Editorial

Los equipos multidisciplinares en la atención al cáncer

21/10/2014

José María Borras. Coordinador Científico de la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Profesor agragado de la Universidad de Barcelona

Martín Caicoya. Coordinador de Programas. Consejería de Sanidad del Prinicipado de Asturias

En los objetivos de la Estrategia de Cáncer del Sistema Nacional de Salud se considera clave como modelo organizativo de calidad en la atención oncológica la atención multidisciplinaria. En este sentido, la estrategia manifiesta que: ? La atención multidisciplinaria como paradigma del modelo asistencial de calidad debe ser un objetivo al que deben orientarse los servicios asistenciales, diagnósticos y terapéuticos, implicados en la atención oncológica". Más concretamente: ? Los pacientes diagnosticados de cáncer serán tratados en el marco de un equipo multidisciplinar e integrado?.

Es una recomendación que se fundamenta en la experiencia clínica. Efectivamente, en el abordaje de una patología en la que intervienen de manera interdependiente varias disciplinas médicas, la planificación del tratamiento se debe realizar de forma consensuada entre los especialistas que participan en el diagnóstico y tratamiento y el paciente debe ser conocedor de este proceso. Pero ni la experiencia ni la razón son argumentos suficientes para sustentar una recomendación que exige de los servicios y de los profesionales un gran esfuerzo. Es necesario, o al menos conveniente, que se puedan aportar pruebas sobre su utilidad.

En el mundo de la medicina basada en a evidencia, las mejores pruebas son las que proceden de ensayos clínicos. Esta exigencia que en no pocas ocasiones se trasforma en problema sin solución práctica, resulta casi imposible de cumplir cuando el problema que se plantea es la evaluación de aspectos organizativos. Por otra parte, los ensayos clínicos son muy costosos, limitan la experiencia situaciones o pacientes muy definidos y sus resultados no siempre son aplicables a la práctica cotidiana. Por eso cada vez ganan más relevancia los estudios observacionales y posiblemente en el futuro tengamos la capacidad de analizar con grandes bases de datos la práctica clínica con las peculiaridades de cada lugar y obtener enseñanzas útiles y aplicables.

Con estas reservas, ya en 2007, Cancer Care Ontario (CCO) Program on Evidence- Based Care (PEBC) realizó una revisión sistemática de los artículos publicados hasta 2005. Los autores concluyen que la atención multidisciplinar, predominantemente cuando son equipos formales multidisciplinares (clínicas) produce mejoras en los resultados. Sin embargo no hay tantas pruebas que avalen la utilidad de las sesiones clínicas (foros en su terminología), el modelo más extendidao en nuestro medio. Con estos antecedentes, el Work Package 7 de la European Partnership for Action Against Cancer (EPAAC) encargó realizar una evaluación de la atención multidisciplinar. Para ello los autores realizaron una revisión sistemática, de carácter narrativo, en la que se incluyeron todas las publicaciones hasta 2012. Tras la búsqueda sistemática se seleccionaron dos tipos de artículos. Uno, en total 29 trabajos, que evaluaba el impacto de los equipos multidisciplinares (EMD) en la atención (intervenciones con EMD frente a práctica habitual, o antes y después de la introducción). Otro que incluía los que explicaban la estructura y función de los componentes clave que contribuían a la mejora en la atención al cáncer, en total 22 artículos. En resumen, esta revisión pudo demostrar que la atención

realizada por EMD produce mejores resultados en términos de supervivencia y de reducción del tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento [2]. Todos los estudios concluyeron que los EMD producían resultados positivos en los aspectos de diagnóstico y planificación del tratamiento y varios encontraron mejoras en la supervivencia, la satisfacción del paciente y la de los clínicos, tanto en la coordinación como en la cooperación[2.]

Para este trabajo, y de manera general, se define EMD como una alianza de los médicos y profesionales sanitarios involucrados en un cáncer específico cuando el tratamiento está guiado por el deseo de consensuar la decisiones clínicas basadas en la evidencia y coordinar la provisión de cuidados en los diferentes etapas del proceso, impulsando la participación del paciente en la atención a su enfermedad. La composición de un EMD depende del hospital y del tipo de tumor. Todos deberían tener un coordinador médico en el que se depositan las tareas de gestión y uno de enfermería. En un EMD debe haber miembros nucleares y aliados que son los que intervienen en el diagnóstico y tratamiento de ese cáncer. Además conviene que estén identificados los miembros de apoyo, que pueden no participar en las primeras fases pero tienen importancia en el curso del tratamiento: psicólogos, nutricionistas, dietistas, cirujanos plásticos, logopedas, medico de cabecera, fisioterapeuta, ortopedia, física médica, odontólogo, biólogo, sistemas de información, consejo genético, farmacia hospitalaria, trabajo social, terapista ocupacional.

Los EMD consiguen estos objetivos debido a que realizan la elección del tratamiento más adecuado basada en la revisión conjunta de las imágenes y de la anatomía patológica y porque el abordaje multidisciplinar asegura el tratamiento más actualizado de los pacientes. Estos resultados junto con otros beneficios (mejora la calidad de vida, facilita un ambiente de aprendizaje para los profesionales, el equipo funciona como un grupo de mejora de calidad, se mantiene el compromiso con la investigación y los ensayos clínicos, mejora el registro de tumores, mejora la coordinación y continuidad de cuidados, reduce los retrasos terapéuticos, mejora la referencias en tiempo y adecuación, diseño de un plan estructurado de seguimiento) avalan la utilidad y pertinencia en la estrategia de cáncer de los EMD y en consecuencia la EPAC acordó realizar una declaración de política en la que afirmaba que son un instrumento esencial de la atención al cáncer[3.]

El reto organizativo no es pequeño. Conseguir que participen en una sesión periódica, habitualmente semanal, todos los profesionales implicados en la atención inicial a un determinado cáncer es muy difícil como se comprueba en la práctica, tanto por las exigencias asistenciales como por las dificultades que muchas veces existen para trabajar en equipo y no menos importantes son los criterios organizativos de los centros. Para lograr que se formen y se mantengan los EMD es muy importante la voluntad de los gestores, incluidos los jefes de servicio, el apoyo de los Comités de Tumores y el liderazgo de de los coordinadores. A las dificultades organizativas se unen las estructurales en los hospitales que no dispone de todas las especialidades. Esto supondría que solo en los grandes hospitales terciarios todos los pacientes tendrían, al menos nominalmente, la oportunidad de que su tratamiento se eligiera en el seno de un EMD completo. Para salvar este obstáculo hay varias opciones. Una sería centralizar el tratamiento del cáncer. Posiblemente esto se deba hacer para aquellos tumores en los que los resultados dependen en parte del volumen que se realice y de la presencia de servicios de apoyo adecuados. Pero no sería la mejor opción para la mayoría de los cánceres que pueden ser abordados en hospitales de 2º nivel. Para todos esos tumores la solución está en el hospital en red. Supone simplemente la coordinación de todos los hospitales que dependen para algunas tratamientos, técnicas o procedimientos de otro y realizar sesiones por audio o video conferencia de discusión de casos. La ventaja, además de que los hospitales pequeños podrán presentar sus casos, es que donde el volumen no es grande, los profesionales mantendrán su capacidad clínica al asistir semanalmente a la discusión de casos de otros centros.

Aunque el consenso profesional sobre la necesidad de la atención multidisciplinaria es elevado y progresivamente mayor, los retos organizativos que supone para los profesiones y para los hospitales son significativos. En este sentido, la

implicación de los servicios sanitarios y de los planes de control de cáncer es esencial como recomienda la misma Estrategia en Cáncer del SNS y la Unión Europea [4 5 6]

Bibliografía

1- Wright FC, Vito C, Langer B et al. Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards. Eur J Cancer 2007; 43: 1002? 1010.

2- Prades J, van Hoof E, Remue E, Borras JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. Health Policy 2014 (Epub ahead of print)

3- Borrás JM Albreht T, Audisio R et al. Policy statement on multidisciplinary cancer care European Journal of Cancer 2014; 50: 475? 480

4- European Commission Communication from the Commission onAction Against Cancer: European Partnership. COM(2009) 291/4;2009. Available from: _http:// ec.europa.eu/ health/ ph information/ dissemination/ diseases/ docs/ com 2009 291.en.pdf_.

5- Haward R. Organizing a comprehensive framework for cancer con- trol. In: Coleman MP, Alexe D- M, Albreht T, McKee M, editors.Responding to the challenge of cancer care in Europe. Ljubljana:Institute of Public Health of the Republic of Slovenia and Euro- pean Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP); 2008.p. 113? 34.

6- Gouveia J, Coleman MP, Haward R, Zanetti R, Hakama M, Borras JM,et al. Improving cancer control in the European Union: conclusionfrom the Lisbon roundtable under the Portuguese EU presidency(2007). European Journal of Cancer 2008;44:1457? 62.

Notas metodólogicas

Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Procedimientos Programados: Análisis de Problemas Éticos

18/09/2014

Pablo Ignacio Fernández Muñiz

Miembro del Comité de Bioética de España

La *Health Information and Quality Authority* (HIQA) es una institución independiente con ámbito de actuación en los servicios de salud y de atención sociosanitaria de Irlanda, cuyas funciones son impulsar la mejora continua, controlar la seguridad y la calidad de estos servicios y promover la atención centrada en la persona para el beneficio de los ciudadanos. Recientemente han publicado una serie de informes sobre la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias desde diferentes puntos de vista, como las repercusiones económicas y el impacto presupuestario, las consideraciones clínicas, el compromiso de las partes interesadas y, en el caso que nos ocupa se trata de un informe publicado en diciembre de 2013 desde el punto de vista ético.

El informe se hace eco de la dificultad que supone para los sistemas de salud el cumplimiento al mismo tiempo de unos requisitos esenciales como son lograr un buen acceso a los servicios, reducir los costes y mejorar la calidad de la atención. Así, expone que en un contexto de recursos sanitarios limitados se hace patente la necesidad de un equilibrio entre las expectativas de los diferentes pacientes y una distribución justa de los recursos financiados con fondos públicos que permita proporcionar los mejores resultados para la mayoría personas.

La HIQA publicó en junio de 2012 unas normas nacionales o estándares para la mejora de la seguridad en la atención sanitaria con el objetivo de garantizar la protección de los pacientes. Con ello se proporciona por primera vez un enfoque estratégico para mejorar la seguridad, la calidad y la confianza en los servicios de salud, pero además esos estándares son posteriormente la base para la concesión de licencias de todos los centros de salud en Irlanda. Entre estos estándares se incluye que los usuarios tengan un acceso equitativo a los servicios de salud, en función de su necesidad e independientemente de factores como su edad, género o ubicación geográfica. Asimismo, los servicios prestados deben estar en línea con la mejor evidencia disponible para lograr los mejores resultados para los pacientes, garantizando que el paciente correcto recibe el tratamiento requerido en el momento adecuado.

No hay un conjunto claro de principios éticos o herramientas analíticas para determinar cómo asignar recursos limitados y para garantizar el acceso equitativo a un sistema que ofrece el máximo beneficio de la salud con los recursos disponibles. Sin embargo, han de tenerse en cuenta una serie de consideraciones éticas incluyendo la equidad y el respeto por la autonomía, en respuesta a las necesidades individuales y beneficiando a la población en general. Uno de los marcos más utilizados en la toma de decisiones en el cuidado de la salud está basado en el Informe Belmont, y así Beauchamp y Childress describen los denominados cuatro principios universales de la Bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Daniels y Sabin han propuesto otros cuatro principios para su consideración al establecer prioridades en lo relacionado con el cuidado de la salud a fin de proporcionar una actuación razonable: transparencia, relevancia, un proceso de apelación y un mecanismo de desafío y controversia. Por su parte, el modelo de evaluación de tecnologías sanitarias desarrollado por la Comisión Europea (EUnetHTA) aplica algunos de estos principios en determinar las cuestiones éticas relacionadas con una intervención médica o quirúrgica. Estos principios, y el modelo de EUnetHTA, se consideran en este informe con respecto a las repercusiones éticas de la determinación de los umbrales de atención de los irlandeses en el sistema de salud. Debemos tener en cuenta que en Irlanda existe un Sistema de

Servicio Nacional de Salud, financiado a través de impuestos como en España, pero con la existencia de copago en todos los servicios sanitarios, es decir, no sólo para los fármacos con receta, sino también en los servicios de atención primaria, especializada, ingreso hospitalario y urgencias.

En las diferentes secciones del informe se discuten en detalle los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, así como aquellos que sustentan una actuación razonable, y del mismo modo se documentan cuestiones éticas relacionadas específicamente con procedimientos particulares, como por ejemplo la necesidad de una visión holística respecto a la importancia de medir el efecto de una catarata en el estilo de vida de un paciente y no en la agudeza visual por sí sola, respecto a la evaluación de tecnologías sanitarias en la cirugía de cataratas. Así, determinan que en el sistema de salud actual de Irlanda no está claro si la distribución del cuidado de la salud es equitativo, si aquellos que necesitan tratamiento lo están recibiendo, y si los que más lo necesitan están recibiendo primero, y concluyen que la introducción de umbrales debe garantizar un acceso más transparente y equitativo.

Los umbrales de derivación clínica o tratamiento pueden ser considerados como racionamiento de la atención sanitaria, aunque según el informe por sí mismo no debe ser considerado inmoral y hay que verlo como una parte inevitable de cualquier sistema de salud. De este modo, la pregunta que ha de plantearse es si se organizan los mecanismos de distribución de manera adecuada para promover un acceso justo y equitativo. Por ejemplo, existe racionamiento de la atención sanitaria en Irlanda a través de las listas de espera, aunque la transposición a la legislación irlandesa de la directiva sobre la asistencia sanitaria transfronteriza puede cambiar significativamente esta situación ya que ciertos pacientes, con posibilidad para ello, pueden acelerar su acceso a la atención al viajar a otro país de la UE con la capacidad disponible.

En conclusión, el presupuesto de salud es limitado, sin embargo se hace patente la necesidad de otros mecanismos que garanticen el acceso justo y equitativo a la atención sanitaria. El uso de criterios basados en la evidencia, con umbrales transparentes basados en la necesidad clínica y desarrollados tras consultar con todas las partes interesadas, deberían ayudar a reducir la variabilidad en los patrones de derivación y de tratamiento, asegurando un acceso más equitativo y adecuado a la atención requerida sobre la base de la necesidad clínica. Finalmente, si se implementan los umbrales de derivación clínica y tratamiento, es imperativo que los problemas de acceso a los servicios especializados implicados se mejoren y que haya oportunidad de revisar las decisiones a la luz de nuevas evidencias o circunstancias para garantizar la buena gestión de dichos mecanismos.

Palabras clave: Ética, Bioética, Calidad asistencial, Evaluación, Gestión clínica, Organizaciones sanitarias, Tecnologías sanitarias

Revisión a los clásicos

Efecto del tratamiento en la morbilidad de hipertensión

11/09/2014

Martín Caicoya Gómez- Morán

Dirección General de Innovación Sanitaria. Consejería de Sanidad. Principado de Asturias

Effects of Treatment on Morbidity in Hypertension

Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents
Se comparan los resultados de dos estudios:

Resultados en pacientes con presión diastólica entre 115 y 129 mmHg. Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents JAMA 1967; 202:116-122

Resultados en pacientes con presión diastólica entre 90 y 114 mmHg Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents JAMA 1970; 213:1143-1152

RESUMEN I

Un grupo de 143 pacientes hipertensos con una presión diastólica (en la consulta) entre 115 y 129 mm Hg fueron asignados de manera aleatoria bien a tratamiento activo (hidroclorotiacida, reserpina e hidralacina) o placebo. En el grupo placebo ocurrieron 27 acontecimientos graves y 2 en el grupo activo. En el grupo placebo ocurrieron 4 muertes y ninguna en el brazo de tratamiento. Otras complicaciones en el grupo placebo incluyen retinopatías hipertensivas grado 3 o 4, fallo cardiaco congestivo, incremento de la urea, trombosis cerebrovascular, infarto de miocardio y elevación grave de la presión arterial. Complicaciones graves en el grupo de tratamiento incluyen una trombosis cerebrovascular y un caso de toxicidad medicamentosa. Los pacientes varones con una presión arterial por encima de 115 mm Hg representan un grupo de alto riesgo en los que el tratamiento antihipertensivo produce un beneficio significativo.

RESUMEN II

Un total de 343 varones hipertensos con presiones entre 90 y 114 mm Hg fueron asignados bien a tratamiento activo o placebo. El riesgo estimado de desarrollar un acontecimiento mórbido en los siguientes 5 años se redujo desde el 55% al 18% mediante el tratamiento. En 35 pacientes en el grupo control se produjeron acontecimientos finales y en 9 pacientes en el grupo activo. En el grupo control ocurrieron 19 muertes relacionadas con la hipertensión o la aterosclerosis y 8 en el grupo de tratamiento. Además de los acontecimientos mórbidos, 20 pacientes en el grupo control desarrollaron presiones diastólicas persistentes sobre 125 mm Hg. El tratamiento fue más efectivo en la prevención de fallo cardiaco congestivo e ictus que las complicaciones de enfermedad coronaria. El grado de beneficio se correlacionaba con la presión arteria antes de la aleatorización.

Se comparan los resultados de estos dos estudios: Resultados en pacientes con presión diastólica entre 115 y 129 mmHg Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents JAMA

1967; 202:116-122 Resultados en pacientes con presión diastólica entre 90 y 114 mmHg Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents JAMA 1970; 213:1143-1152

COMENTARIO

La historia de la hipertensión se remonta a la descripción por William Harvey de la circulación sanguínea en su obra "Exercitatio Anatómica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus" publicado en 1628. Aunque es bien sabido que Miguel Servet en 1543 menciona la circulación pulmonar, y aún antes, en el siglo XII, Al Nafis, la contribución de Harvey es fundamental en la historia de la ciencia no solo por su descripción, también por su método experimental, cuantitativo y basado en la biomecánica, la forma de examinar el mundo entonces, perspectiva que se había concretado en la obra de Humanis Corporis Fabrica de Andreas Vesalio publicado en 1543. Probablemente haya sido el reverendo Steven Hales el primero en medir la presión arterial en un caballo en 1733, un siglo más tarde se desarrollaron los primeros esfigmomanómetros que eran muy aparatosos. En 1896 Riva Rocci diseñó el esfigmomanómetro como hoy lo conocemos lo que permitió que se introdujera en la clínica en el final del XIX. Vale la pena recordar que el British Medical Journal se oponía a este avance porque pensaba que podrían "depauperar los sentidos y debilitar al agudeza clínica" [1]. En 1905 Korotoff mejoró la técnica de medida.

La descripción de la hipertensión como enfermedad aparece en 1808 de la mano de Thomas Youg y de Richard Bright en 1836. Frank acuñó el nombre de 'hypertonie essential" en 1925. Aunque el primer medicamento o sustancia química que se empleó fue el Tiocianato Sódico introducido por Treupel y Edinger en 1900 y Hines en la Clínica Mayo, sus efectos adversos previnieron su uso. Realmente, el primer tratamiento de la hipertensión, que data de 1904, se basó en la restricción de sodio, en 1940 se popularizó la dieta de Kempner.

En 1932 se realizó la primera simpatectomía quirúrgica y la simpatectomía química se introdujo más tarde. En la historia del tratamiento antihipertensivo se debe mencionar a Edward Freis quien en la década de 1940 estudió los efectos de fármacos antimaláricos como la guanetidina o petanquina, pero su crédito es más notable por la introducción de los diuréticos orales en 1952 junto con Wilson y Parish. Antes Reubi había demostrado los beneficios de la hidralacina[2].

El valor del tratamiento de los que se denominaba hipertensión maligna estaba perfectamente demostrado desde 1958 [3],`pero no estaba claro su papel en la prevención de la morbilidad y mortalidad en hipertensión menos grave. Esto es lo que se propuso examinar en 1963 el grupo de estudio en hipertensión de la Veterans Administration entre los que se encontraba Freis.

La larga y nutrida historia de los ensayos clínicos aleatorizados en el tratamiento de la hipertensión comienza con este de la Veterans Administration publicado por primera vez en 1967. Entonces se denominaban estudios prospectivos controlados. Es un ensayo clínico ejemplar en muchos aspectos, más aún teniendo en cuenta que se realiza en los albores de este método de investigación. La selección de los pacientes ocupa un apartado importante, además de especificar cuidadosamente la selección de los pacientes, especificando tanto los de inclusión como de exclusión, durante 6 meses realizaron una pre- aleatorización en la cual examinaron el grado de adherencia a un tratamiento placebo, riboflavina 5 mg. vitamina que se puede detectar en la orina mediante fluorescencia. Se excluyó casi a la mitad de los pacientes potenciales por no ser cumplidores bien del tratamiento o de la adherencia a las citas establecidas.

Una segunda característica interesante de este estudio es que se emplearon tres fármacos en el grupo tratamiento: Una tableta A que contenía reserpina e hidroclorotiacida y otra B con hidralacina. Para minimizar pérdidas se dispuso de un

modelo de tableta A sin reserpina para los que mostraban signos de depresión y otra sin tiacida para los que desarrollaban hiperglucemia. Ambas preparaciones estaban disponible igualmente en el grupo placebo.

Para la aleatorización un estadístico empleó una tabla de números aleatorios y se enmascaró el tratamiento mediante el uso de píldoras idénticas en ambos grupos, si bien reconocen que el tratamiento, por sus efectos puede señalar quién lo toma.

El seguimiento se realizó mediante visitas pautadas, más espaciadas a medida que pasaba el tiempo. Los resultados se obtienen de las historias clínicas revisadas por dos médicos que no participaban en el ensayo y para clasificarlos empleaban un protocolo acordado previo al estudio. El análisis se realiza mediante el chi [2] asumiendo que el tratamiento no tiene efecto.

Como se muestra en los resúmenes, el ensayo se dividió en dos. Pacientes con presión diastólica entre 115 y 129 cuyos resultados se comunican en 1967, antes de que se previera finalizar el estudio porque los beneficios eran demasiado importantes como para mantener el grupo placebo. En este estudio hubo un 8% de pérdidas de seguimiento pero "si el efecto peor posible ocurriera, es decir que los 7 pacientes en el placebo no sufrieran acontecimiento y los 5 en el grupo tratamiento si" la significación estadística se mantendría a un nivel de 0,001.

El segundo estudio se terminó como estaba previsto en 1969, con un seguimiento de entre 1 y 5,5 años. La presión arterial diastólica media aumentó en 1,2 mm Hg en el grupo control y descendió 17,4 mm Hg en el grupo tratamiento. En el gráfico tomado de la publicación se muestran los cambios de presión arterial en ambos grupos. Obsérvese que a pesar de que estaban siendo tratados con tres fármacos, hay un pequeño porcentaje que no responde y que incluso experimenta una subida de la presión. En este segundo estudio hubo un 15% (27 placebo y 29 tratamiento) de pérdidas de seguimiento, entre ellas 15 por efectos secundarios, notablemente, 9 del grupo tratamiento y nada menos que 6 del grupo control.

Las conclusiones del primer estudio quedaron claras al suspenderlo antes de tiempo. Respecto al segundo los autores dicen "dentro de los límites definidos por este estudio, los resultados dejan pocas dudas sobre el beneficio del tratamiento antihipertensivo". Se abre de esta forma la era del estudio y tratamiento de la hipertensión.

En 1972 se inicia el ensayo clínico masivo Hypertension Detection and Follow Up (HDFP) [4] que introduce el concepto de "stepped care". El grupo tratamiento recibía en primer lugar un diurético y si no respondía se acudía a la reserpina o metildopa; el tercer paso fue la hidralacina y el último la guanetidina. En 1977 se inicia el MRC trial on mild hipertensión, que pretendía responder a las preguntas sobre la utilidad del tratamiento en presiones diastólicas por debajo de 110 mm Hg y de los beneficios en mujeres [5], aspecto no evaluado en el Veterans Asministration. Estos dos ensayos forman parte de la primera revisión, no sistemática que realioza MacMahon [6] en 1986 y que concluye : "los importantes beneficios de los tratamientos para el riesgo de ictus tanto mortal como no, son evidentes para ambos sexos, sin embargo no se pudo demostrar una reducción de la mortalidad en mujeres". En 1997 Gueyffier ert al [7] publican el primer meta- análisis, esta vez incluye además de esos dos estudios que examinan el efecto en personas con edades inferiores a 69 [4] y 65 [5] años, cinco estudios de hipertensión en ancianos: EWPHE (European Working Party on High Blood Pressure in the Elderly) MRC 65-74; SHEP (Systolic Hypertension in the Elderly Program)y STOP (Swedish Trial in Old Patients with Hypertension). Se observa que en mujeres el tratamiento fue estadísticamente significativo para ictus (mortal o no) y para los acontecimientos cardiovasculares mayores. En hombres el beneficio del tratamiento fue significativo para todos los resultados. Los odds ratio para todas las categorías no difieren significativamente entre hombres y mujeres.

Como se ve, en ninguna revisión se incluye el estudio seminal en hipertensión de la Veterans Administration. La razón es que el tratamiento realizado ya había caído en desuso y lo que se examinaba entonces era la capacidad preventiva de

los diuréticos y más tarde de los betabloqueantes. Hoy día, de acuerdo con los estudios de coste beneficio de NICE, y tal como se aconseja en el PCAI de hipertensión [8], el tratamiento de inicio más adecuado para los menores de 55 años es un IECA y a partir de esa edad tanto diuréticos como calcio antagonistas son los preferidos. La discusión más importante hoy día es qué grado de control se debe alcanzar tanto en presión sistólica como en diastólica en función de la edad y de los factores de riesgo o afectación de órganos diana.

Bibliografía

1- Kotchen TA. "Historical trends and milestones in hypertension research: a model of the process of translational research". Hypertension 2011 58: 522? 38.

2- Esunge PM). "From blood pressure to hypertension: the history of research". J R Soc Med 1991 84 : 621.

3- Perry HM, Schroeder Ha .The effect of treatment on mortality rates in servere hipertensión. A comparison of medical and surgical regimens. Arch Int Med 1958 192:418-25

4- Five- year findings of the hypertension detection and follow- up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow- up Program and Cooperative Group. JAMA. 1979;242:2562-71.

5- MRC trial of treatment of mild hypertension: principal results. Medical Research Council Working Party. Br Med J (Clin Res Ed). 1985;291:97-104.

6- MacMahon SW, Cutler JA, Furberg CD, Payne GH. The effects of drug treatment for hypertension on morbidity and mortality from cardiovascular disease: a review of randomized controlled trials. Prog Cardiovasc Dis. 1986; 29:99-118.

7-Gueyffier F, Boutitie F, Boissel JP etr al Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men. A meta- analysis of individual patient data from randomized, controlled trials. The INDANA Investigators.Ann Intern Med. 1997; 126:761-7

8- PCAI Hipertensión. Disponible en a Astursalud (http:// www.asturias.es/ Astursalud/ Ficheros/ AS_Calidad %20y %20Sistemas/ AS_Calidad/ PCAIs/2011/ HTA2013OCTUBRE.pdf). Consultado 09.09.20014

Palabras clave: Enfermedad cardiovascular, Ensayo clínico, Hipertensión, Tratamiento

Utilización apropiada de las pruebas de imagen en el dolor de rodilla

12/09/2014

Objetivos

El objetivo de este documento fue consensuar los procedimientos diagnósticos a utilizar en situaciones clínicas comunes en el dolor de la rodilla no traumático, con el fin de reducir la variabilidad de la práctica clínica y adecuar las tecnologías según su capacidad diagnóstica y la patología a estudiar, teniendo en cuenta los riesgos para la salud.

Metodología

Se ha utilizado el método Delphi para alcanzar el consenso en un grupo de clínicos sobre la adecuación de las pruebas de diagnóstico por la imagen. Se invitaron a 40 clínicos de diversas especialidades (radiólogos, reumatólogos, ortopedas, rehabilitadores y médicos de atención primaria) a participar en el estudio para puntuar de 1 (poco apropiado) a 9 (muy apropiado) el uso de cinco tecnologías de diagnóstico por la imagen (Radiología simple, Gammagrafía ósea, Resonancia magnética, Ecografía y Tomografía computerizada) en seis situaciones clínicas diferentes consideradas como frecuentes en nuestro contexto, durante tres rondas consecutivas.

Los escenarios clínicos seleccionados fueron:

1. Dolor mecánico crónico, localizado en los compartimentos lateral o posterior, acompañado de rigidez después del reposo, con o sin crujidos, con un grado variable de impotencia funcional (sospecha de artrosis de rodilla en diferentes estadios evolutivos)
2. Dolor mecánico intenso unilateral en personas adultas jóvenes (<50 años), asociado a episodios de bloqueo articular, o caídas y exploración clínica sugestiva de patología meniscal aguda o subaguda (sospecha de meniscopatía aguda)
3. Dolor en la cara anterior de la rodilla con dificultad principalmente para bajar escaleras y arrodillarse (sospecha de patología femoropatelar)
4. Dolor de ritmo mecánico en la cara anterointerna de la rodilla por debajo de la interlínea articular, especialmente al tacto local o en apoyar una rodilla sobre la otra en decúbito lateral (sospecha de tendinitis / bursitis anserina)
5. Gonalgia crónica mecánica en persona de >65 años con artrosis radiológica avanzada (grados 3 y 4 de Kellgren-Lawrence) y sospecha de patología meniscal asociada

Resultados

La radiología simple, la resonancia magnética y la ecografía pueden ser apropiadas en las diferentes situaciones clínicas descritas. La tomografía computarizada y la gammagrafía no se valoran como apropiadas en ninguno de los escenarios propuestos.

Conclusiones

La radiología simple es la exploración indicada en los pacientes con sospecha clínica de artrosis, la resonancia magnética en lesiones meniscales y la ecografía en lesiones de estructuras blandas extraarticulares.

Referencia

López- Aguilà S, Almazán C, Surís X, Larrosa M, Galimany J, Pueyo. Dolor de genoll: utilització apropiada de les proves de diagnòstic per la imatge. Barcelona: Agència d? Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
ver informe completo

Palabras clave: Artrosis de rodilla, Diagnóstico por imagen, Métodos de consenso

Selección de informes » Tecnologías terapeúticas. Quirúrgicas. Robótica

Nuevos tratamientos para el cáncer de próstata localizado versus prostatectomía.

6/10/2014

Introducción

Con el fin de conseguir disminuir la comorbilidad de los tratamientos establecidos para el cáncer de próstata localizado, se han desarrollado nuevas opciones terapéuticas menos invasivas basadas en ablación local, bien por generación de frío (crioterapia) o por generación de calor (HIFU, del ingles High- intensity focused ultrasound, y termoterapia intersticial mediante láser). Estas técnicas parecen aportar la ventaja de poder ser aplicadas a pacientes con cáncer de próstata órgano- confinado en los que la cirugía convencional no se puede utilizar, bien por su edad avanzada o por la presencia de comorbilidades, ya que puede desarrollarse bajo anestesia general o epidural. Además hay estudios que demuestran que disminuyen el sangrado intraoperatorio y acortan el periodo de convalecencia.

Objetivos

Se realizo una revisión sistemática de la evidencia científica con el objetivo de valorar la efectividad y seguridad de la ablación prostática con crioterapia, ultrasonidos focalizados de alta intensidad y termoterapia intersticial con láser como tratamiento del cáncer de próstata órgano- confinado, comparado con la prostatectomía radical abierta y/ o laparoscópica (convencional o robótica).

Metodología

Para la búsqueda se consultaron las siguientes bases de datos referenciales: MedLine, EMBASE y Web of Science. También se exploraron INAHTA a través de la base de datos del CRD, la Cochrane Library, NICE, la plataforma de AUnETS y la web de CADTH. Los criterios de selección fueron estudios publicados hasta diciembre de 2012 sobre tratamiento de cáncer de próstata órgano- confinado, mediante ablación con crioterapia, HIFU o láser comparado con prostatectomía convencional o robótica. Los diseños incluidos fueron informes de evaluación de tecnologías sanitarias, revisiones sistemáticas, metanálisis, ensayos clínicos, casos y controles, series de casos y estudios de coste- efectividad. Dos investigadores realizaron la selección de estudios, obteniendo un indice ? de 0,527. Entre las variables recogidas se incluyo información general, características de la población, de la intervención, seguimiento, calidad de vida, supervivencia y aparición de complicaciones. La síntesis de los resultados se realizo de forma cualitativa. La calidad de los estudios fue evaluada mediante las herramientas AMSTAR (para revisiones sistemáticas y metanálisis) y CASPe (para los estudios primarios).

Resultados

Se selecciono un informe de evaluación de tecnologías sanitarias, una revisión sistemática, 4 series de casos y un estudio de coste- efectividad. De los estudios observacionales, tan solo uno incluía la prostatectomía como tratamiento para establecer comparaciones. El informe de tecnologías sanitarias fue considerado de calidad alta, la revisión de calidad moderada y las series de casos fueron de calidad baja. Ninguno de los estudios identificados contenía información sobre termo ablación intersticial inducida por láser. Según los resultados, la crioterapia como tratamiento del cáncer de próstata localizado consiguió una supervivencia a los 5 años mayor al 90%, algo mas elevada que la obtenida por HIFU con mas del 80%, sin progresión bioquímica o recidiva de la enfermedad. La calidad de vida postratamiento, en relación a función urinaria e intestinal, obtuvo mejores resultados con la crioterapia que con la prostatectomía, pero sin diferencias clínicamente significativas en relación a la función sexual. La ablación por HIFU no consiguió mejoras postratamiento en relación a la calidad de vida. Las dos modalidades de tratamiento presentaron complicaciones. Entre

las mas frecuentes se encontraron las infecciones del tracto urinario (2,2-33% en crioterapia versus 1,8-47,9% en HIFU), la incontinencia urinaria (2-27% en crioterapia versus 1,4-38% en HIFU) y la impotencia, esta ultima especialmente presente en crioterapia con un porcentaje de aparición que oscilo entre el 40-100% de los casos (20-81,6% en HIFU).

Limitaciones

Todos los estudios primarios incluidos en la revisión fueron series de casos retrospectivas salvo uno, e incluso el informe de síntesis y la revisión sistemática estaban formados por estudios con este mismo diseño. No se encontró ningún estudio aleatorizado, controlado y que estableciera comparaciones entre las técnicas a estudio y los métodos de tratamiento estándar. La comparación indirecta entre series se vio limitada por la heterogeneidad de los criterios de inclusión de los pacientes, las escalas de medida utilizadas y en la presentación de sus resultados.

Conclusiones

La evidencia científica sobre el tratamiento del cáncer de próstata órgano confinado mediante ablación con crioterapia, HIFU y/ o láser es limitada. El diseño de los estudios encontrados limita la posibilidad de valorar de forma correcta estas intervenciones por no establecer comparaciones directas con prostatectomía abierta y/ o laparoscópica. Resulta necesaria la elaboración de nuevos estudios prospectivos, controlados, aleatorizados y que establezcan comparaciones directas con la prostatectomía abierta y robótica para poder determinar la relevancia de los mismos.

ver informe completo

Palabras clave: Braquiterapia, Cáncer, Cirugía robótica, Próstata, Prostatectomía, Revisión sistemática

Selección de informes » Tecnologías terapeúticas. Quirúrgicas. Robótica

Tratamiento del cáncer de próstata localizado: prostatectomía radical robotizada versus braquiterapia prostática. Revisión sistemática de la literatura y serie de casos

8/10/2014

La revisión sistemática de 7 estudios cuatro comparativos prospectivos (uno comparativo directo) y tres revisiones sistemáticas incluyen comparaciones indirectas y heterogeneidad en los cuestionarios lo que debilita las conclusiones. Las ventajas de la prostatectomía robotizada superaba, pero no de manera significativa a la braquiterapia en la calidad de vida física y de la función intestinal y una recuperación más rápida a la puntuaciones previas. La braquiterapia supera significativamente a la cirugía robotizada en calidad de vida relacionada con la función urinaria y sexual durante los tres primeros años de seguimiento.

Pero estos resultados están ensombrecidos por la ausencia de aleatorización, la forma y duración del seguimiento, la selección y procedencia de los pacientes y las pérdidas de seguimiento.

También se ha realizado un estudio de serie de casos en Andalucía, en él se observa que la braquiterapia obtiene mejores resultados en calidad de vida seguida durante un año y en dolor, pero no en relación con la gravedad de las complicaciones.

ver informe completo

Palabras clave: Braquiterapia, Cáncer, Cirugía robótica, Próstata, Prostatectomía, Revisión sistemática

Selección de informes » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Otras

Eficacia, seguridad y eficiencia de la electroestimulación medular en el tratamiento del dolor músculo- esquelético crónico

8/10/2014

Conclusiones

La evidencia disponible sugiere que la electroestimulación medular es un tratamiento eficaz en la reducción del dolor neuropático en los Síndromes de Cirugía Fallida de Espalda y del Dolor Regional Complejo y que puede presentar beneficios adicionales en la calidad de vida de los pacientes. Se han descrito efectos adversos asociados al dispositivo implantado que han sido considerados menores en los estudios incluidos aunque se ha necesitado tratamiento quirúrgico para su solución en el 24-38 % de los casos.

Los resultados de la revisión permiten afirmar que la EEM puede considerarse una intervención eficiente en términos económicos para el tratamiento de pacientes con Cirugía Fallida de Espalda y pacientes con Síndrome de Dolor Regional Complejo, si bien requiere de un gasto inicial importante que se compensa a medio y largo plazo.

Comentarios

El análisis de la evidencia disponible que se realiza en esta revisión no es el adecuado, debido a un error en la cuestión que se plantea. En primer lugar, aunque el título habla de ? dolor musculo- esquelético crónico?, el estudio se remite exclusivamente a dos síndromes, cuya existencia como entidades mórbidas es discutible, en el primer caso, y muy difícil de definir en el segundo. Además, en las conclusiones se indica que ? es un tratamiento eficaz en la reducción del dolor neuropático?, cuando, en muchos casos, el dolor que se produce tras el fallo de la cirugía de espalda es nociceptivo, mientras que el origen del dolor en el SDRC de tipo I, es desconocido y se postulan diferentes teorías, desde la teoría inflamatoria, de isquemia- repercusión e incluso autoinmune.

En resumen, podemos decir que esta revisión, pese a su buena metodología básica, falla al no haber definido correctamente el objetivo. Hay que tener en cuenta que el Síndrome de Cirugía Fallida de Espalda no puede mantenerse como entidad nosológica susceptible del análisis de la eficacia de una alternativa terapéutica, debido a que sus causas son múltiples, incluyendo la más frecuente: una mala indicación quirúrgica que parte de un error diagnóstico o bien, si el diagnóstico es correcto, una inadecuada elección del procedimiento quirúrgico aplicado. Por otro lado, el SDRC (en la revisión se habla unas veces de tipo I y otras veces no se especifica el tipo, cuando tipo I y II son procesos conceptualmente diferentes) puede estar localizado en una articulación o ser difuso, puede estar en una fase inflamatoria o en la fase de retracción e incluso puede cursar sin dolor y provocar exclusivamente lesiones fibróticas. La mezcla de todos estos problemas (que he resumido al máximo) en una misma cuestión a resolver es, cuando menos, temeraria.

Al evaluar la eficacia de los métodos terapéuticos, sobre todo si su aplicación va a tener una notable repercusión económica, es imprescindible que la población de estudio sea homogénea y bien definida, los objetivos que perseguimos deben estar claros y haber sido comparados con los obtenidos por alternativas disponibles, placebo e incluso con no hacer nada (las diferencias deben ser clinica y estadísticamente significativas). Si la eficacia no está claramente demostrada, en entidades mórbidas concretas y cuyas características clínicas y fisiopatogénicas sean conocidas, no podemos obtener una recomendación como la que los autores realizan. Volvamos a leer a los maestros (Gordon Guyatt y demás) y no sigamos destruyendo la extraordinaria herramienta que pusieron en nuestras manos.

ver informe completo

Palabras clave: Dolor crónico / terapia, Dolor musculoesquelético / terapia, Estimulación de la médula espinal

Selección de informes » Gestión del conocimiento y calidad. Propuesta de/ para participación ciudadana y/ o relacionadas con atención centrada en el paciente (ACP)

El uso de medidas genéricas y específicas de calidad de vida relacionada con la salud en la toma de decisiones de NICE: una revisión sistemática, modelización estadística y encuesta.

21/10/2014

Introducción

Las medidas genéricas de calidad de vida (GPBMs) relacionada con la salud (CVRS) se utilizan frecuentemente en la evaluación económica de intervenciones sanitarias. Proporcionan una descripción multidimensional de la salud que se combina con la supervivencia para obtener años de vida ajustados por calidad (QALY). Para mejorar la comparabilidad, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) prefiere la utilización del EQ - 5D, para medir la calidad de vida relacionada con la salud. Este informe aborda una serie de importantes cuestiones metodológicas derivadas de la utilización de GPBMs en la toma de decisiones de NICE. Presenta una serie de estudios que abordan la cuestión central de cómo determinar si un GPBM es válido para su uso en el cálculo de los AVACs, qué hacer cuando GPBM no está disponible (y específicamente el uso de técnicas como el 'mapping' o 'cross- walking' para predecir valores EQ - 5D) y qué hacer cuando la GPBM no contempla importantes componentes de CVRS para una condición específica, para ello se propone el uso de un nuevo enfoque con las dimensiones 'ajustadas' a las diferentes condiciones.

Objetivos

- Examinar la conveniencia de tres medidas genéricas de CVRS [EQ - 5D, Health Utilities Index Mark 3 (HUI3) y SF - 6D] para la pérdida de la visión, pérdida de la audición, trastornos de la piel y cáncer.
- Comparar métodos alternativos para poder medir condición clínica específicas con el EQ - 5D y realizar un análisis exploratorio de la incorporación de la incertidumbre en las estimaciones.
- Estimar las correspondencias para que investigadores y responsables políticos las utilicen en los casos en que el EQ - 5D sea el cuestionario mas adecuado.
- Explorar un nuevo método para medir la calidad de vida en grupos de pacientes para quienes, la utilización de una medida genérica produce pérdidas importantes de dimensiones ('bolt- ons')
- Estimar el impacto de tres dimensiones 'bolt- on' sobre el valor de los estados de salud del EQ - 5D
- Estimar un nuevo conjunto de valores que contengan una de las dimensiones ajustadas del EQ - 5D y compararla con el conjunto de valores sin ajustes.

Método y resultados

Estudio 1: una revisión sistemática del comportamiento de las medidas genéricas de CVRS utilizadas en cuatro problemas de salud: deficiencias visuales, deficiencias auditivas, afecciones de la piel y cáncer.

Método

La revisión sistemática se realiza de tres medidas genéricas: EQ-5D, HUI3 and SF-6D. Las bases de datos consultadas fueron: BIOSIS (1969 to 2010), Cumulative Index to Nursing and Allied Health (CINAHL) (1982 to 2010), Cochrane Library que incluye: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Cochrane Methodology Register, NHS Economic Evaluations Database (NHS EED) (1991 to 2010),

EMBASE (1980 to 2010), MEDLINE (in process and non- indexed to 2010), PsycINFO (1806 to 2010) y Web of Science (1900 to 2010). También se consultaron páginas web relevantes. La búsqueda finalizó en Agosto de 2010.

Se evaluó teniendo en cuenta los siguientes criterios: 1) validez, hasta que punto la medida hace diferencia entre grupos diferenciados según severidad (caso estudio) y test mas débiles entre personas que presentan y no presentan la condición de salud (caso control). 2) convergencia, la fortaleza de la asociación entre EQ-5D y otras medidas o evaluación de la severidad clínica utilizando coeficientes de correlación estadística o métodos de regresión. 3) sensibilidad, hasta que punto EQ-5D demuestra en, tamaño y significación estadística, que hay cambios cuando estos se han observado en otros cuestionarios o en la clínica. 4) fiabilidad, hasta que punto EQ-5D no muestra cambios donde no se han observado cambios en el estado de salud con otras medidas.

Resultados

Problemas de visión

La mayoría de los 31 estudios considerados en esta revisión encontraron un empeoramiento de los valores de utilidad a medida que disminuía la visión. La mayoría de los estudios utilizaron el EQ - 5D. Casi todos encontraron diferencias significativas entre pacientes con la condición y un grupo control sin él. Los estudios que compararon las puntuaciones del EQ - 5D a través de grupos de severidad estaban más mezclados, con poca o ninguna diferencia entre los grupos definidos por condiciones clínicas. No se encontró ningún estudio en el que se midiese la fiabilidad para ninguna de las medidas. Tres estudios permitieron evaluar la sensibilidad de una intervención efectiva, pero las diferencias fueron estadísticamente significativas en sólo dos de los tres estudios. La evaluación de convergencia fue más relativa, ya que varios estudios no demuestran una correlación estadísticamente significativa con medidas clínicas. Se encontró menos evidencia para el HUI3, todos menos un estudio demostró buena validez. El SF - 6D lo utilizaron muy pocos estudios.

Problemas de audición

De los 18 estudios encontrados en la revisión, el HUI3 fue el más utilizado. En seis de estos estudios, esta medida detectó diferencias entre los grupos distinguidos por su severidad y se detectaron cambios significativos en los resultados de la intervención en cinco de los seis estudios. Las diferencias recogidas por el HUI3 fueron en las dimensiones de la audición y, en algunos casos, en el discurso y la emoción. Los resultados sugirieron relativamente poca sensibilidad del EQ - 5D en esta condición ya que en cuatro de cinco estudios no pudo detectar el cambio. En un estudio se observó que sólo contaba con débil capacidad de discriminar las diferencias entre los grupos de severidad. Sólo un estudio incluyó el SF - 6D; por lo tanto, la información es demasiado limitada para concluir sobre su desempeño. Ningún estudio demostró evidencia suficiente para permitir una evaluación de confiabilidad para ninguna de las medidas.

Trastornos de la piel

Con los 16 artículos encontrados, hubo evidencia para sugerir que el EQ - 5D tiene buena estructura, convergencia y sensibilidad en los trastornos de la piel. Seis estudios se utilizaron para grupos definidos según la gravedad y demostraron que el EQ - 5D era capaz de reflejar las diferencias entre los grupos. EQ - 5D fue capaz de diferenciar grupos de población general y de pacientes, así como los grupos que no presentaban gravedad. Se encontraron correlaciones moderadas a fuertes entre EQ - 5D y otras medidas. Nueve de diez estudios demostraron que la medida EQ - 5D fue capaz de detectar cambios en el tiempo y, entre ellos, sólo un estudio no fue estadísticamente significativo. La mayoría de los estudios incluyeron a pacientes con soriasis o artropatía soriásica. No se encontraron estudio que utilizaran el HUI3 ni el SF - 6D.

Cáncer

Se encontraron noventa y ocho estudios de 20 diferentes tipos de cáncer. Abundante evidencia para el EQ - 5D y los resultados fueron, en general, satisfactorios. La mayoría de los estudios encontraron diferencias significativas en los valores EQ - 5D en pacientes con diversos tipos de cáncer y el grupo de control. En la mayoría de los casos, el EQ - 5D fue capaz de detectar entre grupos de gravedad, aunque las diferencias no siempre fueron estadísticamente significativas. Respecto a la sensibilidad, en términos generales las puntuaciones de EQ - 5D fueron capaces de detectar cambios apropiados sobre los puntos de corte, pero a veces el cambio era pequeño o no estadísticamente significativo.

La evidencia sobre el desempeño del EQ - 5D varía en diferentes tipos de cáncer. Se encontró evidencia limitada respecto a la de fiabilidad del EQ - 5D, pero la mayoría de los estudios no había sido específicamente diseñado para evaluarla. Se encontró evidencia para apoyar la capacidad del HUI3 para diferenciar entre grupos de severidad y entre pacientes con o sin cáncer. La sensibilidad de la HUI3 también fue satisfactoria pero la fiabilidad fue limitada. Pocos estudios demuestran evidencia sobre la validez, la fiabilidad o la receptividad de la SF - 6D.

Esta revisión se completa con dos estudios mas, uno que compara los resultados obtenidos con cuestionarios específicos para el cáncer con el EQ - 5D. Y otro que es un enfoque para tratar los desarrollos dimensiones agregadas que pueden resultar inadecuados para EQ - 5D.

Referencia

Longworth L, Yang Y, Young T, Mulhern B, Hernández Alava M, Mukuria C, et al. Use of generic and condition- specific measures of health- related quality of life in NICE decision- making: a systematic review, statistical modelling and survey. Health Technol Assess 2014;18(9)

ver informe completo

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con la salud, Medidas genéricas, Revisión sistemática

Actualizaciones de guías de práctica clínica

¿Cada cuanto tiempo hay que revisar las guías de práctica clínica?

6/10/2014

EL 20% de las recomendaciones de las guías de práctica clínica han perdido su validez a los tres años de la edición. Estas son las conclusiones de la revisión sistemática realizada por el *Updating Guidelines Working Group.*

El estudio, que evalúa la vigencia de las referencias en las que se basan las guías de práctica clínica incluidas en el catálogo de guía salud recomienda revisar las guías en relación con la velocidad a la que se produce nueva investigación, que es diferente para diferentes problemas de salud y trabajar en plataformas *on line* que faciliten el proceso de revisión

ver informe completo

Breves » Tecnologías terapéuticas. Quirúrgicas. Cirugía minimamente invasiva

Recambio valvular aórtico mediante prótesis sin sutura (Avalia)

Leer más

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Medicamentos

Clopidogrel asociado a ácido acetilsalicílico en prevención de eventos aterotrombóticos y tromboembólicos en pacientes con fibrilación auricular (CAIHAC)

Leer más

Breves » Tecnologías Terapéuticas. Quirurgicas.Laserterapia

Tratamiento de los síntomas del tracto urinario inferior relacionados con la hiperplasia benigna de próstata con láser (HAS)

Leer más

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Otras

La eficacia de las intervenciones no farmacológicas para el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos de las personas con demencia en los centros de atención residencial (HSAC)

Leer más

Breves » Gestión del conocimiento y calidad. Tecnologías educativas y evaluación docente

Rediseño de la educación maternal: propuesta de un marco para la salud y preparación al nacimiento efectivo y centrado en las necesidades de las mujeres (OSTEBA)

Leer más

Breves » Tecnologías terapéuticas. No quirúrgicas. Intervenciones psicosociales

Calidad de vida del paciente con ictus y de su cuidador. Pronóstico y resultados del tratamiento rehabilitador (OSTEBA)

Leer más

e- notas de evaluación