

## Hoja de resumen de comunicación

<b>Título</b> <b>Estimación de los costes del accidente cerebrovascular desde una perspectiva social. Estudio de incidencia retrospectivo.</b>
<b>Responsable de la comunicación</b> Adolfo Hervás Angulo. Médico. Especialista en Medicina de Familia. Centro de Salud de Tafalla (Navarra)C/ San Martín de Unx s/n. 31300. Tafalla (Navarra).e-mail: adolhervas@hotmail.com
<b>Autores: Hervás Angulo, Adolfo<sup>1</sup>. Cabasés Hita, Juan<sup>2</sup>. Forcén Alonso, Tarsicio<sup>1</sup>.</b> (1) Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. (2)Universidad Pública de Navarra (UPNA).
<b>Palabras clave:</b> Enfermedad cerebrovascular, Costes, Incidencia Retrospectiva.
<b>Objetivos:</b> 1) Elaboración de un Cuestionario Integrado de Costes del ACV ( <i>Cuestionario CAVC</i> ). 2) Calcular el coste del ACV en la población de un Zona Básica de Salud (ZBS), utilizando un enfoque de incidencia retrospectivo. 3) Calcular la fracción atribuible del total de costes de ACV a atención primaria, a atención hospitalaria, y a atención social.
<b>Métodos</b> Se realiza con un enfoque de incidencia retrospectivo. Se estudian los pacientes diagnosticados de primer ACV durante el periodo 1998-2003 (6 años) en una ZBS de Navarra de 12.000 habitantes, con seguimiento a tres años. Los costes se analizan desde la perspectiva social mediante el cuestionario de costes del ACV, que incluye utilización de recursos de atención ambulatoria, hospitalarios (con ayuda del registro hospitalario, que permite conocer el continuum asistencial), recursos no sanitarios, capacidad de producción perdida y valoración funcional previa y posterior al ACV.
<b>Resultados</b> <b>Número de casos:</b> 72. Edad Media: 79,8 años (52-95 años). Sexo: Hombres: 37 (51,4%). Mujeres: 35 (49,6%). Seguimiento (media): 16 meses. Situación laboral: Inactivo (jubilado): 66 (91,7%). Activos: 6 (8,3%). Tipo de ACV. Isquémico: 52 (72,3%), Hemorrágico: 4 (5,6%), posible ACV: 16 (22,2%). Situación funcional: Escala de Rankin previo ACV (media): 1,39 (no incapacidad). Escala de Rankin posterior ACV (media): 3,65 (incapacidad moderada). Evolución tras ACV: Muerte: 14 (19,4%). Dependiente: 41 (56,9%). Independiente: 14 (23,6%). <b>Utilización de recursos de Atención Ambulatoria:</b> Consultas (medias). Médico AP: 4,6 consultas/año. Enfermería AP: 4,5 consultas/año Trabajador social: 0,8 consultas/año . Pruebas y exploraciones. Tratamientos farmacológicos. Otras prestaciones farmacéuticas. (Absorbentes: 20 (27,8%); Otras: 17 (23,6 %). Sesiones de rehabilitación: 9 casos (12,5%). <b>Utilización de recursos de Atención Hospitalaria.</b> No ingresados: 20 casos (27,8%) <b>Utilización de recursos no sanitarios:</b> Ingreso en residencias: 3 (4,2%). Atención social: 8 (12,7%), Reformas en domicilio: 6 (8,3%). <b>Costes de Producción perdida:</b> Incapacidad Laboral: 7(9,9%). Mortalidad prematura(APVP):3 (4%).
<b>Discusión-Conclusiones</b> ??El ACV tienen un alto coste socio-económico que provoca una disminución en la autonomía personal del paciente, llevando en muchos casos a una situación de dependencia (57%) o al fallecimiento (20%). ??Respecto a la utilización de recursos de Atención Ambulatoria, destacan por su frecuencia las consultas de personal médico y de enfermería de atención primaria. ??La gran mayoría de las pruebas y exploraciones se llevan a cabo en medio hospitalario. ??El consumo farmacológico es constante durante el seguimiento. En pacientes que derivan a muerte o dependencia, tienen un coste aumentado en tratamiento de las "úlceras de decúbito". ??El consumo de recursos de atención hospitalaria es más elevado en el primer año. ??La utilización de recursos no sanitarios(ingreso en residencias y atención social) es baja, derivando el peso del cuidado informal del paciente en los familiares en una gran proporción de los casos. ??Los costes de capacidad de producción perdida por morbilidad son bajos, debido a la elevada edad de los pacientes. Los Años potenciales de Vida Perdidos (APVP) no son elevados.