



Miércoles 17 de Junio de 2009.
Comunicaciones elevadas a ponencia. Sección Medicina Perinatal

DESARROLLO DE ESTANDARES DE USO APROPIADO DE CESAREA

Autores: Teulón González M¹, Sánchez-Nieves Fernández D², Lázaro y de Mercado P³, Aguilar Conesa MD³, Miranda Serrano P¹.

1. Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital de Fuenlabrada, Madrid.
 2. Servicio de Ginecología del Hospital del Sureste, Arganda, Madrid.
 3. TAISS: Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (www.taiss.com).
-

1. OBJETIVOS

Desarrollar una herramienta útil y práctica para la toma de decisiones clínicas en el momento de indicar una cesárea, aplicando el Método de Uso Apropiado.

Abordar este objetivo requiere la sistematización pormenorizada de todas las posibles indicaciones de cesárea en el momento actual, clasificándolas según los factores de los que depende su indicación. Se trata de un proyecto innovador con gran potencial de aplicación y difusión en nuestro país.

2. INTRODUCCIÓN

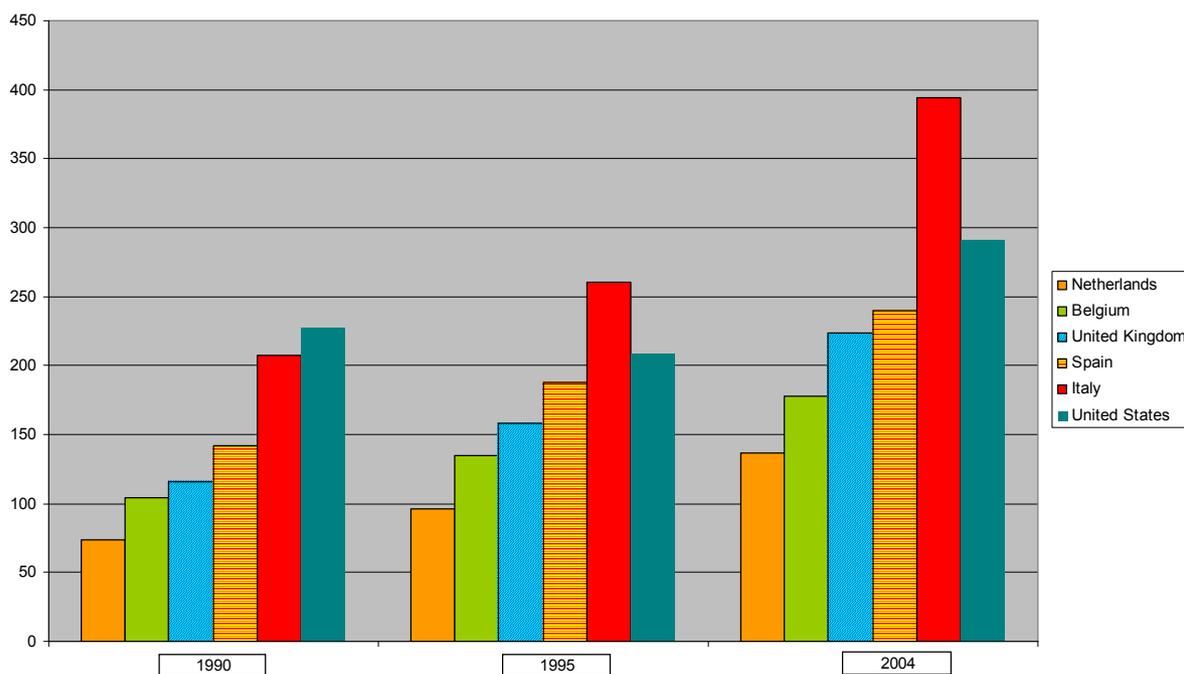
La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas del mundo occidental. Las tasas de cesárea han ido aumentando de forma creciente en los últimos años, presentando gran variabilidad entre países del mismo entorno, e incluso dentro de nuestro país entre las distintas Comunidades Autónomas y hospitales pertenecientes al Sistema Nacional de Salud o privados. Aunque el origen de este incremento es multifactorial, puede atribuirse en parte a la creciente presión social y jurídica sobre el obstetra en el momento del parto.

La variabilidad en el uso de un procedimiento terapéutico puede explicarse en parte también por su uso inadecuado que puede venir tanto de una sobre utilización como de una infrautilización. Este proyecto de investigación, intenta reevaluar y sistematizar nuestra práctica clínica diaria, contribuyendo a mejorar la calidad de la atención obstétrica de nuestro país, amenazada por la práctica de una medicina defensiva fundamentada en la creciente judicialización del momento del parto. También recoge una demanda creciente de nuestra sociedad que exige cada vez más la vuelta a un parto más humano, pero que asegure unos excelentes resultados finales para madre e hijo. Para ello, desarrollamos una herramienta que apoye al obstetra en su toma de decisiones clínicas y permita evaluar la utilización “inapropiada” de la intervención cesárea.

La sobreutilización actual de la cesárea constituye un problema de salud de primer orden de la sociedad occidental, ya que a día de hoy se sospecha que sigue teniendo una morbilidad asociada superior al parto vaginal además de unos costes económicos y sociales elevados.

Evolución cesáreas por países (nº / 1000 nacimientos)

OCDE Health Data 2008



La adecuación del gasto sanitario hacia procedimientos en los que el balance riesgo beneficio de la intervención esté fundamentado, permitirá redireccionar el gasto sanitario dedicado a “cesáreas innecesarias” hacia otros aspectos de la práctica clínica, proveyendo una atención más beneficiosa a aquellas personas que lo necesiten.

3. METODOLOGÍA:

El proyecto surge de un grupo de obstetras que ante la variabilidad en la tasa de cesáreas de nuestro entorno pretende desarrollar una herramienta útil de trabajo que apoye al clínico en su toma de decisiones. El objetivo de este trabajo no es disminuir la tasa de cesáreas sino crear una herramienta que ayude al obstetra en el momento de su indicación y a posteriori, permita analizar las cesáreas realizadas en un centro para ajustarse a estándares de calidad.

El diseño del proyecto fue realizado de forma conjunta por ginecólogos (investigadores principales) e investigadores con experiencia en el desarrollo del Método del Uso Apropriado de RAND/UCLA, que pertenecen a la empresa Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de salud (TAISS). TAISS es una empresa privada independiente, productora de conocimiento de calidad para mejorar la toma de decisiones en el sector de la salud.

Este proyecto ha sido financiado con fondos del Consejo Ínter territorial (2007) y ha cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia.

3.1. EQUIPO DE TRABAJO:

Investigadores principales: Dr. David Sánchez-Nieves Fernández (Servicio de Ginecología, Hospital del Sureste, Arganda, Madrid) y Dra. María Teulón González (Servicio Ginecología, Hospital de Fuenlabrada, Madrid)

Asesoramiento metodológico: Dr. Pablo Lázaro y de Mercado, Dra. M^a Dolores Aguilar (TAISS, institución de investigación en ciencias de la salud con amplia experiencia en el Método de Uso Apropiado)

Panel de expertos:

- Dra. Begoña Adiego. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid
- Dr. Manuel Víctor Albi. Fundación Hospital Alcorcón, Madrid
- Dra. Irune Alzola. Centro Sanitario Virgen del Pilar, San Sebastián.
- Dr. Jordi Bellart. Hospital Clinic Barcelona.
- Dr. Andrés Calvo. Hospital Manacor, Baleares.
- Dr. Manuel Fillol. Hospital de Villarreal, Comunidad Valenciana
- Dra. Carmen Gutierrez Cechinni. Centro privado, Oviedo, Asturias.
- Dr. Pedro Jiménez. Hospital Príncipe de Asturias, Madrid.
- Dra. Mónica Menéndez. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.
- Dr. Juan Manuel Odriozola, Hospital de Valdecilla, Cantabria.
- Dr. Alberto Puertas. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.
- Dr. Ángel Salcedo. Hospital Puerta Hierro Majadahonda, Madrid.

Los participantes declararon no tener conflicto de intereses. Los panelistas no han interactuado para la puntuación de las indicaciones de cesárea ni para determinar si su uso es apropiado o no.

3.2. METODO DE USO APROPIADO:

El método del Uso Apropiado fue desarrollado en EEUU a finales de los años 80 por los investigadores de las Universidades de RAND y UCLA para medir la infrautilización o sobreutilización de procedimientos médicos y ha sido utilizado en numerosos países desarrollados (EE.UU, Canadá, Reino Unido, Suiza, Italia, Holanda, España, ...) para desarrollar estándares de uso apropiado de revascularización coronaria, coronariografía, endarterectomía carotídea, colecistectomía, prostatectomía, histerectomía, cataratas, prótesis de cadera, entre otros muchos procedimientos diagnósticos y terapéuticos, aunque hasta el momento no se han desarrollado estándares de uso apropiado de cesárea.

El término en castellano de uso apropiado surge del concepto anglosajón de “APPROPRIATENESS” o “USO APROPIADO”. El uso APROPIADO se produce cuando el beneficio de salud obtenido por la aplicación del procedimiento, en este caso la cesárea, excede las consecuencias negativas esperadas por un margen suficiente para que merezca la pena realizar el procedimiento, independientemente del coste monetario del procedimiento. Su fortaleza radica en que los criterios definidos son muy específicos, servirían para ayudar a los médicos en su toma de decisiones clínicas, y pueden aplicarse tanto prospectiva como retrospectivamente para medir la infra o sobreutilización de un procedimiento.

El método está basado en 3 pilares básicos:

- Revisión Sistemática de la literatura científica publicada,
- Desarrollo de una lista de indicaciones exhaustiva y sistemática.
- Juicio colectivo de un panel de expertos obstetras mediante método de Delphi modificado, a dos rondas.

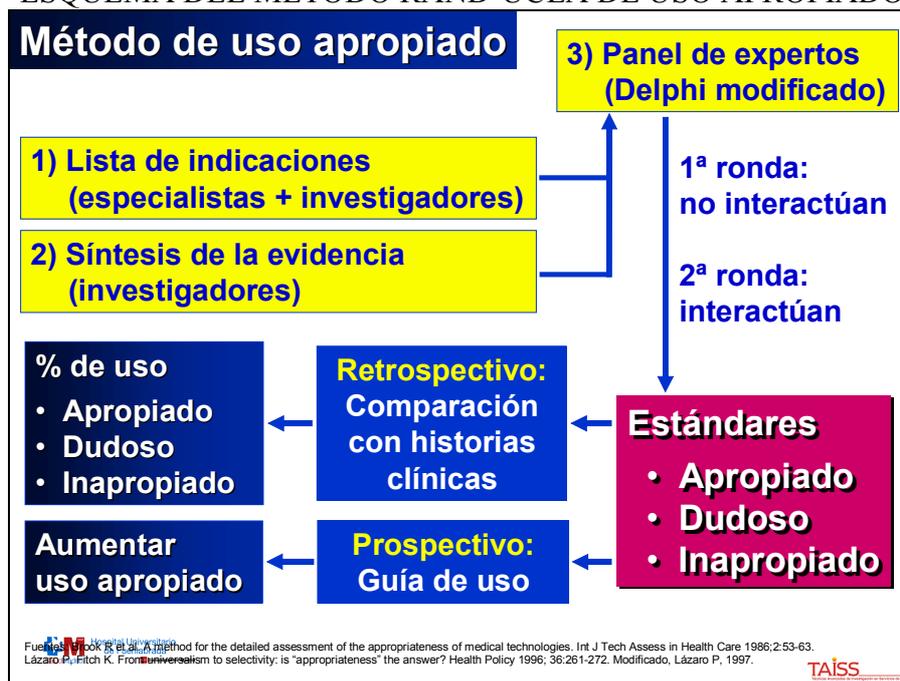
3.3. FASES DEL ESTUDIO:

El proyecto de desarrollo de estándares de uso apropiado de cesárea consta de varias fases:

3.3.1. Revisión de la evidencia, clasificada en función de su calidad científica, relevancia clínica, y aspecto abordado (eficacia, riesgos, ...).

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica (artículos, revisiones y guías de práctica clínica) consultando las bases de datos bibliográficos más importantes (MEDLINE, EMBASE, Cochrane, ...) y la revisión manual de las listas de referencias de los artículos clave. La revisión de la literatura se realizó por ginecólogos entrenadas en revisión crítica de literatura científica que evaluaron cada artículo según el tema (eficacia, efectividad, utilidad) y calidad de la evidencia científica. Tras dicha revisión se realizó un informe como base documental común para los expertos que formaron parte del panel con la mejor evidencia científica actual.

ESQUEMA DEL MÉTODO RAND-UCLA DE USO APROPIADO



Cortesía: Pablo Lázaro, TAISS

3.3.2. Elaboración de lista de indicaciones y definiciones operativas.

Se elaboró una lista de indicaciones de cesárea, exhaustiva (todas las pacientes posibles podrán ser clasificadas) y excluyentes (cada paciente ha de poder ser clasificada sólo en una posible indicación). Para ello fué preciso contar con una definición clara y precisa de todas las variables consideradas en la lista de indicaciones.

La lista de indicaciones, fue realizada por los ginecólogos investigadores principales (consideración de las variables clínicas que se tienen en cuenta para decidir si hacer una cesárea o no) y por investigadores de TAISS (consideración de la lógica del cruce de variables para cumplir los requisitos de exhaustividad y exclusividad). La lista de indicaciones para la primera ronda del Delphi tenía 10.861 indicaciones.

EJEMPLO DE UNA DE LAS HOJAS DE LA LISTA DE INDICACIONES

FASE DE INDUCCIÓN Presentación CEFÁLICA	Progreso en la inducción óptimo		Progreso en la inducción No óptimo						Indicaciones
			Hora 0	Tras 4 horas			Tras 6 horas		
I) Sangrado escaso/habitual									
A) CF: Feto normal para edad gestacional									
1) Cicatriz uterina ausente									
a) TA normal									
<i>Sin fiebre intraparto</i>									
EG: < 29s									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4671 - 4674	4.671 4.674
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4675 - 4678	4.675 4.678
EG: 29-33s +6d									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4679 - 4682	4.679 4.682
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4683 - 4686	4.683 4.686
EG: ≥ 34s									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4687 - 4690	4.687 4.690
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4691 - 4694	4.691 4.694
<i>Con fiebre intraparto</i>									
EG: < 29s									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4695 - 4698	4.695 4.698
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4699 - 4702	4.699 4.702
EG: 29-33s +6d									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4703 - 4706	4.703 4.706
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4707 - 4710	4.707 4.710
EG: ≥ 34s									
- Primipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4711 - 4714	4.711 4.714
- Multipara	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	4715 - 4718	4.715 4.718

Cortesía: Pablo Lázaro, TAISS

3.3.3. Elección del panel de expertos.

El equipo investigador contactó con 15 posibles panelistas, obstetras seleccionados de nuestro país, de diferentes edades, Comunidades Autónomas, y distintos centros sanitarios tanto del ámbito público como privado, y de ambos sexos. Todos fueron informados sobre los objetivos del proyecto y sus fases de ejecución y firmaron un consentimiento informado. Doce de los panelistas aceptaron participar en el proyecto.

3.3.4. Primera ronda de puntuaciones:

A cada panelista se le proporcionaron varios documentos en formato digital, enviados por correo electrónico. Los documentos consistían en una descripción del proyecto (objetivos, metodología, fases, y tareas), la síntesis de la evidencia, la lista de indicaciones de cesárea, y las instrucciones para cumplimentarlas.

EJEMPLO DE UNA HOJA DE LA LISTA DE INDICACIONES PARA LA PUNTUACIÓN DE LA PRIMERA RONDA

Capítulo VIII	CAPÍTULO VI. VALORACIÓN DEL ESTADO FETAL (HASTA II PLANO)						Indicaciones
	RCTG No tranquilizador	RCTG PATOLÓGICO					
	pH <7,20 ó sat O ₂ <10% ó STAN patológico	pH, saturación de O ₂ y STAN no evaluables, no disponibles o no realizados	(pH ≥7,25) ó (pH>=7,25 y sat O ₂ >30%) ó (STAN normal)	sin pH, con sat O ₂ >30% y sin STAN	sin pH, con sat O ₂ 10-30% y sin STAN		
A) Sangrado escaso o habitual							
<i>Dilatación/Plano</i>							
Dilatación: 0 a 7 cm	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 X 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 X 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	4317 - 4321	4.317 4.321
Dilatación: 8 - 9 cm	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 X 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 X 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	4322 - 4326	4.322 4.326
Dilatación: 10 cm hasta II plano	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 X 3 4 5 6 7 8 9	X 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 X 7 8 9		4327 - 4331	4.327 4.331
B) Sangrado moderado/abundante							
<i>Dilatación/Plano</i>							
Dilatación: 0 a 7 cm	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 7 X 9	4332 - 4336	4.332 4.336
Dilatación: 8 - 9 cm	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 X 8 9	1 2 3 4 5 6 7 X 9	4337 - 4341	4.337 4.341
Dilatación: 10 cm hasta II plano	1 2 3 4 5 6 7 8 X 9	1 2 3 4 5 6 7 8 X 1 2 X 4 5 6 7 8 9	1 2 X 4 5 6 7 8 9	1 2 X 4 5 6 7 8 9	1 2 X 4 5 6 7 8 9	4342 - 4346	4.342 4.346

Cortesía: Pablo Lázaro, TAISS

Cada panelista contó con tres semanas para realizar sus puntuaciones. Durante esta primera fase los panelistas puntuaron dichas indicaciones en sus centros de trabajo o domicilios sin interacción entre ellos. La puntuación de las indicaciones se realizó en formato digital (archivo Excel). Los panelistas puntuaron cada una de las 10.861 indicaciones, según el grado de uso apropiado que consideraba para cada indicación, en una escala numérica del 1 al 9, en la que 1 significa que para esa indicación la realización de una cesárea es extremadamente inapropiada (los riesgos exceden a los beneficios), un 9 que la indicación es extremadamente apropiada (los beneficios superan claramente a los riesgos) y un 5 supone que la indicación es dudosa (los riesgos y beneficios son similares).

3.3.5. Análisis de puntuaciones.

Con las puntuaciones enviadas por cada panelista se realizó un análisis preliminar de los datos y se elaboró un documento que permitió llevar a cabo la segunda ronda de puntuaciones. Este análisis fue realizado por el equipo de TAISS. La clasificación de cada indicación como apropiada, inapropiada o dudosa se realizó en función de la mediana y del grado de acuerdo de los expertos. Se considera que existe acuerdo (para un panel de 12 miembros) cuando no más de tres expertos puntúan fuera del rango que contiene a la mediana de las puntuaciones. Se considera desacuerdo cuando al menos cuatro panelistas puntúan en el rango del 1-3 y al menos cuatro en el del 7-9. Cuando no existe ni acuerdo ni desacuerdo se considera que el grado de acuerdo es indeterminado.

Los documentos del análisis permitieron elaborar una salida personalizada diferente para cada panelista en la que cada panelista podía ver su puntuación y la distribución de las puntuaciones de los demás, pero no podía saber lo que había puntuado cada panelista. De esta manera se mantenía el anonimato en cada puntuación.

3.3.6. Segunda ronda de puntuaciones del panel de expertos.

Se celebró una reunión en Madrid en la sede de TAISS que se celebró los días 22 y 23 de Enero de 2009, con la asistencia de los 12 expertos, un moderador y los investigadores principales. En la reunión, los panelistas propusieron las modificaciones pertinentes a la lista de indicaciones inicial y el moderador comentó las indicaciones en las que se había detectado desacuerdo, procediéndose a realizar una segunda puntuación de todas las indicaciones. El objetivo de esta reunión de la segunda ronda no es forzar el acuerdo, sino explorar las razones del desacuerdo o confusión (e.g., definiciones imprecisas o ambiguas, indicaciones que incluyen grupos heterogéneos de pacientes, puntos de corte clínicamente no válidos, ...).

3.3.7. Análisis de puntuaciones de la segunda ronda.

Para el análisis del grado de acuerdo, se utilizó la misma metodología que en la primera ronda. Para clasificar cada indicación según el grado de uso, se clasificaron como inapropiadas aquellas indicaciones que tienen una mediana de 1-3 sin desacuerdo, como apropiadas las que tienen una mediana de 6,5-9 sin desacuerdo, y como dudosas las indicaciones con mediana 3,5-6, así como todas las indicaciones que se puntúan con desacuerdo cualquiera que fuese su mediana.

3.3.8. Búsqueda, resolución de inconsistencias y edición de resultados.

Se identificaron las posibles inconsistencias lógicas o clínicas en los estándares y se identificarán las indicaciones a las que aplicaban las posibles inconsistencias. Para

resolverlas, se consultó a los panelistas que las puntuaron, para que modificaran o confirmaran su puntuación.

4. RESULTADOS:

4.1. EDICIÓN DE RESULTADOS.

Una vez resueltas las inconsistencias, se elaborarán los estándares definitivos de Uso Apropiado de Cesárea. Para cada indicación se establece el grado de uso apropiado (A), inapropiado (I) o dudoso (D) de realización de una cesárea. En el momento de hacer esta presentación en el congreso de la SEGO, se está terminando el análisis para editar los estándares definitivos.

EJEMPLO DE UNA HOJA DE LA LISTA DE INDICACIONES DE LOS ESTÁNDARES

Capítulo III. Contracciones de parto > 12 horas y sin dilatación de cérvix	Situación de la tensión arterial materna				N° Indicación
	Normotensa	Hipertensión inducida en el embarazo	Pre-eclampsia	Eclampsia	
I. Sin rotura de bolsa					
I.A. Sin cesáreas previas					
a. ≤25 semanas de gestación					
Sin sufrimiento fetal	I	I	D	D	1-4
Con sufrimiento fetal	I	D	D	A	5-8
b. >25-≤32 semanas de gestación					
Sin sufrimiento fetal	I	D	D	A	9-12
Con sufrimiento fetal	D	D	A	A	13-16
c. >32-≤45 semanas de gestación					
Sin sufrimiento fetal	I	D	A	A	17-20
Con sufrimiento fetal	D	D	A	A	21-24
e. >45 semanas de gestación					
Sin sufrimiento fetal	D	D	A	A	25-28
Con sufrimiento fetal	A	A	A	A	29-32

Cortesía: Pablo Lázaro, TAISS

4.2. PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN DE ESTÁNDARES.

El desarrollo de los estándares y su implantación es un proyecto innovador en Europa. Se pretenden publicar en revistas científicas y en organismos que difunden guías de práctica clínica y estándares de uso apropiado de tecnología médica. Los investigadores principales pretenden que los estándares cuenten con un amplio plan de difusión, para el que precisa el auspicio de la SEGO con el que se obtendría su adecuada publicitación y difusión científica en distintos foros profesionales de la especialidad, revistas científicas, compañías aseguradoras y medios de comunicación general. La presentación de esta ponencia sería uno de los primeros pasos para conseguirla.

Hemos iniciado una segunda fase del proyecto que consiste en informatizar los estándares y dotarlos de un formato digital para que puedan ser consultados más fácilmente, este proyecto está en marcha y finalizará con probabilidad a finales del año 2009.

5. CONCLUSIONES Y COMENTARIOS:

5.1. BENEFICIOS ESPERADOS:

Para los Pacientes:

- Disminución de la morbimortalidad global del proceso parto-cesárea
- Aumento de calidad de vida familiar
- Garantía de una practica obstétrica de calidad y ética

Para los profesionales médicos:

- Permite una sistematización de la practica clínica con criterios de flexibilidad (no se fuerza el acuerdo, existen indicaciones dudosas que reflejan la situación clínica real)
- Disminución de la incertidumbre en la toma de decisiones, acercándose a la MBE.
- Optimiza la utilización de los recursos sanitarios disponibles.
- Satisfacción profesional con una atención de calidad.
- Podría utilizarse como herramienta de auditoria interna de los Servicios de Obstetricia para mejorar la calidad.

5.2. FORTALEZAS DEL PROYECTO:

La sistematización y revisión de las indicaciones de cesárea es un trabajo hasta ahora no realizado que puede contribuir a mejorar la calidad asistencial, tanto disminuyendo la sobreutilización como la infrautilización de la técnica. Además permitirá realizar un análisis de la situación de una intervencion muy prevalente en nuestros centros sanitarios. Este análisis permitirá realizar a posteriori una reflexión y gestión más eficiente de nuestros recursos sanitarios.

Pensamos que la disminución del uso inapropiado y el aumento del uso apropiado de la cesárea, aumentará la satisfacción de nuestros pacientes y de los médicos.

El proyecto se apoya en la evidencia científica disponible y en la experiencia de los panelistas, sin forzar su acuerdo. Por tanto, los estándares tienen un alto grado de flexibilidad, y atienden a una necesidad de los profesionales sanitarios que en numerosas ocasiones se encuentran con la dificultad de afrontar un caso clínico real, para el que no existe evidencia científica. Con el método utilizado, cuando no existe evidencia científica se utiliza la siguiente mejor alternativa que es la opinión de expertos, manejada de forma anónima, y con el método Delphi a dos rondas.

Si los estándares se usan de forma prospectiva, como guías de uso, no precisa la revisión de la casuística de cada centro, y por tanto, son fácilmente generalizables.

Los resultados obtenidos son de aplicación inmediata y de rápida difusión pública.

Con el aval de nuestra sociedad de especialistas podría utilizarse como herramienta de apoyo legal a nuestra práctica clínica.

Constituye un proyecto novedoso en nuestro país y en Europa con probable impacto mediático.

El proyecto está desempeñado por un equipo multidisciplinar de amplia experiencia en la práctica clínica e investigadora en el método del uso apropiado.

5.3. LIMITACIONES DEL PROYECTO:

Una de las limitaciones depende de la escasa evidencia disponible para elaborar los estándares. Es llamativa la escasa evidencia disponible en general de la mayoría de los procedimientos obstétricos habituales, que podría explicarse porque la existencia del feto imposibilita la realización de ensayos clínicos aleatorizados de calidad y por la escasez de estudios multicéntricos que recojan las complicaciones obstétricas que tienen una tasa de aparición tan baja. Para evitar esta limitación, se utiliza este método que ha demostrado su robustez científica, incluso para las indicaciones en las que existe escasa evidencia.

La implantación de los estándares depende su aceptación por parte de los profesionales sanitarios. Esta limitación puede solventarse con el aval de agencias sanitarias y sociedades profesionales (difusión).

La puntuación de los expertos fue realizada a instancias de los investigadores, en base a la experiencia que a su juicio debe tener un obstetra medio. Esto puede presentar algún problema con la realidad actual en la formación de nuestros obstetras más jóvenes en el campo de la tocurgia y las maniobras obstétricas que se realizan actualmente con menos frecuencia. Permitiría en todo caso fijar un objetivo deseable de formación.

5.4. DIFUSIÓN DE LOS ESTÁNDARES Y APLICACIONES FUTURAS.

Una vez difundidos los estándares, presentan varias posibles aplicaciones:

- Se pueden aplicar de forma retrospectiva mediante revisión de historias clínicas como método de análisis de resultados.
- Pueden aplicarse de forma prospectiva estableciéndose como “Guías de uso” o herramienta de apoyo en la toma de decisiones clínicas diaria para mejorar la calidad asistencial disminuyendo las “inapropiadas”.
- Actualmente está en marcha una 2ª fase del proyecto para realizar una informatización de los estándares que pretende facilitar su aplicación clínica, en formato Web, dotándolo de una interfaz digital más práctica, sencilla y rápida, para poder ser utilizado en cualquier PC.

5.5. CONCLUSIONES:

- Hemos desarrollado una herramienta que ayuda en la toma de decisiones clínicas, apoyada en la MBE y en la opinión de expertos.
- Es una herramienta útil para valorar nuestra práctica clínica y MEJORARLA sin criterios economicistas.
- Se va a poder utilizar a “pie de paritorio”.
- Es una herramienta de fácil difusión.
- Da respuesta a la inquietud actual de nuestra sociedad que demanda una atención de calidad.

5.6. AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a los panelistas su apoyo, esfuerzo y dedicación desinteresada, sin quienes este trabajo no hubiese podido llevarse a cabo.

A los miembros del Servicio de Ginecología del Hospital de Fuenlabrada, que nos han apoyado durante los meses que ha durado el proyecto. A otros trabajadores del Hospital que nos han ayudado a veces en cosas “pequeñas” a veces tan importantes.

6. BIBLIOGRAFIA:

1. OCDE. Health Data 2008.
2. Brook RH, Lohr KN. Will we need to ration effective health care? *Issues in Science and Technology* 1986;3:68-77.
3. Lázaro P, Fitch K. From universalism to selectivity: Is ‘appropriateness’ the answer?. *Health Pol* 1996;36:261-272.
4. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, Van het Loo M, McDonnell J, Vader JP, Kahan JP. The RAND/UCLA Appropriateness Method User’s Manual. Santa Mónica: RAND publication MR-1269,2000.
5. Park RE, Fink A, Brook et al. Physician ratings of appropriate indications for six medical procedures. *Am J Pub Health* 1986;76:766-772.
6. Hilborne LH, Leape LL, Kahan JP, Park RE, Kamberg CJ, Brook RH. Percutaneous transluminal coronary angioplasty. A literature review and ratings of appropriateness and necessity, 1991:RAND, JRA-01, Santa Mónica (CA):RAND Corporation, 1991
7. Lázaro P, Fitch K, Martín Y. Estándares para el uso apropiado de la angioplastia coronaria trasluminal percutánea y cirugía aorto-coronaria. *Rev Esp Cardiol* 1998;51:689-715.
8. Fitch K, Lázaro P, Aguilar MD, Kahan JP, van het Loo M, Bernstein SJ. European criteria for the appropriateness and necessity of coronary revascularization procedures. *Eur J of Cardiothoracic Surgery*:2000; 18:380-387.
9. Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park, RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Tech Ass Health Care* 1986;53-63.
10. Bernstein SJ, McGlynn EA, Siu AL, Roth CP, Sherwood MJ, Keeseey JW, Kosecoff J, Hicks NR, Brook RH. The appropriateness of hysterectomy. *JAMA* 1993;269:2398-2402.
11. Shekelle PG, Chassin M, Park RE. Assessing the predictive validity of the RAND/UCLA appropriateness method criteria for performing carotid endarterectomy. *Int J Tech Assess in Health Care*, 1998;14:707-727.
12. Hemingway H, Crook AM, et al. Underuse of coronary revascularization procedures in patients considered appropriate candidates for revascularization. *N Engl J Med* 2001;344:645-654.
13. Shekelle PG. Are appropriateness criteria ready for use in clinical practice? *N Engl J Med* 2001;344:677-678.
14. Aguilar MA, Fitch K, Lázaro P, Bernstein SJ. The appropriateness of use of percutaneous transluminal coronary angioplasty in Spain. *Int J Cardiol* 2001;78:213-221.
15. Bernstein SJ, Lázaro P, Fitch K, Aguilar MD, Kahan JP. Effect of specialty and nationality on panel judgements of the appropriateness of coronary revascularization: a pilot study. *Med Care* 2001;39:513-20.
16. Fitch K, Lázaro P, Aguilar MD, Martín Y, Bernstein S. Physician recommendations for coronary revascularization. Variations by clinical specialty. *Eur J Pub Health* 1999;9:181-187.