilitzen altres criteris més objectius com els definits en el nostre sistema de prioritització. En el sistema que proposa aquest document, tot i la utilització de criteris genèrics, això s'ha resolt treballant les especificitats per les diferents patologies/procediments quirúrgics, col·lapsant criteris que es superposaven, i agrupant només aquells procediments que es podien mesurar de la mateixa manera. La qualitat de vida, un criteri considerat rellevant pels especialistes i, òbviament, pels pacients, queda englobat dins de criteris com el de les limitacions en les activitats de la vida diària, o en el de probabilitat i grau de recuperació. Alguns punts controvertits recollits a la literatura també han sortit en algunes de les reunions realitzades, com són l'edat o el fet de prioritzar aquells pacients amb més èxit de recuperació i que porten a un dilema ètic.

Un punt crucial és que els pacients són incorporats a la llista d'espera no només perquè ho vulguin o exigeixin ser-hi, sinó també, per la indicació d'un metge<sup>12</sup>. Diferents metges poden prendre decisions diferents sobre quan incorporar un pacient en una llista d'espera determinada. En algunes de les reunions realitzades s'ha suggerit que cal una revisió de la pràctica clínica en la indicació per a alguns dels procediments en llista d'espera com ara la inclusió en les llistes d'espera de proves diagnòstiques com la cistoscòpia o procediments com la litotricia, que ocupen quiròfans; o, per acabar, la necessitat de considerar alternatives no invasives a alguns procediments quirúrgics, com és el cas de l'ESSURE, en substitució de la cirurgia per a lligadura de trompes.

Entre les dificultats i limitacions identificades en el desenvolupament d'aquest treball cal destacar-ne les següents. En relació amb el desenvolupament de les especificitats del sistema de prioritització universal, el treball amb els cirurgians va partir de la llista de 60 grups (agrupadors) dels procediments amb llista d'espera del Registre del CatSalut basada en els codis de la CIM. Aquesta llista inicial, però, no donava resposta al criteri dels especialistes a l'hora d'agrupar les intervencions/patologies des d'un punt de vista de la seva pràctica

clínica per prioritzar la llista d'espera; pel que bona part de la discussió inicial amb ells va anar dirigida a confeccionar la llista de patologies/procediments que entren en llista d'espera per tal d'abordar aquells més freqüents a l'hora de definir les especificitats per a sistema universal de prioritització. Un altre aspecte fou la dificultat d'haver de desenvolupar especificitats per a les patologies/procediments més freqüents a partir d'un marc general de criteris i els seus pesos definits prèviament. L'opció presa per l'equip investigador per precisament poder donar cabuda a la diversitat de situacions clíniques possibles va ser la de poder agrupar criteris (i els seus pesos).

D'altra banda, per a alguns dels sistemes específics desenvolupats (per exemple, en el cas del vertigen invalidant o la fimosi), i amb l'ànim d'obtenir instruments al màxim de simples i fàcils d'administrar, la major part dels criteris només tenen dues possibles categories de resposta. Aquesta dicotomia de les puntuacions dels criteris podria resultar en múltiples empats entre la prioritat dels pacients i, per tant, la poca discriminació entre aquests per ordenar-los en la llista d'espera (o l'elevada homogeneïtat dels pacients que entren en llista d'espera). En la pràctica, aquests empats podrien dirimir-se per la regla FIFO (temps que porten esperant-se) com a criteri secundari.

També cal comentar que tot i tractar-se d'un sistema universal amb criteris genèrics i comuns per ser aplicat a tots els pacients que entrin en llista d'espera la seva administració no està exempta de dificultats en el sentit del nombre de criteris que s'ha de manejar (8 criteris, menys en els casos que s'han ajuntat alguns d'ells) i per la gran diversitat d'especificitats desenvolupades (45 instruments específics), el que pot fer complex el procés de selecció, administració i registre de la informació per a cada malalt. En qualsevol cas, l'automatització i protocolització a través de formularis a administrar en la pràctica clínica és fonamental. Igualment, comptar amb l'ajut d'infermeria i treball social per completar les puntuacions, pot ser una opció a valorar.

Un altre aspecte a destacar de l'elaboració d'un sistema universal de prioritització de pacients en llista d'espera és que pot contribuir a dificultar que els professionals intervinguin arbitràriament en la llista d'espera per donar prioritat a familiars, amics i col·legues. Això pot ser positiu des del punt de vista de l'equitat general, però pot ser negatiu per a la implementació del sistema de prioritització proposat si alguns professionals perceben que el sistema no els permet seguir una pràctica tan tradicional i coneguda com poc transparent. Això planteja també la necessitat d'estudiar amb rigor la influència d'aquesta pràctica en la confecció i ús de les llistes d'espera.

D'altra banda, com a potencialitat es destaca que el sistema de prioritització proposat pot fer augmentar l'equitat. Això seria així, però, únicament al territori català (la qual cosa podria ser compatible amb un augment de la iniquitat entre el territori català i altres territoris de l'Estat espanyol). Aquest és un punt important si l'objectiu és millorar l'equitat general (i no només la territorial) en l'accés a la cirurgia electiva. L'equitat territorial compara els territoris. L'equitat general compara els malalts entre si i, en última instància, els ciutadans entre si.

El procés de desenvolupament i avaluació d'un sistema de prioritització és complex, llarg i costós. La proposta que fa aquest treball intenta respondre a la necessitat del CatSalut en un temps limitat, el que no ha permès incloure alguns elements que podrien ser rellevants

com la implicació d'altres actors (ja sigui els propis pacients, la població en general o altres professionals sanitaris o socials relacionats). No obstant això, cal reconèixer i agrair la intensa dedicació dels experts i clínics participants, especialment als cirurgians com a principals actors, que han fet possible obtenir les propostes que es presenten en aquest treball així com les seves opinions cabdals per assegurar una implementació efectiva d'aquestes.

Els avantatges del nou sistema són prou importants. La priorització universal basada en el pacient, i no en el procediment, pot permetre comparar entre procediments de la mateixa especialitat (després de fer comparables les escales de prioritat), és més transparent i justa. Un altre punt fort és que combina la universalitat amb l'especificitat, ja que s'ha aconseguit definir escales de mesura adaptades per als procediments més freqüents, respectant els pesos generals. Amb això s'aconseguirà, possiblement, reduir la variabilitat entre els professionals que calculin les puntuacions dels pacients. Una altra fortalesa és, doncs haver comptat amb els professionals, els cirurgians, per definir les escales específiques d'aquestes patologies d'alta incidència.

En definitiva, el nou sistema aconsegueix un difícil equilibri entre la sofisticació i la simplicitat, entre l'objectivitat i la consideració de circumstàncies personals. I, en qualsevol cas, el sistema hauria de ser flexible i adaptable a la vista dels problemes pràctics que puguin sorgir. Ara bé, la dificultat i el cost d'administrar un instrument que té un nombre considerable de criteris (8) i, sobretot, d'instruments específics (45), és real i aconseguir una gestió eficient és un repte, sens dubte.

### **Implementació d'un sistema de priorització**

L'aplicació d'un sistema de puntuació de priorització de pacients generalment implica canvis en la gestió de les llistes d'espera per part del Catsalut. En primer lloc, es passa d'un sistema en què el temps d'espera és l'únic criteri a tenir en compte (*First In First Out* –FIFO-) a un altre on es consideren altres criteris més relacionats amb el grau de necessitat que presenta el pacient. En segon lloc, es passa d'un sistema implícit de priorització (segons els criteris dels professionals en alguns pacients no es respecta el sistema FIFO i en alguns pacients el temps d'entrada a la llista d'espera no és l'únic criteri utilitzat) a un altre amb criteris explícits. És a dir, implica una gestió més transparent: els pacients i tots els professionals poden conèixer, prèviament a entrar en llista d'espera, com es valorarà la prioritat. L'aplicació de criteris explícits també redueix la variabilitat entre metges, centres o regions en la valoració de la prioritat, però per contra introdueix fortes rigideses en el procés de decisió clínica i redueix l'autonomia de gestió (en llistes d'espera) dels centres o de les regions sanitàries.

Seguidament es proposen punts per a la discussió que poden afectar d'una forma o altra la factibilitat d'implementació del sistema de priorització. Es discuteixen, també, aquells aspectes clau que poden influir en l'acceptació d'un sistema de priorització de llistes d'espera per part de tots els agents implicats (cirurgians, altres professionals sanitaris, gestors, polítics, pacients i població general).

## **1. Acceptació per part dels diferents agents: pacients/població, metges i gestors**

La proposta de prioritització que es presenta a Catalunya s'ha fet sobre l'experiència prèvia de participació dels diferents agents tal com s'ha recomanat des de les diferents experiències internacionals. Per tant, el mètode proposat es fonamenta en l'opinió dels diferents punts de vista que es poden expressar des del col·lectiu de professionals, pacients o familiars i població general. De fet, en els sistemes de prioritització previs per a artroplasties de maluc/genoll i cirurgia de cataracta es van observar diferències entre els col·lectius participants quant a les puntuacions i al pes assignat als diferents criteris i nivells. Tots els grups van donar més importància als criteris clínics (excepte probabilitat de recuperació) i funcionals que als criteris socials, però de forma diferencial entre ells. Aquestes discrepàncies es podrien explicar per la diferent experiència (sofriment del dolor, discapacitat i adaptació a aquesta) o coneixement tècnic de la malaltia (col·lectius professionals versus no professionals). Tot i que globalment les diferències no són contraposades, la consideració dels diferents punts de vista dels agents implicats s'ha cregut rellevant per les variacions observades i el potencial impacte que això pot tenir a l'hora de prioritzar la llista d'espera.

Altres aspectes crítics que poden afectar l'acceptació són:

### **1.1. TRANSPARÈNCIA DEL SISTEMA**

La utilització de criteris explícits comporta una major transparència en el procés de prioritització dels pacients en llista d'espera. Tanmateix, cal contemplar la possibilitat que el sistema no es pugui aplicar en determinats pacients.<sup>d</sup> En aquests casos es poden aplicar dues estratègies:

- Excloure aquests pacients del sistema de prioritització per puntuació
- Incloure criteris extraordinaris que s'aplicarien en aquests pacients
- Aplicar el marc general amb els criteris genèrics i els pesos obtinguts

En qualsevol de les estratègies els avantatges són que:

- Millora la validesa interna del sistema en tractar diferencialment els casos amb característiques especials que no han estat contemplades en el procés d'elaboració del mètode de puntuació.
- Millora l'acceptació dels professionals perquè incrementa la validesa interna.
- El sistema de criteris extraordinaris o l'aplicació del marc general enfront de l'exclusió del cas presenta l'avantatge que és més explícit i, per tant, més fàcilment avaluable.

---

<sup>d</sup> Es donaria el cas quan el professional que avalua el pacient considera que el sistema de puntuació no és vàlid al no contemplar aspectes clínics, funcionals o socials que afecten especialment aquell cas.

Desavantatges:

- Disminueix la fiabilitat del sistema en el cas d'aplicar-se incorrectament o excessivament.
- La disminució de la transparència incrementa el risc d'utilitzar criteris de "relació/parentiu/..." fet que comportaria una deslegitimització del sistema.<sup>e</sup>

D'altra banda, el document dóna per fet que una major explicitació dels criteris i una major transparència (pública) és un fet positiu. Cal tenir en compte, però, que podria no ser així. Si els malalts fan una avaluació moral diferent a la continguda en el sistema de prioritització, podria augmentar la seva indignació i frustració en veure's perjudicats per un sistema de prioritització que no comparteixen (per exemple, perquè no creguin que el rol social i el benefici esperat hagin de tenir cap pes en la prioritització). En canvi, si el sistema de prioritització funciona, però no és conegut pel malalt, no es produiria la desutilitat en aquests malalts.

## 1.2. SISTEMA OBLIGATORI VERSUS RECOMANACIÓ

L'aplicació d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera quirúrgica es pot plantejar com una recomanació o guia de suport a la decisió clínica o, alternativament, com un sistema a aplicar obligatòriament a tots els pacients que compleixin criteris d'inclusió. La majoria de les experiències en altres països es basen en un sistema obligatori, si bé algunes propostes com les de la *British Medical Association*<sup>13</sup> s'orienten més cap a la recomanació.

Es proposa l'opció que el sistema sigui obligatori per a tot el territori. En aquest cas, caldrà definir els criteris d'inclusió i exclusió per a cada procediment quirúrgic, criteris que haurien de ser revisats periòdicament després de la implantació generalitzada del sistema.

Avantatges:

- Garanteix millor l'equitat i redueix la variabilitat en la pràctica clínica.
- Millora la transparència del sistema.
- Permet una millor gestió de llistes d'espera a nivell centralitzat per part del finançador (CatSalut).

Desavantatges:

- Incrementa la rigidesa en la gestió de pacients i redueix l'autonomia de decisió dels professionals i dels centres. En conseqüència, pot comportar una menor acceptació del sistema proposat per part dels professionals o centres.

---

<sup>e</sup> Es considera que actualment una part important de la gestió de la llista d'espera respon a aquests criteris, tanmateix no s'ha fet cap anàlisi seriós del tema.



- Comporta la necessitat d'una avaluació sistemàtica del grau de compliment del sistema de puntuació, especialment per tal de disminuir el biaix de sobreestimació de la prioritat.

### 1.3. NECESSITAT DE REAVALUAR ELS PACIENTS AMB PUNTUACIÓ DE BAIXA PRIORITAT

Si s'accepta que hi ha una demanda superior a la capacitat de l'oferta, els sistemes de prioritització comporten que alguns pacients amb baixa puntuació restin al final de la llista sistemàticament o precisin d'una nova avaluació. En aquests casos es plantegen diferents opcions:

- Reavaluar els pacients, per exemple cada any. Per tant, aquesta reavaluació es limitaria als pacients que tenen un temps d'espera inicial superior a un any.
- Modificar la puntuació en funció del temps. S'assumeix una progressió de la malaltia al llarg del temps que modificaria els criteris (per exemple, de gravetat o capacitat funcional) i, per tant, la puntuació final. La funció entre temps i increment de prioritat s'hauria de basar en dades empíriques.
- Establir temps màxims d'espera o temps de garantia de forma que tothom s'ha d'haver operat abans d'aquest temps en el seu centre o en un centre alternatiu; aquesta opció s'està aplicant en aquests moments a Catalunya per a alguns procediments.

La primera opció, en les actuals circumstàncies, comportaria unes càrregues de treball excessives en la majoria dels hospitals. Caldria pensar en una opció mixta, com per exemple aplicar la reavaluació en els casos més extrems (de baixa prioritat) i assegurar el compliment dels temps de garantia. En aquest cas, es garanteix, així, l'equitat per a un nivell de prioritització/necessitat, i per sota d'aquest dependrà de cada territori o regió, podent-se acceptar uns nivells de variabilitat superiors (en el temps d'espera), ja que la prioritització és menor.

Amb aquesta opció els temps màxims de garantia acaben sent un criteri residual, no se suprimeixen i, d'altra banda, possiblement sigui un criteri fàcilment incorporat a l'algorisme: els pacients que estiguin a punt d'arribar a aquest temps màxim garantit passarien, automàticament, al primer lloc de la llista, sense necessitat de reavaluació.

## 2. Factibilitat d'utilització dels sistemes de puntuació

Es plantegen diferents aspectes relatius a l'operativa o logística d'implementar els sistemes de puntuació per prioritització:

### 2.1 COMPARABILITAT ENTRE DIFERENTS PROCEDIMENTS / LLISTES

La màxima puntuació no tindrà el mateix significat clínic en una o altra patologia. Algunes possibles solucions metodològiques són l'establiment de factors de correcció entre patologies/procediments, o l'establiment de dos o tres grups de prioritat, definits amb punts de tall o llindars de prioritat per a cada patologia/procediment o grup de patologies/procediments per als quals s'han desenvolupat especificitats. Alguns grups de

cirurgians varen començar a treballar en aquesta direcció però cal destacar que s'ha de seguir treballant en aquest punt, amb una visió global de les diferents especialitats i una simulació d'aquests valors reflecteixen la realitat. De qualsevol manera, i per tal de no fer diferències entre aquells procediments escollits amb prioritat "alta" o els triats amb prioritat "baixa", la gestió d'aquests grups hauria de ser equitativa. Demores excessivament llargues en tractaments que són necessaris, tot i que estiguem parlant de patologies benignes, poden tenir àmplies conseqüències negatives i posar en perill el principi de proporcionar un accés equitatiu<sup>12</sup>. L'establiment de temps màxims d'espera, com s'ha comentat anteriorment, pal·lia aquest problema.

## 2.2. PERFIL DELS PROFESSIONALS RESPONSABLES DE VALORAR EL PACIENT

La valoració de la prioritat del pacient està sota la responsabilitat del metge que porta aquell pacient. Tanmateix, els aspectes logístics en relació amb qui i quan s'avalua el pacient en cadascun dels criteris es poden organitzar en funció de cada centre i la càrrega assistencial, sempre i quan es garanteixi un nivell mínim d'aprenentatge per part dels professionals implicats en la valoració. L'aplicació de criteris extraordinaris o exclusió del pacient seria responsabilitat del metge que porta el pacient.

En aquest sentit s'han esmentat possibles altres agents que poden intervenir en la valoració de la prioritat d'un malalt, des del metge o infermera de família, probablement més coneixedors de les limitacions funcionals i la situació social dels pacients, o personal d'infermeria o fins i tot administratiu en l'entorn hospitalari que també pugui valorar alguns d'aquests aspectes.

D'altra banda, cal garantir que en el moment de programar la cirurgia es conegui de forma aproximada el temps previst d'espera i que aquest es comuniqui al pacient. Per tant, el metge responsable de la decisió i programació de la cirurgia haurà de disposar d'un sistema que, a partir de la puntuació obtinguda pel pacient, permeti informar del temps d'espera<sup>f</sup>. Aquest sistema pot establir-se a partir d'unes taules que es modificaran periòdicament (cada 6 mesos o un any) o d'un sistema informàtic que estimi automàticament el temps d'espera. Seria millor aquesta darrera opció, però en qualsevol cas el CatSalut hauria de garantir una de les dues opcions.

## 2.3. CONTROL DEL BIAIX EN EL SENTIT D'INCREMENT DE LA PUNTUACIÓ

En aquest sentit, es proposen mesures de control relativament fàcils de realitzar a partir de reavaluacions aleatòries (auditories).

## 3. Aplicació centralitzada o descentralitzada per hospital

Es plantegen bàsicament dues opcions amb possibilitats intermèdies. Una primera opció és la de gestionar de manera centralitzada (a nivell de tot Catalunya o per cada regió sanitària) les llistes d'espera. Un cop resolta la qüestió de la comparabilitat entre puntuacions de prioritació per diferents procediments quirúrgics, els pacients en llista d'espera de tots els centres del territori s'ordenen en relació amb la puntuació de prioritat i és en aquest ordre

---

<sup>f</sup> El càlcul d'aquest temps d'espera dependrà finalment del sistema adoptat: centralitzat, mixt o descentralitzat; si s'apliquen o no temps màxims d'espera; si es reavaluen o no els pacients amb baixa prioritat, etc.



que s'intervenien. Una segona opció, descentralitzada, és que la gestió de les llistes d'espera sobre la base del sistema de prioritització s'apliqui en cada centre de manera independent.

### **3.1. Gestió centralitzada**

Avantatges:

- S'avalua la prioritat en un mateix *pool* a tots els pacients i, per tant, el temps d'intervenció serà similar en totes les regions i hospitals per a cada nivell de prioritat. Es garanteix l'equitat i es redueix al màxim la variabilitat entre hospitals i àrees geogràfiques.

Desavantatges:

- Presenta dificultats importants de gestió a causa de la necessitat de derivacions de pacients entre hospitals i, molt especialment, si és el cas, entre regions. Aquestes derivacions impliquen el consentiment i l'acceptació en primer lloc del pacient, i els pacients no ho solen acceptar, prefereixen esperar; i, en segon lloc, de l'hospital/cirurgià.

### **3.2. Gestió descentralitzada**

Avantatges:

- És una opció logísticament més simple d'aplicar. Cal garantir un bon compliment del sistema que, com ja s'ha comentat, es podria fer a partir d'avaluacions sistemàtiques o auditories per part del CatSalut.
- Garanteix una major autonomia dels clínics i centres assistencials en la gestió de les llistes d'espera i en general de la demanda.

Desavantatges:

- Principalment no garanteix l'equitat territorial ni intercentres. Si considerem dos hospitals amb una tipologia de pacients similars i el primer hospital té molts més pacients en llista d'espera, aleshores el temps d'espera per a un mateix nivell de prioritat serà major en aquest hospital.

### **3.3. Opció mixta**

A Nova Zelanda s'aplica una opció intermèdia. La llista d'espera la gestiona descentralitzadament cada hospital, ordenant els pacients en funció de la puntuació proposada, però sempre i quan garanteixi que els pacients amb un nivell determinat de prioritat es podran operar en un temps màxim també predeterminat. En el cas que no es pugui garantir aquest temps d'espera, aleshores s'ofereix al pacient la possibilitat d'anar a un altre centre. A partir d'aquest moment aquest pacient passa a ser 'gestionat' de manera

centralitzada (en el nostre cas seria gestionat a cada regió sanitària o bé globalment per tot Catalunya).

Com més homogeni sigui el temps d'espera per nivell de prioritat entre els diferents centres, més descentralitzada serà la gestió de pacients. En el cas que hi hagi importants desequilibris entre hospitals, aleshores és quan actuarien nivells més centralitzats (regions o serveis centrals del CatSalut).

Els valors de temps màxim d'espera i nivell de prioritat es poden definir a partir de criteris clínics i/o en relació amb la capacitat de l'oferta (de la regió o global de Catalunya). Així, per exemple, si en una regió la mitjana de temps d'espera per a un nivell de prioritat de 50 punts és de 6 mesos, el que es garanteix és que tots els pacients, independentment de l'hospital, es podran operar amb aquest temps d'espera per a un nivell de prioritat de 50 o més punts. Per tant, si en un hospital determinat els pacients amb un valor de prioritat inferior a 50 han d'esperar-se més de 6 mesos, se'ls informarà de la possibilitat d'operar-se en un altre hospital.

En relació amb la definició de temps màxim d'espera per a diferents nivells de prioritat a partir de criteris clínics alguns dels grups de treball de cirurgians participants en aquest treball així com el Comitè Científic Clínic en els treballs previs per a artroplasties de maluc/genoll i cirurgia de cataracta han fet algunes propostes<sup>1</sup>.

#### **4. Incentius per a l'aplicació del sistema de priorització**

La complexitat del sistema que es proposa fa necessaris alguns mecanismes per garantir el procés, com per exemple sistemes d'incentius econòmics per a l'hospital. El marc de l'actual sistema de finançaments planteja dues possibles actuacions que es podrien aplicar paral·lelament:

**4.1. INCLOURE EN EL CONTRACTE AMB ELS PROVEÏDORS UNA CLÀUSULA DE COMPLIMENT DEL SISTEMA DE PUNTUACIÓ DE PRIORITZACIÓ DELS PACIENTS EN LLISTES D'ESPERA, SIMILAR A LES CLÀUSULES DE COMPLIMENT D'OBJECTIUS DEL PLA DE SALUT. ES POT PLANTEJAR COM UN INCENTIU POSITIU O NEGATIU.**

Avantatges:

- És un incentiu econòmic relativament neutre en no comportar un biaix en el sentit de sobrevaloració o subvaloració de la priorització.
- És fàcil d'aplicar i es disposa d'experiències similars pel que fa a altres objectius del contracte amb els hospitals.

Desavantatges:

- Pot tenir un impacte baix en el procés real de priorització. Se centra principalment en l'aplicació dels sistemes d'informació o mesura de la priorització i no en la gestió de llistes d'espera; tot i que podria vincular-se a la gestió (ordenació) real de la llista d'espera.

#### 4.2. EL SISTEMA DE FINANÇAMENT POT INCORPORAR RECURSOS ESPECÍFICS PER A LA GESTIÓ DE LLISTES D'ESPERA QUE, ENTRE ALTRES ASPECTES, ESTARAN CONDICIONATS A L'APLICACIÓ DELS SISTEMES DE PRIORITZACIÓ.

En el cas de Nova Zelanda es va dotar el programa de priorització de llistes d'espera amb recursos addicionals amb la finalitat de garantir un temps màxim d'espera per a un nivell determinat de prioritat.

L'objectiu és incentivar la rapidesa en aquells pacients que presenten més necessitat, és a dir, que tenen una major prioritat. En concret, es tractaria que el sistema de finançament o concertació dels hospitals incentivi la productivitat (major activitat) en aquells procediments quirúrgics que presenten importants llistes d'espera, però condicionat al fet que els pacients estiguin per sobre d'un nivell determinat de prioritat. És el que el CatSalut anomena "compra addicional" però sense establir garanties en funció de la puntuació de prioritat.

Avantatges:

- S'incentiva la gestió de la llista d'espera i més globalment de la demanda. Els hospitals han de gestionar la demanda sobre la base de la valoració de la necessitat o prioritat que presenta cada pacient i la capacitat de l'oferta del propi hospital i del conjunt del sistema.
- El finançador pot gestionar millor el que compra al proveïdor, discriminant en funció de les necessitats dels pacients.

Desavantatges:

- L'aplicació d'aquest sistema pot comportar un biaix en el sentit de sobrevalorar la prioritat del pacient.
- Aquesta opció és la més complexa però necessària.

Finalment, es considera de gran rellevància que en el marc de la implementació i posteriorment es pugui auditar l'aplicació del sistema, dur a terme estudis de caràcter qualitatiu, dirigits als centres i als professionals, per conèixer de primera mà aspectes i barreres relacionats amb la implementació; així com dur a terme polítiques per evitar la transformació del sistema en un tràmit burocràtic a salvar per incloure els pacients en llista. Són problemes que ja es van donar en l'experiència anterior i que caldria evitar per disposar d'una eina útil per abordar la gestió de les llistes d'espera.

#### **Següents passos**

Els següents passos a fer intenten, d'una banda, pal·liar aspectes com la reduïda participació d'experts o la validació psicomètrica dels instruments; i de l'altra, establir la comparabilitat o transversalitat del sistema de priorització entre les diferents patologies/procediments dins d'una mateixa especialitat quirúrgica.

La validesa aparent la donaria el treball amb les societats científiques, el constructe s'obtindria de la comparació amb altres instruments (escala visual analògica –EVA- de

prioritat quirúrgica segons els cirurgians, instruments específics de salut percebuda pels pacients, etc.), i la fiabilitat es podria avaluar amb un *audit* o elaborant escenaris teòrics que fossin valorats per 2 o més observadors. La validesa de criteri es difícil d'avaluar ja que no es disposa de referències o *gold-standards*. Així, seria necessari realitzar una prova pilot per tal de validar aquest instrument i estudiar el seu impacte en la pràctica clínica/gestió assistencial en el si del nou model de gestió de la llista d'espera.

Ja s'ha dit que els pesos dels criteris s'han obtingut amb la participació d'experts, i no de la societat en el seu conjunt. En ulteriors fases, aquests pesos es poden anar reestimant i afinant amb la incorporació progressiva d'informació procedent de consultes als diferents col·lectius d'interès o actors (*stakeholders*) ja siguin els pacients, la població general o altres grups de professionals sanitaris. L'avantatge és que deixar "flotar" els pesos fins que s'estabilitzin no seria costós ja que anirien canviant de manera automàtica en l'algoritme de càlcul de les puntuacions dels pacients. És possible que acabin coincidint molt amb els pesos obtinguts en aquest treball, ja que d'altra banda són molt semblants als obtinguts en anteriors treballs de l'AIAQS. No obstant això, la revisió de la literatura conclou que hi ha gran variabilitat de pesos entre països.

El sistema de priorització per cirurgia electiva que es proposa ha desenvolupat especificitats per a les patologies/procediments més freqüents. A partir d'aquest marc general s'han recollit les característiques específiques de cada patologia/procediment d'acord amb l'aproximació conceptual que l'equip investigador ha cregut més adequada, especialment per reduir variabilitat en la seva aplicació i tenir informació més exhaustiva de la composició de la llista d'espera. Cal destacar, també, que per a la resta de patologies/procediments caldria una valoració individualitzada que seguís el marc general dels criteris i pesos proposats. Això no hauria de ser un problema ja que de fet no seran molts pacients. En el cas que *audits* posteriors mostressin que el barem general no és prou fiable, es podria proposar que cada pacient fos valorat per dos professionals independentment i se li assignés la mitjana de les puntuacions, o que anés a un tercer si la divergència supera certa cota.

També caldrà observar com els diferents grups de cirurgians utilitzen els criteris: la implementació de tot aquest procés fins al moment que clínics, gestors i proveïdors puguin aplicar-ho. A més s'haurà d'especificar com procedir amb aquells pacients que queden a nivells inferiors de la llista d'espera, i considerar alguna manera d'avaluar el funcionament de tot aquest sistema en el volum dels diferents hospitals catalans.

S'han identificat diferències en les opinions dels participants quant a factibilitat d'instauració en els centres i acceptació per part dels clínics però en qualsevol cas tots estan d'acord que hauria de ser un instrument fàcil, senzill i ràpid d'aplicar; en aquest sentit, no hi ha dubte que les TIC poden ser el millor element facilitador. Un altre aspecte rellevant per assegurar la seva implementació és l'existència d'una bona organització dels serveis assistencials (amb suport dels sistemes d'informació i gestió clínica dels centres) i involucrar tots els professionals sanitaris i els gestors a l'hora d'implementar-lo. Com a limitacions d'aquest destaquen la possibilitat de perversions en la seva aplicació (per això també es recomana la realització d'*audits*) i que els pacients menys prioritaris sempre quedin a la cua. En aquesta línia es proposen solucions tècniques que poden anar des de l'establiment de temps

d'espera màxims en funció de determinades puntuacions de prioritats fins a l'increment de puntuació amb el temps d'espera o la revaluació del malalt amb baixes puntuacions després d'un cert temps. Amb aquestes solucions cal garantir que si un pacient, un cop actualitzada la seva puntuació, segueix a la cua, sigui perquè realment ho necessita poc. D'altra banda, destacar que el desenvolupament i la implementació de sistemes de prioritització requereix d'un consens professional previ i ampli, però també polític.

## CONCLUSIONS I RECOMANACIONS

---

El sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia electiva (no urgent, no oncològica ni per transplantaments) que es presenta en aquest document té la característica principal de ser universal i, per tant aplicable a tots els pacients en llista d'espera per a cirurgia del sistema sanitari públic català. A més a més, a diferència d'altres sistemes universals trobats en la literatura, que sovint es basen en criteris genèrics, aquest sistema també recull les especificitats necessàries que requereixen els criteris amb major pes (un 80%), els criteris clínics, per a la patologia més freqüent en llista d'espera. La participació de més de 100 experts en el procés s'ha fet no només per poder definir el marc general del sistema de prioritització i recollir les especificitats, sinó també recollir en la mesura del possible les necessitats dels actors implicats. Tanmateix, la participació no s'acaba aquí.

Aquest document és una peça dins d'una estratègia de canvi de model de gestió de la llista d'espera del Catsalut, passant de la prioritització de procediments (temps de garantia) a la prioritització de pacients (sistema universal). Aquest sistema podria ser utilitzat de forma transitòria en el camí cap al nou model de gestió de la llista d'espera. No obstant això, i especialment a causa de la pressa en què s'ha treballat tot el sistema, es recomanen una sèrie de passos de validació del sistema aquí presentat, així com també passos per al desplegament del canvi estratègic de gestió de les llistes d'espera.

De cara a la validació del sistema universal de prioritització, els següents passos que es proposen són: establir la comparabilitat o transversalitat del sistema de prioritització entre les diferents patologies i especialitats quirúrgiques, portar a terme la revisió i aprovació de les propostes fetes per part de les societats científiques de forma més extensa, i realitzar una prova pilot per tal de validar aquest instrument i analitzar el seu impacte en la pràctica clínica/gestió assistencial en el si del nou model de gestió de la llista d'espera.

Quant a la implementació, la discussió d'aquest document presenta les estratègies adoptades en altres països, amb les avantatges i desavantatges de cadascuna d'elles. La incorporació de les TIC es consideren clau per a una utilització i acompliment del nou instrument de gestió.

En relació amb el sistema de prioritització i la seva implementació es recomana:

- Anar incorporant la visió/opinió de tots els actors implicats (no només els cirurgians, sinó també altres clínics i professionals sanitaris relacionats, usuaris, etc.) a través de diversos canals o formes de participació.
- Involucrar tots els professionals sanitaris i els gestors a l'hora d'implementar el sistema de prioritització a la pràctica.
- Millorar en els sistemes d'informació globals si es desitja desenvolupar polítiques de prioritització o si es volen abordar diferenciadament els diferents tipus de llista d'espera.
- Disposar d'un sistema d'informació a l'hospital adequat per incorporar i aplicar aquesta nova informació en la gestió de la llista d'espera.

- Garantir un adequat seguiment dels pacients inclosos en llista d'espera, a fi de verificar possibles variacions de caràcter imprevisible en la seva evolució clínica, així com la periòdica depuració de la llista d'espera.
- Supervisar/auditar la implementació dels sistema de priorització per tal d'evitar distorsions en la valoració de la prioritat.
- Promoure i facilitar els estudis d'avaluació sobre l'impacte de les diferents mesures per a l'abordatge de les llistes d'espera i sobre el valor d'algunes experiències concretes com la que proposa aquest treball, un sistema de priorització d'universal.

En relació amb altres mesures d'abordatge concomitants o acompanyants, es recomana:

- Valorar la interacció amb altres mesures de gestió de la llista d'espera, especialment els temps de garantia.
- Desenvolupament de críteris d'indicació dels procediments d'interès mitjançant guies de pràctica clínica o instruments d'adequació de la indicació.
- La realització continuada d'audits clínics dels malalts en llista d'espera, revisant la indicació i prioritat.
- La descentralització de les decisions a nivell d'àrees de salut en un context més global.

## ANNEXOS

---

### Annex 1. Estratègies de cerca

#### Estratègia PubMed

<a href="#">#26</a> Search #22 AND #2 AND #24 Limits: Publication Date from 2000 Sort by: PublicationDate	99
<a href="#">#25</a> Search #22 AND #24 Limits: Publication Date from 2000	8180
<a href="#">#24</a> Search Criteria OR standards OR Tool OR Defining OR Defined OR Select* OR Triage[MESH] Limits: Publication Date from 2000	1311166
<a href="#">#23</a> Search #22 AND #2 Limits: Publication Date from 2000	257
<a href="#">#22</a> Search #5 OR #6 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #20 OR #21 Limits: Publication Date from 2000	26009
<a href="#">#21</a> Search "Patient Selection"[MESH] AND prior* Limits: Publication Date from 2000	1468
<a href="#">#20</a> Search priori*[ti] OR *priori*[ti] OR prior*[ti] Limits: Publication Date from 2000	11281
<a href="#">#17</a> Search Surgical[ti] AND priority[ti] Limits: Publication Date from 2000	10
<a href="#">#16</a> Search "Priority queues" Limits: Publication Date from 2000	10
<a href="#">#15</a> Search "Low-priority waiting time" Limits: Publication Date from 2000	8
<a href="#">#14</a> Search Queue*[ti] AND prior*[ti] Limits: Publication Date from 2000	6
<a href="#">#13</a> Search Health Care Rationing[MESH] Limits: Publication Date from 2000	3260
<a href="#">#12</a> Search Schedul*[ti] AND (patient*[ti] OR list[ti]) Limits: Publication Date from 2000	567
<a href="#">#11</a> Search Appointments and Schedules[MESH] Limits: Publication Date from 2000	6943
<a href="#">#10</a> Search wait*[ti] AND time*[ti] AND prior*[ti] Limits: Publication Date from 2000	19
<a href="#">#9</a> Search wait* AND list* AND prior* Limits: Publication Date from 2000	557
<a href="#">#8</a> Search "waiting lists"[MESH] Limits: Publication Date from 2000	4771
<a href="#">#6</a> Search "health priorities"[MESH] Limits: Publication Date from 2000	3999
<a href="#">#5</a> Search "Patient priority setting" Limits: Publication Date from 2000	784
<a href="#">#2</a> Search Surgical Procedures, Elective[MESH] Limits: Publication Date from 2000	4282
<a href="#">#1</a> Search Surgical Procedures, Elective[MESH]	6164

#### Estratègia Scopus

((KEY("waiting list\*") AND PUBYEAR AFT 1999) OR ((KEY("waiting list\*") OR TITLE("waiting list\*")) AND PUBYEAR AFT 1999) OR ((KEY("Appointments and Schedules") OR TITLE(schedul\* AND (patient\* OR list))) AND PUBYEAR AFT 1999) OR (TITLE(surgical AND priority) AND PUBYEAR AFT 1999)) AND (TITLE(criteria OR standards OR tool OR defining OR defined OR select\* OR triage) AND PUBYEAR AFT 1999) AND ((TITLE(surgical procedures,elective) OR KEY(surgical procedures,elective)) AND PUBYEAR AFT 1999)) 6

((TITLE(criteria OR standards OR tool OR defining OR defined OR select\* OR triage) AND PUBYEAR AFT 1999) AND ((KEY("waiting list\*") AND PUBYEAR AFT 1999) OR ((KEY("waiting list\*") OR TITLE("waiting list\*")) AND PUBYEAR AFT 1999) OR ((KEY("Appointments and Schedules") OR TITLE(schedul\* AND (patient\* OR list))) AND PUBYEAR AFT 1999) OR (TITLE(surgical AND priority) AND PUBYEAR AFT 1999))) AND (TITLE(wait OR prior OR list) AND PUBYEAR AFT 1999) AND (LIMIT-TO(EXACTKEYWORD, "Waiting Lists")) 34

#### Estratègia Google

##### Cerca avançada

health department Criteria OR standards OR Tool OR Defining OR Defined OR Select OR Triage "waiting list" filetype:pdf  
"waiting lists" File: pdf Domain: .org, .gov, .gov. .uk.gov

Cerca Google pels dominis web dels departament de salut europeus

Cerca per termes: criteria waiting list surgery, criteria elective surgery, waiting list



## **Annex 2. Qüestionari de consens dels pesos**

---

### **SEGONA RONDA DE CONSENS DELS CRITERIS UNIVERSALS DE PRIORITZACIÓ**

En la següent pàgina trobareu els criteris obtinguts en la primera ronda, per tal que pugueu repartir els 100 punts en funció de la seva importància (0, poc important – 100, molt important).

També us agraïrem qualsevol comentari que pugueu fer sobre les definicions dels criteris

**MOLTES GRÀCIES PER LA VOSTRA COL·LABORACIÓ!**

### **PONDERACIÓ DELS CRITERIS**

1. Reparteixi 100 punts, segons el seu parer, amb relació al grau d'importància dels criteris

1 GRAVETAT DE LA PATOLOGIA:

2 SÍMPTOMA PRINCIPAL / DOLOR:

3 PROGRESSIÓ DE LA MALALTIA:

4 LIMITACIONS EN LES ACTIVITATS DE LA VIDA DIÀRIA:

5 PROBABILITAT I GRAU DE RECUPERACIÓ:

6 TENIR ALGUNA PERSONA AL SEU CÀRREC:

7 TENIR ALGUNA PERSONA QUE EL CUIDI:

8 LIMITACIONS PER TREBALLAR, ESTUDIAR, BUSCAR FEINA:

### **DEFINICIÓ DELS CRITERIS**

A continuació podeu fer els vostres comentaris sobre les definicions de cadascun dels criteris, en cas que ho creieu convenient.

2. GRAVETAT DE LA PATOLOGIA:

Exploració clínica i proves complementàries o utilització d'alguna escala de gravetat clínica existent.

3. SÍMPTOMA PRINCIPAL / DOLOR:

Es refereix al grau del símptoma principal (es pot definir amb el tipus, intensitat i/o freqüència del símptoma). En el cas que la patologia produeixi dolor, aquest es considerarà com a símptoma principal.

#### 4. PROGRESSIÓ DE LA MALALTIA:

Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció:

- Risc de mort
- Risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia
- Reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció

#### 5. LIMITACIONS EN LES ACTIVITAT DE LA VIDA DIÀRIA:

Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (es poden definir les activitats més habitualment afectades en funció de cada malaltia). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment.

No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia.

#### 6. PROBABILITAT I GRAU DE RECUPERACIÓ:

Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. (definir en funció de la malaltia) que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la Salut (QVRS). Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor.

#### 7. TENIR ALGUNA PERSONA AL SEU CÀRREC:

Situació del pacient dins del nucli familiar, és a dir, la responsabilitat o no de tenir persones a càrrec (per exemple, fills, pares, etc. els quals ha de cuidar i en té la responsabilitat).

#### 8. TENIR ALGUNA PERSONA QUE EL CUIDI:

Disponibilitat o no de tenir alguna persona que l'ajudi o que el cuidi en les activitats diàries (per exemple, acompanyar-lo al metge, cuinar, anar a comprar, fer la neteja, etc.)

9. LIMITACIONS PER TREBALLAR, ESTUDIAR, BUSCAR FEINA:

Limitació per treballar a causa de la malaltia en les persones que es troben en edat de treballar o estudiar. Es consideren, també, les tasques de les mestresses de casa i dels aturats que busquen feina.

10. Si us plau, us agrairíem si ens poguéssiu suggerir el nom i els detalls d'una o diverses persones interessades en aquest tema perquè els puguem enviar el qüestionari (poden ser professionals clínics o sanitaris, pacients). **INDIQUEU EL NOM I COGNOMS, FILIACIÓ, EMAIL i/o TELÈFON**

11. Qualsevol comentari o suggeriment que ens vulgueu fer arribar

### Annex 3. Llistat de criteris identificats a la revisió de la literatura

Criteri de prioritització	Definició del criteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Aparició de dolor		20%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	Gran Bretanya	Harry L, et al. 2000 <sup>14</sup>
Dolor		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Dolor		NO	Colecistectomia	Clínica	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
Dolor	Cap Lleu Lleu-moderat Moderat Moderat-greu Greu	40%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	Nova Zelanda	Hadorn D, et al. Part 1. 1997 <sup>16</sup>
Dolor	Lleu Moderat Greu	33%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
Dolor	Cap/moderat Moderat Greu	24%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	País Basc	Escobar A, et al. 2010 <sup>17</sup>
Dolor o angoixa		16%	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Lack A, et al. 2000 <sup>18</sup>
Freqüència habitual dels episodis de dolor / sofriment	Cap Ocasionalment Sovint Constant	9%	Cirurgia general	Clínica	Canadà	Taylor MC, et al. 2002 <sup>19</sup>
Grau de dolor		20%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	Gran Bretanya	Harry L, et al. 2000 <sup>14</sup>
Intensitat habitual del patiment	Cap Lleu Moderat Greu	12%	Cirurgia general	Clínica	Canadà	Taylor MC, et al. 2002 <sup>19</sup>
Patiment		7%	Colecistectomia	Clínica	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
Presentar dolor		NO	Cirurgia cardíaca	Clínica	Canadà	Naylor C, et al 1991 <sup>20</sup>
Problemes de dolor / malestar causats per la malaltia	No seleccionat	NO	Genèric	Clínica	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Com valoraries el dolor en el teu pitjor moment?	No hi ha dolor Lleu Moderat Greu	11%	Cirurgia general	Clínica	Canadà	Taylor MC, et al. 2002 <sup>19</sup>
Eficàcia de l'opció per al pacient		NO	Cirurgia cardíaca	Clínica	Irlanda	Kee F, et al. 1998 <sup>22</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Tractament</b>	El grau en què el temps influeix en la viabilitat tècnica de realitzar el procediment, el tipus / grau de la cirurgia i els resultats en termes de taxa de curació, temps de recuperació i / o funció del pacient. A més, els cirurgians van tenir en compte si la cirurgia és part d'un paquet total d'atenció que implica treballar amb altres serveis (per exemple, radioteràpia) i també que la cirurgia s'ajusta pel que fa a la disponibilitat de teràpies mèdiques alternatives. Finalment, els cirurgians consideren si el tractament ofereix un avantatge / benefici / millora.	NO	Cirurgia general	Clínica	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Conveniència de la cirurgia, tècnica o mètode</b>	Necessari Apropiat Dubtós Inapropiat	11%	Operacions de cataracta	Clínica	País Basc	Las Hayas C, et al. 2010 <sup>24</sup>
<b>Gravetat</b>		NO	Colecistectomia	Clínica	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
<b>Gravetat</b>	La gravetat es pot definir com el grau o magnitud del patiment, els límits a les activitats o el risc de mort	NO	Genèric	Clínica	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>
<b>Gravetat de la malaltia</b>		NO	Genèric	Clínica	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1999 <sup>25</sup>
<b>Gravetat de la patologia</b>	Patologia moderada Patologia molt avançada	20%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
<b>Gravetat de la patologia</b>	Incapacitat visual lleu Incapacitat visual moderada Incapacitat visual greu Incapacitat visual molt greu	45%	Operacions de cataracta	Clínica	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
<b>Gravetat de la malaltia</b>		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Gravetat dels símptomes prostàtics		50%	Prostatectomia	Clínica	Nova Zelanda	Derrett S, et al. 2003 <sup>26</sup>
Història recent de complicacions majors o addicionals importants resultants de l'examen físic o proves	No Sí	8%	Cirurgia general	Clínica	Canadà	Taylor MC, et al. 2002 <sup>19</sup>
Risc de complicacions durant l'espera			Genèric	Clínica	AIAQS	Adam P et al, 2010 <sup>4</sup>
Alleujament dels símptomes		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Beneficis esperats	Benefici esperat es pot definir com el grau en què els resultats desitjats és probable que excedeixin els resultats no desitjats, i incorpora dos tipus de beneficis: la prolongació de la vida i la millora de la qualitat de vida	NO	Genèric	Clínica	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>
Millora de la salut que el pacient pot obtenir a causa de la intervenció	Moderada Notable Completa	1,63%	Genèric	Clínica	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Probabilitat de millora		3%	Colecistectomia	Clínica	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
Probabilitat de millora	Moderada Alta Molt alta	6,60%	Operacions de cataracta	Clínica	Alacant	Rodríguez-Miguez E, et al. 2004 <sup>27</sup>
Probabilitat de recuperació		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Probabilitat de recuperació	Moderada Alta Molt alta	7%	Operacions de cataracta	Clínica	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
Probabilitat de recuperació	Moderada Alta Molt alta	4%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Probabilitat de recuperació</b>	Definida com la probabilitat de millora de paràmetres com la capacitat de caminar (funcionalitat), el dolor, la claudicació, etc. que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) del pacient: 26% Baixa 0 / Moderada 20 / Alta 26	26%	Fusió vertebral	Clínica	AIAQS	Adam P, et al. 2011 <sup>3</sup>
<b>Complicacions en el futur / progressió / història natural</b>	Això va ser descrit en termes de la gravetat de les complicacions, el risc d'aparició i velocitat de progressió. La gravetat pot ser considerat com el grau de morbiditat o mortalitat potencial, i el risc és el "si" (és a dir, la possibilitat que això passi). Taxa de progressió és el "quan" (és a dir, la rapidesa de l'aparició de complicacions)	NO	Cirurgia general	Clínica	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Deteriorament</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Phoenix C. 1972 <sup>28</sup>
<b>En general, és el teu problema de salut diferent ara comparat com era fa 6 mesos?</b>	En general, el meu problema ha millorat o està pràcticament igual que fa 6 mesos En general, el meu problema és una mica pitjor que fa 6 mesos. En general, el meu problema és moderadament pitjor que fa 6 mesos En general, el meu problema és molt pitjor que fa 6 mesos.	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Estat de progressió de la malaltia</b>	No seleccionat	NO	Genèric	Clínica	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>

<b>Crítteri de prioritziació</b>	<b>Definició del crítteri</b>	<b>Pesos</b>	<b>Per què s'utilitza?</b>	<b>Dimensió</b>	<b>País/regió d'origen</b>	<b>Referència</b>
<b>Extensió de l'empitjorament de les limitacions funcionals en les activitats de la vida diària</b>	Cap Lleu Moderada Greu.	20%	Operacions de cataracta	Clínica	Nova Zelanda	Wong VW, et al. 2005 <sup>30</sup>
<b>Grau de deteriorament en les activitats habituals a causa de la condició quirúrgica</b>	No es veu afectada en totes les activitats / deteriorament lleu És capaç, però difícil i / o amb impediments És capaç, però molt difícil, a nivell molt més reduït Totalment dependent (no pot realitzar cap activitat habitual)	15%	Cirurgia general	Clínica	Canadà	Taylor MC, et al. 2002 <sup>19</sup>
<b>Grau de millora previst</b>		2%	Colecistectomia	Clínica	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
<b>Pronòstic de la malaltia</b>		NO	Genèric	Clínica	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1999 <sup>25</sup>
<b>Rapidesa de progressió de la malaltia</b>		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Ritme d'avenç de la malaltia</b>		32%	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Lack A, et al. 2000 <sup>18</sup>
<b>Percepció del risc quirúrgic</b>		10%	Cirurgia cardíaca	Clínica	Nova Zelanda	Agnew T, et al. 1994 <sup>31</sup>
<b>Urgència</b>		12,80%	Genèric	Clínica	Austràlia	Clover K, et al. 1998 <sup>32</sup>
<b>Urgència</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Eltringham D, et al. 1973 <sup>33</sup>
<b>Urgència</b>	Urgència es pot definir com la gravetat, a més de les consideracions dels beneficis esperats i la història natural de la malaltia (acció clínica immediata és necessària)	NO	Genèric	Clínica	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>
<b>Urgència basat en l'estat de salut</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Culyer AJ, et al. 1976 <sup>34</sup>
<b>Urgència de la situació clínica</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Fordyce A, et al. 1970 <sup>35</sup>
<b>Urgència sobre els factors socials, per exemple, dependents</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Culyer AJ, et al. 1976 <sup>34</sup>
<b>Urgència sobre la base de deteriorament clínic</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Culyer AJ, et al. 1976 <sup>34</sup>
<b>Urgència sobre la base de la productivitat social</b>		NO	Genèric	Clínica	Gran Bretanya	Culyer AJ, et al. 1976 <sup>34</sup>



Crítèri de prioritziació	Definició del crítèri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Discapacitat		7%	Colecistectomia	Clínica/funcional	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
Discapacitat		NO	Genèric	Clínica/funcional	Gran Bretanya	Fordyce A, et al. 1970 <sup>35</sup>
Discapacitat		NO	Genèric	Clínica/funcional	Gran Bretanya	Phoenix C. 1972 <sup>28</sup>
Discapacitat o dependència		16%	Genèric	Clínica/funcional	Gran Bretanya	Lack A, et al. 2000 <sup>18</sup>
Limitació funcional	Cap / lleu Moderat Greu	19%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional	País Basc	Escobar A, et al. 2010 <sup>17</sup>
Limitacions funcionals		10%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional	Gran Bretanya	Harry L, et al. 2000 <sup>14</sup>
Altres limitacions funcionals			Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica/funcional	País Basc	Escobar A, et al. 2010 <sup>17</sup>
Altra discapacitat substancial (ex: pèrdua de capacitat auditiva, utilitzar cadira de rodes)	Sí No	5%	Operacions de cataracta	Clínica/funcional	Nova Zelanda	Wong VW, et al. 2005 <sup>30</sup>
Problemes funcionals causats per la malaltia	No seleccionat	NO	Genèric	Funcional	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Altres discapacitats		NO	Operacions de cataracta	Clínica	Nova Zelanda	Halliwell T. 1998 <sup>36</sup>
Altres patologies	Patologies que podrien millorar després del recanvi de l'articulació: hipertensió, insuficiència cardíaca, diabetis o MPOC. Sí/No	7%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Clínica	País Basc	Escobar A, et al. 2010 <sup>17</sup>
Malalties coexistents		NO	Reparacions d'hèrnia	Clínica	Austràlia	Rai S, et al. 1998 <sup>37</sup>
Una altra discapacitat substancial (per exemple, pèrdua auditiva, utilitza cadira de rodes, demència parcialment reversible)	Cap / lleu Moderat Greu	10%	Operacions de cataracta	Clínica/funcional	Canadà	Western Canada Waiting List Project 2001 <sup>38</sup>
Símptomes físics	Només els nivells dels símptomes físics són diferents per a cada trastorn	NO	Genèric	Clínica	Holanda	Oudhoff JP, et al. 2007 <sup>12</sup>
Comorbiditat	Cap Lleu-moderat Greu	5%	Operacions de cataracta	Clínica/funcional	Nova Zelanda	Hadorn D, et al. Part 1. 1997 <sup>16</sup>
Comorbiditat		NO	Genèric	Clínica/funcional	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1997 <sup>39</sup>
Comorbiditats		NO	Genèric	Clínica/funcional	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Simptomatologia i seqüeles fins a la data</b>	Combinació de la influència del nivell actual dels símptomes, tal com ho descriu la freqüència, severitat, durada i periodicitat (intermitent enfront de constant), i l'impacte de les seqüeles fins a la data (admissions, complicacions sofertes fins avui) en la prioritat	NO	Cirurgia general	Clínica/funcional	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Afectació psicològica per la malaltia</b>		NO	Genèric	Clínica	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Demència</b>		NO	Genèric	Clínica	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1997 <sup>39</sup>
<b>Impacte psicològic/emocional</b>	Aquest és el grau d'impacte psicològic / emocional del diagnòstic (o la necessitat de fer un diagnòstic) i / o els seus símptomes i / o el seu tractament en la prioritat dels pacients	NO	Cirurgia general	Clínica	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Problemes d'ansietat / depressió</b>	No seleccionat	NO	Genèric	Clínica	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
<b>Problemes psicosocials</b>		NO	Operacions de cataracta	Clínica	Canadà	Hadjistavropoulos H, et al. 1998 <sup>40</sup>
<b>Trastorns psicològics</b>	No es preocupa Una mica preocupats pels símptomes i el que podria succeir a l'espera Molt preocupat pels símptomes i el que podria succeir a l'espera	NO	Genèric	Clínica	Holanda	Oudhoff JP, et al. 2007 <sup>12</sup>
<b>Problemes psicosocials</b>	Molèstia mínima Molèstia moderada en la vida diària, per exemple, mentre s'està dormint, treballant o en el plànol social Molèsties greus en l'estil de vida, angoixa important o significat	NO	Prostatectomia	Clínica/social	Austràlia	Curtis AJ, et al. 2007 <sup>41</sup>

Crítèri de prioritziació	Definició del crítèri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Impacte en la qualitat de vida</b>	Els factors individuals són la cura d'un mateix, tenir cura dels altres, el treball, capacitat econòmica, estil de vida i l'estètica. No obstant això, l'impacte en la qualitat de vida no pot ser la primera consideració	NO	Cirurgia general	Funcional/social	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Impacte en la qualitat de vida</b>			Genèric	Funcional/social	AIAQS	Adam P et al, 2010 <sup>4</sup>
<b>Qualitat de vida</b>		10%	Prostatectomia	Funcional/social	Nova Zelanda	Derrett S, et al. 2003 <sup>26</sup>
<b>Qualitat de vida</b>		NO	Genèric	Funcional/social	Gran Bretanya	Gudex C, et al. 1990 <sup>42</sup>
<b>Deficiències en la feina/treball</b>	Encara en condicions de treballar totalment Ha de faltar a la feina parcial (part de baixa per malaltia) No és capaç de realitzar el treball	NO	Genèric	Funcional/social	Holanda	Oudhoff JP, et al. 2007 <sup>12</sup>
<b>Has estat treballant de manera remunerada durant els últims 6 mesos?</b>	No he estat treballant de manera remunerada durant els últims 6 mesos o estic treballant de manera remunerada i no se'm fa difícil continuar Estic treballant de manera remunerada i se'm fa 'moderadament' difícil continuar Estic treballant de manera remunerada i se'm fa molt difícil continuar He estat treballant de manera remunerada durant els últims 6 mesos però he hagut de deixar de treballar	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional/social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Limitació per treballar</b>		NO	Genèric	Funcional/social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Limitació per treballar</b>	No treballa o no està limitat Està limitat per treballar	14%	Operacions de cataracta	Funcional/social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>

Críteri de prioritizació	Definició del criteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Limitació per treballar	No treballa o no està limitat Està limitat per treballar	10%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional/social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
Limitació per treballar a causa de la condició		NO	Genèric	Funcional/social	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>
Limitació per treballar o estar actiu	Definida com la limitació per treballar, cercar feina o estudiar a causa de la malaltia en les persones que es troben en edat de treballar o estudiar: 10% No treballa o no està limitat 0 Està limitat 10	10%	Fusió vertebral	Funcional/social	AIAQS	Adam P, et al. 2011 <sup>3</sup>
Pèrdua de l'ocupació		8%	Genèric	Funcional/social	Gran Bretanya	Lack A, et al. 2000 <sup>18</sup>
Pèrdua d'ocupació causada per la malaltia	No seleccionat	NO	Genèric	Funcional/social	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Situació laboral		8%	Cirurgia cardíaca	Funcional/social	Nova Zelanda	Agnew T, et al. 1994 <sup>31</sup>
Situació laboral	No empleats Empleat	3,70%	Genèric	Funcional/social	Austràlia	Clover K, et al. 1998 <sup>32</sup>
Situació laboral		NO	Cirurgia cardíaca	Funcional/social	Itàlia	Mariotto A, et al. 1999 <sup>43</sup>
Situació laboral		NO	Cirurgia cardíaca	Funcional/social	Canadà	Naylor C, et al. 1992 <sup>44</sup>
Dificultat percebuda del pacient a realitzar dia a dia les activitats		4%	Operacions de cataracta	Social	Suècia	Lundstrom M, et al. 2006 <sup>45</sup>
El teu problema de salut afecta que gaudeixis de la vida?	No m'afecta, o m'afecta molt poc Fa que em sigui 'moderadament' o molt difícil gaudir de la meva vida Fa que em sigui extremadament difícil gaudir de la meva vida No gaudeixo res de la meva vida	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>El teu problema de salut dificulta els aspectes financers de la teva llar (teus, de la teva família i altres)?</b>	No afecta, o representa dificultats menors, pels aspectes financers de la meua llar Dificulta de manera moderada els aspectes financers de la meua llar Dificulten de manera extraordinària els aspectes financers de la meua llar Fa que sigui impossible el maneig dels aspectes financers de la meua llar	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Limitació de les activitats de la vida diària</b>		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (a causa de la malaltia)</b>	Definida com la puntuació en l'Escala d'Incapacitat per Dolor Lumbar d'Oswestry (Oswestry Disability Index-ODI6) per a patologies lumbar, o en l'Índex del Dolor Cervical7 (Neck Disability Index-NDI8) per a patologies cervicals	5%	Fusió vertebral	Social	AIAQS	Adam P, et al. 2011 <sup>3</sup>
<b>Limitacions en les activitats de la vida diària</b>	Té alguns problemes No és capaç	16,10%	Operacions de cataracta	Social	Alacant	Rodriguez-Miguez E, et al. 2004 <sup>27</sup>
<b>Limitació de les activitats quotidianes</b>	Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes Té bastants problemes per realitzar... És incapaç de realitzar la major part...	15%	Operacions de cataracta	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
<b>Limitació de les activitats quotidianes</b>	Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes Té bastants problemes per realitzar... És incapaç de realitzar la major part...	18%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>

criteri de prioritació	Definició del criteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Depèn d'altres persones per realitzar activitats quotidianes	No seleccionat	NO	Genèric	Social	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Dependència d'altres persones		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Dependència social	Sí No	3%	Operacions de cataracta	Social	País Basc	Las Hayas C, et al. 2010 <sup>24</sup>
Persones que l'ajuden		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Raons especials (major necessitat d'ajuda, la incapacitat per treballar)		NO	Operacions de cataracta	Social	Suècia	Lundstrom M, et al. 1996 <sup>46</sup>
Tenir alguna persona que cuidi el pacient	Definit com la disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o que cuidi en les activitats diàries (acompanyament al metge, cuinar, anar a comprar, fer la neteja, etc.): 3% Té alguna persona 0 No té cap persona 3	3%	Fusió vertebral	Social	AIAQS	Adam P, et al. 2011 <sup>3</sup>
Tenir alguna persona que el cuidi	Té alguna persona que el cuidi No té cap persona que el cuidi	11%	Operacions de cataracta	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
Tenir alguna persona que el cuidi	Té alguna persona que el cuidi No té cap persona que el cuidi	9%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
Tens suficient ajuda per cuidar-te tu mateix (com ara per rentar-te, vestir-te o anar al lavabo)?	Tinc l'ajuda que necessito, o la majoria de les vegades tinc l'ajuda suficient per cuidar de mi mateix De vegades tinc ajuda suficient per cuidar de mi mateix Molt de tant en tant tinc ajuda suficient per cuidar de mi mateix No tinc ajuda suficient per cuidar de mi mateix	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
Viure independentment		NO	Genèric	Social	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>

Crítteri de prioritziació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>El dolor et suposa dificultats a l'hora de cuidar-te tu mateix (com ara rentar-te, vestir-te o anar al lavabo)?</b>	Em puc cuidar jo mateix Hi ha algunes o moltes coses que no puc fer jo sol No puc fer la majoria de les coses jo sol No puc cuidar-me jo mateix	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional/social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Necessites ocupar-te de persones que requereixen la teva cura (com ara la parella o un membre de la família malalt o amb discapacitat)?</b>	No m'ocupo, o no tinc dificultats per ocupar-me'n, de persones dependents Se'm fa 'moderadament' difícil cuidar de persones dependents. Se'm fa molt difícil cuidar de persones dependents No puc cuidar de persones dependents	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Ofereix atenció a persones dependents</b>		NO	Genèric	Social	Canadà	Hadorn DC, et al. 2000 <sup>5</sup>
<b>Persones al seu càrrec</b>		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Tenir alguna persona al seu càrrec</b>	No té persones al seu càrrec Té persones al seu càrrec	8%	Operacions de cataracta	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
<b>Tenir alguna persona al seu càrrec</b>	No té persones al seu càrrec Té persones al seu càrrec	6%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	AIAQS	Espallargues M, et al. 2003 <sup>1</sup>
<b>Tenir persones a càrrec del pacient</b>	Definit com la responsabilitat o no de tenir persones a càrrec que depenguin del malalt (fills, pares, etc.) No té persones al seu càrrec / Té persones al seu càrrec	3%	Fusió vertebral	Social	AIAQS	Adam P, et al. 2011 <sup>3</sup>
<b>Problemes a la feina o tenir cura de persones</b>		NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional/social	Canadà	Naylor C, et al. 1996 <sup>47</sup>
<b>Impacte en el treball / la independència</b>		NO	Operacions de cataracta	Funcional/social	Nova Zelanda	Halliwell T. 1998 <sup>36</sup>

Crítèri de prioritziació	Definició del crítèri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Capacitat de viure / treballar de forma independent</b>	No estan amenaçades o cap dificultat No està amenaçada, però difícil Amenaçades, però no immediatament Que corren perill immediat o no	43%	Operacions de cataracta	Social	Itàlia	Fantini MP, et al. 2004 <sup>48</sup>
<b>Capacitat de treball, atenció a persones dependents, o treballar de manera independent</b>	No amenaçat Amenaçat, però no immediatament Immediatament amenaçat	16%	Cirurgia cardíaca	Funcional/social	Nova Zelanda	Hadorn D, et al. Part 2. 1997 <sup>49</sup>
<b>Capacitat de viure de forma independent (treball, conduir, ajuda a domicili, cura de familiars, etc.)</b>		4%	Operacions de cataracta	Social	Suècia	Lundstrom M, et al. 2006 <sup>45</sup>
<b>Capacitat de treball, atenció a persones dependents, o viure de forma independent</b>	No amenaçat o no aplicable No amenaçat però més difícil Amenaçat, però no immediatament Immediatament amenaçat	15%	Operacions de cataracta	Funcional/social	Nova Zelanda	Hadorn D, et al. 1997 <sup>16</sup>
<b>Capacitat de treball, tenir cura de persones dependents o viure de forma independent</b>		10%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Funcional/social	Gran Bretanya	Harry L, et al. 2000 <sup>14</sup>
<b>Capacitat per treballar, cuidar de persones dependents o treballar de manera independent</b>	No amenaçada o no aplicable No amenaçada però més difícil Amenaçada però no de manera immediata Amenaçada de manera immediata	15%	Cirurgia cardíaca	Funcional/social	Nova Zelanda	Jackson NW, et al. 1999 <sup>50</sup>
<b>Capacitat per treballar, donar atenció a dependents, o viure de forma independent</b>	No amenaçada o no aplicable No amenaçada però més difícil Amenaçada però no de manera immediata Amenaçada de manera immediata	15%	Operacions de cataracta	Funcional/social	Nova Zelanda	Wong VW, et al. 2005 <sup>30</sup>



Crítèri de prioritziació	Definició del crítèri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Amenaça per al paper del pacient i la independència en la societat (és a dir, la capacitat per treballar, donar atenció als dependents, viure de forma independent (la dificultat ha d'estar relacionada amb l'articulació afectada)</b>	No està amenaçada, però la independència és més difícil Amenaçades, però no immediatament Que corren perill immediat o no	20%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Canadà	Western Canada Waiting List Project . 2001 <sup>38</sup>
<b>Capacitat de treballar o viure de forma independent o cura de persones dependents</b>	No aplicable No estan amenaçades o cap dificultat No està amenaçada, però més difícil Amenaçades, però no immediatament Que corren perill immediat	19%	Operacions de cataracta	Social	Canadà	Western Canada Waiting List Project 2001 <sup>38</sup>
<b>Característiques dels pacients</b>	Això inclou factors com l'edat biològica / fisiològica del pacient, l'edat cronològica, la comorbiditat i l'actitud cap al tractament	NO	Cirurgia general	Clínica/social	Nova Zelanda	MacCormick A, et al. 2004 <sup>23</sup>
<b>Factors socials</b>		NO	Genèric	Social	Gran Bretanya	Fordyce A, et al. 1970 <sup>35</sup>
<b>Factors socials</b>		NO	Genèric	Social	Gran Bretanya	Phoenix C. 1972 <sup>28</sup>
<b>Amenaça al paper del pacient i a la independència en la societat</b>	No amenaçada, però més difícil Amenaçades, però no immediatament Immediatament amenaçades o incapaces	20%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Canadà	Arnett G, et al. 2003 <sup>51</sup>
<b>El teu problema de salut et causa dificultats amb les teves relacions amb gent propera (com ara la dona, el marit, els fills o amics propers)?</b>	Mai, o de vegades, em causa dificultats amb les meves relacions amb gent propera Freqüentment, o gairebé sempre, em causa dificultats amb les meves relacions amb gent propera Sempre em causa dificultats amb les meves relacions amb gent propera	NO	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	Austràlia	Witt J, et al. 2009 <sup>29</sup>
<b>Limitació de les seves relacions socials</b>		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>

Crítteri de prioritizació	Definició del crítteri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
<b>Limitacions socials</b>	Sense limitacions durant les activitats socials habituals Algunes limitacions en les activitats socials habituals No és capaç de realitzar les activitats socials habituals	NO	Genèric	Social	Holanda	Oudhoff JP, et al. 2007 <sup>12</sup>
<b>Rol social</b>	Amenaça poder tenir cura de persones dependents, la capacitat de treballar o poder viure de manera independent? Sí/No	13%	Inserció/recanvi de pròtesi de maluc o genoll	Social	País Basc	Escobar A, et al. 2010 <sup>17</sup>
<b>Edat</b>		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Edat</b>		14%	Cirurgia cardíaca	Social	Nova Zelanda	Agnew T, et al. 1994 <sup>31</sup>
<b>Edat</b>		NO	Cirurgia cardíaca	Social	Nova Zelanda	Hadorn D, et al. Part 2. 1997 <sup>49</sup>
<b>Edat</b>		NO	Cirurgia cardíaca	Social	Itàlia	Mariotto A, et al. 1999 <sup>43</sup>
<b>Edat</b>		NO	Cirurgia cardíaca	Social	Canadà	Naylor C, et al. 1992 <sup>44</sup>
<b>Edat</b>		NO	Reparacions d'hèrnia	Social	Austràlia	Rai S, et al. 1998 <sup>37</sup>
<b>Edat</b>		NO	Genèric	Social	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1997 <sup>39</sup>
<b>Edat</b>	Pacient és un nen davant dels ancians	NO	Genèric	Social	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1999 <sup>25</sup>
<b>Edat del pacient</b>	Fins a 50 anys Entre 51 i 65 anys Entre 66 i 75 anys Entre 76 i 85 anys	28,70%	Operacions de cataracta	Social	Alacant	Rodríguez-Miguez E, et al. 2004 <sup>27</sup>
<b>Edat en anys del pacient (anys)</b>	Fins a 35 anys Entre 36 i 65 anys Entre 66 i 80 anys	9,37%	Genèric	Social	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
<b>Fumar</b>		NO	Genèric	Social	Finlàndia	Ryynanen O, et al. 1997 <sup>39</sup>
<b>Hàbits de vida perjudicials (tabaquisme, alcoholisme ...)</b>	No seleccionat	NO	Genèric	Social	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
<b>Malaltia autoinduida</b>	Malalties relacionades amb els estils de vida del pacient	NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
<b>Temps a la llista</b>		NO	Genèric	Gestió	Gran Bretanya	Culyer AJ, et al. 1976 <sup>34</sup>
<b>Temps a la llista</b>		NO	Genèric	Gestió	Gran Bretanya	Phoenix C. 1972 <sup>28</sup>
<b>Temps a la llista (setmanes)</b>		NO	Genèric	Gestió	Gran Bretanya	Fordyce A, et al. 1970 <sup>35</sup>

Crítèri de prioritizació	Definició del crítèri	Pesos	Per què s'utilitza?	Dimensió	País/regió d'origen	Referència
Temps a la llista d'espera		NO	Genèric	Gestió	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Temps a la llista d'espera	3 mesos 6 mesos 12 mesos 18 mesos	11,60%	Operacions de cataracta	Gestió	Alacant	Rodríguez-Miguez E, et al. 2004 <sup>27</sup>
Temps a la llista d'espera		NO	Genèric	Gestió	Gran Bretanya	Eltringham D, et al. 1973 <sup>33</sup>
Temps d'espera en una llista per ser intervingut (mesos)	5 mesos 8 mesos 11 mesos	22,59%	Genèric	Gestió	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Temps d'espera		16%	Genèric	Gestió	Gran Bretanya	Lack A, et al. 2000 <sup>18</sup>
Temps espera/demora			Genèric	Gestió	AIAQS	Adam P et al, 2010 <sup>4</sup>
Lloc en altres llistes d'espera		10%	Prostatectomia	Gestió	Nova Zelanda	Derrett S, et al. 2003 <sup>26</sup>
Nivell de renda del pacient	No seleccionat	NO	Genèric	Social	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Nivell socioeconòmic		NO	Genèric	Social	AIAQS	Allepuz A, et al. 2009 <sup>2</sup>
Assegurança de salut		5,25%	Genèric	Costos	Austràlia	Clover K, et al. 1998 <sup>32</sup>
Cost que suporta el servei de salut per la intervenció	2.000 euros 4.000 euros 6.000 euros	32,56%	Genèric	Costos	Navarra	Inza FSM, et al. 2008 <sup>21</sup>
Cost clínic del retard		6%	Colecistectomia	Costos	Nova Zelanda	Dennett E, et al. 1998 <sup>15</sup>
Ús recursos durant espera			Genèric		AIAQS	Adam P et al, 2010 <sup>4</sup>

## Annex 4. Sistemes de prioritització específics per a cadascuna de les patologies

### Angiologia i cirurgia vascular

Taula 4.1. Operacions de varices

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció del grau d'afectació clínica segons l'escala CEAP (Clínica, Etiologia, Anatomia, Fisiopatologia)* i els símptomes	
Grau C2 (varices col·laterals o tronculars) asimptomàtic	0
Grau C2 (varices col·laterals o tronculars) simptomàtic	10
Grau C3 (C2 + edema) asimptomàtic	20
Grau C3 (C2 + edema) simptomàtic	25
Grau C4 (C3 + canvis cutanis típics de la insuficiència venosa crònica (IVC - dermatitis ocre, lipodermosclerosi, èczema...) asimptomàtic	30
Grau C4 (C3 + canvis cutanis típics de la IVC - dermatitis ocre, lipodermosclerosi, èczema...) simptomàtic	32
Grau C5 (C4 + canvis cutanis amb úlcera cicatritzada) o C6 (C4 + canvis cutanis amb úlcera activa) asimptomàtic	35
Grau C5 (C4 + canvis cutanis amb úlcera cicatritzada) o C6 (C4 + canvis cutanis amb úlcera activa) simptomàtic o varices complicades (varicoflebitis i/o varicorràgia)	37
<b>Progrèssió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la grandària de les varices (pot ser valorada segons el sistema de creus o per la grandària de la vena safena interna o externa) i la presència de complicacions	
Varices petites (d'una creu o grandària safena interna/externa < 6 mm)	0
Varices mitjanes (de dos creus o grandària safena interna/externa entre 6 i 9 mm)	6
Varices grans (de tres creus o grandària safena interna/externa > 9 mm)	10
Varices amb complicacions (varicotrombosi o varicoflebitis i/o varicorràgia i/o úlceres i/o canvis cutanis)	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes (ha de romandre en repòs per varices complicades)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, l'operació de varices acostuma a ser d'èxit, però hi poden haver situacions que facin que la probabilitat d'èxit clínic o resolució sigui menor, per exemple: la no millora simptomàtica amb mitges elàstiques, l'obesitat, els problemes ortopèdics, la limitació funcional per altres malalties, la complexitat de tractament o la possible resolució definitiva de les varices). S'han considerat 3 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar total o quasitotal el que s'havia perdut	
Baixa (50-75%)	0
Moderada (76%-95%)	6
Alta (>95%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5

<b>Críteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Escala recomanada per la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular<sup>52</sup>

**Taula 4.2. Malaltia arterial perifèrica**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* (23%)</b>	
Mesurat a partir de l'escala de Fontaine	
Grau IIa (lleu)	0
Grau IIb (moderat-greu)	15
Salvament de tècnica (revascularització arterial prèvia)	23
<b>Síntoma principal (14%)</b>	
En funció de la distància de claudicació	
> 250 metres	0
100-250 metres	7
< 100 metres	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció: risc de mort; risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia; reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció; complicacions passades; risc d'afectació d'altres òrgans adjacents; reducció de l'efectivitat i/o prognosi a causa del retard de tractament... La progressió afecta la supervivència del pacient o de l'extremitat, o bé pot modificar el tipus de cirurgia	
No progressió (malalt estable: sense progressió, ni reestenosi ni símptomes)	0
Empitjorament de la claudicació en els darrers 3 mesos	7
Reestenosi d'una intervenció prèvia	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (es poden definir les activitats més habitualment afectades en funció de cada malaltia). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes (està de baixa laboral per aquest motiu, pràcticament no pot sortir de casa)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta operació acostuma a ser d'èxit, però hi poden haver situacions que facin que la probabilitat d'èxit clínic o resolució sigui menor, per exemple: la presència de lesions arterials associades, l'afectació o amputació de l'altra extremitat, comorbiditat associada com l'obesitat, l'artropatia, l'estenosi del canal medul·lar, l'MPOC o la cardiopatia. S'han considerat 3 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar total o quasitotal el que s'havia perdut	
Baixa (50-75%)	0
Moderada (76%-95%)	6
Alta (>95%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple, fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Es refereix a la malaltia arterial perifèrica excloent el peu diabètic i la isquèmia crítica

## Cirurgia ortopèdica i traumatologia

Taula 4.3. Patologia lligamentosa del genoll

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b> En funció de la inestabilitat i/o del dolor	
<b>Inestabilitat</b>	
Sense inestabilitat	0
Inestabilitat per a activitats de lleure	10
Inestabilitat per a activitats de la vida diària i/o laborals	20
<b>Dolor</b>	
No dolor	0
Ocasional	9
Diari	17
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b> Existència de lesió del menisc associada	
No existeix lesió del menisc associada	0
Existeix lesió del menisc associada	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b> Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar activitats de lleure	4
Té bastants problemes per realitzar activitats de la vida diària	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (13%)</b> La probabilitat i grau de recuperació és igual per a tots	
No aplica	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b> En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b> Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b> Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.4. Patologia degenerativa de maluc i genoll**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia (23%)</b>	
Aquest criteri es refereix al grau d'afectació osteoarticular, o gravetat de la patologia degenerativa de maluc i genoll, observada mitjançant l'exploració clínica i les proves diagnòstiques. Es pot considerar que el grau o avenç de la patologia és superior quant més deteriorament osteoarticular s'observa a la radiografia o quant major és la limitació de la mobilitat en l'exploració física	
Patologia moderada	0
Patologia molt avançada	23
<b>Dolor (14%)</b>	
Aquest criteri fa referència a la intensitat del dolor que pateix un pacient amb patologia degenerativa de maluc i genoll. És conegut que el grau de dolor no sempre es correspon amb el nivell d'afectació osteoarticular. Així, és possible que un pacient tingui una afectació osteoarticular moderada i no tingui molt dolor, ja sigui perquè el seu llindar de percepció del dolor és més alt o perquè fa menys moviments amb l'articulació	
Lleu	0
Moderat	7
Greu	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Risc d'un canvi de procediment a un altre més agressiu i/o indicació bilateral	
No hi ha risc ni indicació	0
Sí hi ha risc i/o indicació	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia degenerativa de maluc i genoll, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació de l'articulació. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (13%)</b>	
En general, la cirurgia de la patologia degenerativa de maluc i genoll acostuma a ser d'èxit (es recupera gran part o tota la funció articular), però poden haver-hi situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor (per exemple, l'obesitat mòrbida, un deteriorament mental important, les edats extremes [gent molt gran o molt jove], la ingesta crònica d'alcohol, etc.). S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar tota o quasi tota la funció articular que s'havia perdut	
Probabilitat de recuperació moderada (entre 50%-75%): després de l'operació, el pacient té entre 50 i 75 possibilitats d'èxit sobre 100	0
Probabilitat de recuperació alta (> 75%): després de l'operació, el pacient té més de 75 possibilitats d'èxit sobre 100	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9



**Taula 4.5. Patologia del peu i turmell**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* (23%)</b>	
En funció de l'escala de l'AOFAS (American Orthopedic of Foot and and Ankle Society). Aquest criteri es refereix al grau d'afectació osteoarticular, o gravetat de la patologia del peu i turmell, observada mitjançant l'exploració clínica i les proves diagnòstiques. Es pot considerar que el grau o avenç de la patologia és superior quant més deteriorament osteoarticular s'observa a la radiografia o quant major és la limitació de la mobilitat en l'exploració física	
Patologia moderada	0
Patologia molt avançada	23
<b>Síntoma principal/Dolor (14%)</b>	
En funció de la intensitat, la freqüència del dolor i de l'ús d'analgèsics. Aquest criteri fa referència a la intensitat del dolor que pateix un pacient amb patologia del peu i turmell. És conegut que el grau de dolor no sempre es correspon amb el nivell d'afectació osteoarticular. Així, és possible que un pacient tingui una afectació osteoarticular moderada i no tingui molt dolor, ja sigui perquè el seu llindar de percepció del dolor és més alt o perquè fa menys moviments amb l'articulació	
Lleu	0
Moderat	7
Greu	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Risc d'alteracions cutànies, infeccions de les burses, ulceracions i/o bilateralitat	
No hi ha risc ni indicació	0
Sí hi ha risc i/o indicació	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (necessitat d'utilitzar calçat especial a mida o ortesis estabilitzadores per a la deambulació). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (13%)</b>	
En general, la cirurgia per patologia del peu i turmell acostuma a ser d'èxit, però poden haver-hi situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor (per exemple, l'obesitat mòrbida, un deteriorament mental important, les edats extremes [gent molt gran o molt jove], la ingesta crònica d'alcohol, etc.). S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar tota o quasi tota la funció articular que s'havia perdut	
Probabilitat de recuperació moderada (entre 50%-75%): després de l'operació, el pacient té entre 50 i 75 possibilitats d'èxit sobre 100	0
Probabilitat de recuperació alta (> 75%): després de l'operació, el pacient té més de 75 possibilitats d'èxit sobre 100	12
<b>No tenir ningú que cuidi del malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou la patologia degenerativa del turmell (osteocondritis), l'artrosi de turmell, la inestabilitat del turmell, la patologia d'avantpeu (galindons i metatarsàlgia), i el peu reumàtic.

**Taula 4.6. Patologia del raquis de l'adult**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia (23%)</b>	
En funció de la suma dels valors de dèficit neurològic i progressió de la deformitat	
<b>Dèficit neurològic</b>	
Definit com el deteriorament en la funció del sistema nerviós, a nivell medul·lar i/o perifèric (radicular)	
Sense afectació: Sense cap tipus d'afectació medul·lar (Escala de Frankel 1 E; Escala ASIA 2 E) o radicular (sensitiva o motora) (Motor Strength Test 3 -MST- 5)	0
Moderat: Dèficit motor parcial d'una arrel (MST 3-4), sense progressió	4
Greu: Dèficit motor complet d'una arrel (MST 0-1-2) o dèficit parcial d'una arrel amb progressió o bé dèficit motor parcial de més d'una arrel i/o dèficit medul·lar incomplet (Escala ASIA C-D, Escala de Frankel C-D), sense progressió	10
Molt greu: Dèficit motor complet de més d'una arrel i/o medul·lar complet (Escala ASIA A-B, Escala de Frankel A-B), o dèficit parcial poliradicular i/o medul·lar incomplet amb progressió	15
<b>Progressió de la deformitat</b>	
Baixa: Deformitats amb indicació quirúrgica per dolor o disfunció no evolutives: sense progressió documentada	0
Moderada: Deformitats amb indicació quirúrgica en pacients madurs i progressió documentada <1º/mes	4
Alta: Deformitats amb indicació quirúrgica i progressió documentada > 1º/mes	8
<b>Dolor (14%)</b>	
Inclou tant el dolor neuropàtic com el dolor mecànic/axials (sumar els dos valors)	
<b>Dolor neuropàtic</b>	
Definit com el dolor que resulta de la lesió de les fibres nervioses i arrel posterior, generalment per un traumatisme o per un procés crònic i que no requereix persistència de l'estímul dolorós per tal que es mantingui l'estat àlgic. Puntuació del pacient en l'Escala Visual Analògica (EVA) a la pregunta pel dolor a les extremitats superiors o inferiors	
Lleu (EVA = 0-3)	2
Moderat (EVA = 4-5)	4
Alt (EVA = 6-7)	6
Molt alt (EVA = 8-10)	8
<b>Dolor mecànic</b>	
Definit com el dolor a causa de l'activitat, o que empitjora amb aquesta, i millora amb el repòs. Puntuació del pacient en l'Escala Visual Analògica (EVA) a la pregunta pel dolor dorsal, lumbar o cervical (coll o esquena)	
Lleu (EVA = 0-3)	0
Moderat (EVA = 4-6)	3
Alt (EVA = 7-10)	6
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Relacionat amb els riscos associats a la demora en la realització de la intervenció: Risc de mort, risc de complicacions greus, desenvolupament de comorbiditat i/o empitjorament de la gravetat de la malaltia, reducció de l'efectivitat i/o de la prognosi després de la intervenció a causa de retard de tractament. La progressió afecta la supervivència o pot modificar el tipus de cirurgia	
Baix: risc baix que progressi el dèficit, el dolor o que el resultat quirúrgic empitjori amb la demora de la cirurgia. Dolor neuropàtic de menys de 6 mesos d'evolució, deformitats no evolutives, dolor mecànic...	0
Moderat: risc moderat d'empitjorament de resultat o progressió de la malaltia amb la demora de la intervenció. Dolor neuropàtic de més de 6 mesos d'evolució, estenosi amb claudicació, dèficit neurològic sense progressió, deformitats lentament evolutives (<1er mes)...	8
Alt: risc elevat de progressió de la malaltia amb la demora de la intervenció o risc de complicacions greus. Mielopatia simptomàtica, inestabilitat C1-C2, dèficit neurològic amb progressió, deformitats ràpidament evolutives (>1er mes)...	15

<b>Críteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b>	
Limitació, a causa de la malaltia osteoarticular, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació de l'articulació. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. Es pot mesurar amb l'Escala d'Incapacitat per Dolor Lumbar d'Oswestry (Oswestry Disability Index-ODI) per a patologies lumbar, o en l'Índex del Dolor Cervical (Neck Disability Index-NDI) per a patologies cervicals	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (Puntuació Oswestry/NDI<30)	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (Puntuació Oswestry/NDI =30-60)	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes (Puntuació Oswestry/NDI>60)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (13%)</b>	
Definida com la probabilitat de millora de paràmetres com la capacitat de caminar (funcionalitat), el dolor, la claudicació, etc. que comportin finalment una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS) del pacient	
Probabilitat de recuperació baixa (< 50%): després de l'operació, el pacient té menys de 50 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar-se (reducció dels símptomes de dolor, millora de la funcionalitat i, en definitiva, de la QVRS)	0
Probabilitat de recuperació moderada (entre 50% i 70%): després de l'operació, el pacient té entre 50 i 70 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar-se	6
Probabilitat de recuperació alta (> 70%): després de l'operació, el pacient té més de 70 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar-se	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

## Cirurgia oftalmològica

Taula 4.7. Operacions de cataracta

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia (agudesesa visual) (23%)</b>	
Agudesesa visual -AV- corregida per a la visió de lluny	
Incapacitat visual lleu (AV en el pitjor ull entre 0,2 i 0,4)	0
Incapacitat visual moderada (AV en el pitjor ull inferior a 0,2)	10
Incapacitat visual greu (AV en el millor ull entre 0,2 i 0,4)	15
Incapacitat visual molt greu (AV en el millor ull inferior a 0,2)	23
<b>Progressió de la malaltia (14%)</b>	
En funció del risc de presentar complicacions durant l'espera (cataracta dura, patologia endotelial corneal, pseudoexfoliació del cristal·lí, faocoinducció) o bé per necessitat de cirurgia de cataracta prèvia per al tractament d'altres patologies com, per exemple, la retinopatia diabètica)	
Sense risc de complicacions	0
Amb risc de complicacions	14
<b>Limitació de les activitats de la vida diària / símptoma principal (29%)</b>	
Limitació, a causa de les cataractes, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació de la visió per les cataractes. És possible que un pacient tingui una incapacitat visual greu i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que realitzava abans	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (Per exemple: fer feines domèstiques, anar a comprar o fer encàrrecs, activitats familiars o relacionades amb el temps lliure i l'esport)	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	14
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	28
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, l'operació de cataractes acostuma a ser d'èxit (es recupera gran part o tota la visió), però poden haver-hi situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor (per exemple, la presència de comorbiditat ocular). S'han considerat 3 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar tota o quasi tota la visió que s'havia perdut	
Probabilitat de recuperació moderada (entre 50% i 75%): després de l'operació, el pacient té entre 50 i 75 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar tota o quasi tota la visió que havia perdut	0
Probabilitat de recuperació alta (entre 76% i 95%): després de l'operació, el pacient té entre 76 i 95 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar tota o quasi tota la visió que havia perdut	9
Probabilitat de recuperació molt alta (major de 95%): després de l'operació, el pacient té més de 95 possibilitats d'èxit sobre 100 de recuperar tota o quasi tota la visió que havia perdut	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.8. Operacions de l'aparell lacrimal (dacriocistitis)**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió (52%)</b>	
En funció del llagrimatge, les infeccions de repetició (abscessos lacrimals o dacriocistitis aguda) i el nivell d'obstrucció.	
Llagrimatge o epífora	0
Dacriocistitis aguda	26
Fistulització	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Com més greu és la patologia, més probabilitats de recuperació, ja que la cirurgia és d'èxit en el cas de les infeccions. En canvi, es tracta d'una cirurgia poc efectiva en el cas de l'epífora, on poden intervenir altres factors com l'envelliment	
Probabilitat de recuperació baixa	0
Probabilitat de recuperació moderada	6
Probabilitat de recuperació alta	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.9. Cirurgia del pterigi**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió (52%)</b>	
Mesurat segons l'activitat (Actiu:dolor, sensació de cos estrany, llagimeig, història de creixement, alteracions visuals.../ Inactiu: asimptomàtic i sense història de creixement) i segons la grandària (Gran: més de 2mm d'invasió corneal / Petit: menys de 2 mm d'invasió corneal)	
Lesió petita i inactiva	0
Lesió petita i activa	17
Lesió gran i inactiva	35
Lesió gran i activa	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. (definir en funció de la malaltia) que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor. Definir el nivell de probabilitat de recuperació que es consideri idoni	
Probabilitat de recuperació baixa	0
Probabilitat de recuperació moderada	6
Probabilitat de recuperació alta	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.10. Operacions de parpella i conjuntiva (exclòs la ptosi)**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal / Progressió (52%)</b>	
En funció del llagrimatge, de les infeccions de repetició i nivell d'obstrucció	
No afecta la còrnia	0
Compromís de la superfície corneal	26
Afectació de la còrnia	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia d'èxit i igualment s'ha d'operar en el cas que no ho acabés sent	
Probabilitat de recuperació baixa	0
Probabilitat de recuperació moderada	6
Probabilitat de recuperació alta	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou l'entropi i l'ectropi, les alteracions de les pestanyes, i la cirurgia menor de la parpella



**Taula 4.11. Operacions de la ptosi**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió (52%)</b>	
En funció del grau d'afectació	
No compromet l'eix visual	0
Permet mecanismes d'ascensió compensatoris	26
Tapa l'eix visual i ja no permet mecanismes compensatoris	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
S'ha de tenir en compte que les d'origen neurològic acostumen a tenir menys possibilitats de recuperació	
Probabilitat de recuperació baixa	0
Probabilitat de recuperació moderada	6
Probabilitat de recuperació alta	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9



## Cirurgia general i digestiva

Taula 4.12. Reparacions d'hèrnies

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia (37%)</b>	
Grau d'incarceració segons intensitat (síntomes oclusius) i freqüència dels episodis	
No s'incarcera (hèrnia asimptomàtica)	0
Incarceració fàcilment reductible	12
Incarceració difícilment reductible	24
Incarceració fixa, amb o sense símptomes oclusius	37
<b>Progressió de la malaltia (14%)</b>	
Progressió per incarceració o augment de la grandària d'aquesta	
No hi ha progressió	0
Progressa	7
Està molt evolucionada	15
<b>Limitació en les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Capacitat d'utilitzar el telèfon, fer les compres, preparar el menjar, cura de la casa...	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (13%)</b>	
En general, la reparació d'hèrnia acostuma a ser d'èxit, però hi poden haver situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor, com per exemple qualsevol patologia que augmenti la pressió abdominal i que no es pugui resoldre (malalties respiratòries, cirrosi amb ascites, malalties prostàtiques, etc.). S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar el total o quasitotal del que s'havia perdut	
Moderada (50%-75%)	0
Alta (> 75%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.13. Fissura anal**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Dolor/Síntoma principal / Gravat (37%)</b>	
Mesurat amb una escala EVA on el mínim és no dolor amb sagnat i el màxim, dolor continu	
No dolor	0
Dolor associat a la defecació	19
Dolor continu	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Reiteració dels episodis de dolor	
Respon al tractament	0
No respon al tractament	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària en relació a la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, la cirurgia de fissura anal acostuma a ser d'èxit, però hi poden haver situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor, com per exemple tenir patologia psíquica (especialment l'ansietat), patologia sistèmica, etc..S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar-se totalment o quasi totalment	
Moderada (50%-75%)	0
Alta (> 75%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.14. Fístula perianal i quist pilonidal (o quist sacre)**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat / Progressió de la malaltia (37%)</b>	
Reiteració d'episodis aguts (episodis d'abscessificació durant 1 any)	
0-1 episodis /any	0
2-3 episodis /any	19
4 o més episodis /any	37
<b>Dolor/síntoma principal (15%)*</b>	
Els símptomes principals són el dolor i la febre deguda a la infecció que es produeixen en els episodis aguts. La infecció comporta habitualment supuració amb les consegüents molèsties (canvis de gassa o compresa, etc.). S'ha considerat valorar el dolor en la fase aguda mitjançant una escala visual analògica (EVA)	
Lleu	0
Moderat	7
Greu	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, la cirurgia de fístula perianal i quist pilonidal acostuma a ser d'èxit, però en els casos que aquesta patologia sigui conseqüència d'altres patologies, el seu èxit disminueix. S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar-se totalment o quasi totalment	
Moderada (fístula secundària: com a complicació d'una altra patologia)	0
Alta (fístula perianal <i>per sé</i> )	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Si el dolor no està en fase aguda, és el grau de supuració i aleshores s'opera d'urgència

**Taula 4.15. Hemorroides**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat / Progressió de la malaltia (37%)</b>	
Mesurat a través d'una escala de gravetat de les hemorroides d'1 a 4 graus on els graus 3 i 4 són d'indicació quirúrgica	
Grau 3: hemorroide que prolapsa espontàniament i costa de reduir manualment	0
Grau 4: hemorroide prolapsada, ulcerada i epitelitzada	37
<b>Dolor/síntoma principal (15%)</b>	
Els símptomes principals són el sagnat persistent i les crisis hemorroïdals	
No sagnat	0
Sagnat que no provoca anèmia	7
Sagnat que provoca anèmia	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, les operacions d'hemorroides acostumen a ser d'èxit, però hi poden haver situacions que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor. S'han considerat 2 nivells de probabilitat de recuperació en funció del percentatge d'èxit de recuperar totalment o quasi totalment que s'havia perdut	
Moderada (50%-75%)	0
Alta (> 75%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.16. Colelitiasi simptomàtica**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat / Síntoma principal (37%)</b>	
Nombre d'episodis aguts (còlics hepàtics)	
Menys de 3 episodis al mes	0
Més de 3 episodis al mes	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Es considera els anys d'evolució ja que a partir de 15-20 anys d'evolució la malignitat és més alta	
Amb menys de 15 anys d'evolució	0
Amb més de 15 anys d'evolució	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
S'ha considerat que tots els pacients tenen la mateixa probabilitat i grau de recuperació	
No aplica	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi al malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats).	
No està limitat	0
Està limitat	9

## Otorinolaringologia

Taula 4.17. Colesteatoma

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió de la malaltia (52%)</b>	
Es considera que tots els casos de colesteatoma són igual de prioritaris en aquests críteris	
No aplica	0
Màxima prioritat per a aquests críteris	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
En funció de la presència o no d'algun dels següents aspectes: vertigen, afectació bilateral, edat d'aprenentatge, orella única	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una intervenció amb força d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplica	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest críter. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest críter. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.18. Problemes de la cadena ossicular o cirurgia funcional de la cadena ossicular**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la sordesa, amb importància a la bilateralitat i a la intensitat	
Unilateral moderada (30-70 dB)	0
Unilateral greu (a partir de 70 dB)	15
Bilateral moderada (30-70 dB)	27
Bilateral greu (a partir de 70 dB)	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la patologia	
Timpanosclerosi, temps funcionals en cavitats quirúrgiques	0
Osteosclerosi	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
En funció de l'edat, la professió i la limitació de les activitats quotidianes	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En funció del guany teòric, el que el pacient podria arribar a sentir, mesurat amb el GAP (llindar auditiu diferencial entre la via aèria i l'òssia)	
GAP petit (<20 dB)	0
GAP moderat (20-40 dB)	6
GAP alt (>40 dB)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou otosclerosi, timpanosclerosi i temps funcionals en cavitats quirúrgiques.

**Taula 4.19. Miringoplàstia**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de l'edat, la bilateralitat i l'extensió de la perforació	
Cap de les següents situacions	0
Afectació bilateral	15
Gran perforació (subtotals)	25
Edat menor de 20 anys	37
<b>Progressió de la malaltia / Limitació de les activitats de la vida diària (29%)</b>	
En funció de la realització d'activitats relacionades amb l'aigua: en la professió i en les activitats de la vida diària segons l'edat	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	15
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	29
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Dificultat per complir les cures i el seguiment del tractament	
Té dificultats	0
No té dificultats	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9



**Taula 4.20. Otitis mitjana serosa**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la sordesa, la repercussió en l'aprenentatge del llenguatge i la bilateralitat	
Adult i unilateral	0
Adult i bilateral	15
Infant i unilateral	27
Infant i bilateral	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de si té tendència a l'adhesió (otitis adhesiva) o la invaginació	
No	0
Sí	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
En funció de l'edat	
Infant amb més de 8 anys	0
Infant entre 3 i 8 anys	7
Infant perlocutiu (menor de 3 anys)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En funció de l'existència d'algun problema neurosensorial associat a l'otitis	
No té component neurosensorial associat	0
Té component neurosensorial associat	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou als drenatges transtimpànics acompanyat o no d'adenoidectomia i/o amigdalectomia

**Taula 4.21. Vertigen invalidant**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió de la malaltia (52%)</b>	
Es considera que tots els casos de vertigen quirúrgic són igual de prioritaris en aquests criteris	
No aplicable	0
Màxima prioritat per aquests criteris	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
En funció de la presència de crisis permanents o intermitents (fluctuants)	
No està limitat	0
Està limitat	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una intervenció amb força d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.22. Sordesa profunda postlocutiva**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de l'edat	
Edat major de 60 anys	0
Edat entre 6 i 60 anys	25
Edat entre 3 i 6 anys	37
<b>Progressió de la malaltia / Probabilitat i grau de recuperació (27%)</b>	
En funció del temps de deprivació auditiva: entre l'inici de la sordesa i l'implant, que ajudarà a conèixer les expectatives de la cirurgia	
Més de 20 anys	0
Entre 10 i 20 anys	15
Menys de 10 anys	27
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.23. Cirurgia de cap i coll**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de l'alteració estètica (volum) i el compromís funcional o metabòlic	
Cap dels casos següents	0
Alteració estètica i/o clínica compressiva (compromís funcional o metabòlic)	20
Disfàgia important amb pèrdua de pes	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció del creixement o aparició dels símptomes en els darrers 3 mesos	
Evolució lenta	0
Evolució significativa	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una intervenció amb força d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.24. Cirurgia de laringe i faringe amb prioritat alta**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la dificultat respiratòria i la disfàgia	
Bona respiració i deglució	0
Dificultat respiratòria lleu i/o disfàgia	15
Dificultat respiratòria moderada amb disfàgia	27
Dificultat respiratòria greu	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la progressió dels símptomes en els darrers 3 mesos	
Símptomes estables	0
Empitjorament dels símptomes	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una intervenció amb força d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplica	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou la papil·lomatosi laríngia, les malformacions laríngies, l'estenosi laríngia i la paràlisi bilateral de cordes vocals

**Taula 4.25. Cirurgia de laringe i faringe amb prioritats baixa**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la simptomatologia associada	
Cap dels següents casos	0
Més de 6 infeccions anuals	15
Grau de disfonia molt greu	27
Aspiració en la deglució	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la progressió dels símptomes en els darrers 3 mesos	
Símptomes estables	0
Empitjorament dels símptomes	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació / Limitació per treballar a causa de la patologia (21%)</b>	
En funció de la repercussió laboral	
No té limitacions	0
Té limitacions per treballar però no necessita la veu	10
Professions en relació directa amb la veu (mestres, locutors, cantants, etc.)	21
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8

\* Inclou la cirurgia de la pròtesi fonatòria, l'amigdalectomia per amigdalitis, la disfonia funcional (per processos inflamatoris, nòduls, pòlips...) i la patologia benigna de la faringe

**Taula 4.26. Cirurgia de nas amb prioritat moderada**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció del grau d'obstrucció nasal, el nombre d'aguditzacions infeccioses i l'índex d'apnea-hipoapnea	
Obstrucció nasal lleu i/o menys d'1 o 2 infeccions anuals i/o índex lleu	0
Obstrucció nasal moderada i/o entre 2-5 infeccions anuals i/o índex moderat	20
Obstrucció nasal greu i/o més de 5 infeccions anuals i/o índex greu	37
<b>Progrèssió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la progrèssió dels símptomes en els darrers 3 mesos	
Símptomes estables	0
Empitjorament dels símptomes	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació / Limitació per treballar a causa de la patologia (21%)</b>	
En funció de la repercussió laboral	
No té limitacions	0
Té limitacions per treballar però no necessita el sentit de l'olfacte	10
Professions en relació directa amb la veu (perfumistes, sommelier, enòlegs, etc.)	21
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8

\* Inclou la cirurgia endoscòpica dels processos sinusals, l'apnea del son i roncopatia, els tumors benignes nasosinusals i la cirurgia endoscòpica de la poliposi nasal

**Taula 4.27. Cirurgia del nas de prioritat baixa (patologia de cornet, piràmide i tàbic)**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió de la malaltia (52%)</b>	
En funció de l'edat i del grau d'obstrucció nasal	
Obstrucció nasal lleu o moderada	0
Obstrucció nasal greu	25
Malalt menor de 25 anys	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia. Ja es parteix d'un grau d'afectació	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació / Limitació per treballar a causa de la patologia (21%)</b>	
En funció de la repercussió laboral	
No té limitacions	0
Té limitacions per treballar	21
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8



## Urologia

Taula 4.28. Adenoma de pròstata

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal / Progressió de la patologia (52%)</b>	
En funció del fet de portar sondatge, que implicarà un major nombre de complicacions (sagnat o infeccions)	
Sense sondatge	0
Amb sondatge	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Equivalència amb el qüestionari IPSS (Internacional Prostate Symptom Store)	
IPSS moderat (entre 9 i 16 punts)	0
IPSS greu (més de 16 punts)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
La intervenció és efectiva, però la qualitat de la bufeta és un determinant d'èxit. Treure la sonda s'aconsegueix en un 95% dels casos	
Probabilitat d'èxit moderada (80-85%)	0
Probabilitat d'èxit alta (>85%)	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.29. Fimosi**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Síntoma principal / Gravetat de la patologia / Progressió de la patologia (52%)</b>	
En funció de la dificultat miccional i problemes infecciosos	
No complicada	0
Complicada (amb problemes infecciosos i problemes miccionals)	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitacions relacionades amb la funció sexual o amb infeccions	
No té limitacions	0
Té limitacions	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.30. Vasectomia**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Símptomes principals / Gravetat de la patologia / Progressió de la patologia (52%)</b>	
En funció de si existeix probabilitat de malalties hereditàries o si la dona té problemes per utilitzar anticonceptius	
No inclòs en els casos esmentats anteriorment	0
Inclòs en els casos esmentats anteriorment	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitacions relacionades amb la funció sexual o amb infeccions	
No aplicable	0
Té limitacions	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Probabilitat i grau (magnitud) de millora de paràmetres com la funcionalitat, el dolor, la claudicació, etc. que comportin, finalment, una millora global de la qualitat de vida relacionada amb la salut (QVRS). Es pot definir, també, identificant aquelles situacions (comorbiditats específiques) que facin que la probabilitat d'èxit sigui menor. Cal definir el nivell de probabilitat de recuperació que es consideri idoni	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.31. Patologia benigna de l'escrotal**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la grandària i el dolor	
No es considera greu	0
Es considera greu	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de l'augment progressiu de la grandària	
No hi ha progressió	0
Sí hi ha progressió	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per exemple, la vida sexual). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou hidrocel·les, quists de cordó i quists d'epidídim

**Taula 4.32. Patologia benigna del penis**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Síntoma principal / Gravetat de la patologia* / Progressió de la patologia (52%)</b>	
En funció de la impossibilitat de tenir relacions sexuals	
No l'impossibilita	0
Sí l'impossibilita	52
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En funció de si existeixen patologies concomitants i el grau de complexitat de l'operació (per exemple, diabetis)	
Probabilitat i grau de recuperació moderat	0
Probabilitat i grau de recuperació alt	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou el peyronie quirúrgic o curvatura de penis i la pròtesi de penis

**Taula 4.33. Estenosi d'uretra**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la funció miccional, de les infeccions o litiasis associades	
No portadors de derivacions urinàries	0
Portadors de derivacions urinàries	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de les complicacions, infeccions o litiasis	
No hi ha progressió	0
Sí hi ha progressió	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per exemple, la vida sexual). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació. No es prioritza encara que existeixin comorbiditats associades	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.34. Litiasi**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Progressió de la patologia (37%)</b>	
Segons el grau d'obstrucció renal	
Lleu (no obstruït, sense repercussió)	0
Moderat (retard funcional)	15
Greu semianul·lació funcional renal	25
Portadors d'algun tipus de derivació urinària	37
<b>Síntoma principal (14%)</b>	
En funció del dolor, l'ús d'analgèsics i el nombre d'estades a urgències o hospitalitzacions. Mesurat amb una escala EVA	
Lleu (1-3)	0
Moderat (4-7)	7
Greu (8-10)	15
<b>Limitacions en les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitacions degudes al fet d'haver de portar derivacions urinàries o al dolor	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (en casos de dolor lleu-moderat)	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes (en casos de dolor greu)	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes (amb derivacions urinàries)	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es prioritzen en funció de la reserva funcional	
Birenals	0
Monorenals	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Considerat per aquells casos on ha fracassat la litotàxia

## Ginecologia i obstetrícia

Taula 4.35. Metrorràgia

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció del grau d'anèmia (segons hemoglobina –Hb- en sang) i la seva simptomatologia	
Anèmia lleu (nivells d'Hb: 10,0-11,9 gr/dl de sang)	0
Anèmia moderada (nivells d'Hb: 8-9,9 gr/dl de sang)	18
Anèmia greu (nivells d'Hb < 8 gr/dl de sang)	37
<b>Progrés de la malaltia (15%)</b>	
Mesurada en funció de:	
1) La possibilitat que la metrorràgia faci empitjorar altres patologies associades	
2) Per l'empitjorament de l'anèmia (impossibilitat de compensació de l'anèmia)	
No hi ha progrés (no es compleix cap dels 2 aspectes anteriors)	0
Progrés en un dels aspectes	7
Progrés en tots dos aspectes	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. la vida sexual). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta cirurgia acostuma a ser d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Els miomes que cursen amb metrorràgia es valoraran amb el sistema de prioritització específic per 46miomes



**Taula 4.36. Mioma simptomàtic i/o amb interferència reproductiva**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Síntomes principals / Gravetat de la patologia (37%)</b>	
S'ha de considerar l'anèmia, el dolor, la compressió d'òrgans veïns i la interferència reproductiva	
Amb 1 dels aspectes anteriors	0
Amb 2 dels aspectes	20
Amb 3 o més dels aspectes	37
<b>Progrèssió de la malaltia (15%)</b>	
Es valora quin risc li comporta la progressió de la malaltia en funció del creixement del propi mioma, de la progressió en la compressió d'òrgans veïns i de la interferència reproductiva	
Risc baix	0
Risc moderat	6
Risc alt	15
<b>Limitacions en les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta cirurgia acostuma a ser d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.37. Prolapse genital simptomàtic**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia (23%)</b>	
En funció de la classificació dels prolapses d'acord amb Baden & Walker <sup>53,53</sup> . Només s'inclouen aquells prolapses de grau 2 o superior i que provoquin símptomes específics de prolapse genital (sensació de bony genital)	
Prolapse de grau 2 (fins al introit vaginal)	0
Prolapse de grau 3 (més enllà del introit vaginal, sense arribar a ser un prolapse total)	10
Prolapse de grau 4 (prolapse total, eversió completa)	23
<b>Síntoma principal / Progressió de la malaltia (29%)</b>	
Mesurat en funció de la impossibilitat de mantenir el prolapse reduït amb un pesari i/o de la presència de complicacions: sagnat per ulceració del prolapse, infeccions urinàries complicades (pielonefritis, cistitis de repetició amb 3 o més episodis a l'any) o simptomatologia obstructiva (dificultat miccional que obligui a la reducció manual del prolapse)	
No hi ha complicacions	0
Presència d'alguna de les complicacions	29
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. esforços físics continuats, deambulació, relacions sexuals...). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia d'èxit, tot i que hi ha risc de recidiva. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.38 Patologia mamària benigna**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Síntoma principal / Gravetat de la patologia* / Progressió de la malaltia (52%)</b>	
En funció del creixement ràpid, del dolor i de la infecció, en el cas de la fístula	
No té cap dels símptomes	0
Té algun dels símptomes (creixement ràpid i/o dolor)	40
Té infeccions de repetició (en el cas de la fístula mamària)	52
<b>Limitacions en les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta cirurgia acostuma a ser d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació tot i que el tabaquisme i la obesitat s'han associat a una menor probabilitat de recuperació en el cas de la fístula	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou el fibroadenoma i altres tumoracions benignes i la fístula

**Taula 4.39. Atenció contraceptiva quirúrgica femenina**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Síntoma principal / Gravetat de la patologia / Progressió de la malaltia / Limitacions en les activitats de la vida diària (66%)</b>	
En funció de les patologies concomitants (malaltia cardíaca valvular, trombofília, malalties sistèmiques que s'agreugen amb tractament hormonal...)	
Per pur desig de la dona (sense cap patologia concomitant que contraindiqui altres mètodes contraceptius)	0
L'embaràs no amenaça la vida de la dona, però no pot utilitzar altres mètodes contraceptius a causa de la patologia concomitant que els contraindica o altres situacions (malalties mentals, indicació judicial, etc.)	50
L'embaràs amenaça la vida de la dona, i no pot utilitzar altres mètodes anticonceptius	66
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta cirurgia acostuma a ser d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.40. Malaltia inflamatòria pelviana crònica o altre dolor pelvià amb indicació quirúrgica**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia (23%)</b>	
Segons si hi ha o no interferència gestacional	
Procés uteroannexal crònic sense interferència gestacional amb aquest (no desig generacional de la pacient)	0
Procés uteroannexal crònic amb interferència gestacional amb desig generacional de la pacient	23
<b>Dolor (14%)</b>	
En funció de la intensitat del dolor, la necessitat d'analgèsics i les visites a urgències	
No hi ha dolor o el dolor no requereix analgèsia	0
Intensitat del dolor que faci necessari la presa contínua d'analgèsics orals	8
Intensitat del dolor que faci necessari visites a urgències però que calmi amb analgèsia parenteral puntual	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la necessitat progressiva d'analgèsia (dosis i/o tipus)	
No hi ha progressió	0
Sí hi ha progressió	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. esforços físics continuats, deambulació, relacions sexuals...). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una intervenció amb força èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Recuperació satisfactòria per a la patologia dolorosa	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

**Taula 4.41. Tumoració annexal benigna**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* (23%)</b>	
En funció de la grandària de la tumoració	
De menys de 6 cm	0
Entre 6 i 10 cm	15
De més de 10 cm	23
<b>Síntoma principal (14%)</b>	
Indicat per la presència de dolor i/o la interferència generacional	
No té cap dels símptomes	0
Presenta un dels símptomes	7
Presenta tots dos símptomes	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció de la necessitat progressiva d'analgèsia (dosis i/o tipus) o l'augment de la grandària del tumor	
Progressió baixa	0
Progressió moderada	6
Progressió alta	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. esforços físics continuats, deambulació, relacions sexuals...). És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia amb força d'èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Recuperació satisfactòria	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* S'entén per benigna la que s'ha valorat per ecografia i/o marcadors bioquímics i s'ha descartat la sospita de malignitat

**Taula 4.42. Incontinència urinària (IU) en la dona**

Críteris ponderats	Pes (%)
<b>Gravetat de la patologia* (23%)</b>	
En funció de la classificació de la IU segons el qüestionari de gravetat ISI <sup>54,54,55,55</sup> . Només s'inclouen aquells casos de IU de grau moderat, greu o molt greu. La gravetat de la IU s'avaluarà per si mateixa, independentment que vagi o no associada a un prolapse genital <sup>+</sup>	
IU moderada (de 3 a 6 punts)	0
IU greu (de 8 a 9 punts)	15
IU molt greu (12 punts)	23
<b>Síntoma principal / Progressió de la malaltia (29%)</b>	
Mesurada en funció del tipus d'IU i les complicacions: fístula urinària, infeccions o lesions de la pell de l'àrea genital secundària a la pèrdua d'orina, infeccions urinàries complicades (cistitis de repetició amb 3 o més episodis en el darrer any i/o un episodi de pielonefritis en el darrer any)	
No és una fístula ni te cap de les complicacions descrites	0
Presència d'alguna de les complicacions descrites	20
Fístula urinària	29
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. esforços físics continuats, deambulació, relacions sexuals...). És possible que una dona tingui una IU molt greu i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia que encara que no totes les pacients tenen el mateix grau de recuperació, quan s'indica el tractament quirúrgic, es considera que tothom té una alta probabilitat de milloria o curació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Comprèn la incontinència urinària d'esforç pura o mixta i fistules urinàries

+Per identificar IC de pitjor pronòstic cal realitzar proves funcionals (urodinàmia). Atès que aquestes proves no estan disponibles a tots els centres s'acorda que no és possible definir aquest criteri per tal que pugui ser aplicable a tots els pacients

**Taula 4.43. Patologia vulvovaginal i patologia cervical que no sigui preneoplàstica**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
En funció de la interferència amb les relacions sexuals, del dolor i de la patologia infecciosa inflamatòria genitourinària associada (infeccions genitourinàries, pèrdues hemàtiques, leucorrea, etc.)	
Té un dels símptomes	0
Té 2 o més dels símptomes	20
Té una fístula	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Segons si hi ha un empitjorament dels símptomes	
No progressa	0
Sí progressa	15
<b>Limitació en les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia (per ex. deambulació, relacions sexuals...). No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té bastants problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
És incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia amb força èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Inclou quists vaginals, tàbics vaginals, condilomes...



**Taula 4.44. Patologia endometrial benigna asimptomàtica**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia* / Síntoma principal (37%)</b>	
Es pondera el risc de degeneració neoplàsica i la interferència reproductiva com a determinants de gravetat.	
Factors de risc de degeneració neoplàsica: es considera que els principals factors clínics predictors de malignitat del pòlip endometrial són el nombre (>1), grandària (>15 mm) i l'estatus de postmenopausa. Altres factors clínics amb risc potencial més feble són l'HTA, l'obesitat, la diabetis, la teràpia hormonal substitutiva (THS) o el tractament amb tamoxifèn.	
FACTORS MAJORS: grandària>15 mm, nombre >1 pòlip, estatus postmenopàusic	
FACTORS MENORS: HTA, obesitat (IMC>30), diabetis, THS o tractament amb tamoxifèn	
No té cap factor major ni menor o menys de 2 factors menors ni interferència reproductiva	0
Té 1 factor major i/o 2 o més factors menors i/o interferència reproductiva	20
Té 2 o més factors majors i/o 1 major + més de 2 factors menors	37
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
En funció del creixement. Si apareix simptomatologia (metrorràgia) cal valorar mitjançant el sistema de prioritització per metrorràgia o descartar patologia maligna	
No progressa	0
Sí progressa	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
En funció de la interferència gestacional	
No influeix	0
Influeix	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
Es tracta d'una cirurgia amb força èxit. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

\* Els pòlips que cursen amb metrorràgia s'han considerat en el sistema de prioritització desenvolupat per a metrorràgies

**Taula 4.45. Endometriosis profunda**

<b>Criteris ponderats</b>	<b>Pes (%)</b>
<b>Gravetat de la patologia (23%)</b>	
Mesurats en funció de l'afectació d'òrgans veïns	
Malaltia limitada al tabic recte-vaginal	5
Afectació de la bufeta sense afectació de recte o de l'urèter	12
Afectació de l'intestí i/o urèter	23
<b>Síntoma principal/Dolor (14%)</b>	
Mesurat en funció de la intensitat d'aquest	
Dolor escàs	4
Dolor intens	9
Dolor molt intens	14
<b>Progressió de la malaltia (15%)</b>	
Mesurada en funció de les complicacions aparegudes	
No afectació funcional d'òrgans veïns	0
Rectorràgies/hematúria	9
Signes d'oclusió/suboclusió intestinal i/o hidronefrosi	15
<b>Limitació de les activitats de la vida diària a causa de la patologia (14%)</b>	
Limitació, a causa de la patologia, per realitzar aquelles activitats de la vida quotidiana o de lleure que es duïen a terme abans de l'afectació per aquesta patologia. És possible que un malalt tingui una patologia molt avançada i, malgrat tot, no tingui molts problemes per realitzar les activitats que feia anteriorment. No s'ha de confondre amb la gravetat de la patologia	
No té cap problema per realitzar les seves activitats quotidianes	0
Té alguns problemes per realitzar les seves activitats quotidianes	7
Té molts problemes / és incapaç de realitzar la major part de les seves activitats quotidianes	14
<b>Probabilitat i grau de recuperació (12%)</b>	
En general, aquesta cirurgia acostuma a ser d'èxit quan es realitza en un centre amb experiència. Es considera que tothom té una alta probabilitat de recuperació	
No aplicable	0
Alta probabilitat de recuperació	12
<b>No tenir ningú que cuidi el malalt en cas de necessitat (5%)</b>	
En cas de necessitat, disponibilitat o no de tenir alguna persona que ajudi o cuidi el malalt en les activitats diàries. En el cas de no necessitar ningú que el cuidi, es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no causi necessitat de ser cuidat	
Té alguna persona o no la necessita	0
No té cap persona	5
<b>Limitació per cuidar les persones a càrrec del malalt, en cas de tenir-ne (8%)</b>	
Limitacions per exercir la responsabilitat (si escau) de tenir persones a càrrec, que depenguin del malalt (per exemple fills, pares, etc.). En el cas de no tenir persones a càrrec es desestima aquest criteri. També es desestima en el cas que la patologia no afecti aquest rol social de cuidador	
No està limitat	0
Està limitat	8
<b>Limitació per treballar a causa de la patologia (9%)</b>	
Limitació per treballar a causa de la patologia (també s'inclouen les activitats dels estudiants, de les mestresses de casa i dels aturats)	
No està limitat	0
Està limitat	9

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Espallargues M, Sampietro-Colom L, Castells X, Pinto JL, Rodríguez E, Comas M. Elaboració d'un sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta i artroplastia de maluc i genoll. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Catsalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya; 2003.
2. Allepuz A, Espallargues M, Martínez O. Criterios para priorizar a pacientes en lista de espera para procedimientos quirúrgicos en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Rev Calidad Asistencial. 2009;24(5):185-91.
3. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L. Priorització de pacients en llista d'espera per a cirurgia electiva de raquis o fusió vertebral. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
4. Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, 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.
5. Hadorn DC. Setting priorities for waiting lists: defining our terms. CMAJ. 2000;163(7):857-60.
6. Edwards RT. Points for pain: waiting list priority scoring systems. BMJ. 1999;318(7181):412-4.
7. Espallargues M, Comas M, Sampietro-Colom L, Castells X. Prova pilot del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per a cirurgia de cataracta, artroplastia de maluc i artroplastia de genoll (setembre 2003). Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2005.
8. Tebé C, Adam P, Alomar S, Espallargues M. Impacte del sistema de prioritització de pacients en llista d'espera per artroplasties de genoll i maluc i cirurgia de cataracta. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2011.
9. Espallargues M, Gallo P, Pons JMV, Sampietro-Colom L. Situació i abordatge de les llistes d'espera a 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.
10. Culyer AJ. Need and the Nacional health Service. Oxford (United Kingdom): Martin Robertson; 1976.
11. Wennberg JE. Tracking medicine. Researchers quest to understand health care. New York, NY (US): Oxford University Press; 2010.
12. Oudhoff JP, Timmermans DR, Rietberg M, Knol DL, Van der Wal G. The acceptability of waiting times for elective general surgery and the appropriateness of prioritising patients. BMC Health Serv Res. 2007;7:32.

13. Edwards RT. NHS Waiting lists: Towards the Elusive Solution. London (United Kingdom): Office of Health Economics; 1997.
14. Harry LE, Nolan JF, Elender F, Lewis JC. Who gets priority? Waiting list assessment using a scoring system. *Ann R Coll Surg Engl.* 2000;82(6 Suppl):186-8.
15. Dennett ER, Kipping RR, Parry BR, Windsor J. Priority access criteria for elective cholecystectomy: a comparison of three scoring methods. *N Z Med J.* 1998;111(1068):231-3.
16. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 1: Overview. *BMJ.* 1997;314:131-4.
17. Escobar A, Quintana JM, Espallargues M, Allepuz A, Ibanez B. Different hip and knee priority score systems: are they good for the same thing? *J Eval Clin Pract.* 2010;16(5):940-6.
18. Lack A, Edwards RT, Boland A. Weights for waits: lessons from Salisbury. *J Health Serv Res Policy.* 2000;5(2):83-8.
19. Taylor MC, Hadorn DC. Developing priority criteria for general surgery: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg.* 2002;45(5):351-7.
20. Naylor CD, Baigrie RS, Goldman BS, Cairns JA, Beanlands DS, Berman N, et al. Assigning priority to patients requiring coronary revascularization: consensus principles from a panel of cardiologists and cardiac surgeons. *Can J Cardiol.* 1991;7(5):207-13.
21. San Miquel Inza F, Sánchez Iriso E, Cabases Hita JM. Instrumentos económicos para la priorización de pacientes en lista de espera: la aplicación de modelos de elección discreta. *Gac Sanit.* 2008;22(2):90-7.
22. Kee F, McDonald P, Kirwan JR, Patterson CC, Love AH. Urgency and priority for cardiac surgery: a clinical judgment analysis. *BMJ.* 1998;316(7135):925-9.
23. MacCormick A, MacMillan A, Parry B. Identification of criteria for the prioritisation of patients for elective general surgery. *J Health Serv Res Policy.* 2004;9(1):28-33.
24. Las Hayas C, González N, Aguirre U, Blasco JA, Elizalde B, Perea E, et al. Can an appropriateness evaluation tool be used to prioritize patients on a waiting list for cataract extraction? *Health Policy.* 2010;95(2-3):194-203.
25. Ryyänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Soc Sci Med.* 1999;49(11):1529-39.
26. Derrett 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.
27. Rodríguez-Míguez E, Herrero C, Pinto-Prades JL. Using a point system in the management of waiting lists: the case of cataracts. *Soc Sci Med.* 2004;59(3):585-94.
28. Phoenix C. Waiting list management and admission scheduling. A: Abrams M, editor. *Conference on Medical Computing.* London (United Kingdom): Spectrum; 1972.

29. Witt J, Scott A, Osborne RH. Designing choice experiments with many attributes. An application to setting priorities for orthopaedic waiting lists. *Health Econ.* 2009;18(6):681-96.
30. Wong VW, Lai TY, Lam PT, Lam DS. Prioritization of cataract surgery: visual analogue scale versus scoring system. *ANZ J Surg.* 2005;75(7):587-92.
31. Agnew TM, Whitlock RM, Neutze JM, Kerr AR. Waiting lists for coronary artery surgery: can they be better organised? *N Z Med J.* 1994;107(979):211-5.
32. Clover KA, Dobbins TA, Smyth TJ, Sanson-Fisher RW. Factors associated with waiting time for surgery. *Med J Aust.* 1998;169(9):464-8.
33. Eltringham D, Clare P. Waiting list management by computer. Birmingham (United Kingdom): Operational Research Unit. Birmingham Regional Hospital Board; 1973.
34. Culyer AJ, Cullis J. Some economics of hospital waiting lists in the NHS. *J Soc Policy.* 1976;5:239-64.
35. Fordyce A, Phillips R. Waiting list management by computer: a preliminary study. *Hospital.* 1970;66:303-5.
36. Halliwell T. How fair is cataract prioritisation? *N Z Med J.* 1998;111(1076):405-7.
37. Rai S, Chandra SS, Smile SR. A study of the risk of strangulation and obstruction in groin hernias. *Aust N Z J Surg.* 1998;68(9):650-4.
38. Western Canada Waiting List Project. From Chaos to Order: Making sense of waiting lists in Canada. Edmonton, AB (Canada): Western Canada Waiting List Project; 2001.
39. Ryyänen OP, Myllykangas M, Kinnunen J, Takala J. Doctors' willingness to refer elderly patients for elective surgery. *Fam Pract.* 1997;14(3):216-9.
40. Hadjistavropoulos HD, Snider B, Bartlett G. Measuring the quality of performance in the management of waiting lists: using cataract surgery as an example. *Jt Comm J Qual Improv.* 1998;24(8):407-22.
41. Curtis AJ, Wolfe R, Russell CO, Costello AJ, Travis DG, Snow R, et al. Prioritizing patients for prostatectomy: balancing clinical and psychosocial factors. *ANZ J Surg.* 2007;77(3):112-7.
42. Gudex C, Williams A, Jourdan M. Prioritising waiting lists. *Health Trends.* 1990;22:103-8.
43. Mariotto A, De Leo D, Buono MD, Favaretti C, Austin P, Naylor CD. Will elderly patients stand aside for younger patients in the queue for cardiac services? *Lancet.* 1999;354(9177):467-70.
44. Naylor CD, Basinski A, Baigrie RS, Goldman BS, Lomas J. Placing patients in the queue for coronary revascularization: evidence for practice variations from an expert panel process. *Am J Public Health.* 1990;80(10):1246-52.
45. Lundstrom M, Albrecht S, Hakansson I, Lorefors R, Ohlsson S, Polland W, et al. NIKE: a new clinical tool for establishing levels of indications for cataract surgery. *Acta Ophthalmol Scand.* 2006;84(4):495-501.

46. Lundstrom M, Stenevi U, Thorburn W. Assessment of waiting time and priority setting by means of a national register. *Int J Technol Assess Health Care*. 1996;12(1):136-40.
47. Naylor CD, Williams JI. Primary hip and knee replacement surgery: Ontario criteria for case selection and surgical priority. *Qual Health Care*. 1996;5(1):20-30.
48. Fantini MP, Negro A, Accorsi S, Cisbani L, Taroni F, Grilli R. Development and assessment of a priority score for cataract surgery. *Can J Ophthalmol*. 2004;39(1):48-55.
49. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. Part 2: Coronary artery bypass graft surgery. *BMJ*. 1997;314(7074):135-8.
50. Jackson NW, Doogue MP, Elliott JM. Priority joints and cardiac events while waiting for coronary bypass surgery. *Heart*. 1999;81:367-73.
51. Arnett G, Hadorn DC. Developing priority criteria for hip and knee replacement: results from the Western Canada Waiting List Project. *Can J Surg*. 2003;46(4):290-6.
52. Porter JM, Moneta GL. Reporting standards in venous disease: an update. International Consensus Committee on Chronic Venous Disease. *J Vasc Surg*. 1995;21(4):635-45.
53. Baden WF, Walker TA. Genesis of the vaginal profile: a correlated classification of vaginal relaxation. *Clin Obstet Gynecol*. 1972;15(4):1048-54.
54. Sandvik H, Espuña M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2006;17(5):520-4.
55. Espuña-Pons M, Brugulat Guiteras P, Costa Sampere D, Medina Bustos A, Mompert Penina A. Prevalencia de incontinencia urinaria en Cataluña. *Med Clin (Barc)*. 2009;133(18):702-5.



**INAHTA**

Membre fundador



Membre corporatiu



Membre corporatiu

*ciberesp*

Membre corporatiu